

Selvmedfølelse og allianse som mulige endringsmekanismer ved spiseforstyrrelse

*Medfølelsesfokusert terapi i behandling av
spiseforstyrrelse hos pasienter med og uten
barndomstraume*

Tonje Kvande Nielsen

Maren C. Gunnulfsen Kopland



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2017

Selvmedfølelse og allianse som mulige endringsmekanismer ved spiseforstyrrelse

*Medfølelsesfokusert terapi i behandling av spiseforstyrrelse hos pasienter
med og uten barndomstraume*

Tonje Kvande Nielsen
Maren C. Gunnulfsen Kopland

Cand. psychol. oppgave
ved
Psykologisk institutt
Universitetet i Oslo
Høsten 2017

Copyright Tonje Kvande Nielsen og Maren C. Gunnulfsen Kopland

2017

Selvmedfølelse og allianse som mulige endringsmekanismer ved spiseforstyrrelse -
Medfølelsesfokuset terapi i behandling av spiseforstyrrelse hos pasienter med og uten
barndomstraume

Forfattere: Tonje Kvande Nielsen og Maren C. Gunnulfsen Kopland

Veiledere: Helene Amundsen Nissen-Lie og KariAnne Vrabel

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Forfattere: Tonje Kvande Nielsen og Maren C. Gunnulfsen Kopland

Tittel: Selvmedfølelse og allianse som mulige endringsmekanismer ved spiseforstyrrelse

Veiledere: Helene Amundsen Nissen-Lie og KariAnne Vrabel

Bakgrunn: Denne studien ønsker å være et bidrag til økt kunnskap hva angår behandling for spiseforstyrrelser (SF) med og uten barndomstraume. Per dags dato er kognitiv atferdsterapi (CBT) den behandlingen som regnes som evidensbasert for pasienter med SF. Likevel er den kun evidensbasert for bulimia nervosa, og fortsatt er det omtrent 50% av de som behandles med CBT som ikke oppnår bedring. Det å ha SF og i tillegg en historie med barndomstraumer har vist seg å være en spesiell utfordring i terapi, med manglende behandlingsrespons. Denne studien undersøker hvordan medfølelsesfokusert terapi for SF (CFT-E) har effekt på pasienter med SF med og uten barndomstraumer. CFT-E baserer seg på selvmedfølelse som endringsmekanisme. Modellen adresserer lavt nivå av selvmedfølelse og høyt nivå av skam og selvkritikk som man tenker kan være sentrale opprettholdende faktorer ved SF og barndomstraume, både alene og kombinasjon.

Metode: Denne studien undersøker prosess og forløp hos 35 pasienter med en langvarig SF med og uten barndomstraume, som mottar CFT-E ved en spesialisert døgneklinikk for behandling av spiseforstyrrelser. Utfall ble definert som endring i variablene SF-symptomer, traumesymptomer og selvmedfølelse fra innleggelse til utskrivelse og ved 1-års oppfølging. Behandlingsprosess ble undersøkt ved ukentlige målinger av variablene SF-symptomer, selvmedfølelse og allianse. Det ble benyttet måleinstrumenter med tilfredsstillende psykometriske egenskaper. Dataene ble analysert med flernivå vekstkurveanalyser, og på utfall supplert med beregning av effektstørrelse. Analysene av behandlingsprosess er undersøkt ved hjelp av disaggregert data mellom innen-person og mellom-person-effekter. Datagrunnlaget for denne studien er en del av en større studie ledet av KariAnne Vrabel og Bruce Wampold ved Forskningsinstituttet på Modum Bad, som undersøker forskjell mellom CBT og CFT-E i behandling av SF med og uten barndomstraume. Forfatterne av denne oppgaven har siden 2014 arbeidet som forskningsassistenter og samlet inn data til denne store studien.

Resultater og konklusjon: Resultater fra vekstkurveanalyser ved hjelp av flernivåanalyser rapporterte en signifikant reduksjon av SF-symptomer og en signifikant økning i selvmedfølelse, men vi fant ikke en ingen signifikant reduksjon av traumesymptomer i vårt utvalg. Selvmedfølelse var en signifikant negativ prediktor for endring i SF-symptomer over tid, men på ukesbasis var det innen-person effekten av allianse som predikerte SF-symptomendring. Mellom-person-effekten av selvmedfølelse predikerte reduksjon av traumesymptomer gjennom behandlingen, samt at mellom-person effekten av traumesymptomer predikerte nivå av selvmedfølelse gjennom behandlingen. *Konklusjon:* Inneliggende pasienter med SF med og uten barndomstraume har en reduksjon av SF-symptomer, en økning av selvmedfølelse men ingen signifikant endring i traumesymptomer etter fullført CFT-E-behandling. Det synes å være en sammenheng mellom den terapeutiske alliansen mellom pasient og individualterapeut og utvikling av SF-symptomer gjennom behandlingen. Selvmedfølelse har sammenheng med - og kan være viktig for - bedring av SF ved utskrivelse og ett år etterpå. Mulige forklaringer av disse funnene så vel som deres potensielle kliniske implikasjoner, metodologiske styrker og begrensninger ved undersøkelsen diskuteres sammen med forslag til fremtidig forskning.

Forord

Vi ønsker å rette en stor takk til våre to veiledere Helene og KariAnne. Takk for kyndig veiledning og god støtte i denne prosessen. En ekstra takk til KariAnne for å ha inkludert oss i prosjektet ditt, det har vært veldig lærerikt å følge denne prosessen de siste tre årene. Takk for tilliten du har vist oss, og tålmodighet med våre spørsmål knyttet til syntaks og alt annet mellom himmel og jord.

Jeg vil gjerne rette en ekstra stor takk til min kjære teamleder, veileder og kollega på spiseforstyrrelsesavdelingen, overlege Henrich Bille, som døde brått under oppgaveprosessen. Takk for at du alltid var så engasjert og interessert i oppgaven og for at du gjorde alle rundt deg gode - på din egen, unike måte. Takk til Tonjes ektemann Aleksander som har holdt fortet hjemme på kveldstid, så vi har kunnet ha nødvendige skrivetimer på Psykologisk institutt. Og sist, men ikke minst, vil jeg takke min gode, dyktige, morsomme og driftige skrivepartner, Tonje, som er en uvurderlig sparringspartner generelt her i livet. Vi klarte det!

- Maren

Jeg vil gjerne rette en stor takk til min fantastiske ektemann Aleksander, takk for at du har vært der for meg gjennom hele oppgaveprosessen. Takk til Sebastian, sønnen min, for at du har gitt meg pusterom og energipåfyll med din nysgjerrighet på og entusiasme for alle de små tingene her i verden. Takk til svigermor Grete for at du alltid er nysgjerrig og interessert, og for at du alltid stiller opp. Til slutt; min kjære Maren: Takk til deg, det er ingen andre jeg heller ville ha skrevet denne oppgaven med! Takk for gode samtaler på våre utallige bilturer til Modum, og for at du alltid har hatt med sjokolade til de sene kveldene med oppgaveskriving. Tenk, vi er faktisk ferdige!

- Tonje

Takk til venner og familie som har stilt opp med klemmer, sjokolade og støtte gjennom oppgaveprosessen. Takk også til alle pasientene for arbeidet de har lagt ned på veien mot bedring og for et verdifullt bidrag til behandlingsforskningen. Til slutt ønsker vi å takke Norsk Forskningsråd for tildeling av sommerstipend 2016. Det har muliggjort at vi har kunnet prioritere denne studien fremfor jobb.

Maren C. Gunnulfsen Kopland og Tonje Kvande Nielsen

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
2	Teori	3
2.1	Spiseforstyrrelser.....	3
2.2	Barndomstraumer.....	4
2.3	Sammenhengen mellom barndomstraume og spiseforstyrrelse	6
2.3.1	Spiseforstyrrelsens funksjon etter barndomstraumer.....	7
2.4	Behandling av spiseforstyrrelser	8
2.4.1	Arbeidslianse som fellesfaktor i psykoterapi.....	9
2.5	Medfølelse og selvmedfølelse	10
2.5.1	Selvmedfølelse og tilgrensende begreper.....	12
2.6	Medfølelsesfokusert terapi	12
2.6.1	Affektreguleringssystemet.....	13
2.6.2	Medfølelsesfokusert terapi for spiseforstyrrelser.....	15
2.7	Formål med studien og hypoteser	16
3	Metode	17
3.1	Forskningsdesign	17
3.2	Behandlingskontekst	17
3.2.1	Behandlingskomponenter i medfølelsesfokusert terapi for spiseforstyrrelse.....	17
3.2.2	Elementer ved spiseforstyrrelsesbehandlingen på Modum Bad.....	18
3.3	Deltagere	20
3.3.1	Pasienter.....	20
3.3.2	Terapeuter.....	23
3.3.3	Forskere og forskningsassistenter.....	23
3.4	Måleinstrumenter	23
3.4.1	Barndomstraume – Childhood Trauma Questionnaire – Short Form.....	24
3.4.2	Spiseforstyrrelsessymptomer – Eating Disorder Examination.....	24
3.4.3	Traumesymptomer – Post Traumatic Symptom Scale- Self Report.....	25
3.4.4	Selvmedfølelse – Self Compassion Scale – Short Form.....	26
3.4.5	Arbeidslianse – Working Alliance Inventory – Short Revised.....	27
3.5	Prosedyre	27
3.6	Statistiske prosedyrer	28
3.6.1	Deskriptive analyser.....	28
3.6.2	Beregning av effektstørrelse.....	28
3.6.3	Flernivåanalyser.....	29
3.6.4	Disaggregering av innen-person og mellom-person effekter.....	31
3.6.5	Analysene.....	31
3.6.6	Etikk.....	32
4	Resultater	33
4.1	Deskriptiv statistikk	33
4.1.1	Deskriptiv analyse av pasientenes skårer ved innleggelse, utskrivelse og 1-års oppfølging.....	33
4.1.2	Beregning av effektstørrelse.....	33
4.2	Preliminære analyser	34
4.3	Analyse av endring på utfallsmålene	35
4.4	Analyse av ukentlig prosess	38

5	Diskusjon	41
5.1	Reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomer og traumesymptomer	41
5.2	Økt nivå av selvmedfølelse	43
5.3	Selvmedfølelse som endringsmekanisme	44
5.4	Allianse som endringsmekanisme	45
5.5	Allianse og selvmedfølelse som endringsmekanismer på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet	47
5.6	Styrker og begrensninger ved studien	48
5.7	Kliniske implikasjoner	49
5.8	Konklusjon	50
5.9	Veien videre	50
	Litteraturliste	51
	Vedlegg	I
	Vedlegg 1 - REK-brev	I
	Vedlegg 2 - Eating Disorder Examination Questionnaire	III
	Vedlegg 3 - Self Compassion Scale - Short Form	VII
	Vedlegg 4 - Post Traumatic Symptom Scale - Self Report	VIII
	Vedlegg 5 - Working Alliance Inventory- Short Revised	IX
	Vedlegg 6 - Syntaks	XI

1 Introduksjon

Spiseforstyrrelser (SF) representerer et problem for pasienten, familien og samfunnet, og har negative konsekvenser for psykisk og fysisk helse, livskvalitet og sosial fungering (Agras, 2001; Torgersen, 2016). Per dags dato har ikke behandlingsforskningen klart å etablere klare anbefalinger for en effektiv behandling for spiseforstyrrelser (se f.eks. Fairburn et al., 2009). I de nasjonale faglige retningslinjene for spiseforstyrrelse som ble publisert i april i år (Helsedirektoratet, 2017) er det en sterk anbefaling om individuell psykoterapi rettet mot SF generelt. Helsedirektoratet kommer videre med en svak anbefaling av kognitiv atferdsterapi (CBT) over andre terapiretninger for bulimi, men for de resterende SF-diagnosene finner de ikke grunnlag til å anbefale en terapiretning over en annen. Gitt konsekvensene av sykdommen for individet og samfunnet er det viktig å jobbe med å finne en effektiv behandling for denne pasientgruppen.

Mange av pasientene med en SF har opplevd barndomstraumer. Caslini og kollegaer (2016) finner at det er tre ganger så høy risiko for at en person med barndomstraumer utvikler en SF enn en person som ikke har barndomstraumer. For flere av disse kan barndomstraumene ha vært en medvirkende årsak til utviklingen av SF (Vrabel, 2009). Pasienter med SF som i tillegg har en historie med barndomstraume responderer dårligere på behandling enn pasienter uten (Vrabel, 2009).

Goss og Allan (2014) hevder at noe av det som er felles for pasienter med SF og som er vanskelig å behandle er deres sviktende selvfølelse, selvforakt og skam. Dette vil da være viktig å adressere i terapi. Medfølelsesfokusert terapi (CFT) antyder lovende resultater i behandling av personer som er selvkritiske og har høy skamberedskap (Gale, Gilbert, Read & Goss, 2014), og kan således være en relevant behandlingsmodell for SF. I vår studie ønsker vi å undersøke hvordan pasientgruppen med SF med og uten barndomstraume responderer på CFT rettet mot SF (CFT-E). CFT-E er funnet å være virksom for pasienter med SF (Kelly & Tasca, 2016), men det er så vidt vi vet ikke gjort kontrollert forsøk på å undersøke effekten for pasienter med SF og barndomstraume. Vår studie er en del av en større studie gjennomført ved Modum Bad, og skiller seg fra hovedstudien ved å kun undersøke effekt av CFT-E på pasienter med og uten barndomstraume. Det har vært gjennomført en pilot som avdekket et behov for å vite mer om hva som er endringsfremmende i CFT-E (Monclair & Wuttudal, 2017). Vår studie ser på hvorvidt pasientene som mottar CFT-E oppnår bedring i form av symptomendring av SF og traumesymptomer, samt økt evne til å være

selvmedfølende. Videre undersøkes om selvmedfølelse som en spesifikk faktor og allianse som en fellesfaktor henger sammen med den eventuelle symptomendringen i SF.

I det følgende redegjøres det først for SF inkludert klassifikasjon og prevalens samt ulike definisjoner av barndomstraumer, før oppgaven ser på sammenhengen mellom SF og barndomstraumer. Teoridelen vil videre drøfte behandlingsforskning og hva vi i dag vet om effektive behandlingsmetoder for SF, før en kort redegjørelse av medfølelse og selvmedfølelse som anses å være blant de viktigste endringsmekanismene i CFT. Til slutt vil viktige aspekter ved medfølelsesfokuserert terapi generelt og for spiseforstyrrelser spesielt redegjøres for.

2 Teori

2.1 Spiseforstyrrelser

Begrepet SF brukes om en gruppe av psykiske lidelser som omhandler forholdet til mat, spising, kropp og vekt. Skårderud (2000) definerer SF som *”når en person har tanker og atferd rundt mat og kropp som begrenser livsutfoldelsen og forringer livskvaliteten”* (s. 11). Det finnes like mange uttrykk for SF som det finnes mennesker som har det. SF er en sykdom preget av ambivalens for tilfriskning og behandling (se for eksempel; Guarda, 2008; Killick & Allen, 1997; Vitousek, Watson & Wilson, 1998; Williams & Read, 2010). Bakgrunnen for den uttalte ambivalensen er mangfoldig. For noen er SF en mestringsstrategi for å takle vonde følelser (Skårderud, 2000), for andre gir SF kontroll og kanskje positiv oppmerksomhet. Den kan også bli en form for sosial identitet hvor personen føler på tilhørighet til gruppen med SF (Ison & Kent, 2010) og dermed ikke klarer å holde fast ved ønske om å bli frisk. Dermed kan tilfriskningsprosessen oppleves som noe skummelt, ukjent og som å gi slipp på en mestringsstrategi som tidligere har fungert.

Det finnes to klassifikasjonssystemer for psykiske lidelser: ICD-10 (World Health Organization, 1992) og DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Norge bruker ICD-10 som klassifiseringssystem, men omtrent alle vitenskapelige studier benytter seg av DSM. Denne studien baserer seg på operasjonaliseringen og klassifikasjonen av SF ved hjelp av Eating Disorder Examination Interview 12.0D (EDE) (Cooper & Fairburn, 1987) som anvender DSM-5, og på grunnlag av dette er det DSM-5 kriteriene som redegjøres for i denne oppgaven. I DSM-5 deler man opp i fire diagnostiske underkategorier; Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), uspesifiserte SF (EDNOS) og overspisingslidelse (BED) (American Psychiatric Association, 2014). I denne oppgaven er EDNOS delt opp i atypisk anoreksi (atypisk AN) og atypisk bulimi (atypisk BN). BED redegjøres ikke for, da det ikke var en aktuell diagnosekategori for utvalget i denne studien. Se tabell 1 for oversikt over diagnosekriteriene.

Tabell 1. Oversikt over diagnosekriterier i DSM-5

Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	EDNOS
<p>A: Lav vekt (restriksjon av energiinntak som fører til undervekt relativt til alder, kjønn, utviklingskurve og fysisk helse)</p> <p>B: Frykt for vektøkning (intens frykt for å gå opp i vekt/bli tykk, med atferd som er i samsvar slik at man ikke går opp i vekt selv om man er undervektig)</p> <p>C: Forstyrrelse i persepsjon av kropp og vekt (forstyrrelse i kroppsoppfatning, selvevaluering urettmessig påvirket av kropp og vekt, benekter hvor alvorlig det er med egen undervekt)</p> <ul style="list-style-type: none"> - bulimisk type - restriktiv type 	<p>A: Tilbakevendende episoder av både overspisingsepisoder og en av følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - overspisingsepisode over en begrenset tidsperiode (to timer eller mindre) hvor man spiser store mengder mat - opplever kontrolltap ved en overspisingsepisode <p>B: Tilbakevendende atferd som utføres for å hindre vektoppgang (oppkast, trening, avføringstabletter)</p> <p>C: Overspisingen og kompensatorisk atferd forekommer vanligvis minst én gang i uka, over tre måneder</p> <p>D: Selvevaluering urettmessig påvirket av kropp og vekt</p> <p>E: Forstyrrelsen er ikke kun tilstede under episode av AN</p>	<p>Alle kriterier for AN, men normal vekt</p> <p>Alle kriterier for BN, men kompensatorisk atferd inntreffer sjeldnere enn én gang i uken eller over en kortere periode enn tre måneder</p> <p>Vedvarende kompensatorisk atferd ved normal vekt etter inntak av små mengder mat (for eksempel selvframkalt oppkast etter en kjeks)</p>

Tallene på forekomst av AN og BN varierer mellom studier og hvilke diagnosekriterier man har brukt. DSM-5 har kriterier som inkluderer flere med AN og BN enn hva ICD-10 - kriteriene gjør. EDNOS har vært ytterligere utfordrende å finne prevalens for gitt at det er en samlediagnose. Gjennomsnittlig kan man si at prevalensen av personer med AN er cirka 0.5 % og BN er cirka 1-2 % på verdensbasis, og for EDNOS varierer prevalenstillene fra 1.3-9.4 % (Hoek, 2016; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Rosenvinge & Pettersen, 2015; Smink, Hoeken & Hoek., 2012, 2013).

2.2 Barndomstraumer

Traumer kan defineres som ”en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelder personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslig integritet” (Saakvitne, Gamble, Pearlman & Lev, 2000). Tidligere tenkte man at barn var mindre sårbare for belastninger slik som traumer fordi de manglet kognitiv kapasitet til å forstå sammenhenger og konsekvenser. I dag er det en dreining mot å tenke at tidlige og mer vedvarende belastninger, og spesielt om det skjer i nære relasjoner, gir langt mer komplekse konsekvenser enn enkeltstående traumer (Nordanger og Braarud, 2017). Men tenker i dag at konsekvensene av traumatiske

belastninger tidlig i livet, som vold og seksuelle overgrep, har *større* konsekvenser enn hva en diagnose på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) favner (se for eksempel Briere, Kaltman og Green, 2008; Coitre et al., 2009; Herman 1992; van der Kolk, 2005). Judith Herman (1992) var blant de første som lanserte begrepet *kompleks PTSD*, som en betegnelse på symptomkompleksiteten hun så hos sine klienter. Klientene hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen, og symptomene inkluderte reguleringsvansker i forhold til oppmerksomhet og affekt, selvoppfattelse, relasjonell fungering og somatisering. Kompleks PTSD er ikke en diagnose i DSM-5, men det ble opprettet en ny symptomgruppe under diagnosen PTSD for å forsøke å favne de kognitive og emosjonelle vanskene disse pasientene slet med (American Psychiatric Association, 2013). Det forventes at kompleks PTSD inkluderes som en egen diagnose i ICD-11 som ventes i 2018 (Nordanger og Braarud, 2017).

Nordanger og Braarud (2017) lanserer begrepet utviklingstraumer for å beskrive den doble belastningen der barnet utsettes for traumatiske hendelser i en kontekst hvor omsorgen svikter og barnet ikke får reguleringsstøtte. Dette ligner på Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) sitt begrep om relasjonstraumer, som er traumer som er påført av voksne mennesker som skulle ivarett barnet. De tenker at mennesket er først og fremst et relasjonelt vesen, og ser derfor på traumer i et tilknytningsperspektiv. Deres beskrivelse av hvordan tidlig opplevd traumatisering fra barnets nære omsorgspersoner kan ødelegge trygghetssystemet til barnet sammenfaller i stor grad med det mønsteret av erfaringer som skaper hva Nordanger og Braarud (2017) kaller utviklingstraumer. Det er altså noe mer og annet enn vold, overgrep og omsorgssvikt hver for seg; her opptrer slike belastninger i en kombinasjon med at barnet ikke får hjelp til å regulere affekt fra dem som skulle hatt denne funksjonen. I tillegg til å få en negativ erfaring, mister barnet en positiv erfaring av den voksne som støttende, trygg og hjelpende. Både kompleks PTSD, relasjonstraumer og utviklingstraumer er begreper som forsøker å fange opp resultatet av vedvarende traumatiske belastninger i en kontekst med sviktende reguleringsstøtte i barndommen.

Forenklet så kan man si at hjernen har et *alarmsystem* som aktiveres ved trusler og øker kroppens aktivering, og et *reguleringsystem* som har som funksjon å regulere alarmreaksjonene (Nordanger og Braarud, 2017). Reguleringsystemet utvikles gjennom reguleringsstøtte og ytre regulering. Spedbarnet er avhengig av reguleringsstøtte fra omsorgsgiverne, og ved god reguleringsstøtte vil spedbarnet internalisere dette til indre arbeidsmodeller (et sett med mentale representasjoner av sine omsorgspersoner og relasjonen til disse) og etter hvert utvikle selvregulering (Bowlby, 1969, 1973, 1988). Når barnet ikke får erfaringer med hvordan andre regulerer affekt kan en konsekvens være at barnet ikke

lærer selvregulering (Bowlby, 1973,1988). Hos barn, som ikke har et ferdigutviklet reguleringssystem, vil traumatisk stress få større konsekvenser enn hos voksne gjennom at det hindrer *utviklingen* av reguleringssystemet (Nordanger og Braarud, 2017). Ved å ikke få hjelp til å regulere seg etter traumatiske hendelser, vil også barnets alarmsystem være hypersensitivt og overaktivt (Nordanger og Braarud, 2017). Barn som opplever utviklingstraumer vil derfor ofte få et overutviklet og hypersensitivt alarmsystem, kombinert med at reguleringssystemet er underutviklet og svakt.

