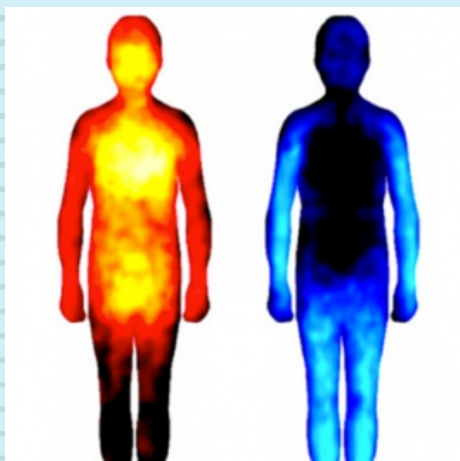


Anita Sjøvik

uten følelse, ingen endring



*Om forholdet mellom selvmedfølelse og
depresjon under behandlingsopphold.
En longitudinell studie.*

Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for helsevitenskap
Institutt for psykisk helsearbeid
Papirbredden – Drammen kunnskapspark
Grønland 58
3045 Drammen

<http://www.usn.no>

© 2017 Anita Sjøvik

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Hensikt

Studien undersøker forholdet mellom selvmedfølelse og depresjon, som bidrag i søken etter hvorfor og hvordan endringer skjer i terapi.

Metode

Studien er kvantitativ og utføres som en longitudinell undersøkelse, med flernivå-analyse. Utvalget besto av 61 pasienter med diagnose vedvarende depressiv lidelse i henhold til DSM-5, innlagt til 13 ukers behandlingsopphold ved Avdeling for depressive lidelser, Modum Bad.

Resultater

Selvmedfølelse i form av selvvennlighet påvirker depressive symptomer på innen-individ-nivå; evalueringen av selvvennlighet i en uke predikerer nivået av depresjon i påfølgende uke. For øvrige variabler og hypoteser fantes statistisk signifikans på mellom-individer-nivå.

Konklusjon

Selvvennlighet synes å ha betydning som endringsmekanisme i behandling av depresjon, og resultatet kan bidra til å styrke innsikten i hvordan depresjon kan forstås og behandles.

Nøkkelord

Major depressive disorder, self-compassion, in-patient treatment, longitudinal, processes and outcome.

Abstract

Purpose

This study investigates the relationship between self-compassion and depression, as a contribution in the search for understanding why and how changes come about in therapy.

Method

The study is carried out as a longitudinal research, and analysed using multilevel modelling. The population was 61 patients diagnosed with major depressive disorder according to DSM-5, given in-house treatment over 13 weeks at the Unit for Depressive Disorders at Modum Bad Psychiatric Center.

Results

Self-compassion in the form of self-kindness predicts depressive symptoms on the within-person level, i.e. the evaluation of self-kindness one week predicts the level of depression the subsequent week. Other variables and hypotheses resulted in significant between-person effects.

Conclusion

The result suggests that self-kindness plays an important role in the treatment of depression, and the results might help us understand what might affect change to occur in psychological treatment of depression.

Key words:

Major depressive disorder, self-compassion, in-patient treatment, longitudinal, processes and outcome.

Innholdsfortegnelse

Refleksjonsdel til mastergradsavhandlingen.....	9
1 Innledning.....	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	10
1.2 Studiens relevans	10
1.3 Problemstilling og hypoteser	11
1.4 Sentrale begreper	12
1.4.1 Følelser/affekter.....	12
1.4.2 Selvmedfølelse, selvvennlighet, frykt for medfølelse	12
1.4.3 Symptomer og prosessvariabler	13
1.5 Psykisk helsearbeid.....	13
2 Teoretisk rammeverk	14
2.1 Affektfobi-terapi	15
2.1.1 Affektfobi og selvmedfølelse	15
3 Metodologi	17
3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag.....	17
3.2 Metodevalg og design.....	17
3.2.1 Betydningen av innen-individ-forhold og longitudinelt design	17
3.3 Deltakere.....	18
3.4 Behandlingsrammer	19
3.5 Etikk og personvern	19
3.6 Måleinstrumenter	20
3.7 Analyser	20
3.8 Begrensninger	22
4 Resultater.....	23
4.1 Preliminære analyseresultater	23
4.2 Test – hypotese 1: Selvmedfølelse predikerer depressive symptomer	23
4.3 Test – hypotese 2: Depressive symptomer predikerer selvmedfølelse	23
4.4 Test – hypotese 3: a) Innbyrdes forhold mellom selvvennlighet og frykt for medfølelse, og b) begge variabler som prediktor for depressive symptomer	24
4.5 Analyseresultatene	25

5	Diskusjon	26
5.1	Fra frykt for medfølelse til selvvennlighet	26
5.2	Mellom-individer-forhold	29
5.3	Metodebegrensninger.....	29
5.4	Implikasjoner for praksis	30
5.5	Eget ståsted	31
6	Konklusjon	32
	Vedlegg 1: Samtykkeskjema	38
	Vedlegg 2: Innhold i skjemapakken M-POQ	42
	Vedlegg 3: Måleinstrumenter	43
	Artikkeldel til mastergradsavhandlingen	45
	The Interrelation of Self-Compassion and Depressive Symptoms during In-Patient Treatment	46
	Appendix 1: PHQ-9, Self-Compassion scale, Fear of Compassion scale	74
	Appendix 2: Modum Bad – Process Outcome Questionnaire, M-POQ.....	75
	Appendix 3: <i>Psychotherapy</i> - Manuscript Submission Guidelines	82

Compassion is not just feeling with someone, but seeking to change the situation. Frequently people think compassion and love are merely sentimental. No! They are very demanding. If you are going to be compassionate, be prepared for action.
-DESMOND TUTU

Forord

En gang for lenge siden befant jeg meg i for første gang i livet på startstreken i et orienteringsløp. I hånden hadde jeg et kart påtegnet en A-løype, som i o-verdenen er en løype for de rutinerte, og stedet var Lijiang, Kinas svar på Venezia. Med en kortfattet kartforklaring om at ”blått er vått, og svart er hardt”, satte jeg av gårde med friskt mot. De første postene var lette å spore opp, alle hang på rett sted, dette gikk jo lekende lett! Men veldig snart skulle jeg erfare at jeg ikke helt fikk kartet til å stemme med terrenget. Friskheten og motet dalte i takt med hvert stikryss jeg valgte feil, for hver blindgate jeg forvillet meg inn i ... Mer enn to timer senere hadde jeg likevel på et vis; med hjelp fra o-rutinerte og svarvillige løpekolleger underveis, utholdenhet og en god flaksporsjon, passert målstreken som desidert sistemann i løpet. Men ikke desto mindre med en boblende seiersfølelse i boks!

På samme måte har masterstudien vært et slags første o-løp. Uten tidligere kjennskap til statistikk, SPSS og flernivå-analyser har jeg løpt av gårde, snublet, gått feil, funnet tilbake, og etter utallige runder til slutt sett mållinjen. Først og fremst er dette takket være nitid innføring i ”analysekartet” og hjelp til å foreta riktige veivalg fra Pål Ulvenes, som i dette har lagt ned timer, tålmodighet og muligens noen doser frustrasjon i en travel forskerhverdag. Og, ikke minst har veileder Hilde Eide bidratt med kvantitativ metode-undervisning, faglig engasjement, verdifulle innspill og en rekke nødvendige, kritiske spørsmål og betraktninger underveis. Hjertelig takk! Læring blir effektiv når man av og til får konsentrere seg om noe man gløder for, sa Arne Næss. Og det har vært et privilegium å få anledning til å fordype seg i et praksisrelatert, -relevant og psykologisk-filosofisk tema; selvmedfølelse. Derfor stor takk til ledelse og dyktige team-kolleger på Avdeling for depressive lidelser for alt jeg har fått lære av dere, og for innvilgelse av studiet og imøtekommende tilrettelegging av tid!

Privatlivet har i det siste vært satt på vent, så til slutt, med følelse, takk til mine nære og kjære, som har nøydt seg med at vi kan glede oss til at fritiden kommer tilbake.
Det er nå!

Fornebu, 15. mai 2017

Anita Sjøvik

Refleksjonsdel til mastergradsavhandlingen

Mastergradsavhandlingen er skrevet i artikkelform. Innledningsvis presenteres refleksjonsdelen. Her vil jeg søke å ramme inn artikkelen, og presentere og drøfte tematiske og metodiske sider ved den vitenskapelige artikkelen. Jeg har søkt å unngå gjentakelser fra artikkelen i refleksjonsdelen, men i klargjøringsøyemed vil det likevel noen steder forekomme overlapping av tekstinnhold.

Antall ord: 5496

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

”Dette burde jeg ha klart, jeg skulle ha kommet lenger, typisk meg!” I møte med pasienter med vedvarende depressiv lidelse er dette passiviserende, selvkritiske tanker og følelser som ofte beskrives og tydeliggjøres. Fra mitt ståsted som psykiatrisk sykepleier og ko-terapeut i et depresjonsbehandlingsteam fremstår det som en viktig og utfordrende oppgave å bidra til å hjelpe pasienten å endre holdning fra å møte seg selv med selvkritikk og ofte grusom nådeløshet til aksept, vennlighet og omsorg. Et gyllent øyeblikk kan være når pasienten halvveis i behandlingsforløpet beskriver at hun/han *kjenner* at hun/han kan utvide medfølelse for et annet menneske til også å omfatte seg selv, og det blir tydelig at forståelsen og følelsen som beskrives følges av aktivering og lettelse i kroppen.

Fra 2015 ble det på avdelingen innført repeterte målinger som standard prosedyre under behandlingsopphold. Da det samtidig ble igangsatt et større forskningsprosjekt om endringsmekanismer i terapi, fikk jeg muligheten til å starte på et masterstudium i tilknytning til dette. Selvmedfølelse er én av variablene som måles ukentlig. Dermed syntes det ytterligere interessant å gjøre en studie på forholdet mellom selvmedfølelse og depresjon, som et bidrag i forskningen og debatten rundt endringsmekanismer i psykoterapi (Kazdin, 2009; Wampold og Imel, 2015).

1.2 Studiens relevans

Innenfor rammen av en masteroppgave søker jeg å nå en dypere forståelse av sammenhengen mellom selvmedfølelse og depresjon, som viktig kunnskap og til nytte i arbeidet.

Ved hjelp av de repeterte målingene, som er et tilbakemeldingssystem i form av selvrapporteringsskjemaer, kan terapeuter og behandlingsteam følge pasienten fortløpende. Sammen med pasienten kan de evaluere og tilpasse terapien, slik at

behandlingsutbyttet blir best mulig. Samtidig styrkes pasientens brukermedvirkning. Det er også nyttig for forskning på prosess og utfall. Spesifikt vil denne studien kunne gi svar på om selvmedfølelse som prosess har direkte effekt på depressive symptomer som utfall, og/eller andre sammenhenger.

Verdens helseorganisasjon har fastslått depresjon som en av de fremste årsakene til sykdom på verdensbasis, og en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykmeldinger og uførhet. Store personlige lidelser, tap av livskvalitet og omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger er slik sett forbundet med depresjon. (Helsedirektoratet, 2010.) I et større bilde er det dermed viktig både for enkeltmennesket og samfunnet som helhet å rette fokus mot å forstå, forebygge og behandle depresjon.

Studien har resultert i vedlagte artikkel som er planlagt publisert i *Psychotherapy*, med veiledere Pål Ulvenes, PhD., Modum Bad og professor Hilde Eide, dr.philos., Høgskolen i Sørøst-Norge som medforfattere.

1.3 Problemstilling og hypoteser

Med ovennevnte refleksjoner som forståelsesbakgrunn, ble problemstillingen formulert slik: *Om forholdet mellom selvmedfølelse og depresjon under behandlingsopphold.*

- *Hypotese 1:* Selvmedfølelse predikerer depresjon.
 - Selvvennlighet (self-kindness) predikerer utfall på depressive symptomer.
 - Frykt for medfølelse (fear of compassion) predikerer utfall på depressive symptomer.
- *Hypotese 2:* Depresjon predikerer selvmedfølelse.
 - Depressive symptomer predikerer utfall på selvvennlighet.
 - Depressive symptomer predikerer utfall på frykt for medfølelse.
- *Hypotese 3:* Selvvennlighet og frykt for medfølelse predikerer utfall innbyrdes, og sammen predikerer de depresjon.
 - Selvvennlighet predikerer utfall på frykt for medfølelse.
 - Frykt for medfølelse predikerer utfall på selvvennlighet.

- Selvvennlighet og frykt for medfølelse predikerer utfall på depressive symptomer.

1.4 Sentrale begreper

1.4.1 Følelser/affekter

Affekter kan forstås som biologisk gitte reaksjons- og informasjonssystemer som fremmer overlevelse og tilpasning (Darwin, 1890/2007; Tomkins, 1962, 1963). Affekter kan imidlertid ha både adaptive og maladaptive funksjoner (Greenberg, 2008; Greenberg & Safran, 1987; McCullough-Vaillant, 1997). De kan være aktiverende; ha som funksjon å motivere og handle på en adaptiv måte, være inhibitoriske; hemme en annen affekt, eller fungere som forsvar (Schanche, Hjeltnes, Berggraf & Ulvenes, 2013).