2.3 Sammenhengen mellom barndomstraume og spiseforstyrrelse

Barndomstraume har vist seg å være en ikke-spesifikk prediktor for SF (se for eksempel Calam & Slade, 1989; Waller, 1991). Med dette menes at barndomstraume predikerer utvikling av psykiske lidelser generelt, herunder SF. Det er også evidens for at flere former for mishandling i barndommen har en additiv eller interaktiv effekt (Rorty & Yager, 1996).

Flere har funnet en sammenheng mellom seksuelt misbruk og spesifikke aspekter ved SF slik som overspising og renselse (som oppkast, laksativer og diuretika, men ikke trening) (van Gerko, Hughes, Hamill & Waller 2005; Waller 1992; Wonderlich et al., 2001) samt kroppsbildeforstyrrelse (Byram, Wagner & Waller 1995; van Gerko et al., 2005), mens man finner mindre forekomst av seksuelt misbruk hos gruppene uten oppkast (de restriktive gruppene) (van Gerko et al., 2005; Waller, 1991). Andre igjen finner ikke denne sammenhengen mellom barndomstraume og SF-symptomer (Schaaf & McCanne, 1994). Schaaf og McCanne (1994) påpeker selv i artikkelen sin at 9 av 10 studier likevel finner en assosiasjon mellom seksuelt misbruk og SF. Noe av forklaringen på at ikke alle finner en assosiasjon, er nettopp at barndomstraume er en ikke-spesifikk risikofaktor for SF og at andre psykiske lidelser også kan utvikles. Andre kontekstuelle faktorer er med å avgjøre om det er en SF eller eventuelt en annen psykisk lidelse som utvikles i kjølvannet av seksuelle traumer. I tillegg var utvalget til Schaaf og McCanne (1994) universitetsstudenter og dermed relativt høytfungerende, og er derfor muligens ikke representative for de som har opplevd barndomstraumer.

En sammenheng mellom andre former for barndomstraumer slik som fysisk og emosjonell mishandling, samt forsømmelse (neglekt) og SF er ikke like mye studert. Studier som undersøker alle tre formene for mishandling (seksuell, fysisk og emosjonell) finner en

sterk assosiasjon mellom emosjonell mishandling i barndommen og SF (Fischer, Stojek & Hartzall, 2010; Kent, Waller & Dagnan, 1999; Rorty, Yager & Rossotto, 1994).

Rorty og Yager (1996) referer til Herman og kollegaer når de viser til en gruppe av symptomer som er funnet hos offer for interpersonlige traumer slik som fysisk, psykisk, emosjonell og seksuell mishandling: forstyrrelser i affektregulering, selvskading, forstyrrelser i impuls kontroll, forstyrrelser i oppmerksomhet og bevissthet (da spesielt dissosiasjon), somatisering, og endring i persepsjon av seg selv og andre. Symptomene var mer fremtredende dersom traumet begynte ved tidlig alder og vedvarte over tid. Forstyrret selvpersepsjon var preget av kroppslig skam og et forstyrret kroppsbilde, et kjennetrekke ved SF. Også Byram og kollegaer (1995) fant en sammenheng mellom seksuelt misbruk og kroppsbildeforstyrrelse.

Det kan se ut til at barndomstraumer som mishandling kan knyttes til utvikling og opprettholdelse av SF gjennom kroppslig skam, en følelse av verdiløshet og selvforakt som karakteriserer mange som har opplevd mishandling. Rorty og Yager (1996) finner det sannsynlig at den kroppslige skammen mange med barndomstraumer opplever kan føre til kroppsbildeforstyrrelser, som igjen kan føre til forsøk på å endre kroppen sin gjennom slanking, og til slutt ende opp med en SF. De etterlyser mer forskning på disse mekanismene for å kunne fastslå en sammenheng.

2.3.1 Spiseforstyrrelsens funksjon etter barndomstraumer

En mulig forklaring på hvorfor noen utvikler en SF etter et barndomstraume, er at SF-symptomer har en affektregulerende funksjon, og da spesielt overfor negativ affekt assosiert med mishandling eller overgrep (Dansky, Brewerton, Kilpatrick & O'Neill 1997). Fischer og kollegaer (2010) fant en klar sammenheng mellom emosjonell mishandling og SF, og forklarer dette med at dersom man vokser opp i et miljø preget av emosjonell mishandling lærer man seg ikke adaptiv affektregulering. De tenker seg videre at bruk av maladaptive strategier for å regulere affekt kan føre til utvikling av SF, hvor regulering av mat blir måten å regulere følelser på. Dette blir analogt til tidligere hypoteser fremmet av Dansky og kolleger (1997) hvor SF-symptomer sees på som en metode for å unngå eller regulere emosjoner.

Axelsens (2009) perspektiv på symptomer som ressurs kan også bidra til å belyse spiseforstyrrelsens funksjon etter barndomstraumer. Dersom man opplever en situasjon som ukontrollerbar og uforutsigbar, attribuerer man gjerne ansvaret for situasjonen til seg selv

som et forsøk på å få en følelse av kontroll. Når man utsettes for barndomstraumer kan man oppleve at andre har kontroll over egen kropp. Det er vanskelig å få gjort noe med de ytre faktorene, og det eneste man står igjen med og kan endre på er en selv. SF kan da sees på som et forsøk på å ta kontroll over situasjonen ved å ta tilbake kontrollen over egen kropp.

En norsk kvalitativ undersøkelse, utført i forbindelse med en bacheloroppgave i sosialt arbeid så på hvordan SF kunne utvikles som mestringsstrategi etter seksuelle overgrep (Arntzen, 2014). Arntzen (2014) intervjuet syv kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og i ettertid utviklet en SF (ikke krav til en diagnose, men selvdefinert). Kvinnene beskriver tydelig hvordan SF hadde som funksjon å ta tilbake kontrollen, regulere følelser (å ”lette på trykket”, å slippe og føle), å dempe traumesymptomene, og å straffe seg selv. En kvinne beskrev det som at hun ”kastet opp” følelsene sine (Arntzen, 2014, s. 17). Utvalget i denne bacheloroppgaven er ikke representativt, og funnene kan derfor ikke generaliseres. De gir likevel et innblikk i hvordan symptomene subjektivt kan oppleves for denne gruppen.

Fellesnevneren er at pasientene opplever mestring i de det gjør, men at mestringsfølelsen er kortvarig og løser ikke selve problemet. Dette synliggjør hvordan løsningen blir problemet, og pasienten fanges i SFs onde sirkel.

2.4 Behandling av spiseforstyrrelser

Kognitiv atferdsterapi (CBT) viser bedring hos omkring 50% av pasienter med BN (Wilson, 1996; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Det er gjort lite forskning på hva som fungerer best for voksne pasienter med AN (Fairburn, 2005). Det er heller ikke hva vi vet utført behandlingsstudier av pasienter med SF og barndomstraume. En kontrollert studie kalt ANTOP-studien så på forsterket kognitiv atferdsterapi (CBT-E), fokusert psykodynamisk terapi og annen vanlig behandling for polikliniske AN-pasienter (Zipfel et al., 2014). Resultatet indikerte ingen store forskjeller mellom terapiretningene med tanke på vektoppgang og andre symptomer. Terapiretningene skilte allikevel på to punkter; 1) CBT-E viste raskere resultater på vektoppgang og SF-symptomer og 2) de som mottok fokusert psykodynamisk terapi var bedre ved oppfølging etter 12 måneder, målt med globale utfallsmål. Fokusert psykodynamisk terapi har interpersonlig relasjoner som fokus, noe artikkelforfatterne mener kan være grunnen til langvarig bedring.

En stor metaanalyse så på mange ulike aspekter ved behandling som antall timer, gruppe- eller individuell setting og behandlingstilnærming. De konkluderte med det samme som Poulsen og kollegaer (2014) nemlig at man bør adressere symptomene og atferden, samt

hjelp pasientene å (emosjonelt) forstå sammenhengen mellom symptomene og relasjoner (Hartmann, Herzog & Drinkmann, 1992).

I april i år (2017) kom de nye retningslinjene for behandling av SF. Det er nå en faglig konsensus i Norge om at CBT anbefales ved BN, om enn en svak anbefaling. Det anbefales individualterapi av en viss varighet for både BN og AN. Anbefalingene er i tråd med tidligere nevnte metaanalyser (Hartmann et al., 1992; Helsedirektoratet, 2017; Poulsen et al., 2014; Zipfel et al., 2014). I Helsedirektoratets anbefalinger ligger det ikke føringer om at noen psykoterapi-retninger skal anbefales fremfor andre, bortsett fra for BN. Det legges imidlertid sterke føringer på hva som er viktig å adressere i behandlingen som fokus på normalisering av vekt og spisemønster. Det man fortsatt vet svært lite om er endringsmekanismer og komplekse sammenhenger mellom generelle faktorer i behandling og spesifikke intervensjoner i ulike terapiretninger. I det videre vil disse temaene drøftes, herunder arbeidsallianse mellom pasient og terapeut som en fellesfaktor i behandlingen av SF.

2.4.1 Arbeidsallianse som fellesfaktor i psykoterapi

Psykoterapiforskningen finner at det er en rekke faktorer felles i alle terapiformer som forklarer en betydelig del av behandlingsresultatet. Dette kaller man terapiens ”fellesfaktorer” (Lambert, 2013; Wampold et al., 1997; Wampold & Imel, 2015). Fellesfaktorene forklarer en større andel av endringen, men for at endringen skal fasiliteres må terapeuten ha en forankring i en bestemt terapiretning. Forankringen må ha en forståelse av sykdom og endring, samt bruk av spesifikke teknikker. Spesifikke teknikker og fellesfaktorer står således i et gjensidig forhold; fellesfaktorer synes å bidra mest til endring, men uten spesifikke terapeutiske ingredienser har man ingen behandling (Nissen-Lie, Oddli & Wampold, 2013; Wampold & Imel, 2015). Fellesfaktorene innebærer blant annet arbeidsalliansen mellom terapeut og klient, terapeuteffekten, klientfaktorer, samt klientens forventning og det at terapeuten innehar et rasjonale for behandlingen. I det videre vil vi redegjøre for arbeidsallianse da det er denne fellesfaktoren som måles i studien ved Modum Bad.

Bordins (1994) begrep om arbeidsallianse mellom pasient og terapeut har blitt pekt ut som en viktig del av fellesfaktorene (se for eksempel Wampold & Imel, 2015). Arbeidsalliansen viser til en enighet mellom terapeut og pasient om mål før behandlingen og hvordan en skal arbeide for å oppnå målet, samt kvaliteten på det emosjonelle båndet (grad av tillit, respekt mv) mellom de to. Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds (2011) fant at allianse predikerer bedring, uavhengig av terapiform eller lengde på terapi. Det har i mange

år vært diskusjon rundt hva som kommer først av symptombedring og klient-rapportert allianse (høna eller egget-spørsmålet). Flere nyere studier tyder på at det er allianse som kommer først (se for eksempel Zilcha-Mano, Dinger, McCarthy & Barby, 2014), det vil si, en økning i alliansen en time medfører reduserte symptomer neste time, og ikke omvendt (Falkenström, Ekeblad & Holmqvist, 2016). Det samme spørsmålet stiller man seg i SF-feltet også (Brown, Mountford & Waller, 2013a, 2013b). Graves med kollegaer (2017) finner at tidlig symptomreduksjon predikerer allianse (med små til moderate effektstørrelser), mens Vrabel, Ulvenes og Wampold (2015) finner det omvendte (altså at det er alliansen som predikerer symptomreduksjon). Dette er et viktig spørsmål i spiseforstyrrelsesbehandling, blant annet grunnet ambivalensen til behandling mange opplever som er knyttet det å måtte gi opp sin mestringsstrategi. Det er grunn til å tro at ambivalens gjør det ekstra viktig med tillit til behandler, og enighet om mål og arbeidet mot dette. Dersom man får mer kunnskap om den terapeutiske alliansens betydning i bedringsprosessen, kan det ha implikasjoner for hva som vektlegges på ulike tidspunkt i terapiforløpet.

Denne oppgaven har så langt vist hvordan SF generelt, og kombinert med barndomstraumer spesielt, er komplekse tilstander som krever psykologisk behandling. Videre har man sett hvordan det per dags dato ikke er en behandling som har god effekt for en stor del av denne pasientgruppen, og det er ei heller faglig konsensus for hvilken psykoterapiretning som har best effekt på SF-diagnosene sett under ett. Selvmedfølelse er utviklet som et begrep som svarer til et behov i klinikken om å gi pasienter et mer robust forhold til seg selv. Denne studien undersøker om medfølelsesfokusert terapi (CFT) kan bidra til symptomendring for denne pasientgruppen. I det videre kommer en innføring i medfølelse, selvmedfølelse og CFT.

2.5 Medfølelse og selvmedfølelse

Medfølelse (compassion) og selvmedfølelse (self compassion) er to begreper som kan forstås på mange ulike måter. Hovedvekten av redegjørelsen for medfølelse og selvmedfølelse vil ligge på forståelsen av begrepene i behandlingsmodellen i CFT som denne oppgaven undersøker. Først kommer en kort redegjørelse av flere aspekter ved begrepene, før vi tar for oss Paul Gilberts og Kristin Neffs forståelse som er blant de fremste teoretikerne på henholdsvis CFT og selvmedfølelse (se for eksempel Gilbert 2014; Neff, 2003b).

Koenig og Larson (2001) ser *medfølelse* som en type atferd ved å vise tilgivelse, godhet og sjenerøsitet. Ekman (2003) legger vekt på evne til å kjenne på andres lidelse og

medfølelse som en variant av kjærlighet. Goetz, Keltner og Simon-Thomas (2010) ser medfølelse som den følelsen som oppstår når man ser en annens lidelse og ønsker å hjelpe. Barnard og Curry (2011) skriver at *selvmedfølelse* er evnen til å være god mot seg selv når man har det vondt, kunne være tilstede i øyeblikket og romme vanskelige følelser, samt se sin egen lidelse som noe fellesmenneskelig. Braun, Park og Gorin (2016) anser selvmedfølelse som å behandle seg selv som man ville behandle en god venn; med kjærlighet og omtanke.

Grunnleggeren av CFT, Paul Gilberts forståelse baserer seg på en buddhistisk tankegang og Dalai Lamas (2005) arbeid. Buddhismen belyser ulike komponenter ved medfølelse og mener det innebærer at man kognitivt oppfatter lidelse, at man med empati og følelser (affekt) har en intensjon og motivasjon til å lette på andres lidelse (Gilbert, 2014; Jazaieri et al., 2013). Gilbert definerer medfølelse som ”*sensitivitet mot lidelse hos andre med en forpliktelse til å forsøke å forebygge og lette*” og selvmedfølelse som ”*evnen til å rette medfølelse mot oss selv*” (Gilbert, 2014, s. 19, vår oversettelse). Denne definisjonen er i tråd Kristin Neff sin måte å forstå medfølelse på, som også har latt seg inspirere av buddhismen. Neff (2012) beskriver medfølelse som en ikke-dømmende holdning til den andres situasjon ved at man gjenkjenner at vi alle er mennesker som er feilbarlige og sårbare. Selvmedfølelse anser Neff for å være en videreføring av medfølelse, ved at man også inkluderer seg selv i ”sirkelen av medfølelse” (Neff og Dahm, 2015). Neff (2012) hevder selvmedfølelse kan økes gjennom *oppmerksomt nærvær* (mindfulness). Med dette menes at man er tilstede med en holdning av nysgjerrighet, åpenhet og aksept for sine tanker og følelser uten å undertrykke, dømme eller fortrenge.

Kjerneelementene i selvmedfølelse kan oppsummeres gjennom tre dimensjoner: 1) Godhet mot seg selv versus å være selvkritisk, 2) felles menneskelighet versus isolasjon, og 3) oppmerksomt nærvær versus overidentifikasjon eller unngåelse (Neff & Dahm, 2015). Selvmedfølelse måles gjennom flere atferdsdimensjoner som overlapper og påvirker hverandre (Neff & Dahm, 2015):

- selvmedfølende atferd versus atferd som ikke er selvmedfølende
- å kunne være snill mot seg selv versus å være selvkritisk
- å føle at sine opplevelser er knyttet til det å være menneske heller enn å føle seg isolert og alene
- det å kunne balansere vonde opplevelser i nuet heller enn å overidentifisere seg med dem

2.5.1 Selvmedfølelse og tilgrensende begreper

Selvmedfølelse som begrep kan fort forveksles med andre begreper som selvopptatthet, selvmedlidenhet og egoisme. Selvmedfølelse forveksles også ofte med selvtilitt. Neff og Vonk (2009) poengterer at selvmedfølelse handler om noe kvalitativt annet. Innenfor klinisk psykologi har man lenge jobbet med selvtilitt hos klienter som en måte å styrke enkeltmenneskers evne til å møte livets utfordringer. Klinikere erkjenner dog at selvtilitten er sårbar i perioder hvor vi gjør feil - noe som ligger i menneskets natur. Selvmedfølelse svarer således til et behov i klinikken om å hjelpe mennesker med mestringsstrategier når livet blir vanskelig (Leary, Tate, Adams, Batts Allen & Hancock, 2007; Neff, 2012).

Slik selvtilitten påvirkes av selvopplevd tilkortkommenhet påvirkes selvfølelsen av selvkritikk og skam (Gilbert, 2002). Pasienter med SF har høyere nivå av skam enn andre (se f.eks. Frank, 1991; Masheb, Grilo og Brondolo, 1999). Fairburn og Harrison (2003) rapporterte at pasientene knytter lykke og selvaksept til kroppsfasong, vekt og størrelse. Dette kan føre til økt skam og selvkritikk når de ikke føler de har kontroll over vekt og matinntak. Kelly og Tasca (2016) fant at skammen økte over tid med avvikende spiseatferd. Gale og kollegaer (2014) hevder SF opprettholdes av skam. Som tidligere nevnt mener man i CFT-E at SF-atferd har sammenheng med affektreguleringssystemet. Skam, selvkritikk og stolthet spiller inn her. Stolthet har sammenheng med kontroll over matinntak. Behovet for kontroll fører igjen til at man lener seg for mye på insentiv- og aktiveringssystemet (Goss & Allan, 2009). Det blir her viktig å styrke trøst- og trygghetssystemet gjennom selvmedfølelse for å gi pasientene et alternativ til SF som mestringsstrategi.

2.6 Medfølelsesfokusert terapi

Medfølelsesfokusert terapi (CFT) ble utviklet av professor Paul Gilbert fra Universitetet i Derby i Storbritannia for behandling av skamrelaterte prosesser i affektlidelser (Gilbert, 2009a). CFT er en transdiagnostisk terapiretning som integrerer teknikker fra kognitiv atferdsvitenskap med konsepter fra evolusjonspsykologi, sosialpsykologi, utviklingspsykologi, buddhistisk psykologi og nevrovitenskap. Terapiretningen ble utviklet etter observasjoner i klinikken hvor man så skam og selvkritikk som utfordringer i terapi (Gilbert, 2009a).

Mennesker med mye skam og selvkritikk har store utfordringer med å være sjenerøse med seg selv og ha selvmedfølelse (Gilbert, 2009a). Utpreget skam og selvkritikk kommer ofte av overgrep, mobbing eller ved omsorgssvikt (Kaufman 1989; Gilbert & Andrews 1998;

Schore 1998). Disse erfaringene kan gjøre mennesker sensitive mot avvisning, kritikk og trusler fra verden. Noen retter det vonde innover mot seg selv, og dermed blir både den ytre og den indre verden fiendtlig (Gilbert, 2009a). Noen pasienter rapporterer at de rasjonelt forstår at de ikke er skyld i sine opplevelser, men at de fortsatt *føler* at de er det (Rector, Bagby, Segal, Joffe & Levitt, 2000). Et system for hvordan mennesker regulerer affekt vil i det videre redegjøres for som det som ligger til grunn for psykiske lidelser og som samtidig kan være kilden til bedre psykologisk fungering.

2.6.1 Affektreguleringsystemet

I CFT tenker man at hjernen er et resultat av evolusjon, med en gammel del bestående av motivasjonssystemer og affektreguleringsystemer, og en nyere kognitiv del. Man snakker om at hjernen er kompleks men ikke alltid så godt designet, og kaller den for ”the tricky brain” (Gilbert, 2014). Med dette mener man at den gamle og den nye delen ikke alltid interagerer like godt. I en videreføring av dette tror man at psykiske lidelser kan være et produkt av evolusjon ved at vi er i stand til å tenke, vurdere, føle, og sende oss selv tilbake til vonde opplevelser både med tanker og følelser (Buss, 2009; Gilbert, 1998, 2005a, 2009b, 2013; Goss & Allan, 2014; Knox, 2003; Nesse, 2005).

Gjennom forskning på nevrofysiologi og emosjoner kan det gi mening forstå affektregulering gjennom subsystemer (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009b):

1. Trussel- og beskyttelsessystemet (threat and protection system)
2. Insentiv- og aktiveringssystemet (drive and excitement system)
3. Trøst- og trygghetssystemet (contentment, soothing and social safeness system)

Disse tre systemene tenker man seg er en konsekvens av evolusjon og hva mennesker til enhver tid trenger av affekter og motivasjon for å overleve (Gilbert, 2014). Gilbert (2009a) anerkjenner at dette kun er én mulig teoretisering av emosjonsregulering, men at det kan være en god måte å forstå det på i klinisk sammenheng. I det videre vil vi redegjøre for hvordan disse tre systemene utgjør en nyttig forståelsesramme for psykopatologi og endring i medfølelsesfokusert terapi.

Psykopatologiforståelse

Trussel- og beskyttelsessystemet har blitt utviklet for å oppdage trusler og signalisere et beskyttelsesbehov. Trusselsystemet hviler på det sympatiske nervesystemet, og aktiveres av potensielle trusler (Gilbert, 2009a). Man kan argumentere for at dette er det samme som det

man i traumeteori kaller alarmsystemet. I det videre vil begrepet "alarmsystem" brukes om både Gilberts trusselsystem og traumeteoriens alarmsystem. Alarmsystemet kan påvirke mennesker med langvarige og vonde erfaringer til å utvikle trygghetsstrategier som til slutt blir problematiske, og i ytterste konsekvens blir symptomer på en psykisk lidelse. Systemet er hos disse menneskene allerede programmert til å være oversensitivt mot trusler for å kunne varsle resten av kroppen og være klar når man trenger (Gilbert, 1998). Systemet blir derfor lettere aktivert (Rosen & Schulkin, 1998) og er kilden til mange aspekter ved psykopatologi (Gilbert, 2009a). I CFT tenker man seg at dersom man blir mer selvmedfølende og slutter å dømme seg selv for sine symptomer, tanker, følelser, så vil man stå friere til å ta romme og lære å håndtere sine vansker (Gilbert, 2009a).