1.4.2 Selvmedfølelse, selvvennlighet, frykt for medfølelse

Dalai Lama (1995) definerer medfølelse som å være åpen for andres lidelse med forpliktelse til å lindre den. Medfølelse knyttes også til følelser som vennlighet, snillhet og varme (Fehr, Sprecher & Underwood, 2009). I essensen av begrepet ligger en grunnleggende vennlighet, bevissthet om egen og andre menneskers lidelse og et ønske om, og handling for, å lindre lidelsen (Gilbert, 2009a).

Å ha medfølelse med seg selv handler om det samme som å ha medfølelse for andre. Én av kjernekomponentene i selvmedfølelse er i henhold til Neff (2017a) *selvvennlighet* (versus selvkritikk), som innebærer å møte seg selv med varme og forståelse når man lider eller føler seg utilstrekkelig. Derimot, å kritisere seg selv samtidig som man er omsorgsfull og god mot andre mennesker, kan føre til fremmedfølelse og negative følelser, som i siste instans kan resultere i psykiske lidelser som depresjon. Å gå i retning av selvmedfølelse kan imidlertid vekke tvil, *frykt* og motstand, og knyttes til følelser som at det ikke er fortjent, svakhet, sorg, avvisning og ensomhet (Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 2011).

1.4.3 Symptomer og prosessvariabler

Modum Bad – Process Outcome Questionnaire (M-POQ) måler symptomer, fellesfaktorer¹ og prosesser under behandlingsoppholdet. *Symptomer* refererer til The Patient Health Questionnaire (PHQ-9), som er et selvrapporteringsskjema med 9 spørsmål for vurdering av depresjon. *Prosessvariabler* viser til viktige prosesser som skjer i terapi, herunder selvmedfølelse.

1.5 Psykisk helsearbeid

Den overordnede rammen i studien er psykisk helsearbeid med forankring i en humanistisk tradisjon. Sentrale begreper verdighet, respekt, gjensidighet, medmenneskelighet og ansvarlighet (HSN, 2017). Det helsefremmende og forebyggende aspektet står sentralt. Dette er noe som også fremheves i nasjonale føringer: Helsedirektoratet (2016) sier i *Psykisk helse i et folkehelseperspektiv* at psykisk helse ”refererer til utviklingen av og evnen til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav”, og peker mot viktigheten av å påvirke faktorer som fremmer helse og trivsel. Å oppleve positive følelser i større grad enn negative, bruke egne evner og oppleve mening er noen kvaliteter som trekkes frem. Studien vil med dette søke forståelse og kunnskap om årsak og virkning i behandling av depresjon.

¹ Uavhengig av teoretisk orientering, metode, dosering eller spesialitet peker forskning ut fire felles faktorer som er virksomme for alle former for psykoterapi: den terapeutiske relasjonen (rundt 30 %), forventning og placeboeffekt (rundt 15 %), teknikk og modell (rundt 15 %), klientvariabler og andre faktorer (rundt 40 %) (Asay og Lambert, 1999).

2 Teoretisk rammeverk

*Veien til det gode liv
går gjennom følelsene.
-ARNE NÆSS*

Avhandlingens tittel ***uten følelser, ingen endring*** er lånt av filosofen Spinoza (1632-1677), som gir *følelsene* den bredeste og viktigste plass i det han har skrevet. Han forfekter at jo sterkere de aktive følelsene er, desto mer øker vår frihetsgrad. Og veien til friheten krever motivering ved følelsene, eller det han kaller transformasjon (*transformatio*) av følelsene, som igjen vil si en overgang fra passive til aktive følelser. Det handler blant annet om å være aktiv fremfor passiv i det som angår deg, og å være årsak til noe snarere enn å være virkning av noe. (Næss, 1998.)

Vi kjenner ofte følelser direkte i kroppen. Forskning kan ved hjelp av ”kroppsfølelseskart” vise til at ulike områder i kroppen aktiveres når man kjenner på ulike følelser, der varm farge er økt aktivering og kald farge er lavere aktivering (Nummenmaa, Glerean, Hari & Hietanen, 2014). Illustrasjonen nedenfor viser i hvilken ulik grad følelser som kjærlighet og depresjon aktiveres i kroppen.

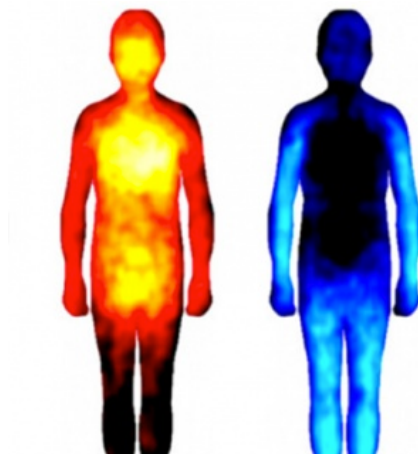
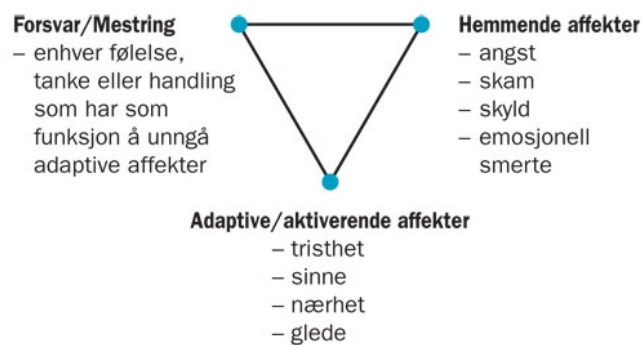


Fig. 1. Kjærlighet og depresjon

2.1 Affektfobi-terapi

Den psykodynamiske modellen som ligger til grunn i denne studien, Affect Phobia Therapy (APT), er utviklet av Leigh McCullough. I tråd med Spinozas livsanskuelse vektlegges følelser som en viktig kilde til psykisk helse. Modellen er basert på den teoretiske forståelsen av Malans konflikttriangel (figur 2), som innebærer at forsvar og inhibitoriske affekter blokkerer opplevelse av og uttrykk for adaptive/aktiverende affekter (Malan, 1979; McCullough-Vaillant, 1997). *Aktiverende* følelser betraktes som følelser eller affekter som antas å motivere og bevege en person til å handle på en for seg selv fremmede måte. En slik aktiverende følelse er *selvmedfølelse* i form av *selvvennlighet* (*selvsnillhet/selvvarme*). Konflikttriangelet illustrerer den sentrale antakelsen i affektfobimodellen; systematisk unngåelse (det vil si forsvar, mestring) av aktiverende affekter fører til psykologiske symptomer (Schanche et al., 2013).