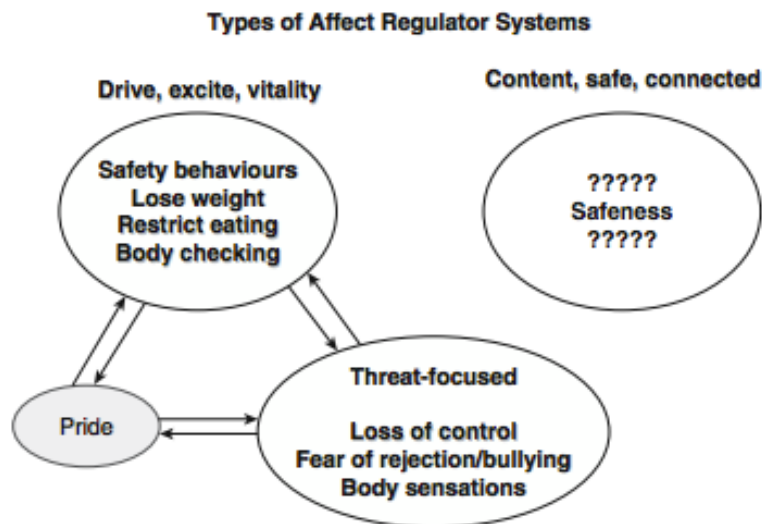
Insentiv- og aktiveringssystemet hjelper oss å søke og finne nødvendige elementer for overlevelse som mat, tilknytning, sosial tilhørighet og kjærlighet. Dalai Lama (2002) og buddhisme skiller mellom den type oppstemthet og lykke som vi får fra ytre stimuli, som for eksempel at man har kjøpt ny bil, og den vi får fra våre indre stimuli. Indre stimuli i denne sammenhengen karakteriseres av tanker og øvelser som foster balanse og gjør oss avslappet og tilfredse. I buddhismen er lykke forbundet med indre stimuli; en rolig "ikke-strebersk" tilstand som er oppmerksom (mindful) og medfølelsesorientert (Dalai Lama, 2002). Gilbert (2009a) peker på hvordan vi i dag ønsker oss materielle goder for å oppnå trygghet og tilfredshet, dette kan medføre mye "skulle ha" og "burde ha" og overbelaste insentiv- og oppstemthetssystemet (Pani, 2000).

Trøst- og trygghetssystemet hjelper oss å komme i kontakt med trygghet og gjør oss rolige og tilfredse. Depue og Morrone-Strupinsky (2005) peker på at trøst- og trygghetssystemet har blitt utviklet gjennom evolusjonen av tilknytningsatferd. Den omsorgen og tryggheten vi får fra våre omsorgspersoner gjennom fysisk kontakt har en beroligende (soothing) effekt. Dette er hentet fra forskning og begreper fra utviklings- og tilknytningsteori (Bowlby 1969; Gilbert 2005; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). Terapiformen vektlegger hvordan det å kunne trøste og gjøre seg selv rolig, samt å kunne motta dette fra en annen, kan ha en rekke fysiologiske, psykologiske og terapeutiske fordeler også for mennesker med alvorlige psykiske vansker (Braehler et al., 2013; Desbordes et al., 2012; Hoffmann, Grossman & Hinton, 2011; Jazaieri et al., 2013; Weng et al., 2013).

CFT postulerer at psykiske problemer oppstår når disse tre affektreguleringsystemene svikter og ikke klarer å regulere hverandre.

2.6.2 Medfølelsesfokusert terapi for spiseforstyrrelser

Medfølelsesfokusert terapi for SF (CFT-E) bygger på CFT, men er spesielt tilpasset SF (Goss & Allan, 2012, 2014). CFT-E har et spesielt fokus på skam og selvkritikk og hvordan dette opererer på ulike måter i ulike SF (Goss & Allan, 2010). CFT-E bygger på en hypotese om at pasienter med SF har et underutviklet trøst- og trygghetssystem. Et underutviklet trøst- og trygghetssystem kan gi en følelse av utrygghet og mangel på reguleringsstrategi. En konsekvens av dette kan være at pasienter med SF i større grad må basere seg på insentiv- og aktiveringssystemet. Dette kan føre til at de utvikler et unaturlig stort behov for å mestre, oppnå mål og være vellykkede (Goss & Allan, 2009). Hos pasienter med bekymringer rundt spising og vekt kan insentiv- og aktiveringssystemet brukes for å regulere alarmsystemet gjennom *stolthet* som igjen er assosiert med kontroll over vekt og kropp (Goss & Allan, 2009). Det foregår en debatt på feltet om det er nettopp stolthet forbundet med kontroll som driver vektnedgang hos AN-pasienter og ikke frykt for fett (Clarke, Fladung & Gorwood, 2016). Goss og Allan (2009) peker på at en person med SF uten barndomstraume opplever samme overaktivering ved blant annet frykt for kontrolltap, frykt for avvisning og frykt for kroppslige signaler. Goss og Allan (2014) legger frem følgende figur av affektreguleringssystemet for SF:



Figur 1 Affektreguleringssystemet for SF. Fra Goss & Allan, 2012, s. 306.

Figuren kan illustrere utfordringene i behandling av SF og hvordan det å styrke trøst- og trygghetssystemet kan bidra til symptomendring. CFT-E gjør dette ved å øke selvmedfølelsesfokus.

Pasienter kan oppleve frykt for å føle på positive følelser mot en selv, samt motta dette fra andre (Gilbert, 2009a). Gilbert, McEwan, Matos og Ravis (2011) fant i en studie av studenter at man kan oppleve en frykt mot å ha positive følelser mot en selv, og også (men i mindre grad) å motta positive følelser fra andre. Frykt for medfølelse så også ut til å ha sammenheng med selvkritikk. Jo mer selvkritikk, jo mer frykt for medfølelse. Gilbert (2009a) peker på en sammenheng med frykt for selvmedfølelse og vansker med å aktivere trøst- og trygghetssystemet.

2.7 Formål med studien og hypoteser

Selv ved de mest effektive behandlingsformene er det et betydelig antall SF-pasienter som ikke blir friske (Wilson et al., 2007). Det er et behov for å undersøke effektive behandlingsformer for alle typer SF (Fairburn et al., 2009; Wilson et al., 2007). I tillegg til manglende evidens på behandling av SF alene, viser forskning at det å ha et barndomstraume utgjør en ekstra utfordring for behandlingen (Vrabel, 2009). CFT- E adresserer mekanismene som tenkes å ligge til grunn for både SF og barndomstraume. CFT-E fokuserer på både forhold til mat, vekt og kropp, i tråd med de nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017), i tillegg til symptomets funksjon og påvirkning på relasjoner både i gruppe og individuelt, slik ANTOP-studien fant var effektivt (Zipfel et al., 2014). Barndomstraume kan føre til forhøyet alarmberedskap (Nordanger & Braarud, 2017). Forhøyet alarmberedskap og aktivering av insentiv- og aktiveringsystemet kan også komme av å ha en SF, selv uten barndomstraume (Goss & Allan, 2009). Ved å oppøve ferdigheter i selvmedfølelse og aktivering av trøst- og trygghetssystemet kan man legge til rette for en bedre regulering av affektreguleringssystemene.

Målet med denne studien er å undersøke endring i SF-symptomer og traumesymptomer hos pasienter med og uten barndomstraume som mottar CFT-E. Videre ønsker vi å se på endringsprosesser, for å undersøke hva ved CFT-E som potensielt er endringsfremmende. Dette gjøres gjennom følgende hypoteser:

1. Inneliggende pasienter med SF med og uten barndomstraume som mottar CFT-E vil ha en reduksjon av SF-symptomer og/eller traumesymptomer
2. Inneliggende pasienter med SF med og uten barndomstraume som mottar CFT-E vil skåre høyere på selvmedfølelse etter endt behandling
3. Selvmedfølelse vil være en viktig prosess for endring i SF-symptomer
4. Allianse vil være en viktig prosess for endring SF-symptomer

3 Metode

3.1 Forskningsdesign

Studien vår er en del av en av en større randomisert og kontrollert studie (RCT) av kognitiv atferdsterapi versus medfølelsesfokusert behandling av SF med og uten barndomstraumer. Pasienter med eller uten barndomstraume ble tilfeldig plassert i en av de to behandlingsbetingelsene stratifisert på traume slik at det var jevn fordeling av pasienter med og uten barndomstraume i hver gruppe. Vi har i denne studien valgt ut de 5 pasientgrupper som gjennomførte CFT-E-behandlingen i 2015-2016, slik at vi også har mulighet til å undersøke deltakerne ved 1-års oppfølging.

3.2 Behandlingskontekst

Pasientene ble lagt inn på Avdeling for SF ved Modum Bad for 13 ukers behandling. Seks av ukene er behandling på sykehuset, deretter to hjemmeuker, før man er fem uker i behandling på Modum Bad igjen. Opplegget innebærer også en oppfølgingsuke ett år etter utskrivelse. Det ligger en samarbeidsavtale til grunn for behandling som signeres av pasient ved innleggelse. Den handler i korte trekk om at pasienten plikter å følge opp alle avtaler på timeplanen, samt spise etter grunnmeny og følge Modum Bads generelle retningslinjer for pasienter.

En behandlingsgruppe består av åtte pasienter, hvorav alle oppfyller kriteriene for SF etter Eating Disorder Examination 12.0D (EDE) (Cooper & Fairburn, 1987) og cirka halvparten oppfyller kriteriene for barndomstraume etter Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF). Behandlingen er en blanding av gruppesesjoner, individualterapitimer og miljøterapi. Pasientene mottar seks gruppesesjoner, to samtaler med individualterapeut og en samtale med miljøterapeut i uka. Alle økter følger en bestemt CFT-E-manual (Vrabel et al., 2014).

3.2.1 Behandlingskomponenter i medfølelsesfokusert terapi for spiseforstyrrelse

Behandlingsprogrammet i medfølelsesfokusert terapi er delt opp i fire faser. Den første fasen handler om å skape trygghet i gruppen og bli kjent med CFT-E som behandlingsmodell. Den andre fasen jobbes det i korte trekk med å aktivere medfølelse for å kunne forhindre SF-

atferd. Den tredje fasen handler om å overføre nye strategier og atferd til dagliglivet, samt gi slipp på SF. Siste fase har avslutning og forebygging av tilbakefall som tema.

En av kjerneelementene i behandling av SF, og som derfor også er en del av CFT-E, er strukturert spising. Dette handler om å utvikle en spiserutine med fire måltider om dagen, spise nok kalorier til å møte sin kropps energibehov, samt lære å komme i kontakt med og respondere på kroppens signaler om behov for mat.

Psykologisk endring i CFT¹ består av fire hovedelementer. To av disse er knyttet til erfaringer ved å være i gruppeterapi som omhandler å gi medfølelse støtte til gruppe-medlemmer og erfare, tolerere og handle ut fra støtte fra andre i gruppen. Tredje hovedelement involverer trening på *selvmedfølelsesfokus* (Compassionate Mind Training-CMT) (Gilbert, 2009b, 2010; Gilbert og Irons, 2005; Gilbert og Procter, 2006). Det fjerde og siste elementet innebærer å hjelpe pasienter til å forbedre evnen til å bruke utvidet sosial omgangskrets som kilde til støtte.

CMT brukes til å hjelpe pasientene å se for seg en framtid hvor de er selvmedfølelse personer og ikke lenger trenger SF. CMT-trening handler også om å trene på å aktivere medfølelse for andre og erfare hvordan det er å ta imot medfølelse fra andre. I Modum Bads behandlingsprogram er målet først og fremst SF-atferd. Hva trigger atferden? Hva slags funksjoner har SF-atferd? Hvordan kan du bruke medfølelse atferd til å trene på å spise regelmessig? Nøkkelen er å utvikle hjelpetanker og responser som føles hjelpsomme og lar pasientene gi slipp på det opplevd trykke ved SF, samt å utvikle atferd som kan anses som selvomsorg i hverdagslivet. Sist, men ikke minst, handler CFT-E-behandling om å utvikle pasienters evne til å knytte nære relasjoner og sosial tilhørighet for å lette på sin lidelse. På denne måten kan pasienter utforske og delta i alternative strategier i affektregulering heller enn å lene seg for mye på aktivering- og insentivsystemet. I det videre vil det redegjøres for atferdsmessig og miljømessig tilnærming til behandling ved SF-avdelingen på Modum Bad.

3.2.2 Elementer ved spiseforstyrrelsesbehandlingen på Modum Bad

Avdelingen ved Modum Bad er en spesialisert enhet for behandling av SF, og har en post med CBT som behandlingsform og en med CFT-E som behandlingsform. Avdelingen er ”åpen”, det vil si at pasientene kan gå ut akkurat som de vil, dersom den somatiske statusen

¹ CFT-E er en variant av CFT, og bygger på den samme teorien. Hovedvekten av litteraturen på behandlingsmodellen ser på CFT, og derfor brukes det i denne oppgaven begrepet CFT heller enn CFT-E dersom kilden omhandler ren CFT.

tillater det. Et av kjerneelementene av behandlingen er å oppnå en samarbeidsrelasjon mellom pasient og terapeut hvor pasienten får ansvar for egen atferd og mulighet til å utforske triggerer som også vil komme i dagliglivet. Dette kan forhindre tilbakefall etter behandling og avhengighet knyttet til å være i terapi.

Et annet element i behandlingen er ernæringsmessig rehabilitering. Modum Bad understreker at dette er en av de viktigste aspektene ved behandlingen. Pasientene deltar på fire måltider til faste tidspunkt hver dag (noen har et ekstra kveldsmåltid på grunn av vekttoppgangskrav).

Et tredje behandlingselement er assistert spising. Miljøpersonell og terapeuter spiser med pasientene til lunsj, middag og kvelds de første fem ukene. De ansatte fungerer som modeller for normal spising. Det er en regel om å ikke snakke om slanking, kalorier eller komme med negative kommentarer rundt mat. Man oppfordrer heller til at pasientene skal observerer seg selv og sine følelser og tanker under måltidet. De siste seks ukene er uten ”medspisere” fra personal, hvor pasientene fortsetter treningen på egenhånd.

”Mat som medisin” innebærer fire måltider om dagen. Pasientens kaloribehov regnes ut fra vekt, alder, ernæring og fysisk aktivitet ved innleggelse. Det begynner som regel på 2500 kcal og økes og senkes ettersom behov for vektøkning eller stabilisering. Avdelingen har en klinisk ernæringsfysiolog (KEF) som har en sentral rolle i ernæringsterapien. KEF samarbeider tett med pasient og personal. Dersom pasienten er undervektig er det krav om å gå opp 700 gram per uke til man når en BMI på 20. Argumentasjonen bak en relativt rask vektøppgang er for å eliminere fysiske og psykiske symptomer på sult og for å fasilitere og forsterke frisk atferd. Overspising og oppkast er ikke tillat på enheten.

Noen pasienter veier seg flere ganger daglig. Andre tør ikke veie seg, men bruker mye tid på å bekymre seg for vekten. Et fjerde behandlingselement er derfor veiing én gang i uka. Dette gir pasient og terapeut en mulighet til å følge med på vekta og gi informasjon om kroppsvekt og normal variasjon.

Fysisk aktivitet er også en viktig del av behandlingen. Å introdusere trening i behandling av SF kan virke kontra-indisert, men forskning antyder at det kan være et viktig behandlingselement (Bratland-Sanda et al., 2010; Cook et al., 2016). Som en del av behandlingen er det to økter i uka ledet av en helsesportspedagog hvor også miljøarbeidere deltar. Øktene har moderat intensitet. I tillegg får pasientene 75 minutter psykoedukasjon med den samme helsesportspedagogen om fysisk aktivitet, samt individuell oppfølging.

Familiedager er også en viktig del av behandlingen. Pasientene har ofte vært innlagt mange ganger før og har vært syke lenge. Familiedagene er viktig for igjen å bygge opp

under et håp om bedring sammen. Familiene legges derfor inn i tre til fem dager med et opplegg av undervisningstimer. Behandlere gir også individuelle timer til pårørende alene og familien sammen. I disse timene er fokuset hvordan de kan hjelpe og støtte pasienten når han/hun kommer hjem. Fokuset i undervisning er viktigheten av medfølelse, selvmedfølende atferd, affektregulering og CMT.

3.3 Deltagere

3.3.1 Pasienter

Deltakere til prosjektet ble rekruttert fra avdeling for SF ved Modum Bad i perioden 2014-2017. Avdelingens inklusjonskriterier er langvarig SF, hvor annen/tidligere behandling fra det norske helsesystemet ikke har hatt god nok effekt. Pasientene som var en del av gruppen med barndomstraume måtte også oppfylle kriterier på dette vurdert med CTQ-SF.

Eksklusjonskriterier er alder under 18 år, pågående rus og psykose, forhøyet selvmordsrisiko, pågående overgrepssituasjon samt ustabil somatisk status. Studien vår baserer seg på et utvalg av 35 deltakere, og alle deltagerne måtte samtykke til å være med i studien for at dataene kunne brukes til analyser.

35 pasienter ble i tidsrommet januar 2015 til januar 2016 fordelt til CFT-E, og alle 35 ble innlagt i løpet av denne perioden. 26 pasienter fullførte behandlingen: fem pasienter ble trukket fra behandling grunnet manglende vektoppgang, en pasient ble trukket fra behandling på grunn av høy frekvens av overspising og oppkast, en pasient ble overført til annet sykehus grunnet suicidalfare, og to pasienter droppet ut av behandlingen. Ved 1-års oppfølging ble 19 pasienter innlagt for en ukes oppfølgingsopphold. Figur 2 illustrerer deltagerraten ved de ulike fasene.

Deskriptive analyser av egenskaper ved pasientene viste at gjennomsnittsalder ved innleggelse var 33.15 år ($SD = 11.43$), og de hadde en gjennomsnittlig kroppsmasseindeks (BMI) på 20.32 ($SD = 5.19$). Gjennomsnittlig alder ved debut av SF var 16.27 år ($SD = 7.40$), og gjennomsnittlig varighet av SF før innleggelse var 16.88 år ($SD = 10.64$). Gjennomsnittlig antall måneder i behandling før innleggelse var 7.33 ($SD = 76.90$) og gjennomsnittlig antall tidligere innleggelser var 3.12 ($SD = 3.92$). Se tabell 2 for full beskrivelse.

Når det gjelder utdanningsnivå hadde 40 % av pasientene fullført høyere utdanning. 13 av dem (48.1 %) var uføre eller på AAP (arbeidsavklaringspenger), og kun 3 (11.1 %) var i fulltidsjobb. Alle pasientene var kvinner. Se tabell 3 for full beskrivelse.

Den diagnostiske fordelingen i utvalget var som følger: 11 (31.4 %) av pasientene ble diagnostisert med AN, 12 (34.3 %) av pasientene ble diagnostisert med atypisk AN, 11 (31.4 %) av pasientene ble diagnostisert med BN, og 1 (2.9 %) av pasientene ble diagnostisert med atypisk BN. 14 av pasientene hadde traumeerfaring definert av CTQ-SF, og 21 hadde ikke det. Se tabell 4 for full beskrivelse.

Tabell 2: *Egenskaper ved utvalget ved innleggelse. N = 35*

Deskriptiv statistikk	Gjennomsnitt	Min.	Max.	SD
Alder (år)	33.15	19.48	57.97	11.43
Alder ved debut av SF	16.27	4	48	7.40
Varighet av SF (år)	16.88	2.48	41.97	10.64
BMI ved innleggelse	20.32	14.2	37.3	5.19
Antall mnd i behandling ved behandlingsstart*	7.33	3	360	76.90
Antall tidligere innleggelser**	3.12	0	14	3.92

Kommentar: min. = minste verdi i utvalget, max. = høyeste verdi i utvalget, SD = standardavvik.

*Tidligere behandlinger: 1 hadde så mange mnd tidligere behandlinger at det ikke lot seg kvantifisere.

Deltakeren er ekskludert fra denne deskriptive analysen da den var kodet 999, noe som ville gitt et skjevt bilde.

** Tidligere innleggelser: 1 hadde så mange tidligere innleggelser at det ikke lot seg kvantifisere. Deltakeren er ekskludert fra denne deskriptive analysen da den var kodet 999, noe som ville gitt et skjevt bilde.

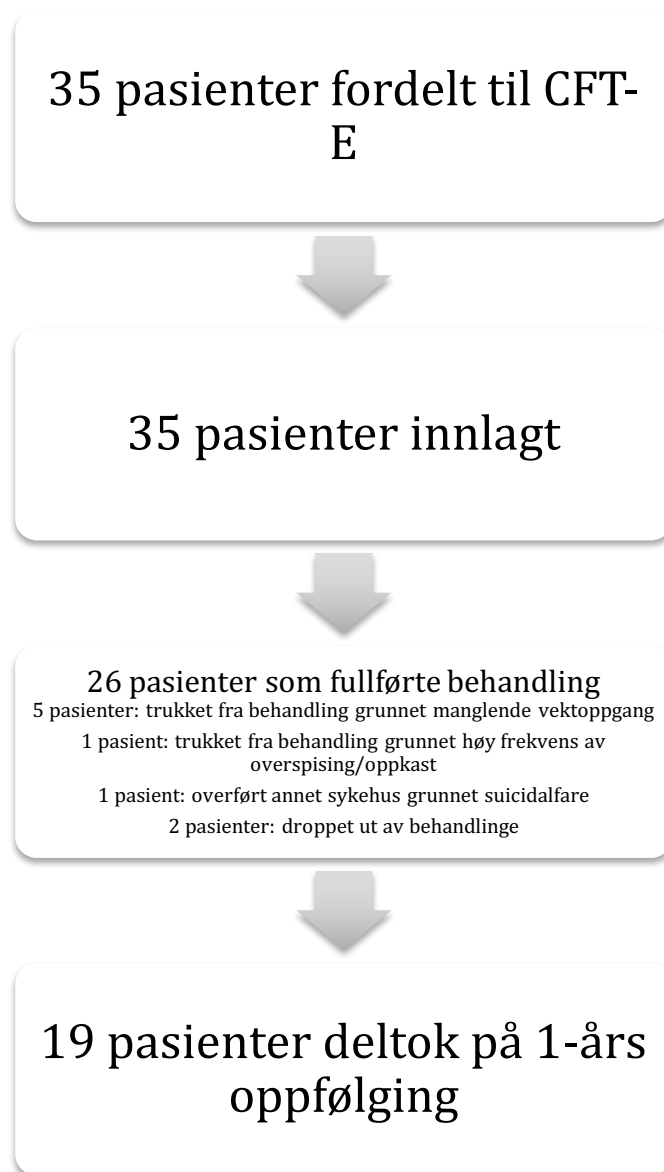
Tabell 3: *Demografisk beskrivelse av utvalget. N = 35*

Karakteristikker	Antall	Prosentandel
Høyeste fullførte utdanning		
Grunnskole 7.-10.	5	14.3 %
Yrkesfag vgs	6	17.1 %
Allmennfag vgs	10	28.6 %
Høyskole/universitet mindre enn 4 år	7	20.0 %
Høyskole/universitet mer enn 4 år	7	20.0 %
Totalt	35	100 %
Arbeidsstatus		
Ufør/AAP	13	48.1 %
Sykemeldt	5	18.5 %
Deltidsjobb	1	3.7 %
Fulltidsjobb(inkl student)	3	11.1 %
Delvis i jobb, delvis sykemeldt/på AAP	5	18.5 %
Totalt	27	100 %
Kjønn		
Kvinne	35	100 %
Mann	0	0 %
Totalt	35	100 %

Kommentar: vgs = videregående skole, AAP = arbeidsavklaringspenger

Tabell 4: *Diagnostiske beskrivelser ved innleggelse. N = 35*

Karakteristikk	Antall	Prosentandel
SF-diagnose		
Anoreksi	11	31.4 %
Atypisk anoreksi	12	34.3 %
Bulimi	11	31.4 %
Atypisk bulimi	1	2.9 %
Totalt	35	100 %
Barndomstraume		
Ikke barndomstraume	21	60.0 %
Barndomstraume	14	40.0 %
Totalt	35	100 %



Figur 2. Flytdiagram som illustrerer deltagerraten ved de ulike fasene

3.3.2 Terapeuter

Terapeutene i denne studien besto av to psykologer og en psykologspesialist. Alle var ansatt ved Avdeling for SF på Modum Bad under prosjektperioden. Terapeutene fikk opplæring i medfølelsesfokusert terapi. Alle på teamet som består av miljøterapeuter og individualterapeuter får videoveiledning av Ken Goss som er en ledende forsker og terapeut innen feltet (se for eksempel Goss & Allan, 2014). Veiledningsfrekvens var to gang i måneden fra prosjektets oppstart i 2014 og frem til prosjektet slutt i 2017. Det betyr at teamet mottok veiledning med denne frekvens i perioden denne delstudien pågikk, henholdsvis 2015-2016. Terapeutene var alle kvinner i aldersgruppen 35 til 67 år, en var psykiatrisk sykepleier med bakgrunn i traumefeltet og to psykologer med henholdsvis psykodynamisk og CBT-orientering.

3.3.3 Forskere og forskningsassistenter

Forskergruppen bestod av psykologspesialist/PhD KariAnne Vrabel og professor Bruce Wampold, leder av forskningsinstituttet ved Modum Bad. Forskningsassistentene ved prosjektet har i hovedsak vært forfatterne av denne hovedoppgaven; Tonje Kvande Nielsen og Maren C. G. Kopland, fra høsten 2014 og frem til siste gruppe i prosjektet, høsten 2017. I løpet av prosjektperioden har vi gjennomført diagnostisk intervju (EDE) og med veiledning fra forskningsleder satt SF-diagnose på pasientene.

3.4 Måleinstrumenter

Pasientene ble bedt om å fylle ut et spørreskjema ved utredning, innleggelse, utskrivelse og ved 1-års oppfølging, i tillegg til at det ble gjennomført kliniske og diagnostiske intervju. På denne måten kunne man vurdere symptombelastning før, under og etter behandling. Det ble også administrert flere ulike spørreskjema hver uke, slik at man kunne undersøke behandlingsprosessen. Alle instrumentene som er brukt er testet og vurdert til å ha gode psykometriske kvaliteter.

Av screeningsverktøy ved utredning ble Eating Disorder Examination (EDE)-intervju 12.0D (Cooper & Fairburn, 1987) brukt for å kartlegge SF-diagnose og Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF) (Bernstein & Fink 1998) ble benyttet for å undersøke hvorvidt pasienten hadde opplevd barndomstraume. EDE ble administrert ved innleggelse, utskrivelse og 1-års oppfølging. Spørreskjemaet Eating Disorder Examination 6.0 (EDE-Q) (Bohn & Fairburn, 2008) ble brukt for å måle SF-symptomer. Traumesymptomer ble mål

med Post Traumatic Symptom Scale –Self Report (PSS-SR) (Hoffart, Øktedalen, Langkaas & Wampold, 2013). Self Compassion Scale- Short Form (SCS-SF) (Neff, 2003a) ble anvendt som mål på selvmedfølelse. Working Alliance Inventory- Short Revised (WAI-SR) ble brukt for å måle allianse (Hatcher & Gillaspay, 2006). Disse fire ble administrert hver uke. I det videre kommer en nærmere beskrivelse av instrumentene inkludert psykometriske egenskaper.

3.4.1 Barndomstraume – Childhood Trauma Questionnaire – Short Form

CTQ ble utviklet av Bernstein og Fink i 1998 som et screeningverktøy for mishandling og forsømmelse. CTQ-SF er kortversjonen på 25 ledd av opprinnelig 70 ledd (Bernstein et al., 2003). CTQ-SF er et retrospektivt selvrapporteringsspørreskjema som består av 25 ledd. CTQ-SF måler hvorvidt man har vært utsatt for fem ulike former for mishandling i barndommen; emosjonelt, fysisk og seksuelt misbruk, og emosjonelt og fysisk forsømmelse(neglekt). De 25 leddene er formulert som påstander, eksempelvis: ”Da jeg vokste opp var det noen som passet på så jeg ikke rotet meg opp i noe”. Pasienten besvarer hver påstand på en 5-punkts Likert-skala, hvor svaralternativene går fra *ikke riktig* (1) til *svært ofte riktig* (5). Hver traumekategori er representert ved 5 ledd. Terskelnivået for hva det vil si å være utsatt for de ulike traumekategoriene er gitt i manualen. Dersom pasienten skårer over terskel på én eller flere subskalaer vurderes vedkommende som traumepasient. I tillegg gjennomføres et tverrfaglig team-møte, for å sikre en god, faglig begrunnet vurdering av hvorvidt pasienten kvalifiserer til traumegruppen. Det er gjort flere valideringsstudier som finner tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Bernstein et al., 2003) også på den norske versjonen (Dovran et al., 2013). CTQ-SF ble brukt som inklusjonskriterium for å favne flere pasienter enn kun de som kvalifiserte til en PTSD-diagnose da noen argumenterer for at diagnosekriteriene for PTSD er for stringente for barndomstraumer (Brewerton, 2007; Mylle & Maes, 2004; Schutzwohl & Maercker, 1999). På denne måten inkluderte vi pasienter med en historie med fysisk, psykisk eller emosjonell mishandling eller forsømmelse, eller seksuell mishandling.

3.4.2 Spiseforstyrrelsessymptomer – Eating Disorder Examination

Eating Disorder Examination Interview

EDE er et standardisert, semistrukturert intervju utviklet av Cooper og Fairburn i 1987 for å diagnostisere SF. Intervjuet vurderer frekvens og intensitet av kjernesymptomer på SF, både

atferdsmessige og psykologiske symptomer, inkludert pasientens bekymring omkring figur og vekt. Skjemaet baserer seg på DSM-5 kriteriene (American Psychiatric Association, 2014). Intervjuet er oversatt til norsk av Øyvind Rø (Rø, Reas & Lask, 2010) og inneholder 23 ledd, fordelt på 4 subskalaer; Restriksjon (5), Bekymring for spising (5), Bekymring for kropp (8) og Bekymring for vekt (5). Basert på disse beregnes en global EDE-skåre som reflekterer alvorlighetsgrad av SF-symptomer. Leddene er formulert som spørsmål, eksempelvis ”I løpet av de siste 4 ukene har du ønsket at din mage skulle være tom?”, som skal besvares på en 7-punkts Likert-skala, hvor svaralternativene er 0 = Ingen slike dager, 2 = mindre enn halvparten av dagene, 3 = halvparten av dagene, 4 = mer enn halvparten av dagene, 6 = hver dag. EDE måler frekvens av spiseforstyrrelsesymptomer, som for eksempel ”Har du hatt noen overspisingsepisoder siste 4 uker”, og grad av personlig lidelse som for eksempel ”Har kroppsfiguren din påvirket hvordan du tenker/dømmer deg selv?”. EDE anses som et presist verktøy med gode psykometriske egenskaper som indre konsistens, test-retest reliabilitet, diskriminerende validitet og samtidig validitet (Cooper, Cooper & Fairburn, 1989; Fairburn & Beglin, 1994; Rosen, Vara, Wendt & Leitenberg, 1990) og tilfredsstillende sensitivitet for endring (Rosen et al., 1990).

Eating Disorder Examination Questionnaire

EDE-Q 6.0 (se vedlegg 2) er et spørreskjema som baserer seg, som EDE-intervjuet, på DSM-V kriteriene (American Psychiatric Association, 2014). Spørreskjemaet er utformet helt likt som EDE-intervjuet, bortsett fra at det spør om symptomer siste 7 dager istedenfor siste 28 dager for å kunne måle endring av spiseforstyrrede symptomer ukentlig under innleggelse. Spørreskjemaet har en likert-skala på 0-6, med totalskåre på 0-6. Den norske versjonen av EDE-Q har vist å ha tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Rø, Reas & Lask, 2010). En stor norsk studie av voksne pasienter og kontroller viser veldig god intern konsistens, både i pasient- og kontrollgruppe (Rø, Reas & Steldal, 2015).

3.4.3 Traumesymptomer – Post Traumatic Symptom Scale- Self Report

PSS-SR (se vedlegg 4) er et selvrappport-spørreskjema som kartlegger symptomer på post-traumatisk stresslidelse (PTSD). Spørreskjemaet har 17 påstander hvor man skårer basert på frekvens av symptomer siste 7 dager. Skjemaet har en Likert-type skala fra 0 = (*Ikke i det hele tatt*) til 3 = (*Alltid eller fem eller flere ganger per uke*). Spørreskjemaet har tre subskalaer; unngåelse, gjenopplevelse og hyperaktivering. Skalaen går fra 0 på det laveste til maksimum 51, med en klinisk cut off på 23 (Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993). Foa

med kolleger (1993) har foreslått et en cut off på 23.3. Spørreskjema har høy indre konsistens, god test-retest reliabilitet, tilfredsstillende Cronbach's (.91) og er vurdert til å ha god samtidig validitet (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). I en studie kunne spørreskjemaet korrekt fange opp 86 % av personer med PTSD, noe som også gir god konvergent validitet (Foa et al., 1993). Den norske versjonen som brukes i denne studien er blitt oversatt av Asle Hoffart og Tomas F. Langkaas. De oversatte frem og tilbake mellom norsk og engelsk til tilfredsstillende formulering var funnet (Hoffart et al., 2013). De samme forskerne fant god test-retest-reliabilitet (.70) og god samtidig validitet (.68) på målingene fra uke til uke.

3.4.4 Selvmedfølelse – Self Compassion Scale – Short Form

SCS ble utviklet av Kristin D. Neff i 2003a for å måle et individs nivå av selvmedfølelse. SCS-SF er en kortversjon og har 26 ledd (se vedlegg 3). De 26 leddene er formulert som påstander. Pasienten besvarer hver påstand om i hvilken grad hver påstand gjelder for dem. Spørreskjemaet har en 5-punkts Likert-skala, hvor svaralternativene går fra *nesten alltid* (5) til *nesten aldri* (1). De ulike subskalene er representert slik: Å kunne være snill mot seg selv (5), å føle seg som andre (4), det å kunne være tilstede i øyeblikket (4), å være selvkritisk (5), å føle seg isolert (4), overidentifisering (4). Eksempler på spørsmål kan være: ”Jeg er snill mot meg selv når jeg opplever å ikke ha det bra.” eller ”Når jeg ser ting ved meg selv som jeg ikke liker, blir jeg nedfor.” Totalskåren som representerer nivået av selvmedfølelse regnes ut ved å reversere de negative skalaene, beregne gjennomsnittet for alle subskalaene og tilslutt summere subskala-snittene og dividere på antall subskalaer. Høyere totalskåre betyr høyere selvmedfølelse, hvor minimumskåre er 1 og totalskåre på 5. Vi har brukt totalskåren i våre analyser. SCS-SF er funnet å være et reliabelt og valid alternativ til hovedskjemaet (Raes et al., 2011). Flere studier har funnet evidens for innholds-, begreps-, diskriminant og konvergent validitet, samt indre reliabilitet og test-retest reliabilitet på tvers av populasjoner (Neff, 2003b, 2016; Neff et al., 2012). Neff (2003b, 2016) fant også at en seksfaktorstruktur med en overordnet selvmedfølelses-faktor var modellen som passet best. SCS sin innholdsvaliditet og seks-faktorstruktur diskuteres nå på feltet (López et al., 2015; Williams, Dalglish, Karl, & Kuyken, 2014). Det er blitt foreslått en to-faktorstruktur med én negativ og én positiv subskala (López et al., 2015), men Neff (2016) hevder ut fra nyere empirisk data at en seksfaktorstruktur fortsatt kan forsvares. Flere studier er underveis, men per dags dato er SCS med sin seks-faktorstruktur den mest brukte i forskning på selvmedfølelse i psykoterapi (Dundas et al., 2016a, 2016b; López et al., 2015; Neff, 2016; Strauss et al.,

2016). Den norske oversettelsen har blitt oversatt frem og tilbake (back-translation) akkurat som PSS-SR (Hoffart, Øktedalen & Langkaas, 2015). Den norske versjonen har også gode psykometriske kvaliteter (se Hoffart, Øktedalen & Langkaas, 2015).

3.4.5 Arbeidsallianse – Working Alliance Inventory – Short Revised

WAI-SR er en forkortet versjon på 12 spørsmål (Hatcher & Gillaspay, 2006) av det lengre spørreskjemaet WAI på 36 spørsmål (Horvath & Greenberg, 1989). Spørreskjemaet måler arbeidsallianse mellom pasient og terapeut siste 7 dager. Spørsmålene skåres på en Likert-skala fra 1-7. De tolv spørsmålene er jevnt fordelt på tre subskalaer; enighet om mål (4 spørsmål), enighet om oppgavene for å nå målet (4 spørsmål) og det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut (4 spørsmål). Totalskåren måles ved å regne gjennomsnittet av de tre subskalaene, og går dermed fra 1-7. WAI-SR differensierer godt mellom de tre komponentene og har vist høy intern reliabilitet (alpha på mellom 0.85-0.90) (Hatcher and Gillaspay, 2006). Det er også høy korrelasjon med andre allianseskalaer (Hatcher & Gillaspay, 2006). WAI-SR har blitt oversatt frem og tilbake mellom norsk og engelsk for å finne tilfredsstillende formuleringer (Hoffart et al., 2013; Horvath, 2006; Horvath et al., 2011). Oppgave, bånd og mål fra første måling til andre uke var .90, .91 og .85 på intern konsistens-reliabilitet. Fra andre til tredje uke lå test-retest reliabiliteten på .72, .80 og .80 (Horvath, 2006). En senere studie av Munder, Wilmers, Leonhart, Linster og Barth (2010) bekrefter de samme funn med hensyn til faktorstruktur, indre konsistens og samtidig validitet som ble funnet i Hatcher og Gillaspay (2006).

3.5 Prosedyre

Deltakerne i denne studien ble rekruttert via Modum Bads avdeling for SF. Hver gruppe ble intervjuet om SF-symptomer og kontekstuelle faktorer som rus, vold, selvskading og overgrep ved innkomst og utskrivelse. I tillegg ble deltakerne bedt om å fylle ut spørreskjemaer om allianse, selvmedfølelse, SF-symptomer og traumesymptomer hver uke. Disse målene var utgangspunktet for våre analyser.

Forfatterne av denne hovedoppgaven har i perioden 2014 – 2017, vært på Modum Bad for å utføre EDE intervju på deltakerne. Deltakerne ble målt ved tre tidspunkt; innleggelse, utskrivelse og ett års oppfølging. Intervjuet varer mellom 1-1,5 time og forfatterne av denne studien har tatt cirka 80 intervjuer i prosjektperioden (80% av totalt antall intervjuer). Forfatterne var blinde for hvilken behandlingsbetingelse pasientene ble tilskrevet. Modum Bad innhentet også ukesmål fra pasientene hver mandag ved bruk av

selvrapporterings skjemaer. Det er flere skjemaer som er administrert. Vi har brukt SCS-SF, WAI-SR, EDE og PSS-SR i våre analyser, som beskrevet ovenfor. Disse skjemaene blir levert inn til teamleder som legger inn skårene i egen Excel-fil designet på Modum Bad for bruk av ukentlige, repeterte målinger.

3.6 Statistiske prosedyrer

Et at hovedmålene i denne studien var å undersøke om inneliggende pasienter med SF med og uten barndomstraume som mottar CFT-E oppnår en reduksjon av SF-symptomer og traumesymptomer samt en økning i evne til selvmedfølelse målt ved SCS-SF. Deretter ønsket vi å undersøke forholdet mellom allianse og symptomendring fra uke til uke, og hvorvidt endring i selvmedfølelse kunne predikere symptomendring.

Vi brukte statistikkprogrammet Statistical Package for Social Science (SPSS, versjon 24.0, 2016) når vi kjørte analysene. Analysene er basert på skårer på EDE og PSS-SR, som ble administrert ved innleggelse og ved utskrivelse, samt ved 1-års oppfølging. I tillegg ble EDE-Q, SCS-SF, PSS-SR og WAI-SR administrert hver uke. Dette gjør det mulig å undersøke endring i variablene over tid, samt å undersøke forholdet mellom endring i disse variablene. Tidsvariabelen ble i utfallsanalysene kodet som 1 = innleggelse, 2 = utskrivelse og 3 = ett års oppfølging, og i prosessanalysene ble tidsvariabelen kodet som 1 = uke 1, 2 = uke 2, 3 = uke 3 osv. til 11 = uke 11. Tidslinjen i disse reflekterer antall behandlingsuker innlagt på sykehus.

3.6.1 Deskriptive analyser

Egenskaper ved utvalget vårt ble analysert ved hjelp av deskriptive analyser i SPSS. Vi kjørte også frekvensanalyser på EDE-Q, PSS-SR og SCS-SF for å få et overblikk over skårene på disse symptommålene og nivå av selvmedfølelse ved innleggelse, ved utskrivelse og ved 1-års oppfølging.

3.6.2 Beregning av effektstørrelse

Statistisk signifikans brukes mye for å vurdere effekt, men det er ikke det eneste man må se på når man skal vurdere styrken på en behandlingseffekt. Statistisk signifikans sier kun noe om hvorvidt trenden man ser i utvalget er sannsynlig dersom det ikke er en reell trend i populasjonen, men lite om styrken av en effekt. Størrelsen på forholdet eller forskjellen man finner vil være viktigere når man skal vurdere viktigheten av funnene i en analyse. En måte å

undersøke dette på er ved å beregne effektstørrelsen; størrelsen på effekten av en variabel på en annen (Field, 2009; Howitt & Cramer, 2011).

Vi beregnet effektstørrelsen for endring i SF-symptomer, traumesymptomer, selvmedfølelsesskåre og allianseskåre fra før behandling til etter behandling (pre til post). Effektstørrelse ved repeterte målinger beregnes ved hjelp av Cohen's d , som er forskjellen mellom gjennomsnittet til en gruppe og gjennomsnittet til en annen gruppe justert ved å dividere på standardavviket til skårene (Howitt & Cramer, 2011). Når man beregner effektstørrelse for innen-person design, altså med repeterte målinger, bør man korrigere for korrelasjonen mellom gjennomsnittene ved pre- og post-målingene (se Wiseheart, 2013, <http://www.cognitiveflexibility.org/effectsize/>). Den gjennomsnittlige forskjellen i skårer mellom innleggelse og utskrivelse og ble derfor dividert på standardavviket til endringsskåren. Beregningen er basert på ligningen for effektstørrelsen ved repeterte målinger fra Morris og DeShon (2002, s. 109). Cohen (1988) anbefaler følgende tolkningsnormer; $d = 0.2$ defineres som en liten effektstørrelse, $d = 0.5$ defineres som en moderat effektstørrelse, og $d = 0.8$ og over defineres som en stor effektstørrelse.

3.6.3 Flernivåanalyser

Vi restrukturerte² dataene for å kunne kjøre en flernivåanalyse (multilevel model-analyse, MLM) (Field, 2009; Hox, Moerbeek & van de Schoot, 2010; Singer & Willett, 2003). MLM er en analysemetode for blant annet å studere endring over tid (Singer & Willett, 2003), og brukes for å analysere data som har en hierarkisk struktur (Field, 2009). Våre data har en to-nivå hierarkisk struktur med repeterte målinger (nivå 1) nested innen personer (nivå 2). Slike analyser måler endring på to nivåer. Nivå 1 måler hvordan hver enkelt person endres over tid (innen-person), mens nivå 2 måler hvordan disse endringene varierer på tvers av personer (mellom-person) (Singer & Willett, 2003). I vår studie vil for eksempel endring i skåre for en person fra innleggelse til 1-års oppfølging være en nivå 1 endring, mens forskjell i endring i EDE-skåre mellom person 1 og person 2 vil være en nivå 2 variasjon. Den gjennomsnittlige korrelasjonen (intraklasse korrelasjon, ICC) mellom variabler hos en person vil være høyere enn den gjennomsnittlige korrelasjonen mellom variabler hos forskjellige personer. Vanlige statistiske tester, for eksempel ANOVA, har en streng antagelse om uavhengige observasjoner, og at variasjon er tilfeldig fordelt. Ved data med en hierarkisk struktur er

² Dataene ble organisert i et vertikalt design i SPSS med en linje data for hvert subjekt ved hvert måletidspunkt

denne antagelsen ikke innfridd fordi observasjonene hører til samme person og er dermed avhengig (deler varians). Estimatet for standardfeil vil da bli for lavt og man kan få spuriøse ”signifikante” resultater (Field, 2009; Hox, Moerbeek & van de Schoot, 2010; Singer & Willett, 2003). MLM tar hensyn til dette og antagelsen blir dermed ikke brutt (Field, 2009).

En annen fordel ved MLM er at det ikke krever et fullstendig datasett. Longitudinelle studier har ofte problemer med at noen deltager ikke fullfører og man mangler derfor data ved enkelte måletidspunkt. MLM tar høyde for dette, såfremt de manglende dataene er tilfeldig fordelt (Field, 2009). I vårt studie så manglet utfallsmålene EDE 50 %, PSS-SR 53.7 % og SCS-SF 27.8 % av dataene. For ukentlig prosessmålene så manglet EDE-Q 7.4 %, PSS-SR 14.2 %, SCS-SF 6.8 % og WAI-SR 30.4 % av dataene. Vi vil argumentere for at dataene som mangler er tilfeldig fordelt, da det i stor grad skyldes feil ved uthenting fra Checkware. Det kan også være andre grunner til manglende data, men det er ingen grunn til å tro at dette er systematiske mangler.

En tredje fordel er at når man benytter flernivåanalyser kan man se bort fra antagelsen om homogenitet til regresjonslinjens stigningsgrad (Fiels, 2009). I flernivåanalyser kan intercept (kryssningspunktet med y-aksen, her ved oppstart) og stigningsgraden variere på tvers av personer (det er det man kaller ’random’ koeffisienter), i tillegg til at man kan benytte et estimat for den gjennomsnittlige intercept og stigningsgrad (det man kaller ”fixed” koeffisienter). Ved å anvende modeller med random intercept kan man avdekke hvorvidt det er forskjell mellom individer når den avhengige variabelen er null, og ved å anvende modeller med tilfeldige eller random stigningsgrader kan man se om individene har ulik vekst i den avhengige variabelen. Man kan også undersøke hvorvidt individets inngangsnivå har en systematisk effekt på videre vekst i den avhengige variabelen dersom man ser på modeller for kovariansen mellom random intercept og random stigningsgrad (Curran & Bauer, 2012; Singer & Willett, 2003). I denne studien vil dette kunne være at personer med høy EDE-skåre ved innleggelse (intercept) har brattere stigningsgrad (større nedgang i symptomer) enn personer med lav EDE-skåre ved innleggelse.