Figur 2. Konflikttriangelet

2.1.1 Affektfobi og selvmedfølelse

Ofte kan vi hos pasientene møte enorm motstand (eller affektfobi) mot selvmedfølelse, til tross for at medfølelsen for andre kan være stor. Vi kan her tenke oss at selvvennlighet er plassert i polen aktiverende følelser. Når følelsen ikke får komme til uttrykk, kan det skyldes at tidligere erfaringer med å føle eller gi uttrykk for selvvennlighet, har ført til avvisning, straff eller annet ubehag. Slik kan en person utvikle fobi for selvvennlighet, og det kan oppstå en klassisk betinget assosiasjon mellom selvvennlighet og angst, skyld, skam eller frykt. Veien til forsvar som selvkritikk og depresjon kan være kort. (Schanche et al., 2013.)

Med APT som behandlingstilnærming er det en målsetting å avlære slik betinget assosiasjon mellom aktiverende og hemmende affekter, samt å fremme ny læring. I korte trekk handler behandlingsprinsippene om å fokusere og intervenere for å fremme pasientens *innsikt, motivasjon, affekteksponering, affektuttrykk, selvopplevelse og opplevelse av andre* (Schanche et al., 2013). Selvopplevelse dreier seg om evne til å møte seg selv med aksept og medfølelse (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003), og å se sine egne styrker og svakheter i et mer nyansert og realistisk perspektiv. (Schanche et al., 2013.)

3 Metodologi

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag

Kort betraktet om oppgavens posisjon som et *perspektiv*: Idéhistorisk sett er all vitenskapelig tenkning kritisk, og en variant av denne er kritisk rasjonalisme, slik den er formulert av Sir Karl Popper (1902-1994). I psykologisk metodeforståelse setter han krav til forskerens selvkritikk ved falsifisering av egne hypoteser (Grenness & Madsen, 2012.) Kritisk psykologi setter søkelyset mot perspektiver som er forsømt og ignorert innenfor fagfeltet (Heldal, 2016), og gjør krav på å være et paradigme (Grennes & Madsen, 2012). I kjølvannet av positivismen og Popper, kommer Thomas Kuhn (1922-1996), med kritikk mot selve grunnbegrepet paradigme. Han hevder at de ulike skoleretningene i psykologien handler om ulike *perspektiver* på det samme, og ikke paradigmer (Grennes & Madsen, 2012).

3.2 Metodevalg og design

3.2.1 Betydningen av innen-individ-forhold og longitudinelt design

Om pasienten endrer seg, er et viktig fokus i terapi. Å undersøke innen-individ-forhold, det vil si om pasienten på ett tidspunkt er forskjellig fra seg selv på et tidligere tidspunkt, kan gi informasjon og kunnskap om endringsmekanismer (Hoffart, 2017). Et kriterium for å si noe om årsak og virkning er rekkefølgen på endringene, noe som tydeliggjøres bedre ved et longitudinelt design (Halvorsen, 2002). Videre kan longitudinelle data gi et riktig skille mellom innen-individ- og mellom-individer-effekter, som er helt nødvendig for å kunne evaluere mange psykologiske teorier (Curran & Bauer, 2011).

Det er altså en økende anerkjennelse for at det må legges mer vekt på studie av innen-individ-prosesser, og at dette bare kan oppnås gjennom studie av intraindividuelle forskjeller i data fra repeterte målinger (Collins 2006; Molenaar 2004; Molenaar &

Newell 2010; Nesselroade 1991a, b; Raudenbush 2001a, b). Når et sett av målinger er samlet ved flere tidspunkt for flere individer, vil dataresultatet samtidig inneholde informasjon om forskjeller mellom individer og endringer for enkeltindivider (Raudenbush & Bryk, 2002). Begge forhold kan ha viktige implikasjoner for teori. Tolkningen av resultatene kan være utfordrende, gitt nødvendigheten av å vurdere effekter som opererer på to forskjellige analysenivå, samtidig. Med tanke på å tydeliggjøre betydningen av dette, presenteres et eksempel fra medisinsk litteratur som illustrerer behovet for å disaggregere effektnivåer (Curran & Bauer, 2011): Empiriske undersøkelser viser at et individ mer sannsynlig vil rammes av hjerteinfarkt under trening (det vil si innen-individ-effekt), men samtidig har folk som trener, lavere risiko for å få hjerteinfarkt (det vil si mellom-individer-effekt). (Curfman 1993, Mittleman et al., 1993). Både mellom-individer- og innen-individ-resultatene er gyldige, og begge har direkte relevans for samfunnshelse. Imidlertid ville det være en feiltolkning å generalisere fra mellom-individer-effekten til innen-individ-nivå (det vil si at jo mer du trener, jo mer sannsynlig er det at du vil rammes av hjerteinfarkt). Å undersøke kun ett nivå av denne komplekse to-nivå-effekten vil nødvendigvis begrense helhetsforståelsen. Dette eksempelet kan generaliseres direkte til mange (for ikke å si nær alle) psykologiske forskningsområder. Slik sett kan psykologi som vitenskap dra mange fordeler av å benytte statistiske modeller som genererer separate og tydelige estimater av innen-individ- og mellom-individer-effekter. (Curran & Bauer, 2011).

I studien er det gjort flernivå-analyser, på innen-individ- og mellom-individer-nivå, i henhold til formålsegnete modeller av Curran og Bauer (2011) og Wang og Maxwell (2015).

3.3 Deltakere

Utvalget i studien er 61 pasienter (1 drop-out) med innleggelse ved Modum Bad, Avdeling for depressive lidelser, i perioden mars 2015 – november 2016. Pasientene er henvist til behandling av fastlege/terapeut, og etter vurdering av inntaksteamet ved Modum Bad inviteres de til et fire dagers utredningsopphold ved avdelingen. Pasientene som mottar tilbud om behandling ved avdelingen må fylle kriteriene for dystymilidelse i DSM-5. De er utredet og diagnostisert med depressiv spektrum-lidelse. Vurderingen om inntak tas på grunnlag av henvisning, egensøknad, selvrapporteringsskjemaer og

diagnostiske og kliniske intervjuer. Utvalget i denne studien består av 46 kvinner og 15 menn i alderen 25-62 år.