Flernivåmodellene ble utviklet ved å bygge fra en tom modell (uten prediktorer) til mer komplekse modeller, slik det anbefales av for eksempel Singer og Willett (2003). Man bygger modellen mer kompleks ved å inkludere random effekter og fixed effekter, og ved å modellere residualvariansstrukturer innen personer (within) og mellom personer (between). For hver utfallsvariabel må man vurdere om random koeffisienter for intercept og stigningsgrad og om en innlagt interaksjon mellom random intercept og stigningsgrad forbedrer modelltilpasningen (”model fit”).

Modelltilpasningen for vekstkurven (polynomialen) ble først vurdert ved å sjekke om en lineær (førsteordens) eller kvadratisk (annenordens) polynomial best passet datasettet. På nivå 1 ble residualene undersøkt om de best kunne modelleres som homo- eller heteroskedastisk³. På nivå 2 ble det undersøkt hvilken kovariansstruktur som passet best på random effektene (Fiels, 2009; Curran & Bauer, 2012). I våre analyser brukte vi ”maximum likelihood” som estimeringsmetode, og vi brukte en Chi-square likelihood ratio test for endring; -2 Log Likelihood (-2LL), beregnet i SPSS, for å vurdere modellens modelltilpasning. En lavere -2LL indikerer en bedre modelltilpasning, altså at modellen gir en bedre gjengivelse av datasettet (Curran & Bauer, 2012; Field, 2009).

3.6.4 Disaggregering av innen-person og mellom-person effekter

Disaggregering vil si å skille ut hva som kommer av variasjon i den enkelte over tid (innen-person effekt) og hva som kommer av varians mellom enkeltindividene (mellom-person effekt). Dersom innen-person og mellom-person effekter ikke disaggregeres, vil effekten være vanskelig å tolke. Det vil da være vanskelig å si hva som er personens bidrag, og hva som er gruppens; det faktiske forholdet mellom prediktor- og utfallsvariabel skjules. For best å kunne lage en modell som gjenspeiler kraften av enkeltpersonens endring i prediktorvariabel på utfallsvariabelen, må prediktorvariabelens innen- og mellom-person effekter disaggregeres. Innen-persons effekter ble estimert som residual verdi fra vekstkurven på hvert tidspunkt, det vil si innen-person effekten ble estimert som avvik fra den forventede (predikerte) regresjonslinjen på hvert tidspunkt for hver pasient. Mellom-person effekten ble estimert som interceptet (forventet verdi ved første måletidspunkt).

3.6.5 Analysene

Det er tre forutsetninger for å kunne anvende flernivåanalyser, det må være 1) Tre eller flere måletidspunkt, 2) Et utfall hvis verdier endres systematisk over tid, og 3) Et meningsfullt tidsmå (Singer & Willett, 2003). Denne studien har 11 måletidspunkt i prosessanalysene og tre i utfallsanalysene, og første forutsetning er derfor oppfylt. Tidsmålet er også meningsfullt, og tredje forutsetning er derfor også oppfylt. For å kunne si om andre forutsetning om systematisk endring over tid er oppfylt, startet analysene med å sjekke om SF-symptomer,

³ Homoskedastisk varians vil si at man antar at variansen for residualene er lik ved hvert måletidspunkt. Heteroskedastisk varians innebærer at man tillater at variansen for residualene er ulik ved de ulike måletidspunktene.

traumesymptomer og selvmedfølelse endres over tid. Dataene ble først restrukturert. Deretter kjørte vi flernivåanalyser for å undersøke endring i utfallsvariabelen over tid.

Reduksjon av SF-symptomer og traumesymptomer (hypotese 1) og økning i selvmedfølelse over tid (hypotese 2) ble undersøkt ved hjelp av flernivå-vekstkurveanalyse. For å undersøke om selvmedfølelse var en endringsmekanisme for SF-symptomer (hypotese 3), måtte variablene først disaggregeres i innen-person og mellom-person effekter. I tillegg måtte dataene "lag'es", da det bare ble målt en gang i uken. Dette betyr at dataene måtte endres slik at måletidspunktet kom senere enn gjennomsnittsmålingen. Deretter undersøkte vi tre modeller; mellom-person effekt, innen-person effekt, og interaksjonseffekten mellom mellom-person og innen-person. Vi vurderte modelltilpasning opp mot parsimonitetsprinsippet⁴, og valgte den modellen som best beskrev datasettet. Det samme gjorde vi for å undersøke om allianse hadde sammenheng med reduksjon av SF-symptomer. (hypotese 4).

For syntaks til disse analysene, se vedlegg 6.

3.6.6 Etikk

Det ble søkt godkjenning av Regional komité for medisinsk og helsefaglig etikk (REK). Studien er godkjent av Regional Etisk Komite – Sør-Øst (REK-referanse: 2014/836). (se vedlegg 1). Studien involverte ingen skadelige prosedyrer eller intervensjoner. Pasientenes anonymitet ble ivaretatt med bruk av ID-koder.

⁴ En enklere modell er bedre enn en komplisert modell. Her vurderte vi det slik at dersom en enklere modell (færre prediktorer) hadde tilnærmet lik -2LL som en mer komplisert modell, så ble den enkleste valgt.

4 Resultater

4.1 Deskriptiv statistikk

4.1.1 Deskriptiv analyse av pasientenes skårer ved innleggelse, utskrivelse og 1-års oppfølging.

Ved innleggelse skåret pasientgruppen på EDE-Q, et mål på SF-symptomer, i gjennomsnitt 4.20 ($SD = 1.37$), ved utskrivelse skåret de i gjennomsnitt 3.47 ($SD = 1.07$), og ved 1-års oppfølging var gjennomsnittsskåren 4.50 ($SD = 0.92$).

Traumesymptomer målt ved PSS-SR hadde ved innleggelsestidspunkt en gjennomsnittsskåre på 17.17 ($SD = 11.99$), ved utskrivelse 14.00 ($SD = 11.11$), og ved 1-års oppfølging var gjennomsnittsskåren 19.75 ($SD = 18.01$).

Evnen til selvmedfølelse blir i denne studien operasjonalisert gjennom måleinstrumentet SCS-SF, og ved innleggelse hadde pasientgruppen en gjennomsnittsskåre på 2.17 ($SD = 0.73$, (min = 1, maks = 5), ved utskrivelse var den 2.53 ($SD = 0.69$), og ved 1-års oppfølging hadde den steget ytterligere til 2.60 ($SD = 0.62$). Se tabell 5 for full beskrivelse.

Tabell 5: Resultatet av deskriptive analyser av symptomskårer

Måleinstrument	Tid	N	Gjennomsnitt	Min.	Max.	SD
EDE-Q	1	25	4.20	0.50	5.70	1.37
	2	20	3.47	0.50	4.90	1.07
	3	9	4.50	2.70	5.70	0.92
PSS-SR	1	23	17.17	0.00	44.00	11.99
	2	19	14.00	0.00	36.00	11.11
	3	8	19.75	0.00	46.00	18.01
SCS-SF	1	32	2.17	1.30	4.85	0.734
	2	26	2.53	1.30	5.00	0.69
	3	20	2.60	1.70	4.69	0.62

Kommentar: N = pasientene i utvalget, 1 = ved innleggelse, 2 = ved utskrivelse, 3 = 1-års oppfølging, min. = minste verdi i utvalget, max. = høyeste verdi i utvalget, SD = standardavvik. EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire, PSS-SR = PTSD Symptom Scale-Self-Report version. SCS-SF = Self Compassion Scale Short Form

4.1.2 Beregning av effektstørrelse

SF-symptomer (EDE): effektstørrelsen til endringen fra innleggelse til utskrivelse var $d = 0.84$, noe som indikerer en stor effektstørrelse.

Traumesymptomer (PSS-SR): effektstørrelsen til endringen fra innleggelse til utskrivelse var $d = 0.45$, noe som indikerer en liten til moderat effektstørrelse.

Selvmedfølelse: effektstørrelsen til endringen fra innleggelse til utskrivelse var $d = -0.76$, noe som indikerer en moderat til stor effektstørrelse.

4.2 Preliminære analyser

Det var ikke uteliggere (± 3 SD) i datasettet vårt, og alle skårene ble derfor inkludert i analysene.

Alle fire modellene (med SF-symptomer, traumesymptomer, selvmedfølelse og allianse) hadde best tilpasning til datasettet når man valgte en førsteordens polynomial (lineær vekstkurve). For hver av de avhengige variablene i analysene så valgte vi den kombinasjonen av tilfeldige effekter og kovariansstruktur som gav den beste modelltilpasningen. Vi undersøkte videre om vi skulle anta heteroskedastisk eller homoskedastisk residualvariansstruktur på nivå 1 og fant at vi fikk en signifikant forbedring i modellen når vi tillot heteroskedastisk residualvarians over tid. Dette gjaldt både for SF-symptomer, traumesymptomer, selvmedfølelse og allianse. Dette innebærer, slik som er vanlig i psykoterapiforskning, at variansen på nivå 1 var ulik på tvers av måletidspunkt. For å kunne tillate heteroskedastisk feilvarians over tid, må man inkludere to tidsmåler i modellen. Disse to tidsmålerne er nøyaktig lik hverandre, men den ene settes til å være fixed og random, og den andre til å være repetert. Det andre tidsmålet må endres til å være en klassifikasjonsvariabel for å kunne være repetert, og variabelen må være nominal (Curran & Bauer, 2012). For alle modellene fikk vi en bedre tilpasning dersom vi hadde random intercept, noe som indikerer signifikant mellom-person varians i utfallsvariabelen når prediktoren var null. Modellene med random stigningsgrad hadde også lavest $-2LL$, noe som indikerer signifikant mellom-person varians i endring i utfallsvariabelen over tid. Vi fant også interaksjonseffekter mellom intercept og stigningsgrad; pasienter med høyere skåre ved innleggelse har et annet forløp enn pasienter med lav skåre ved innleggelse.

Vi undersøkte hvilken residual kovariansstruktur på nivå 2 som gav den beste modellen, og fant at en ustrukturert kovariansstruktur gav best modelltilpasning.

Vi endte altså med fire like modeller for utfall i SF-symptomer, traumesymptomer, selvmedfølelse og allianse; lineær modell med heteroskedastisk varians og ustrukturert kovarianstype.

4.3 Analyse av endring på utfallsmålene

SF-symptomer (målt med EDE-Q): Analysene indikerte en signifikant nedgang i SF-symptomer over tid hos utvalget som helhet (koeffisient = -0.28, $p = .040$). Endringen i SF-symptomer fra innleggelse til utskrivelse har en effektstørrelse på $d = 0.84$, noe som indikerer en stor effektstørrelse. Videre ble en endring i selvmedfølelse funnet å være en signifikant negativ prediktor for endring i SF-symptomer over tid (koeffisient = -0.74, $p = .013$). Dette betyr at når gruppen øker i selvmedfølelse, så synker SF-symptomene. Ved å inkludere interaksjonen av tid og selvmedfølelse fikk vi en marginalt bedre modelltilpasning. Interaksjonen var ikke signifikant og modellen ga ingen stor forbedring. Vi valgte derfor å følge parsimonitetsprinsippet⁵ og brukte modellen uten interaksjonen. Det ble ikke funnet en signifikant forskjell i forløp hva gjelder SF-symptomer mellom gruppen med og uten barndomstraume (koeffisient = -0.93, $p = .065$). Dette betyr at det ikke er forskjell i hvordan SF-symptomene endrer seg i de to utvalgene.

Traumesymptomer (målt med PSS-SR): Analysene fant ikke en signifikant nedgang i traumesymptomer fra innleggelse til 1-års oppfølging når man så på hele utvalget (koeffisient = -0.68, $p = .58$). Grunnet få pasienter i traumegruppen og mye manglende data i utfallsfilen så kunne vi ikke kjøre utfallsanalyser på kun traumegruppen. Men ved å se på snittskårene ved innleggelse, utskrivelse og 1-års oppfølging ser vi at skårene i snitt går ned fra innleggelse (17.17) til utskrivelse (14.00), for så å gå opp igjen til 1-års oppfølging (19.75). Se tabell 5 for nærmere beskrivelse av snittskårene. I og med at vi ikke kjører analyser på dataene, så kan vi ikke si noe om endringen er signifikant, men effektstørrelsen er $d = 0.45$, noe som indikerer lav til moderat effektstørrelse.

Selvmedfølelse (målt med SCS-SF): stigningsgraden i modellen med fixed effect indikerte en signifikant økning i selvmedfølelse over tid (koeffisient = 0.24, $p = .000$), noe som betyr at pasientgruppen hadde en signifikant økning i nivå av selvmedfølelse fra innleggelse til 1-års oppfølging. Effektstørrelsen var $d = -0.76$, noe som indikerer en moderat til sterk effektstørrelse.

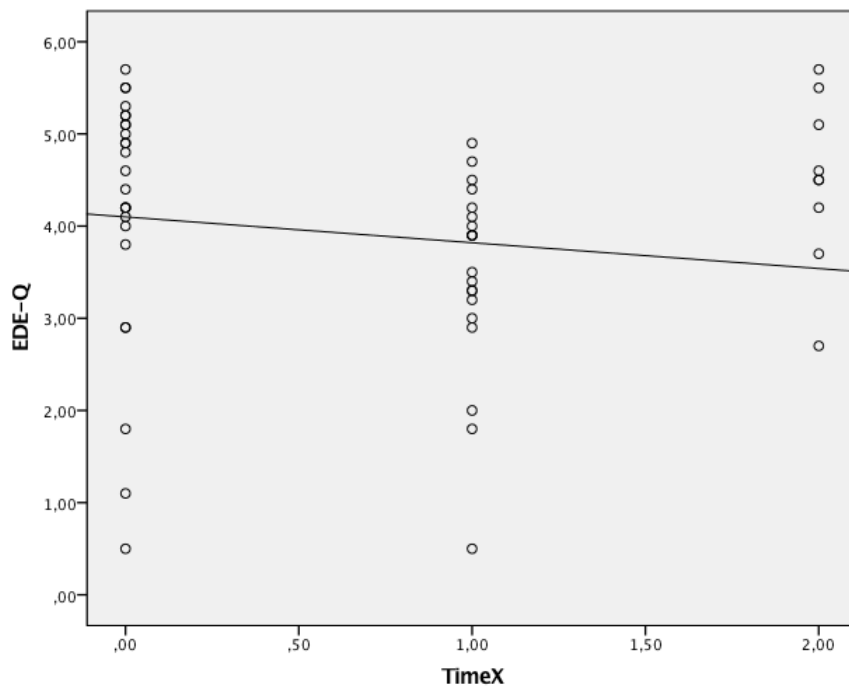
Se tabell 6 og figur 2-4 for en oversikt over resultatene.

⁵ Parsimonitetsprinsippet sier at en enklere modell vil være å foretrekke hvis de forklarer like mye

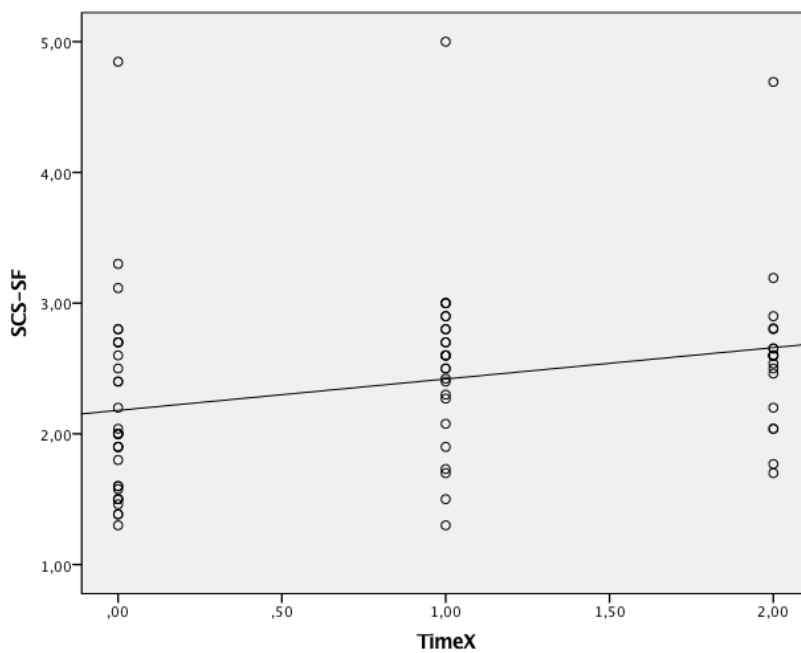
Tabell 6: Resultater fra MLM vekstkurveanalyse av forløpsmål: Fixed effects model. N = 35

Modeller	SF-symptomer	Traumesymptomer	Selvmedfølelse
Fixed Effects	Koeffisient (SE)	Koeffisient (SE)	Koeffisient (SE)
Modell 1: Tid			
Intercept	4.10 (0.26)**	16.58 (2.31)**	2.18 (0.12) **
Tid	-0.28 (0.13)*	-0.68 (1.19)	0.24 (0.06)**
-2LL	158.0	356.46	135.19
Cohen's <i>d</i>	0.84	0.45	-0.76
Modell 2: Selvmedfølelse som prediktor			
Intercept	5.72 (0.68)**	25.94 (4.95)**	
Tid	-0.18 (0.14)	0.55(1.20)	
Selvmedfølelse	-0.74 (0.29)*	-4.01 (2.01)	
-2LL	152.14	337.0	
Modell 3: Traume som prediktor			
Intercept	4.56 (0.34)**		
Tid	-0.31 (0.18)		
Traume	-0.93 (0.49)		
Tid * Traume	0.09 (0.26)		
-2LL	154.51		

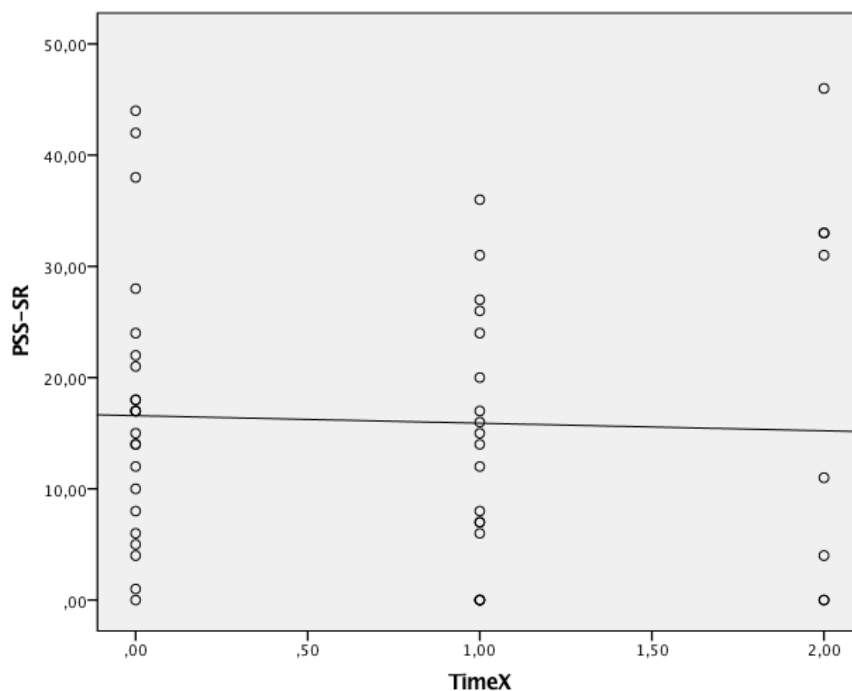
Kommentar: * = $p < .05$, ** = $p < 0.000$. Alle modeller ble sammenlignet med en tom modell (uten prediktor). Estimeringsmetode var maximum likelihood (ML) metode. SE = standardfeil. -2LL = Log Likelihood.



Figur 2. Estimert vekstkurve for endring i SF-symptomer (EDE-Q), med skårer for hver pasient. TimeX: 0 = før innleggelse, 1 = ved utskrivelse, 2 = 1-års oppfølging



Figur 3. Estimert vekstkurve for endring i selvmedfølelsskårer (SCS-SF), med skårer for hver pasient. TimeX: 0 = før innleggelse, 1 = ved utskrivelse, 2 = 1-års oppfølging



Figur 4. Estimert vekstkurve for endring i traumesymptomer (PSS-SR), med skårer for hver pasient. TimeX: 0 = før innleggelse, 1 = ved utskrivelse, 2 = 1-års oppfølging

4.4 Analyse av ukentlig prosess

SF-symptomer (målt med EDE-Q): Det ble ikke funnet en signifikant innen-persons effekt av selvmedfølelse (SMw) (koeffisient = -0.27 , $p = .552$), noe som indikerer at en endring i selvmedfølelse en uke ikke predikerer endring i SF-symptomer neste uke. Nivå av SF-symptomer en uke predikerer ikke selvmedfølelsesskåren uken etter (koeffisient = -0.18 , $p = .514$). Mellom-person effekten av pasientens selvmedfølelsesskåre ved innleggelse (SMb) var heller ikke en signifikant negativ prediktor for endring i SF-symptomer fra uke til uke (koeffisient = -0.44 , $p = .198$). Derimot var SF-symptomer ved innleggelse (SFb) en signifikant negativ prediktor for endring i selvmedfølelse over tid (koeffisient = -0.27 , $p = .019$). Dette betyr at jo lavere nivå av SF-symptomer pasienten har ved innleggelse, jo høyere nivå av selvmedfølelse vil personen få gjennom behandlingsopplegget.

Avviket fra forventet allianseskåre en uke (ALLIANSEw) var en signifikant prediktor for endring i SF-symptomer påfølgende uke (koeffisient = 0.10 , $p = .042$). Dette innebærer at dersom man har en høyere allianseskåre enn forventet en uke, så ser man høyere SF-symptomer uken etter. Det er derimot ingen indikasjoner for at endring i SF-symptomer en uke (SFw) predikerer endring i allianse neste uke (koeffisient = 0.21 , $p = .341$). Det er altså

allianse som påvirker symptomendring, men dette ser ut til å bevege seg i samme retning i den forstand at høyere allianseskåre skaper høyere SF-skåre. Endring i SF-symptomer derimot, vil ikke i seg selv føre til en endring i allianse neste uke i dette utvalget.

Traumesymptomer (målt med PSS-SF): Innen-persons effekten av selvmedfølelse (SMw) ble ikke funnet å være en signifikant prediktor for endring i traumesymptomer påfølgende uke (koeffisient = 0.70, $p = .393$). Nivå av traumesymptomer en uke (TRAUMEw) er heller ikke en prediktor for selvmedfølelse uken etter (koeffisient = -0.04, $p = .063$). Pasientens nivå av selvmedfølelse ved innleggelse (SMb) er en signifikant negativ prediktor for bedring av traumesymptomer gjennom behandlingsopplegget (koeffisient = -7.50, $p = .02$), og nivå av traumesymptomer ved innleggelse (TRAUMEb) har også en signifikant negativ prediksjonsverdi for nivå av selvmedfølelse gjennom behandlingsopplegget (koeffisient = -0.03, $p = .032$).

Se tabell 7 for full oversikt over resultatene fra prosessanalysene.

Tabell 7: Resultater fra MLM vekstkurveanalyse av ukentlig prosessmål: Fixed effects model. N = 35

Modeller Fixed Effects	SF-symptomer Koeffisient (SE)	Traume- symptomer Koeffisient (SE)	Selvmedfølelse Koeffisient (SE)	Allianse Koeffisient (SE)
Modell 4: Selvmedfølelse som prediktor				
Intercept	3.98 (0.63)**	28.01 (5.81)**		
SMb	-0.44 (0.33)	-7.51 (3.09)*		
SMw	-0.27 (0.06)	0.33 (0.38)		
-2LL	521.259	1542.144		
Modell 5: SF-symptomer som prediktor				
Intercept			2.99 (0.44)**	4.92 (0.60)**
SFb			-0.27 (0.11)*	0.06 (0.15)
SFw			-0.18 (0.28)	0.21 (0.22)
SFb*SfW			0.05 (0.07)	-0.11 (0.07)
-2LL			558.827	423.951
Modell 6: Traumesymptomer som prediktor				
Intercept			2.29 (0.23)**	
TRAUMEb			-0.03 (0.01)*	
TRAUMEw			-0.04 (0.02)	
TRAUMEb*TRAUMEw			0.00 (0.00)	
-2LL			548.112	
Modell 7: Allianse som prediktor				
Intercept	3.12 (0.24)**			
ALLIANSEw	0.10 (0.05)*			
-2LL	315.54			

Kommentar: *p < .05, ** p < 0.001. Alle modeller ble sammenlignet med en tom modell (uten prediktor). Estimeringsmetode var maximum likelihood (ML) metode. SE = standardfeil. SMb = mellom-person effekt av selvmedfølelse. SMw = innen-person effekt av selvmedfølelse. SFb = mellom-person effekt av spiseforstyrrelse. SFw = innen-person effekt av SF. SFb*SfW = Interaksjonseffekten mellom mellom-person og innen-person effekt av SF. TRAUMEb = mellom-person effekt av traume. TRAUMEw = innen-person effekt av TRAUMEb*TRAUMEw = Interaksjonseffekten mellom mellom-person og innen-person effekt av traume. ALLIANSEw = innen-person effekt av allianse. -2LL = Log Likelihood.

5 Diskusjon

Et at hovedmålene i denne studien var å undersøke om inneliggende pasienter med SF med og uten barndomstraume som mottar CFT-E oppnår en reduksjon av SF-symptomer og traumesymptomer samt en økning i evne til selvmedfølelse. Deretter ønsket vi å undersøke forholdet mellom allianse og symptomendring i SF fra uke til uke, og hvorvidt endring i selvmedfølelse kunne predikere symptomendring i SF. Kapittel 4 Resultater redegjør for funnene fra analysene, og i det videre følger en diskusjon av disse funnene.

5.1 Reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomer og traumesymptomer

Hypotese 1 postulerte at inneliggende pasienter med SF med og uten barndomstraume som mottar CFT-E ville ha en reduksjon av SF-symptomer og/eller traumesymptomer. Analysene viser en signifikant nedgang i SF-symptomer. Dette er i tråd med de tre andre utfallsstudiene av CFT-E og SF (Gale et al., 2014; Kelly & Carter, 2014; Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar & Hoffman, 2017). En signifikant nedgang av SF-symptomer peker mot at behandlingen har effekt på SF. Denne delstudien er ikke en fullt ut RCT-studie av ulike terapiretninger og man kan følgelig ikke undersøke om nedgang av SF-symptomer skyldes CFT-E per se.

Det å finne en signifikant nedgang av SF-symptomer er i seg selv verdt å legge merke til gitt egenskapene ved utvalget. Utvalget i denne studien har i snitt en sykdomslengde på 16.88 år, en høy alder (gjennomsnittlig 33 år) og mye behandling bak seg som ikke har vært vellykket. Slike utvalg har vist seg å ha en dårligere prognose for bedring (Vrabel et al., 2009). Pasientgruppen bærer også preg av dårlig fungering før behandlingsstart med kun 11% i full jobb og 66.6 % på full AAP (arbeidsavklaringspenger)/ufør/sykemeldt. Dette til tross for at hele 40 % har fullført høyskole eller universitetsutdanning. Vi ser på forløpsanalysene at det er en reduksjon av SF-symptomer både ved utskrivelse og 1-års oppfølging noe som kan tas til inntekt for at behandlingsresultat varer over tid. Det er imidlertid verdt å merke seg at råskåren på EDE-Q er forholdsvis høy ved 1-års oppfølging (se tabell 5). I forløpsanalysen blir verdiene for hvert måletidspunkt estimert ut fra de betingelser vi legger inn i den endelige modellen. Man kan argumentere for at disse estimatene er noe usikre på 1-års oppfølging, gitt at $n = 9$. Vi bør derfor være varsomme med å konkludere noe sikkert knyttet til resultater på lang sikt.

Pilotstudien fant ikke en signifikant nedgang av hverken SF- eller traumesymptomer (Monclair & Wuttudal, 2017). En mulig forklaring på hvorfor vår studie finner en signifikant nedgang av SF-symptomer kan være at teamet har fått mer veiledning og erfaring med CFT-E som behandlingsmodell og at teamet derfor er faglig tryggere og arbeider mer spesifikt med de psykoterapeutiske elementene i CFT-E. En annen mulig forklaring kan være at pasientgruppen i denne studien inkluderer en gruppe uten barndomstraume, noe piloten ikke gjør. Barndomstraume utgjør en tilleggskomponent som har vist seg å gjøre behandling av SF vanskeligere (Vrabel et al., 2009). Våre analysene fant ikke en signifikant forskjell i forløp hva gjelder SF-symptomer mellom gruppen med og uten barndomstraume, men på grunn av lavt antall pasienter i gruppen med barndomstraumer må man være varsom med å tolke dette funnet.

EDE måler både atferd og tanker, men selve diagnosekriteriene - og da også kriteriene for remisjon - baserer seg i all hovedsak på atferd. Vår erfaring gjennom tre år med intervjuer er at atferden kan være i remisjon ved utskrivelse, men bekymring rundt kropp, mat og vekt synes for mange å fortsatt være tilstede i stor grad ved utskrivelse, og hos noen i *større* grad på grunn av vektoppgang. Det er dermed viktig å presisere at symptomendring i denne studien baserer seg på atferd og i mindre grad på kognisjoner, slik det defineres i måleinstrumentene og diagnosemanualene. Dette kan også være tilfelle i andre studier hvor pasienten er beskyttet av rammene på en avdeling. Videre kan dette ses som en kritikk av diagnosesystemet som kanskje ikke vektlegger tanker og følelser rundt mat og kropp i tilstrekkelig grad. I ytterste konsekvens kan det gi et skjevt bilde av bedring hos pasienter. Likefullt finner denne studien at SF-symptomene fortsatt er lavere et år etter endt behandling, noe som kan tas til inntekt for at kognisjonene kan ha endret seg gitt lengden på atferdsendringene.

Videre finner man ingen signifikant nedgang av traumesymptomer på ukentlige mål eller ved utskrivelse og 1-års oppfølging. Dette kan ha sammenheng med lavt antall deltakere. En annen mulig forklaring kan være at behandlingen pasientene har gjennomført er en ren spiseforstyrrelsesbehandling, selv om traumene kan adresseres i individualterapi. Dersom man ser spiseforstyrrelser som en mestringsstrategi for å takle vonde følelser (Dansky et al., 1997; Arntzen, 2014, Skårderud, 2000) kan man spekulere i om det å gi avkall på spiseforstyrrelsessymptomer i behandling kan gjøre pasienter med barndomstraume mer sårbar for økning av traumesymptomer som gjenoppleving og hyperaktivering.

5.2 Økt nivå av selvmedfølelse

Hypotese 2 var hvorvidt inneliggende pasienter med SF med og uten barndomstraume som mottar CFT-E ville skåre høyere på selvmedfølelse etter endt behandling. Analysene viser at pasientgruppen har en signifikant økning i selvmedfølelse over tid. Også andre utfallsstudier av CFT-E som måler endring i selvmedfølelse finner en økning i selvmedfølelse over tid (Kelly & Carter, 2014; Kelly et al., 2017). Prosessanalysene viser at jo lavere nivå av SF-symptomer pasienten har ved innleggelse, jo høyere nivå av selvmedfølelse vil personen ha gjennom behandlingsopplegget.

Prosessanalysene tyder på at lavt symptomtrykk på traume gir lettere tilgang på evnen til å være selvmedfølelse, gitt at pasientens nivå av traumesymptomer ved innleggelse predikerer nivå av selvmedfølelse gjennom behandlingen. Teorien bak de ulike reguleringssystemene i CFT-E postulerer at lav aktivering av alarmsystemet vil kunne gi lettere tilgang på trøst- og trygghetssystemet (Depue & Strupinsky, 2005; Gale et al., 2014; Gilbert, 2009a) Dette er i tråd med gjeldende traumeteori, som sier at langvarige traumebelastninger og traumesymptomer over tid vil føre til et overaktivert alarmsystem og underaktivert trygghetssystem (Nordanger & Braarud, 2017). I en forlengelse av denne diskusjonen er det nærliggende å tematisere hvordan *høy* grad av symptomtrykk ved innleggelse påvirker respons på selvmedfølelsesfokus. Dersom man legger våre funn til grunn kan man argumentere for at det vil være fordelaktig å senke symptomtrykk på traume før man introduserer selvmedfølelse, da pasientene ved høyt symptomtrykk har et mer aktivert alarmsystem og kan ha vanskeligere med å aktivere trøst- og trygghetssystemet.

CFT søker gjennom ulike intervensjoner å øke selvmedfølelsesfokus og dermed selvmedfølelse (Gilbert, 2009a). Analysene viser at pasientene i denne studien øker i selvmedfølelse gjennom behandlingsforløpet. Dette tenkes å innebære en økt aktivering av trøst- og trygghetssystemet, senket skamberedskap, økt evne til å være aksepterende ovenfor egen lidelse og egne feil, samt økt evne til å ta imot omsorg fra andre (Gilbert, 2005, 2009a; Goss & Allan, 2012, 2014). Dette kan tyde på at CFT-E gjennom sine endringsmekanismer CMT, psykoedukasjon, samt bevisstgjøring på hvordan de ulike affektreguleringssystemene spiller inn på SF lykkes i å øke selvmedfølelsen.

5.3 Selvmedfølelse som endringsmekanisme

Hypotese 3 postulerte at selvmedfølelse vil være en endringsmekanisme for SF-symptomer. Analysene viser at endring i selvmedfølelse er en signifikant prediktor for endring i SF-symptomer fra innleggelse og til endt behandling, men nivå av selvmedfølelse en uke ikke predikerer endring i SF-symptomer neste uke. Videre er det ikke en signifikant effekt av nivå av selvmedfølelse ved innleggelse, og analysene finner heller ikke en signifikant interaksjonseffekt mellom disse to prosessvariablene.

Prosessanalysene på selvmedfølelse og SF finner ikke at selvmedfølelse er en signifikant prediktor for reduksjon av SF-symptomer fra uke til uke, men at det kan være en faktor i bedring over tid gitt resultatet av forløpsanalysene. Siden vi kun ser en sammenheng på forløpsanalysene kan man diskutere om det kan være andre faktorer i behandlingen som er endringsfremmende på tidligere stadium, som for eksempel de generelle rammene på avdelingen. Tydelige rammer med fokus på mat, vektoppgang (for AN-pasienter) og bortfall av kompenserende atferd har vist å være viktige elementer i behandling av SF (Poulsen et al., 2014). Man kan i lys av nullfunn på prosessanalysene mellom selvmedfølelse og SF-symptomer argumentere for at resultatene er i tråd med psykoterapiforskningen generelt, som finner at spesifikke faktorer alene ikke er nok til å skape endring hvilket innebærer evidens for at det også er fellesfaktorer i behandling som er virksomt (se for eksempel Poulsen, 2014; Wampold & Imel, 2015).

CFT-E vektlegger at SF i stor grad skyldes selvkritikk og skam (Gale et al., 2014; Goss & Allan, 2012, 2014) og postulerer at fokus på selvmedfølelse vil være en viktig endringskomponent til mer adaptiv affektregulering (Goss & Allan, 2012). Analysene viser en sammenheng mellom selvmedfølelse og SF-symptomer ved utskrivelse og 1-års oppfølging, noe som gir støtte til rasjonale bak CFT-E.

Analysene i denne studien stemmer overens med en annen studie som også fant at økning i selvmedfølelse var koblet til bedring i SF-symptomer (Kelly et al., 2014). Kelly og kollegaer (2014) sin studie fant derimot at bedring av selvmedfølelse tidlig i behandling predikerte nedgang av SF-symptomer. Våre analyser finner ikke at tidlig endring i selvmedfølelse er linket til bedring i SF-symptomer, men finner en kobling ved utskrivelse og ett års oppfølging. En mulig forklaring kan være forskjeller i pasientgruppene. Kelly med kollegaer (2014) sin studie er basert på både inneliggende pasienter og polikliniske pasienter, men oppgir ingen informasjon om komorbiditet. Utvalget i vår oppgave kan således ha høyere symptombelastning, spesielt når vi tar i betraktning at 40 % har barndomstraume. Økt

grad av symptombelastning, og dermed aktivering av alarmsystem, kan påvirke respons på selvmedfølelsesfokus.

Prosessanalysene finner videre at nivå av selvmedfølelse ved innleggelse er en signifikant prediktor for nedgang av traumesymptomer. Her finner man en gjensidig effekt; nivå av traumesymptomer ved innleggelse predikerer også selvmedfølelsesnivået gjennom behandlingsopplegget. Lavt nivå av traumesymptomer ved innleggelse predikerer større økning i selvmedfølelse ved utskrivelse. Man kan spekulere i om dette er i tråd med gjeldende teori om hvordan alarmsystemet og trøst- og trygghetssystemet henger sammen.

Det har allerede vært diskutert om lavere symptombelastning ved innleggelse gir lettere tilgang på trøst- og trygghetssystemet. Det er også nærliggende å se til nedregulering av alarmsystemet, som kan bli overaktivt ved langvarig traumatisering i barndom. Et nedregulert alarmsystem vil gjøre det lettere å komme i kontakt med trøst- og trygghetssystemet (Nordanger & Braarud, 2017).

5.4 Allianse som endringsmekanisme

Hypotese 4 postulerte at allianse vil være en endringsmekanisme for SF-symptomer. Analysene viser at pasientens allianseskåre en uke er en signifikant prediktor for nivå av SF-symptomer uken etter. Analysene finner ikke en signifikant sammenheng mellom SF-symptomer en uke og allianseskåre påfølgende uke. Dette betyr at man *kun* finner en signifikant effekt av allianse som prediktor; når allianse går opp den ene uken, øker SF-symptomene uken etter. Denne sammenhengen skiller seg noe fra studien til Vrabel, Wampold og Ulvenes (2015) som finner sammenhengen mellom allianse og SF-symptomer, men hvor økt allianse den ene uken fører til mindre SF-symptomer uken etter. Funnet er et bidrag i debatten på feltet rundt hva som kommer først av allianse og symptomendring (Brown et al., 2013a). Det at vi ikke finner en sammenheng som er gjensidig tyder på at det er et sterkt og robust funn hva gjelder retning.

SF er en sykdom med mye ambivalens som ofte skaper stor grad av indre uro og usikkerhet hos pasienten (se for eksempel Guarda, 2008; Killick & Allen, 1997; Williams & Read, 2010) og pasienter kan oppleve at de ikke ønsker å endre atferd (Vitousek, Watson & Wilson, 1998). SF kan ses på som en mestringsstrategi etter traume (Arntzen, 2014; Danský et al., 1997) og andre livsbelastninger (se for eksempel Axelsen, 2009; Røer, 2009). Ved innleggelse rokker man ved pasientenes vanlige mestringsstrategi. Pasientene kan dermed oppleve at det oppstår et skremmende tomrom og at det kan være vanskelig å finne ro

og fotfeste. En arbeidsallianse med en god relasjon og enighet om oppgave og mål kan bidra til å skape trygghet hos pasienten og tillit til behandleren og behandlingen (Horvath et al., 2011). Funnet på alliansen kan imidlertid tyde på at økt tillit til behandler kan ha effekt i form av økt SF-symptomer fra uke til uke. Dette er et motstridende funn enn det som ble rapportert i den tidligere nevnte studien til Vrabel og kollegaer (2015). Noe av forklaringen på dette i denne studien kan være at det var flere av pasientene som droppet ut av behandlingen grunnet økning i symptomatologi ved innleggelse (se figur 2). Det kan være at terapeutene har fokusert sterkt på alliansearbeidet på bekostning av flere av de viktige CFT-prinsippene for å forsøke å holde pasientene i behandlingen, og således har ikke fellesfaktorene og de spesifikke faktorene arbeidet sammen for å skape endring. Dette er i så tilfelle sammenfallende med Brown og kollegaer (2013a) sine utlegninger om at man i behandling av spiseforstyrrelser står i fare for å overvurdere den terapeutiske alliansen på bekostning av de spesifikke faktorene man tenker er endringsfremmende. Med flere av pasientene i denne gruppen som var definert som pasienter med barndomstraume, kan fokuset på en tett allianse ha skapt frykt/trigget alarmsystemet som igjen har ført til økning i symptomer.

En annen mulig forståelse av funnet kan være at når pasienten blir tryggere i relasjonen, våger vedkommende å åpne opp for å utfordre sin SF. Dette kan føre til økt symptomtrykk, spesielt grunnet den tidligere nevnte ambivalensen som ofte er knyttet til tilfriskning fra SF. Når pasienten går inn i en arbeidsallianse med terapeuten hvor man sammen begynner å bryte ned pasientens forsvar og utfordre vante atferdsmønstre, er det ikke nødvendigvis uventet at ambivalensen mot tilfriskning blusser opp og kommer til uttrykk som økte SF-symptomer. Dette er noe vi også har erfart i vår kliniske praksis; man opplever å arbeide psykoterapeutisk godt med pasienten i en sesjon, for i neste sesjon å observere økt symptomatologi i tiden etterpå. På sikt finner vi i denne studien nedgang av SF-symptomer, noe som kan tas til inntekt for at man starter en prosess som fører til bedring. Hvis så er tilfelle kan dette fenomenet minne om Greenbergs (2004) tematisering av endring i emosjonsfokusert tilnærming: *"Man kan ikke forlate et sted før man har ankommet"* (Greenberg, 2004, s. 3, vår oversettelse). Greenberg skriver at man har grunnfølelser (core emotion) og sekundærfølelser (secondary emotion). Videre skriver han at på veien mot bedring må man først adressere sekundærfølelsen (for eksempel frykt for vektoppgang), så grunnfølelsen (for eksempel skam) før man kan erstatte med mer adaptive følelser som medfølelse. Gjennom dette perspektivet på endring tilbyr Greenberg en interessant måte å se dette noe uventede funnet på.

5.5 Allianse og selvmedfølelse som endringsmekanismer på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet

Selvmedfølelse har sammenheng med - og kan være viktig for - bedring av SF ved utskrivelse og ett år etterpå. Allianse har en innvirkning på SF-symptomer ved at de beveger seg i samme retning. Som nevnt kan dette forstås i lys av SF som en mestringsstrategi etter stressende og traumatiske livshendelser, samt SF som en skamregulerende sykdom preget av ambivalens. SF tjener mange funksjoner og har flere konsekvenser som for eksempel avhengighet av kompenserende strategier og undervekt (Vitousek et al., 1998). Konsekvensene av dette gjør at noen prosesser kan være viktigere enn andre på ulike tidspunkt i behandlingen.

Tillit til terapeuten og behandlingen kan være viktig i en vektoppfangsfase for AN og ved bortfall av kompenserende strategier for BN. En studie av vektoppgang og allianse hos AN-pasienter fant imidlertid ingen sammenheng og de konkluderte med at man trenger strukturert fokus på vektoppgang før allianse (Brown et al., 2013b). Dersom man ser til utvalget vårt er det større andel av pasienter med AN enn hva som er prevalensen i den kliniske populasjonen for øvrig (Helsedirektoratet, 2017) og således kan konklusjonen fra dette studie være noe på linje med vårt funn. Vi fant imidlertid at økning i allianse fører til en økning i SF-symptomer. Man skal være varsom med å konkludere med at dette betyr at man ikke kan fokusere for mye på alliansen i denne behandlingen, men det kan si noe om betydningen av at man ikke arbeider med denne fellesfaktoren alene, men at den må virke sammen med de spesifikke terapifaktorene, i dette henseende CFT-prinsipper. I tillegg kan det se ut som man bør være varsom med å skape for tett allianse med en gruppe pasienter som presenterer samtidig traume-problematikk. Det ville vært interessant å undersøke de tre ulike subkategoriene i arbeidsalliansebegrepet for seg, henholdsvis enighet om mål, oppgaver og bånd, for å se om disse kan ha ulike innvirkning. Tidligere studier har for eksempel funnet at det affektive båndet mellom terapeut og pasient, som er en av komponentene i arbeidsallianse-begrepet, har ulike mekanismer i henholdsvis en kognitiv terapi versus en korttids psykodymanisk terapi (Ulvenes et al., 2012). Disse endringsmekanismene bør undersøkes nærmere i hovedstudien.

Man kan diskutere om pasientens kapasitet til selvmedfølelsesfokus i den tidlige fasen er liten og at det følgelig blir vanskelig å få kontakt med trøst- og trygghetssystemet. En annen mulig forklaring kan være at alarmsystemet fortsatt er aktivert via selvkritikk og skam og dermed vanskeliggjør det å kjenne på selvmedfølelse i den innledende delen av behandlingen.

Gilbert (2009a) beskriver hvordan dårlig affektregulering kan føre til frykt for medfølelse og selvmedfølelse. Dette er forenelig med studien til Gilbert, McEwan, Matos og Ravis (2011) som fant at studenters frykt for medfølelse hadde sammenheng med mye selvkritikk som igjen gjorde medfølelse ytterligere utfordrende. Selvkritikk er allerede hevdet å være en opprettholdende mekanisme for SF. Utvalget i vår studie har lang sykdomstid og høy symptombelastning. Det kan være nærliggende å tenke at utvalget i gjennomsnitt skårer enda høyere enn utvalget i studien til Gilbert og kollegaer (2011) på selvkritikk, og som konsekvens opplever ekstra stor frykt for selvmedfølelse og medfølelse. Det at selvmedfølelse ser ut til å være en endringsmekanisme som først kommer til uttrykk i forløpsanalysene kan tyde på at det er en utfordrende prosess som virker over tid.

5.6 Styrker og begrensninger ved studien

Det er mange styrker ved denne studien. Blant andre at studien utføres ved en spesialisert enhet på Avdeling for SF ved Modum Bad som har lang erfaring med - og som er tilrettelagt for – psykoterapiforskning. Lederen av forskningsprosjektet har lang erfaring med å lede forskningsprosjekter. Hun er også en del av et respektert forskningsmiljø ved forskningsinstituttet ved Modum Bad ledet av en av de ledende forskere på verdensbasis i psykoterapifeltet. Teamet som har gitt CFT-E har fått veiledning av en av grunnleggeren av CFT-E, noe som sikrer et kvalifisert team. Studien er gjort ved en åpen enhet, og dette øker sjansene for god økologisk validitet. Pasientene er diagnostisert både med spørreskjema og et omfattende EDE-intervju. EDE regnes i dag som gullstandarden i diagnostisering av SF. En annen styrke ved studien er bruk av flernivåanalyser som er en avansert statistisk metode som gir gode estimater selv med manglende data. Med et lite utvalg på $n = 35$ minsker vi sjansene for type 1-feil, og lav n gir troverdige signifikante funn. Måleinstrumentene brukt i denne studien har i tillegg gode psykometriske egenskaper.