3.4 Behandlingsrammer

Pasientgruppene inviteres til 13 ukers behandlingsopphold i grupper på åtte pasienter, som innlegges og skrives ut til samme tid og knyttes til samme behandlingsteam og – opplegg. Alle poster i behandlingsprogrammet er obligatoriske, og består av ulike former for gruppeterapi, i tillegg til ukentlige individualterapitimer.

Behandlingsteamene er tverrfaglige, med overleger, psykologer, psykologspesialister og psykiatriske sykepleiere. Helsesportpedagog og sykehusprest er også knyttet til teamene.

3.5 Etikk og personvern

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt forskningsetiske retningslinjer som må følges. Disse inneholder tre typer hensyn (Johannessen et al., 2010):

- *Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi.* Informasjon om studien gis ved Avdeling for depressive lidelser, Modum Bad.
- *Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv.* Fysiske og elektroniske data blir behandlet i overensstemmelse med gjeldende regelverk. Data er lagret aidentifisert i henhold til samarbeidsavtale mellom Høyskolen i Sørøst-Norge og Modum Bad.
- *Ansvar for å unngå skade.* For delstudien blir det ikke samlet inn data utenom de som inngår i behandlingsopplegget, og slik sett utsettes ikke pasientene for ekstra belastning.

Studien er registrert og godkjent internt ved sykehusets personvernombud. I henhold til Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) skal videre alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter forhåndsgodkjennes av REK. Idet studien inngår som en delstudie i et pågående forskningsprosjekt ved Modum Bad (om endringsmekanismer i depresjonsbehandling), foreligger godkjenning allerede (REK-nr. 2014/2355). Informert samtykke innhentes før oppstart av studien (vedlegg 1), og samtykkeskjemaet gjelder både hovedstudie og

aktuelle delstudier. En rekke opplysninger det informeres om i dette skjemaet vil ikke gjelde delstudien, men kun hovedstudien.

3.6 Måleinstrumenter

Datainnsamlingen i denne studien er gjort i løpet av et 13 ukers behandlingsopphold med 26 målinger per pasient, og totalt 1586 målepunkter for gruppen. Kartleggingen blir gjort tre ganger per uke (vedlegg 2). Denne studien omfatter to av målingene; *depresjon* på mandag og *selvmedfølelse* på fredag (vedlegg 3). Selvmedfølelse er inndelt i to kategorier; selvvennlighet og frykt for medfølelse.

M-POQ gjør det mulig å monitorere pasienten fortløpende og følgelig kunne påvirke terapiutfallet. Målingene tjener dermed som et instrument som håndterer både feedback (kunnskapen man får på individnivå kommer umiddelbart til nytte i det kliniske arbeidet), og forskning. I tillegg styrkes pasientens brukermedvirkning. Pasientene fylte ut selvrapporteringsskjemaene for hånd, og leverte dem til sykepleier på avdelingen, som registrerte skåringene elektronisk. Per i dag er det imidlertid teknisk tilrettelagt for at pasientene kan skåre direkte i CheckWare (elektronisk skåringsverktøy).

3.7 Analyser

Alle data er behandlet aidentifisert i SPSS, og analysene er utført i tett samarbeid med Pål G. Ulvenes. De innsamlede dataene har et longitudinelt design, og målingene er samlet (nested) innen hver enkelt pasient. Dataene blir derfor organisert på to nivåer; mellom-individer-nivået, som viser hvordan den enkelte pasient forholder seg til de andre pasientene, og innen-individ-nivået, som viser hvordan en pasient på et gitt tidspunkt forholder seg til nivået som er forventet at hun/han befinner seg på. De to nivåene blir ivaretatt ved å anvende flernivå-analyse. Rådataene omkodes, for på den måten å separere de to nivåene fra hverandre. Dette gjøres ifølge anbefalinger utformet av Curran og Bauer (2011) og Wang og Maxwell (2015).

Alle variabler i studien ble psykometrisk testet, og nødvendige forutsetninger for å gjøre flernivå-analyse/multilevel modellering (MLM) ble testet. Modelltilpasning for MLM ble testet for alle modeller, og den modellen som best representerte datamaterialet ble i alle

tilfeller valgt. Forskjellige modeller for avhengighet i data ble testet (kovarians-strukterer), samt hvor mye varians som fantes for variablene fra måletidspunkt til måletidspunkt.

Hver av de tre variablene; selvvennlighet, frykt for medfølelse og depresjon ble studert ved hjelp av en rekke preliminære analyser for å forstå den enkelte variabels utvikling. Dette var viktig med tanke på å forstå om det forelå en utvikling over tid, og om denne effekten var tilstede på gruppenivå (fast/fixed), og/eller var tilstede for enkeltpasienter (tilfeldig/random). Når det var etablert om variablene økte, sank eller hadde stabilt nivå over tid, ble mellom- og innen-effektene separert.

Rent praktisk ble innen- og mellom-effektene adskilt slik: for Wang og Maxwell-tilnærmingen (2015), som også kalles sentrering rundt personens gjennomsnitt, får hver person utregnet sin gjennomsnittsskåre for en variabel. Gjennomsnittet er da for alle målinger i løpet av terapi. Dette er mellom-individer-nivået, altså hvordan gjennomsnittet til en pasient er likt eller forskjellig fra andre pasienter i utvalget. Deretter subtraheres råskåren til en person for et måletidspunkt fra gjennomsnittsskåren til den samme personen. Dette forstås da som personens avvik fra sitt eget gjennomsnitt i den aktuelle uken, og er innen-individ-nivået. For Curran og Bauer-tilnærmingen (2011), også kalt avtrending, får hver person utregnet sin regresjonslinje. Dette er den rette linjen som best forklarer denne personens utvikling eller trend i løpet av terapien. Denne skåren forstås som mellom-individer-nivået, det vil si hvordan en pasient er lik eller forskjellig fra andre pasienter i sin utvikling gjennom terapien. Deretter subtraheres råskåren til en person for et måletidspunkt fra verdien som regresjonslinjen gir for det samme måletidspunktet. Dette forstås som personens avvik fra den forventede trenden i den uken, og er innen-individ-nivået.

3.8 Begrensninger

I og med at deltakerne i undersøkelsen har en ujevn fordeling av kvinner og menn, kan det være grunn til å oppmerksom på om denne forskjellen også gjenspeiles i resultatet; noe som ikke er undersøkt nærmere i denne studien.

Videre består pasientutvalget av pasienter diagnostisert med dystymi i henhold til DSM-5, behandlet etter APT-modellen, og resultatet er tilsvarende begrenset.

4 Resultater

4.1 Preliminære analyseresultater

Resultatet av de preliminnære analysene viste at pasientene i starten av behandlingsoppholdet i gjennomsnitt var moderat deprimert, de skåret lavt på selvmedfølelse og høyere på frykt for medfølelse, og de var signifikant forskjellige fra hverandre. Alle variabler bedret seg i løpet av behandlingsperioden. Dette er nærmere beskrevet i artikkelen.

4.2 Test – hypotese 1: Selvmedfølelse predikerer depressive symptomer

Selvvennlighet. På innen-individ-nivå viste resultatet at selvvennlighet predikerer depresjon, det vil si at når en pasients nivå for *a)* selvvennlighet var høyere enn forventet for ham/henne, ble *b)* de depressive symptomene redusert i etterkant. Mellom-individer-forholdet viste ikke signifikans.

Frykt for medfølelse. Analyse av frykt for medfølelse som prediktor for depressive symptomer var statistisk signifikant på mellom-individer-nivå. Dette betyr at gruppens utgangspunkt og gjennomsnittsnivå for *a)* frykt for medfølelse påvirker *b)* de depressive symptomene gjennom hele oppholdet.

4.3 Test – hypotese 2: Depressive symptomer predikerer selvmedfølelse

Selvvennlighet. Analyse av depressive symptomer som prediktor for selvmedfølelse viste signifikant resultat på mellom-individer-nivå.

Frykt for medfølelse. Mellom-individer-nivå var signifikant.

4.4 Test – hypotese 3: a) Innbyrdes forhold mellom selvvennlighet og frykt for medfølelse, og b) begge variabler som prediktor for depressive symptomer

Selvvennlighet og frykt for medfølelse. Analyse av både selvvennlighet som prediktor for frykt for medfølelse og motsatt vei viste signifikans på mellom-individer-nivå.

Selvvennlighet og frykt for medfølelse som prediktor for depressive symptomer. Når de to variablene ble analysert, som felles prediktor for depresjon, med Wang og Maxwell (2015) som tilnærming, var det kun innen-individ-forholdet for selvvennlighet som viste signifikans.

4.5 Analyseresultatene

Resultatet ble regnet som signifikant når både analysemetoden Curran og Bauer (2011) og Wang og Maxwell (2015) viste signifikans. I tillegg til innen-individ- og mellom-individer-forhold ble det gjort interaksjonsanalyser for alle variablene, uten signifikante resultat for noen av disse.

Tabell 1 viser variabel som predikerer utfall, med henholdsvis Wang og Maxwell (2015), og Curran og Bauer (2011) som analysemetode. Signifikant utfall vises med symbolet √ for de ulike effektene. Som det fremgår er selvvennlighet (SK) som prediktor for PHQ-9 det eneste signifikante resultatet på innen-individ-nivå.

Tabell 1. Analyseresultater

Prediktor	Utfall	Wang & Maxwell (2015)			Curran & Bauer (2011)		
		Signifikans			Signifikans		
		Innen-individ-effekt	Mellom-individer-effekt	Interaksjons-effekt	Innen-individ-effekt	Mellom-individer-effekt	Interaksjons-effekt
<i>Selvmed-følelse</i> SK	PHQ-9	√	√	-	√	-	-
<i>Selvmed-følelse</i> FC	PHQ-9	-	√	-	-	√	-
PHQ-9	<i>Selvmed-følelse</i> SK	√	√	-	-	√	-
PHQ-9	<i>Selvmed-følelse</i> FC	-	√	-	-	√	√
FC	SK	-	√	-	-	√	-
SK	FC	√	√	-	-	√	-
SK+FC	PHQ-9	√	-	-			

SK = Self-kindness/selvvennlighet

FC = Fear of compassion/frykt for medfølelse

PHQ-9 = Depressive symptoms/depressive symptomer

5 Diskusjon

Idet studien først og fremst fokuserte på innen-individ-forhold, vil hovedplassen i diskusjonen vies signifikant resultat her (hypotese 1). Da betydningen av innen-individ-forhold i terapi og tilhørende metodevalg er belyst i kapittel 3, vil jeg videre legge hovedtyngden på å diskutere *temaet* selvmedfølelse og depresjon, samt kliniske implikasjoner. Avslutningsvis følger noen betraktninger rundt resultater på mellom-individer-nivå, belyst med frykt for medfølelse som eksempel.

Interessen for emosjoner er økende innen psykoterapi, derav hyppig omtale som *en emosjonell revolusjon*. Betydningen av å forstå og uttrykke følelser har i dag en sentral posisjon med tanke på menneskets velvære og fungering. Som Spinoza allerede for flere hundre år siden betonet aktive følelsers betydning for frihet og glede, understøttes denne visdommen av adferds- og hjerneforskning som nå er i tiden. Fra følelser til selvmedfølelse; selvmedfølelse fokuserer på å generere en bestemt type følelse mot selvet; selvvarme eller selvvennlighet.

5.1 Fra frykt for medfølelse til selvvennlighet

På bakgrunn av studiens fokus er det interessante, og det eneste, resultat på innen-individ-nivå at selvmedfølelse i form av selvvennlighet, men ikke i form av frykt for medfølelse, predikerer depressive symptomer. Studien viser at når variabelen selvvennlighet endrer seg, for eksempel i uke 2 (måles fredag), endres variabelen depressive symptomer i uke 3 (måles mandag). Dette vises som et mønster som gjelder hele gruppen. Resultatene er i tråd med tidligere studier som viser at selvvennlighet er viktig for å komme ut av depresjon og forebygge tilbakefall. I gode terapiprosesser innebærer ofte en viktig endring at pasienten har fått større medfølelse med seg selv (Germer & Siegel, 2012). Noe av forklaringen på dette kan bero på at pasienten i løpet av prosessen har gjort en erfaring med å endre sitt her og nå-*forhold* til følelser, tanker og handlinger versus å rette oppmerksomheten mot å endre *innholdet* i sine personlige erfaringer. Spesielt viktig synes det å *akseptere* det som er uten å dømme. Motsatsen er motstand og unngåelse; å holde ubehag borte ved å stramme musklene i kroppen, sitte fast i tankemønstre, unngå vanskelige situasjoner eller blokkere de aktiverende følelsene

med psykisk forsvar. I en studie av en ikke-klinisk populasjon viste individer med høy selvmedfølelse, og som var deprimerte, signifikant mindre depresjon etter 5 måneder enn de som hadde lav selvmedfølelse, noe som indikerer at selvmedfølelse tjener som en naturlig buffer mot følelsesmessige problemer (Raes, 2011). Hos personer med høy medfølelse finner vi faktorer som fremmer mental og fysisk helse – ømhet, håp og vennlighet (Germer & Siegel, 2012).