I utgangspunktet ønsket vi å undersøke forskjellen mellom CBT og CFT-E som hadde vært mulig da hovedprosjektet er et prosess-utfall RCT-prosjekt. Forsinkelser i behandlingsgruppene gjorde at dette ble umulig. Vi ønsket videre å se på ett års oppfølging og som konsekvens fikk vi for lav n til å kjøre reliable analyser på forskjell mellom gruppene med og uten barndomstraume. Det mangler data spesielt på alle forløpsanalysene allerede på målingene ved innleggelse, for eksempel mangler EDE-data fra 10 pasienter. Dette skyldes problemer med uttak fra Modum Bads forskningsdatabase (Checkware). Det har vært gjort flere forsøk på uttak, men i samråd med veiledere ble det besluttet å kjøre analysene med

dataene som forelå. Utfallsvariablene vi bruker er basert på operasjonalisering i ulike måleinstrumenter, og disse har noen svakheter. Traumesymptomer måles med PSS-SR. PSS-SR måler unngåelse, gjenoppleving og aktivering, men mye tyder på at et utviklingstraume gir andre uttrykk som for eksempel vansker med relasjoner og affektregulering (Braarud & Nordanger, 2017). SCS-SF som måleinstrument av selvmedfølelse kan også være en mulig svakhet da det blant annet er uenighet om faktorstrukturen på skjemaet (López et al., 2015; Neff, Whittaker & Karl, 2017). Det rådes til å følge med på valideringsstudier som er i anmarsj ved eventuelle fremtidige studier på selvmedfølelse.

5.7 Kliniske implikasjoner

Pasientene i denne studien hadde en signifikant nedgang i SF-symptomer over tid, og en signifikant assosiasjon mellom endring i selvmedfølelse og endring i SF-symptomer. Dette kan tas som støtte til CFT-E som en virksom behandlingsmodell for inneliggende pasienter med SF med og uten barndomstraume, selv om man skal være varsom med en klar konklusjon på gitt at dette ikke var en fullt ut RCT-studie. Dette bygger videre på funnene fra pilotstudien (Monclair & Wuttudal, 2017), og andre studier (Gale et al., 2014; Kelly et al., 2013). Vår studie finner en symptomreduksjon både hos pasientgruppen med barndomstraume og pasientgruppen uten barndomstraume, og ingen signifikant forskjell i forløp hva gjelder SF-symptomer for disse gruppene. Disse funnene er viktige bidrag til pågående forskning for et effektivt behandlingstilbud til disse pasientgruppene.

Analysene finner ikke en signifikant reduksjon av traumesymptomer, men på grunn av lavt antall deltagere og manglende data så er det vanskelig å trekke kliniske implikasjoner fra disse funnene.

En mulig klinisk implikasjon kan være å se selvmedfølelse som en endringsprosess som tar tid. Videre har flere på feltet har diskutert hva som kommer først av allianse og symptomreduksjon i behandling av SF (Zilcha-Mano et al., 2014). Våre funn er i tråd med blant annet Brown og kollegaer (2013b) sine utlegninger om at man i behandling av spiseforstyrrelser må være varsom med å overvurdere den terapeutiske alliansen på bekostning av de spesifikke faktorene man tenker er endringsfremmende. Man kan imidlertid tenke at de ulike kategoriene i arbeidsallianse-begrepet, henholdsvis enighet om mål, oppgaver og bånd, kan ha ulik innvirkning på utfallet i psykoterapi. Fremtidige studier bør undersøke dette nærmere.

5.8 Konklusjon

Vår studie har vist hvordan inneliggende pasienter med langvarig SF inkludert en gruppe med barndomstraumer som mottar CFT-E har en reduksjon av SF-symptomer, en økning av selvmedfølelse, men ingen signifikant endring i traumesymptomer. Gitt den lange varigheten av SF og flere tidligere mislykkede behandlingsforsøk er det verdt å legge merke til at vi finner en signifikant reduksjon av SF-symptomer. Dette bør tas som støtte for at det å introdusere selvmedfølelsesfokus i behandling av inneliggende pasienter med SF kan være nyttig.

Videre finner vi at endring i allianse en uke henger sammen med symptomendring for SF uken etter. Dette synes å være et robust funn da nedgang i SF ikke predikerer allianse påfølgende uke. På sikt har pasientene en signifikant reduksjon av SF-symptomer og en signifikant økning av selvmedfølelse. Prosessanalysene finner at selvmedfølelse har sammenheng med - og kan være viktig for - bedring av SF ved utskrivelse og ett år etterpå.

5.9 Veien videre

Dette er ikke en fullt ut RCT-studie. Vi har derfor ikke anledning til å undersøke om våre signifikante funn skyldes CFT-E eller andre aspekter ved behandlingen. Fremtidig forskning bør utformes som en RCT-studie, og ha nok deltagere til å kunne sammenligne ulike behandlingsgrupper. Det bør også gjøres en sammenlikningsstudie av CBT og CFT-E for å kunne si mer om hva som er spesifikt endringsfremmende ved de ulike terapiretningene. En studie som tar høyde for dette er på vei, da denne studien er en del av et større post-doktorprosjekt som er utformet som en RCT-studie og sammenligner CFT-E med CBT. Gitt at CFT-E har et fokus på skam, vil det også være av interesse å undersøke dette nærmere i fremtidige studier. Vårt funn på allianse sammenliknet med andre studier peker mot et behov for å undersøke nærmere alliansens rolle i endringsprosessen til SF-pasienter.

Litteraturliste

- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70232-X
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5), Washington DC.
- Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget
- Arntzen, L. (2014.) *Kontrollerte Krenkelser. Spiseforstyrrelser som mestring etter seksuelle overgrep*. Bacheloroppgave, Høyskolen i Oslo og Akershus. Oslo.
- Axelsen, E. D. (2009). *Symptomet som ressurs*. Oslo: Pax Forlag.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289. doi: 10.1037/a0025754
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual*. Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 13-37). Oxford, England: John Wiley.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, H., Wallace, S., Norrie, J., og 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, 199-21. Doi:10.1111/bjc.12009
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (2010). Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: An exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 266-273. doi: 10.1002/eat.20769

- Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image, 17*, 117-131. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.03.003
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders, 15*(4), 285-304. doi: 10.1080/10640260701454311
- Briere, J., Kaltman, S., og Green, B.L. (2008). Accumulated Childhood Trauma and Symptom complexity. *Journal of Trauma Stress, 21*(2), 223-226. doi:10.1002/jts.20317
- Brown, A., Mountford, V. A., & Waller, G. (2013a). Is the therapeutic alliance overvalued in the treatment of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders, 46*(8), 779-782. Doi: 10.1002/eat.22177
- Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2013b). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 51*(4), 216-220. doi: 10.1016/j.brat.2013.01.008
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and Anger (vol. 2)* New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Buss, D.A. (2009). The great struggles of life: Darwin and the emergence of evolutionary psychology. *American Psychologist, 64*, 140-148. doi:10.1037/a0013207
- Byram, V., Wagner, H. L., & Waller, G. (1995). Sexual abuse and body image distortion. *Child abuse & neglect, 19*(4), 507-510. doi: 10.1016/0145-2134(95)00003-Q
- Calam, R. M., & Slade, P. D. (1989). Sexual experience and eating problems in female undergraduates. *International Journal of Eating Disorders, 8*(4), 391-397. doi: 10.1002/1098-108X(198907)8:4<391::AID-EAT2260080402>3.0.CO;2-P
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine, 78*(1), 79-90. doi: 10.1097/PSY.0000000000000233
- Clarke, J., Fladung, A. K., & Gorwood, P. (2016). Higher reward value of starvation imagery in anorexia nervosa and association with the Val66Met BDNF polymorphism. *Translational Psychiatry, 6*(6), 1–7. doi: 10.1038/tp.2016.98

- Cook, B., Wonderlich, S. A., Mitchell, J., Thompson, R., Sherman, R., & Mccallum, K. (2016). Exercise in eating disorders treatment: systematic review and proposal of guidelines. *Medicine and science in sports and exercise*, 48(7), 1408-1414. doi: 10.1249/MSS.0000000000000912
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8. doi: 10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1989). The validity of the eating disorder examination and its subscales. *The British Journal of Psychiatry*, 154(6), 807-812. doi: 10.1192/bjp.154.6.807
- Coitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. Og Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Curran P.J., Bauer D.J. (2011). The disaggregation of within-person and between-person effects in longitudinal models of change. *Annu Rev Psychol*; 62, 583–619.
- Dalai Lama. (2002). *An open heart: Practising compassion in everyday life*. Hachette UK.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neill, P. M. (1997). The national women's study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 213–228. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199704)21:3<213::AID-EAT2>3.0.CO;2-N
- Depue, R.A., Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*; 28, 313-95. doi: 10.1017/s0140525x05000063
- Desbordes, G., Negi, L.T., Pace, T.W., Wallace, A.B., Raison, C.L. og Schwartz, E. L. (2012). Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6. doi:10.3389/fnhum.2012.00292
- Dovran, A., Winje, D., Øverland, S. N., Breivik, K., Arefjord, K., Dalsbø, A. S., ... & Waage, L. (2013). Psychometric properties of the Norwegian version of the Childhood Trauma Questionnaire in high-risk groups. *Scandinavian journal of psychology*, 54(4), 286-291. doi: 10.1111/sjop.12052

- Dundas, I., Svendsen, J. L., Wiker, A. S., Granli, K. V., & Schanche, E. (2016a). Self-compassion and depressive symptoms in a Norwegian student sample. *Nordic Psychology*, *68*(1), 58-72. doi: 10.1080/19012276.2015.1071203
- Dundas, I., Svendsen, J. L., Wiker, A. S., Granli, K. V., & Schanche, E. (2016b) A Norwegian translation and validation of the Self-Compassion Scale (SCS). Supplement to manuscript: "Self-Compassion and Depressive Symptoms in a Norwegian Student Sample". Hentet fra http://www.tandfonline.com/doi/suppl/10.1080/19012276.2015.1071203/suppl_file/rnpy_a_1071203_sm7142.pdf
- Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotion. *Cognition and Emotion*, *6*, 169-200.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(1), 26-30. doi: 10.1002/eat.20112
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16*(4), 363-370. doi: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*(9355), 407-416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *166*(3), 311-319. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608
- Falkenström, F., Ekeblad, A., & Holmqvist, R. (2016). Improvement of the working alliance in one treatment session predicts improvement of depressive symptoms by the next session. *Journal of consulting and clinical psychology*, *84*(8), 738. doi: 10.1037/ccp0000119
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London: Sage Publications.
- Fischer, S., Stojek, M., & Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating behaviors*, *11*(3), 190-192. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.01.001
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, *6*(4), 459-473. doi: 10.1002/jts.2490060405

- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). "The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale". *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451. doi:10.1037/1040-3590.9.4.445
- Frank, E. S. (1991). Shame and guilt in eating disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 303–306. doi:10.1037/h0079241
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 1-12. doi: 10.1002/cpp.1806
- Gilbert, P. (1998). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 71(4), 447-463. doi: 10.1111/j.2044-8341.1998.tb01002.x
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. I P. Gilbert & J. Miles (Red.), *Body conceptualization, research & treatment* (s. 3–54). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2009b). *A Compassionate mind. A New Approach to Life's Challenges*. Constable-Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind*. London: Constable.
- Gilbert, P. (2013). Depression: The challenges of an integrative, biopsychosocial, evolutionary approach. I M. Power (Red.), *The Wiley-Blackwell handbook of mood disorders* (2nd ed., s. 229-288). Chichester, UK: J. Wiley.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41. doi:10.1111/bjc.12043
- Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. Oxford University Press on Demand.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. I P. Gilbert (Red.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (s.263-325). London, UK: Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and*

- Practice*, 84(3), 239-255. Doi: 10.1348/147608310X526511
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism : Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Goetz, J. L., Keltner, D., Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374. doi: 10.1037/a0018807
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame and pride in eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303–316. doi:10.1002/cpp.627
- Goss, K., & Allan, S. (2010). Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 141-158. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.141
- Goss, K., & Allan, S. (2012). An Introduction to Compassion-Focused Therapy for Eating Disorders (CFT-E). I Fox, J. R. E. & Goss, K. P. (Red.) *Eating and its disorders*, 303-314. West Sussex: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781118328910.ch20
- Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 62-77. doi: 10.1111/bjc.12039
- Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiology & behavior*, 94(1), 113-120. doi: 10.1016/j.physbeh.2007.11.020
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., ... & Isserlin, L. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 50(4), 323–340. doi: 10.1002/eat.22672
- Greenberg, L. S. (2004) Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 11(1), 3-16. doi: 10.1002/cpp.388
- Hartmann, A., Herzog, T., & Drinkmann, A. (1992). Psychotherapy of bulimia nervosa: What is effective? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(2), 159-167. doi: 10.1016/0022-3999(92)90024-V
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12–25. doi:10.1080/10503300500352500
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, tidlig utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

- Herman, J. L. (1992) Complex PTSD – a Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391. doi:10.1007/Bf00977235
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 29*(6), 336-339. doi:10.1097/ycp.0000000000000282.
- Hoffart, A., Øktedalen, T., Langkaas, T.F. & Wampold, B. (2013). Alliance and Outcome in Varying Imagery Procedures for PTSD: A Study of Within-Person Processes. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 471-482. doi: 10.1037/a0033604
- Hoffart, A., Øktedalen, T., & Langkaas, T. F. (2015). Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Frontiers in psychology, 6*, 1-11. doi:10.3389/fpsyg.2015.01273
- Hoffmann, S. G., Grossman, P., and Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1126-1132. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.003
- Horvath, A. O. (2006). The Working Alliance Inventory: Norwegian translation of items generated by the factor analyses of Hatcher & Gillaspay (2006). M. H. Rønnestad, A. von der Lippe, E. Axelsen, S. E. Gullestad, H. Haavind, S. Reichelt, & O. A. Tjersland (Transl.). Upublisert materiale, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, Oslo, Norway. (Orginalt arbeid publisert i 1981, 1984, 1991)
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology, 36*(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). *Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy, 48*(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). *Introduction to SPSS statistics in psychology: for version 19 and earlier*. Pearson Education. Canada.
- Hox, J. J., Moerbeek, M., & van de Schoot, R. (2010). *Multilevel analysis: Techniques and applications*. New York: Routledge.
- Jazaieri, H., Jinpa, G.T., McGonigal, K., Rosenberg, E.I., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E.,...Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion, A randomized controlled trial of compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies, 14*(4), 1113-1129. doi:10.1007/s10902-012-9373-z
- Kaufman, G. (1989). *The Psychology of Shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York, NY: Springer Publishing.

- Kelly, A. C., & Tasca, G. A. (2016). Within-persons predictors of change during eating disorders treatment: An examination of self-compassion, self-criticism, shame, and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(7), 716–722. doi: 10.1002/eat.22527
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Carter, J. C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: An examination of female students and eating disorder clients. *Eating Behaviors*, *15*(3), 388–391. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.04.008
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(2), 475-487. doi: 10.1002/cpp.2018
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, *25*(2), 159–167. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<159::AID-EAT5>3.0.CO;2-F
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 340-345. doi:10.1097/ycp.0000000000000278.
- Killick, S., & Allen, C. (1997). ‘Shifting the Balance’—motivational interviewing to help behaviour change in people with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *5*(1), 33-41. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(199703)5:1<33::AID-ERV164>3.0.CO;2-F
- Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, *13*, 67-78. doi: 10.1080/09540260124661
- Knox, J. (2003). *Archetype, attachment, analysis: Jungian psychology and the emergence of mind*. London, UK: Brenner-Routledge.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events. The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(5), 887-

904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- 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), doi:10.1371/journal.pone.0132940
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., & Brondolo, E. (1999). Shame and its psychopathologic correlates in two women's health problems: Binge eating disorder and vulvodynia. *Eating & Weight Disorders*, *4*, 187–193. doi: 10.1007/ BF03339735
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, *27*(2), 77-102. doi: 10.1023/A:1024515519160
- Monclair, v. K. N., Wuttudal, A. M. (2017) *Self- Compassion, an Antidote to Pathological Mechanisms in Eating Disorders? An effectiveness study of Compassion Focused Therapy for patients with longstanding eating disorders and childhood trauma*. Hovedoppgave, Universitetet i Oslo. Oslo.
- Morris, S. B., & DeShon, R. P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, *7*(1), 105-125. doi:10.1037//1082-989X.7.1.105
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working alliance Inventory-Short revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical psychology & psychotherapy*, *17*(3), 231-239. doi: 10.1002/cpp.658
- Mylle, J., & Maes, M. (2004). Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of affective disorders*, *78*(1), 37-48. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00218-5
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223– 250. doi: 10.1080/15298860309027
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitudetoward Oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85-102 doi: 10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2012). The Science of Self-Compassion. I C. K. Germer & R. D. Siegel (Red.), *Wisdom and Compassion in Psychotherapy* (s. 79–92). New York: Guilford Press. Hentet fra <https://webpace.utexas.edu/neffk/pubs/SC%20Germer%20Chapter.pdf>

- 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/s12671-016-0560-6.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness. I Ostafin, D.B, Robinson, D.M, Meier, P. B. (Red.) *Handbook of mindfulness and self-regulation* (s. 121-137). Springer New York.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified? *Journal of Personality Assessment*, 1-12
doi: 10.1080/00223891.2016.1269334
- Nesse, R. (2005). Evolutionary Psychology and Mental Health. I D. Buss (Red.) *The Handbook of Evolutionary Psychology* (s. 903–929). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Nissen-Lie, H. A., Oddli, H., & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. Hentet fra:
https://www.researchgate.net/profile/Hanne_Oddli/publication/256195142_Fellesfaktordebatt_pa_ville_veier_Common_factor_debate_astray/links/570dd0b208ae3199889bcb75.pdf
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017) *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Pani, L. (2000). Is there an evolutionary mismatch between the normal physiology of the human dopamenergic system and current environmental conditions in Industrialized Countries? *Molecular Psychiatry*, 5(5). 467-475. doi: 10.1038/sj.mp.4000759
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 109-116. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511
- 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(3), 250-255. doi: 10.1002/cpp.702
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *cognitive Therapy and Research*, 24(5), 571-584. doi: 10.1023/A:1005566112869
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1122–1126. doi: 10.1176/ajp.151.8.1122
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 773-791. DOI: 10.1016/S0193-953X(05)70381-6
- Rosen, J. C., Vara, L., Wendt, S., & Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 519-528. doi: 10.1002/1098-108X(199009)9:5<519::AID-EAT2260090507>3.0.CO;2-K
- Rosen, J. C., Schulkin, J. (1998) From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325-350. doi: 10.1037/0033-295X.105.2.325
- Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders part II: an update with a special reference to the DSM-5. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 198- 220. doi: 10.1080/21662630.2014.940549
- Rø, Ø., Reas, D. L., & Stedal, K. (2015). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408-412. doi: 10.1002/erv.2372
- Røer, A. (2009). *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og handlingsstrategier*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Saakvitne, K. W., Gamble, S., Pearlman, L. A., & Lev, B. T. (2000). *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. Lutherville, MD: Aidron Press.
- Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1994). Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders. *Child Abuse & Neglect*, 18(8), 607-615. doi: 10.1016/0145-2134(94)90011-6
- Schore, A. N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. I P. Gilbert, Andrews, B. (Red.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* 57-77. Oxford University Press.

- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. New York, NY: Oxford university press.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk/Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. 1. Utgave. Oslo: Aschehoug.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406-414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry, 26*(6), 543-548. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a24f.
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist, 21*(2), 62-73. doi: 10.1111/cp.12126
- Strauss, C., Taylor, L. B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Canvanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review, 47*, 15–27. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.004
- Torgersen, L. (2016, 25.01) Spiseforstyrrelser- fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse//psykiskelidelser/spiseforstyrrelser>
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy, 49*(3), 291-302. doi: 10.1037/a0027895
- van der Kolk, B. (2005) Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408
- van Gerko, K., Hughes, M. L., Hamill, M., & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors. *Child abuse & neglect, 29*(4), 375-382. Doi: 10.1016/j.chiabu.2004.11.002
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical psychology review, 18*(4), 391-420. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00012-9
- Vrabel, K. R. (2009). A five-year prospective follow-up study of longstanding eating disorders. Influence from personality disorders and child sexual abuse. (Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø). Hentet fra

<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/2699/thesis.pdf?sequence=4>

- Vrabel, K., Stenshorne K., Hveding E., Lind A., Hovland, H., Gulbrandsen, T. (2014). *CFT for ED patients with and without childhood trauma. A description of inpatient compassion-focused therapy for treatment of patients with eating disorder with or without childhood trauma*. Upublisert materiale. Ta kontakt med KariAnne Vrabel for å få tilsendt: Karianne.Vrabel@modum-bad.no
- Vrabel, K. R., Ulvenes, P. G., & Wampold, B. (2015). Alliance and symptom improvement in inpatient treatment for eating disorder patients: A study of within-patient processes. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1113-1121. doi: 10.1002/eat.22434
- Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British journal of Psychiatry*, 159(5), 664-671. doi: 0.1192/bjp.159.5.664
- Waller, G. (1992). Sexual abuse and the severity of bulimic symptomatology. *British Journal of Psychiatry*, 161(1), 90–93. doi: 10.1192/bjp.161.1.90
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Weng, H. Y., Fox, A. S., Shackman, A. J., Stodola, D. E., Caldwell, J. Z., Olson, M. C., ... & Davidson, R. J. (2013). Compassion training alters altruism and neural responses to suffering. *Psychological science*, 24(7), 1171-1180. doi: 10.1177/0956797612469537
- Williams, S., & Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective. *Psychology and Health*, 25(5), 551-567. doi: 10.1080/08870440802617629
- Williams, M. J., Dalgleish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychological assessment*, 26(2), 407-418. doi:10.1037/a0035566
- Wilson, G.T. (1996). Treatment of bulimia nervosa: When CBT fails. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 197–212. doi: 10.1016/0005-7967(95)00068-2
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216. Doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199

- Wiseheart, M. (2013, 02.12). *Effect Size Calculator*. Hentet fra <http://www.cognitiveflexibility.org/effectsize/>
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., ... & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 401-412. doi: 10.1002/eat.1101
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1)*. World Health Organization. Geneve.
- Zilcha-Mano, S., Dinger, U., McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2014). Does alliance predict symptoms throughout treatment, or is it the other way around?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 931. doi: 10.1037/a0035141
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., ... & Herzog, W. (2014) Psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled. *The Lancet*, 383(9912), 127-137. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61746-8

Vedlegg

Vedlegg 1 – REK-brev



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Gjøril Bergva	Telefon: 22845529	Vår dato: 08.09.2014	Vår referanse: 2014/836/REK sør-øst D
			Deres dato: 15.08.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

KariAnne Vrabel

Badeveien
3371 Vikersund

2014/836 Sammeligne to ulike behandlingsmodeller for pasienter med spiseforstyrrelser, med og uten barndomstraumer

Vi viser til tilbakemelding fra prosjektleder, mottatt 15.08.2014, i forbindelse med ovennevnte søknad. Tilbakemeldingen er behandlet av komiteens leder på delegert fullmakt.