Frykt for medfølelse

Selvkritikk og frykt for medfølelse synes å være nært forbundet. Resultatene av en studie om selvkritikk og selvvarme, og forholdet til depresjon, viser at selvkritikk assosieres med å generere fiendtlige og sterkt selvkritiske bilder, mens selvpoppmuntring på den annen side assosieres med å generere varme og støttende bilder av selvet (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006). Det negative dominerer over det positive ifølge sanse- og persepsjonsforskere. Slik vil vi som filosofen Schopenhauer sa føle smerte, men ikke smertefrihet. (Eikeland, 2014.) Samtidig viser Germer & Siegel (2012) til at når vi erfarer medfølelse vil positive emosjoner dominere over lidelse.

Studien viser at på mellom-individer-nivå predikerer frykt for medfølelse selvvennlighet, og omvendt. Det vil si at gruppens utgangspunkt og gjennomsnittsnivå for frykt for medfølelse påvirket selvvennlighet, og omvendt, gjennom hele perioden. Medfølelse er en jobb som må gjøres på innsiden. Medfølelse kan arte seg seg som *sinne* hvis vi tenker at personen som lider ikke fortjener hjelp, som *skadefro* hvis den lidende ses på som et hinder for ens egen lykke, og noen ganger som *sinne* og *skam* når den som lider er en selv (Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010). Personer som har mye skam og selvkritikk kan ha store vanskeligheter med å være vennlig, varm og medfølelse mot seg selv (Gilbert, 2009b). Ofte er problemer med skam og selvkritikk grunnet i erfaringer med overgrep, mobbing, sterke følelsesutbrudd, å bli oversett og/eller mangel på nærhet (Kaufman, 1989; Andrews, 1998 & Schore, 1998). Som en følge av slike tidligere erfaringer kan en person bli sensitiv overfor avvisning og kritikk utenfra og lett bli selvanklagende (Gilbert, 2009b). Personen vil oppleve at både den ytre og indre verden er fiendtlig. I terapi kreves det et terapeutisk fokus nettopp på slike minner når man jobber med skam og selvkritikk (Kaufman, 1989; Schore, 1998; Brewin, 2003, 2006; Gilbert, 2005). Tilknytningsteori viser til at signaler om vennlighet og medfølelse fra en annen person, spesielt fra en terapeut, vil reaktivere

tilknytningssystemet (Mikulincer & Shaver, 2007). De komplekse og uløste minnene og følelsene fra tilknytningssystemet kan komme i forgrunnen, og vekke tristhet og sorg. Det blir viktig å få hjelp til å normalisere, validere, romme og arbeide med disse følelsene.

Behandlingens fokus og selvvennlighet

I APT er nettopp et viktig prinsipp å gradvis eksponere pasienten for affekter som kan fremme hans/hennes evne til å være i kontakt med følelser som de tidligere har unngått, og samtidig kunne gi uttrykk for dem (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003). En rekke delstudier av forløpene i APT viser at å få økt tilgang på tidligere unngåtte følelser, og nedregulere hemmende følelser som skyld og skam, ser ut til å føre til nedgang i symptomtrykk og fremme medfølelse for seg selv (Schanche et al., 2013; Berggraf et al., 2014), og evnen til å ha medfølelse med andre (Berggraf et al., 2014). Ved å nedregulere hemmende følelser som skam og skyld, kan selvmedfølelsen endres i positiv retning (Schanche et al., 2011; Berggraf et al., 2014). Endelig har økt selvmedfølelse blitt vist å være prediktor for bedring av blant annet psykiatriske symptomer (Berggraf et al., 2014; Schanche et al., 2011), noe som understøttes av studiens resultat på innen-individ-nivå; økt selvvennlighet predikerer reduksjon i depressive symptomer. Resultatet styrkes av resultatet i hypotese 3; når selvvennlighet og frykt for medfølelse ble analysert sammen som prediktor for depresjon, viste kun selvvennlighet signifikans på innen-individ-nivå.

Neff (2008, 2011) viser til viktige sammenhenger mellom selvvennlighet og det å være robust i møte med utfordringer og påkjenninger i livet. Per-Einar Binder (2014) viser til forskning på former for meditasjon som har til hensikt å fremme selvmedfølelse og vennlighet (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008; Gilbert, 2009; Davidson og Begley, 2012). Disse studiene viser at positive følelser øker sammen med robusthet overfor påkjenninger, samt at det skjer positive endringer kroppslig.

”Kroppsfølelseskartet” (jfr. kap. 2) taler sitt tydelige språk: Følelser påvirker aktivering i kroppen. Slike emosjonsrelaterte kroppsfornemmelser reflekterer endringer i skjelettmuskulatur, samt i det nevroendokrine og det autonome nervesystemet, og antas å trigge subjektive følelser. Dette kan ha betydning for bevisst å generere opplevelse av emosjoner. (Nummenmaa et al., 2014.) Ole André Solbakken (2012) har forsket på følelsenes innvirkning på psykisk helse og funnet at følelsen ømhet synes være et

spesielt kraftfullt mål på psykisk helse. Pasienter med evne til å føle, vise og uttrykke ømhet, nærhet og varme, hadde mindre psykiske plager. Disse funnene, sammen med studiens resultat, viser at å møte seg selv og andre med vennlighet og varme har en helsefremmende påvirkning på både kropp og sinn.

5.2 Mellom-individer-forhold

Frykt for medfølelse som prediktor for depresjon viste signifikant mellom-individer-resultat. Mellom-individer-variasjon refererer til det klassiske fenomenet at det finnes individuelle forskjeller for en variabel (Mroczek, Spiro & Almeida, 2003), her frykt for medfølelse. Uansett hvor mye en persons frykt for medfølelse endrer seg fra uke til uke, vil han ha et typisk nivå som kan variere betydelig fra det typiske nivået til en annen person. En persons karakteristiske nivå for frykt for medfølelse er slik representert av begrepet mellom-individer-variasjon, til forskjell fra innen-individ-variasjon som refererer til variabilitet fra gang til gang hos én person (Mroczek et al., 2003). Dette vil si at det fantes forskjeller mellom deltakerne i studien med tanke på nivået av frykt for medfølelse.

5.3 Metodebegrensninger

Måleinstrumenter

Det er vanlig å samle inn kvantitative data ved hjelp av spørreskjemaer, og helst validerte skjemaer. Dette gir en mulighet for å undersøke sammenhenger mellom fenomener ved hjelp av statistiske analyser. Imidlertid kan man ikke uten videre regne med at informasjonen er objektiv og ”sann”, da respondentene kan tolke spørsmålene på forskjellige måter. (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010.) Idet skåringene på skjemaene i utgangspunktet her er gruppert i ulike kategorier, og på den måten ”teoriimpregnert”, vil også noe av forståelsen og tolkningen ligge implisitt. Samtidig er skjemaene én måte pasienten blir trukket inn som medvirker i behandlingssamarbeidet på, og eventuelle uenigheter og misforståelser kan avklares fortløpende. Selv om den hyppige utfyllingen kunne oppleves som krevende, ga pasientene også uttrykk for at at det opplevdes betryggende med denne tette oppfølgingen.