Forskningsansvarlig: Modum Bad
Prosjektleder: KariAnne Vrabel

Prosjektomtale

Formålet med studien er å undersøke effekten av to behandlingsmetoder som gis ved Modum bad, medfølelsesfokustert terapi (compassion-focused therapy) og kognitiv atferdsterapi, med to grupper pasienter med spiseforstyrrelser, med og uten barndomstraumer, på spiseforstyrrelsen, traumesymptomer og livskvalitet. I studien skal 80 nyhenviste pasienter bli randomisert til de to behandlingene. Halvparten i hver skal ha opplevd traumer i tidlig barndom. Opplysninger samles inn ved hjelp av spørreskjemaer og intervjuer.

Saksgang

Søknaden ble første gang behandlet i møtet 11.06.2014, hvor komiteen utsatte å fatte vedtak.

Komiteen ba prosjektleder redegjøre for studiens primære endepunkt og for styrkeberegningen. Komiteen ba også om klargjøring av hva som er standardbehandling, samt hvordan forskergruppen vil håndtere at pasienter kan bli i tvil om den behandlingen de får ifølge randomiseringen, er den rette for dem. Komiteen var også bekymret for at pasientene kan føle seg forpliktet til deltagelse, all den tid rekruttering skjer ca 20 uker før studien starter. I tillegg hadde komiteen en rekke kommentarer til informasjonsskrivet.

Vurdering

Ifølge prosjektleder er spiseforstyrrelsesdiagnose og grad av spiseforstyrret symptomatologi studiens primære endepunkt. Styreberegning er basert på sammeligning av to grupper. Dette fordi pasienter med spiseforstyrrelser m/traume sammenlignes i forhold til ulik type behandling. Tilsvarende sammenlignes pasienter med spiseforstyrrelser u/traume i forhold til ulik type behandling. Behandlingen ved avdelingen og behandlingen ved forskningsprosjektet er sammenfallende, dvs at de tilbys to likeverdig tilbud for behandling av spiseforstyrrelser.

Proseduren for rekruttering er også sammenfallende med avdelingens praksis, men for å ivareta pasientens

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikk.com.no
Web: <http://helseforskning.etikk.com.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

frivillighet og redusere følelsen av forpliktelse, vil imidlertid pasienten bli forespurt på nytt om de fremdeles ønsker å delta når studiestart nærmer seg. Hvis pasienter ønsker seg den andre type behandlingen enn den de er randomisert til, må de trekke seg fra studien, og de vil få behandlingen de ønsker. Informasjonsskrivet er revidert i tråd med komiteens kommentarer.

Komiteen finner tilbakemeldingen tilfredsstillende og har ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres som bekrevet i søknad, protokoll og tilbakemelding fra prosjektleder.

Prosjektleder ønsker å oppbevare data avidentifisert etter prosjektslutt, da det kan være aktuelt med en oppfølgingsstudie. Komiteen tillater oppbevaring inntil 31.12.2022. Blir det aktuelt med forlengelse utover dette, må det søkes REK.

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 9 jf. 33 godkjenner komiteen at prosjektet gjennomføres.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, protokoll og tilbakemelding fra prosjektleder, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2017. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2022. Forskningsfilen skal oppbevares avidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Gjøril Bergva
Rådgiver

Kopi til:

Modum Bad ved øverste administrative ledelse: post@modum-bad.no
karianne.vrabel@modum-bad.no

Vedlegg 2 – Eating Disorder Examination Questionnaire

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)

From *"Cognitive Behavior Therapy
and Eating Disorders"*

by Christopher G. Fairburn

Copyright 2008 by Kristin Bohn and Christopher Fairburn

Original English version is available online at:
www.psych.ox.ac.uk/credo/cbt_and_eating_disorders

Norsk godkjent oversettelse

v/ D. L. Reas og Ø. Rø

September 2008 EDE-Q 6.0

DATO: _____

NPRID: _____

Instruksjoner: Dette spørreskjema handler kun om den siste uka (7 dager). Les hvert spørsmål nøye. Svar på alle spørsmålene.

Spørsmål 1 til 12: Tegn en sirkel rundt det tallet til høyre som du synes passer best. Husk at spørsmålene kun handler om den siste uka (7 dagene).

På hvor mange av de siste 7 dagene ...	Ingen dager	1 dag	2 dager	3 dager	4 dager	5 dager	6-7 dager
1 Har du bevisst prøvd å begrense mengden mat du spiser for å påvirke din figur eller vekt (uavhengig av om du har klart det eller ikke)?	0	1	2	3	4	5	6
2 Har du i lengre perioder (8 våkne timer eller mer) ikke spist noe i det hele tatt for å påvirke din figur eller vekt?	0	1	2	3	4	5	6
3 Har du prøvd å utelukke noen typer mat du liker, for å påvirke din figur eller vekt (uavhengig av om du har klart det eller ikke)?	0	1	2	3	4	5	6
4 Har du prøvd å følge bestemte regler for hva eller hvordan du spiser (f.eks. en kalorigrense) for å påvirke din figur eller vekt (uavhengig av om du har klart det eller ikke)?	0	1	2	3	4	5	6
5 Har du hatt et klart ønske om å ha <u>tom</u> mage for å påvirke din figur eller vekt?	0	1	2	3	4	5	6
6 Har du hatt et klart ønske om å ha en <u>helt flat</u> mage?	0	1	2	3	4	5	6
7 Har du opplevd at tanker om <u>mat</u> , <u>spising</u> eller <u>kalorier</u> har gjort det veldig vanskelig å konsentrere deg om ting du er interessert i (f.eks. å arbeide, følge en samtale eller lese)?	0	1	2	3	4	5	6
8 Har du opplevd at tanker om <u>figur</u> eller <u>vekt</u> har gjort det veldig vanskelig å konsentrere deg om ting du er interessert i (f.eks. å arbeide, følge en samtale eller lese)?	0	1	2	3	4	5	6
9 Har du hatt en klar frykt for å miste kontroll over spisingen din?	0	1	2	3	4	5	6
10 Har du hatt en klar frykt for at du kan gå opp i vekt?	0	1	2	3	4	5	6
11 Har du følt deg tykk?	0	1	2	3	4	5	6
12 Har du hatt et sterkt ønske om å gå ned i vekt?	0	1	2	3	4	5	6

Spørsmål 13 til 18: Fyll inn passende antall i boksene til høyre. Husk at spørsmålene kun handler om den siste uka (7 dagene).

I løpet av den siste uka (7 dagene)...

13	Hvor mange ganger har du spist det andre ville betrakte som en <u>uvanlig stor mengde mat</u> (omstendighetene tatt i betraktning)?														
14	Ved hvor mange av disse episodene hadde du en følelse av å ha mistet kontrollen over spisingen din (mens du spiste)?														
15	I løpet av de siste 7 dagene, hvor mange <u>DAGER</u> har slike episoder med overspising forekommet (dvs. der du har spist uvanlig store mengder mat <u>og</u> hatt en følelse av å miste kontrollen mens du spiste)?														
16	I løpet av de siste 7 dagene, hvor mange <u>ganger</u> har du kastet opp for å kontrollere din figur eller vekt?														
17	I løpet av de siste 7 dagene, hvor mange <u>ganger</u> har du brukt avføringsmidler for å kontrollere din figur eller vekt?														
18 A	I løpet av de siste 7 dagene, hvor mange <u>timer</u> har du drevet fysisk aktivitet (utenom felles fysisk aktivitet som står på timeplanen v/Modum Bad)														
18 B	I løpet av de siste 7 dagene, hvor mange <u>timer</u> har du drevet fysisk aktivitet fordi du har følt deg drevet eller tvunget til det for å kontrollere din vekt, figur eller fettmengde, eller for å forbrenne kalorier?														
18 C	I løpet av de siste 7 dagene, hvor mange <u>timer</u> har du drevet fysisk aktivitet for å endre følelser/humor (som for eksempel sinne, tristhet, "uro", "stress", "frustrasjon").														
Spørsmål 19 til 21: Tegn en sirkel rundt det tallet som du synes passer best. <u>Vær oppmerksom på at i disse spørsmålene brukes begrepet "overspisingsepisode" om å spise det andre ville synes var en uvanlig stor mengde mat i den situasjonen du var i, samtidig med en følelse av å ha mistet kontroll over spisingen.</u>																
19	I løpet av de siste 7 dagene, hvor mange dager har du spist i hemmelighet (i skjul)? ...tell ikke med overspisingsepisoder.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>0 dager</th> <th>1 dag</th> <th>2 dager</th> <th>3 dager</th> <th>4 dager</th> <th>5 dager</th> <th>6-7 dager</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	0 dager	1 dag	2 dager	3 dager	4 dager	5 dager	6-7 dager							
0 dager	1 dag	2 dager	3 dager	4 dager	5 dager	6-7 dager										
20	Hvor mange av de gangene du har spist, har du hatt skyldfølelse (følt at du har gjort noe galt) fordi det kan påvirke din figur eller vekt? ...tell ikke med overspisingsepisoder.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ingen av gangene</th> <th>Noen få ganger</th> <th>Færre enn halvparten</th> <th>Halvparten</th> <th>Mer enn halvparten</th> <th>De fleste gangene</th> <th>Hver gang</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Ingen av gangene	Noen få ganger	Færre enn halvparten	Halvparten	Mer enn halvparten	De fleste gangene	Hver gang	0	1	2	3	4	5	6
Ingen av gangene	Noen få ganger	Færre enn halvparten	Halvparten	Mer enn halvparten	De fleste gangene	Hver gang										
0	1	2	3	4	5	6										

21	I løpet av de siste 7 dagene, hvor bekymret har du vært for at andre mennesker ser deg spise? ...tell ikke med overspisingsepisoder.	Ikke i det hele tatt	Litt		Ganske mye		Veldig mye	
		0	1	2	3	4	5	6

Spørsmål 22 til 28: Tegn en sirkel rundt det tallet til høyre som du synes passer best. Husk at spørsmålene kun handler den siste uka (7 dagene).

I LØPET AV DE SISTE 7 DAGENE

22	Har <u>vekten</u> din påvirket hvordan du tenker om (bedømmer) deg selv som person?	Ikke i det hele tatt		Litt		Ganske mye		Veldig mye
		0	1	2	3	4	5	6
23	Har <u>figuren</u> din påvirket hvordan du tenker om (bedømmer) deg selv som person?	0	1	2	3	4	5	6
24	Hvor opprørt ville du bli hvis du ble bedt om å veie deg en gang i uken (ikke mer, ikke mindre) de neste fire ukene?	0	1	2	3	4	5	6
25	Hvor misfornøyd har du vært med <u>vekten</u> din?	0	1	2	3	4	5	6
26	Hvor misfornøyd har du vært med <u>figuren</u> din?	0	1	2	3	4	5	6
27	Hvor mye ubehag har du følt ved å se kroppen din (f.eks. når du ser figuren din i speilet, reflektert i et butikkvindu, ved klesskift, eller når du bader eller dusjer)?	0	1	2	3	4	5	6
28	Hvor mye ubehag har du følt ved at <u>andre</u> ser figuren din (f.eks. i offentlige omkleddingsrom, når du svømmer, eller når du har på deg trange klær)?	0	1	2	3	4	5	6

TAKK!

Vedlegg 3 – Self Compassion Scale - Short Form

Selvmedfølelseskala

NAVN: _____ DATO: _____

Selvmedfølelseskala

Les hvert spørsmål grundig før du svarer. Indiker hvor ofte du tenker og føler som beskrevet i spørsmålet (på en skala fra 1 til 5).

	(Nesten aldri) 1	2	3	4	(Nesten alltid) 5
1. Jeg er streng og fordømmende overfor mine egne feil og utilstrekkelighet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Når jeg føler meg nede, har jeg en tendens til å kretse rundt - og fokusere på alt som er galt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Når ting går dårlig for meg, ser jeg på det som er vanskelig som en side ved livet alle må gå gjennom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Når jeg tenker på mine svake sider, pleier jeg å føle meg mer atskilt fra - og mindre i kontakt med resten av verden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jeg prøver å være omsorgsfull overfor meg selv når jeg har det vondt følelsesmessig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Når jeg ikke får til noe som er viktig for meg, blir jeg oppslukt av utilstrekkelighetsfølelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Når jeg er nede og sårbar, minner jeg meg selv på at det er mange andre mennesker i verden som har det som meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Når ting er virkelig vanskelig, pleier jeg å være streng med meg selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Når noe gjør meg oppbrakt prøver jeg å holde følelsene mine i balanse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Når jeg føler meg utilstrekkelig på noen måte, prøver jeg å minne meg selv på at følelsen av utilstrekkelighet er noe de fleste mennesker har	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jeg er utålmodig og tåler dårlig de sider av min personlighet jeg ikke liker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Når jeg går gjennom en veldig vanskelig tid, gir jeg meg selv den omsorg og varme jeg trenger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Når jeg føler meg nede, pleier jeg å tenke at de fleste andre mennesker sannsynligvis er lykkeligere enn jeg er	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Denne kartleggingen kan være rettighetsbeskyttet. Skal bare benyttes i forbindelse med bruk av CheckWare kartleggingsverktøy. Side 1 av 2

Vedlegg 4 – Post Traumatic Symptom Scale – Self Report

PSS-SR - PTSD Symptom Scale - Self Report

NAVN: _____ DATO: _____

PSS-SR

Nedenfor er en liste med problemer som personer noen ganger kan ha etter å ha opplevd en traumatisk hendelse. Les hver og en og marker for det tallet som best beskriver hvor ofte den traumatiske hendelsen plaget deg mest.

0 = Ikke i det hele tatt eller kun en gang

1 = En gang i uken eller sjeldnere/en gang i blant

2 = To eller fire ganger i uken/halvparten av tiden

3 = Fem eller flere ganger i uken/nesten hele tiden

	0	1	2	3
1. Har opprørende tanker eller bilder om den traumatiske hendelsen som frem kalles i hodet når du ikke ville at de skulle det	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Har fæle drømmer eller mareritt om den traumatiske hendelsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Gjenopplever den traumatiske hendelsen, handler eller føler som om det skjer igjen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Er følelsesmessig opprørt når du påminnes den traumatiske hendelsen (f.eks. svettetokt, hjertebank o.l.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Erfarer fysiske reaksjoner når du påminnes den traumatiske hendelsen (f.eks. svettetokt, hjertebank o.l.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Prover å ikke tenke på det, snakke om det eller ha følelser i forbindelse med den traumatiske hendelsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Prover å unngå aktiviteter, personer eller steder som minner deg om den traumatiske hendelsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Er ute av stand til å huske viktige aktiviteter, personer eller steder som minner deg om den traumatiske hendelsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Har mye mindre interesse eller deltar mye sjeldnere i viktige aktiviteter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Er distansert eller avskåret fra personer rundt deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Er følelsesmessig nummen (f.eks. ute av stand til å gråte eller føle kjærlighet og sorg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Føler det som om dine fremtidige planer eller håp ikke vil komme til å skje (f.eks. at du ikke kommer til å ha noen karriere, ekteskap, barn eller et langt liv)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Har vansker med å falle i søvn eller med å holde seg i søvn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Føler seg irritabel eller har plutselige sinneutbrudd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Har konsentrasjonsvansker (f.eks. faller ut og inn av samtaler, mister tråden i historier på fjernsyn, glemmer hva du har lest)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Er overdrevent på vakt (f.eks. sjekker for å se hvem som befinner seg rundt deg er ukomfortabel med ryggen til døren o.l.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Er skvetten eller lettskremt (f.eks. når noen nærmer seg bakfra)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Denne kartleggingen kan være rettighetsbeskyttet. Skal bare benyttes i forbindelse med bruk av CheckWare kartleggingsverktøy. Side 1 av 1

Vedlegg 5 – Working Alliance Inventory- Short Revised

Spørreskjema til klient om samarbeidet (WAI-SR)

Nedenfor finner du 12 utsagn som beskriver noen av de tanker og følelser som man kan ha i forhold til sin **individualterapeut**. Til høyre for hvert utsagn er det en 7 punkts skala. Denne angir i hvilken grad utsagnet gjelder for deg. For eksempel hvis det aldri gjelder for deg, setter du en ring rundt 1. Hvis det derimot alltid gjelder for deg, setter du en ring rundt 7. Er det et sted mellom disse to ytterpunktene, setter du en ring rundt et av de andre tallene som du synes passer best. Vi vil be deg svare mest mulig åpent om hvordan du opplever din **individualterapeut** og de samtalene du har hatt med han eller henne. Når du leser setningene, så tenk deg at du setter inn navnet på din individualterapeut der det står _____ i teksten.

Arbeid hurtig, dine første inntrykk er ofte de beste.

	Aldri	Sjelden	Av og til	En del ganger	Ofte	Veldig ofte	Alltid
1. _____ og jeg samarbeider om å sette mål for min terapi	1	2	3	4	5	6	7
2. Jeg føler at _____ setter pris på meg	1	2	3	4	5	6	7
3. Vi er enige om hva som er viktig for meg å arbeide med	1	2	3	4	5	6	7
4. Jeg mener at det jeg gjør i terapi vil hjelpe meg til å oppnå de forandringene jeg ønsker	1	2	3	4	5	6	7
5. Det jeg gjør i terapi gir meg nye måter å se problemene mine på	1	2	3	4	5	6	7
6. _____ og jeg respekterer hverandre	1	2	3	4	5	6	7
7. _____ og jeg arbeider mot mål som vi er blitt enige om	1	2	3	4	5	6	7
8. Jeg tror _____ liker meg	1	2	3	4	5	6	7
9. Vi har kommet frem til en god forståelse av hva slags forandringer som vil være bra for meg	1	2	3	4	5	6	7

10	Jeg tror at den måten vi arbeider med problemene mine på er bra for meg	1	2	3	4	5	6	7
11	Et resultat av disse timene er at jeg er mer klar over hvordan jeg kan forandre meg	1	2	3	4	5	6	7
12	Jeg føler at _____ bryr seg om meg selv når jeg gjør ting som han/hun ikke liker	1	2	3	4	5	6	7

Totalt: Mål: Oppgave: Bånd Gjennomsnit

Vedlegg 6 - Syntaks

Syntaks til forløpsanalyser

Modell 1: Tid

For SF-symptomer:

```
MIXED EDE WITH TimeX  
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)  
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,  
ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)  
/FIXED= TimeX | SSTYPE(3)  
/METHOD=ML  
/PRINT=SOLUTION TESTCOV  
/RANDOM=INTERCEPT TimeX | SUBJECT(id) COVTYPE(VC).
```

For traumesymptomer:

```
MIXED PTSD WITH TimeX  
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)  
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,  
ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)  
/FIXED= TimeX | SSTYPE(3)  
/METHOD=ML  
/PRINT=SOLUTION TESTCOV  
/RANDOM=INTERCEPT TimeX | SUBJECT(id) COVTYPE(VC).
```

For selvmedfølelse:

```
MIXED Selfcompassion WITH TimeX  
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)  
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,  
ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)  
/FIXED= TimeX | SSTYPE(3)  
/METHOD=ML  
/PRINT=SOLUTION TESTCOV  
/RANDOM=INTERCEPT TimeX | SUBJECT(id) COVTYPE(VC).
```

Modell 2: Selvmedfølelse som prediktor

For SF-symptomer:

```
MIXED EDE WITH TimeX Selfcompassion  
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)  
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,  
ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)  
/FIXED= TimeX Selfcompassion | SSTYPE(3)  
/METHOD=ML  
/PRINT=SOLUTION TESTCOV  
/RANDOM=INTERCEPT TimeX | SUBJECT(id) COVTYPE(VC).
```

For traumesymptomer

```
MIXED PTSD WITH TimeX Selfcompassion
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,
  ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED= TimeX Selfcompassion | SSTYPE(3)
/METHOD=ML
/PRINT=SOLUTION TESTCOV
/RANDOM=INTERCEPT TimeX | SUBJECT(id) COVTYPE(VC).
```

Modell 3: Traume som prediktor

```
MIXED EDE WITH TimeX Traume
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,
  ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED= TimeX Traume TimeX*Traume | SSTYPE(3)
/METHOD=ML
/PRINT=SOLUTION TESTCOV
/RANDOM=INTERCEPT TimeX | SUBJECT(id) COVTYPE(VC).
```

Syntaks til prosessanalysene

Modell 4: Selvmedfølelse som prediktor

For SF-symptomer:

```
MIXED EDE WITH TIME skb lagskw
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,
  ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=skb lagskw | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=G SOLUTION TESTCOV
/RANDOM=INTERCEPT TIME | SUBJECT(ID) COVTYPE(UN)
/REPEATED=timeclass | SUBJECT(id) COVTYPE(diag).
```

For traumesymptomer:

```
MIXED PTSD WITH TIME skb lagskw
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,
  ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=skb lagskw | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=G SOLUTION TESTCOV
/RANDOM=INTERCEPT TIME | SUBJECT(ID) COVTYPE(UN)
/REPEATED=timeclass | SUBJECT(id) COVTYPE(diag).
```

Modell 5: SF som prediktor

For selvmedfølelse:

```
MIXED SK WITH TIME edeb lagedew  
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)  
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,  
    ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)  
/FIXED= edeb lagedew edeb*lagedew | SSTYPE(3)  
/METHOD=REML  
/PRINT=G SOLUTION TESTCOV  
/RANDOM=INTERCEPT TIME | SUBJECT(id) COVTYPE(UN)  
/REPEATED= timeclass | SUBJECT(id) COVTYPE(diag).
```

For allianse:

```
MIXED WAI WITH TIME edeb lagedew  
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)  
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,  
    ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)  
/FIXED= edeb lagedew edeb*lagedew | SSTYPE(3)  
/METHOD=REML  
/PRINT=G SOLUTION TESTCOV  
/RANDOM=INTERCEPT TIME | SUBJECT(id) COVTYPE(UN)  
/REPEATED= timeclass | SUBJECT(id) COVTYPE(diag).
```

Modell 6: Traumesymptomer som prediktor

```
MIXED SK WITH TIME ptsdb lagptsdw  
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)  
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,  
    ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)  
/FIXED= ptadb lagptsdw ptsdb*lagptsdw | SSTYPE(3)  
/METHOD=REML  
/PRINT=G SOLUTION TESTCOV  
/RANDOM=INTERCEPT TIME | SUBJECT(id) COVTYPE(UN)  
/REPEATED= timeclass | SUBJECT(id) COVTYPE(diag).
```

Modell 7: Allianse som prediktor

```
MIXED EDE WITH TIME lagwaiw  
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)  
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0,  
    ABSOLUTE) LCONVERGE(0, ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)  
/FIXED= lagwaiw | SSTYPE(3)  
/METHOD=REML  
/PRINT=G SOLUTION TESTCOV  
/RANDOM=INTERCEPT TIME | SUBJECT(ID) COVTYPE(UN)  
/REPEATED=timeclass | SUBJECT(id) COVTYPE(diag).
```