Det kan også være andre og sammenfallende årsaker til utfallet som påvises, enn de som er et resultat av spørsmålene som blir stilt. For øvrig er svaralternativene bygget på etablerte og kvalitetssikrede spørreskjemaer.

5.4 Implikasjoner for praksis

Vansker med frykt for medfølelse bør være et sterkt fokus for terapeutiske intervensjoner. Compassionate Mind Training (CMT) kan være et nyttig tillegg for mange pasienter, blant annet hvis de mangler indre varme og evne til å berolige seg selv/self-soothing. (Gilbert & Procter, 2006).

Når selvvennlighet er på et høyere nivå enn det som er forventet for en pasient, går nivået for depresjon ned. Dermed kan det være et poeng å følge opp med intervensjoner som eksponerer mer enn vanlig, både for de hemmende følelsene og de aktiverende. Dette er i tråd med intensiv dynamisk korttidsterapi (Hansen, Bakkevig, Lagvasbråten & Solbakken, 2013), som viser til at når pasienten opplever at en følelse trigger angst og motstand, kan det være fruktbart å møte denne følelsen med kontinuerlig fokus/press. Solveig var én pasient som på denne måten jobbet for å legge den gnagende selvkritikken på hylla. I individual- og gruppeterapitimer gjorde hun et oppgjør med skyld, skam og uro som var knyttet til belastende livserfaringer og -hendelser, og hun fant frem til og kunne uttrykke underliggende følelser av sorg og sinne. Med et etter hvert nypusset solveigbilde fikk hun øynene opp for de fargerike nyansene som fantes i livet hennes. Som det ligger i Tutus sitat innledningsvis innebærer medfølelse en aktiv holdning, som medfører ansvar og handling. Med på kjøpet følger velvære. Og ifølge Spinoza; frihet! Solveig kan tjene som eksempel på at følelser fortjener en sentral plass i psykisk helsearbeid, både i forebyggings- og behandlingsøyemed, nettopp i tråd med Helsedirektoratets (2016) fokus.

Når vi lider psykisk, vil vi gjerne ha hjelp av noen som er medfølende (er i stand til å relatere seg empatisk til lidelse, med vennlighet) og som har forståelse (har en dyp innsikt av hva som skal til for å ha det godt). (Germer & Siegel, 2012). Dette er kanskje ikke noe psykisk helsearbeidere typisk diskuterer, eller egenskaper som eksplisitt kultiveres, men vi regner likevel med at forståelse og medfølelse er viktige elementer i all god pasientbehandling. Ved å rette søkelyset fra pasient/bruker til helsearbeider, kan

det dermed være et spørsmål om psykisk helsearbeid i større grad kan vektlegge betydningen av disse elementene i utdanningen.

5.5 Eget ståsted

Som masterstudent har jeg vært heldig å være tilknyttet et levende forskningsmiljø på arbeidsplassen. Vel vitende om at jeg hadde mulighet til å kunne dra nytte av disse faglige ressursene, fremsto det som et nærliggende og spennende valg å gjøre en studie av et praksisnært tema med et kvantitativt design. Samtidig kan min posisjon som student på masternivå også ses på som en begrensning med tanke på tynne forkunnskaper og manglende erfaring i studiens svært avanserte analysemetoder. Her har det selvfølgelig vært en styrke og nødvendighet å kunne lene seg til artikkelens medforfattere. Og til tross for et hodestups møte med forskningsverdenen idet metodedelen i betydelig grad har utfordret og satt krav til ny tankevirksomhet, har både forståelse og interesse for analyseprosessen vokst i takt med skriving og progresjon i oppgaven. Innenfor en større studie ville det vært naturlig og ønskelig å fordype seg ytterligere i nyervervet metodekunnskap.

Som del av et behandlingsteam med en psykodynamisk behandlingstilnærming, vil utgangspunktet for studien og det jeg ser være et ”psykodynamisk kart og terreng”. Andre tilnærminger kunne gitt andre retninger på kartet og ført til andre betraktninger og vektlegging av resultater. Men som betraktet i kapittel 3.1 presenteres studien som innenfor ett perspektiv.

I egen rolle som sykepleier/ko-terapeut har studien helhetlig tilført inspirasjon, utvidet kunnskap om og forståelse av følelsers betydning for helse og velvære generelt, og selvmedfølelse spesielt.

6 Konklusjon

Studiens resultat tyder på at selvmedfølelse i form av selvvennlighet kan fungere som en endringsmekanisme i behandling av depresjon, og slik bidra til å styrke innsikt i hvordan depresjon kan forstås og behandles.

Avslutningsvis; en spinozainspirert transformasjon av studiens tittel som en uhøytidelig oppsummering:

*med
følelse,
endring*

Referanser

- Andrews, B. (1998). Shame and childhood abuse. In *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (eds. P. Gilbert, B. Andrews): 176-90. Oxford University Press.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings, in M. Hubble, B. L. Duncan and S. D. Miller (eds), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 33-55.
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., Hoffart, A., Stiles, T., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2014). Experience of affects predicting sense of self and others in short-term dynamic and cognitive therapy. *Psychotherapy*, 51(2), 246.
- Binder, P. E. (2014). *Den som vil godt. Om medfølelsens psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brewin, C. R. (2003). *Post-Traumatic Stress Disorder: Malady or Myth*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy. A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44: 765-84.
- Collins L. M. (2006). Analysis of longitudinal data: the integration of theoretical model, temporal design, and statistical model. *Annu. Rev. Psychol.* 2006;57:505– 528.
- Curfman G. D. (1993) Is exercise beneficial—or hazardous—to your heart? *N. Engl. J Med.* 1993;329:1730-1731.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199312023292310>.
- Curran, P. J. & Bauer, D. J. (2011). The disaggregation of within-person and between-person effects of longitudinal models of change. *Annual review of psychology* 62, 583-619.
- Dalai Lama (1995). *The power of compassion*. New Dehli: Harper Collins.
- Darwin, C. (1890/2007). *The expression of the emotions in man and animals*. New York: Dover Publications.
- Davidson, R. J. & Begley, S. (2012). *The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live – and How You Can Change Them*. New York: Hudson Street Press.
- Eikeland, M. (2014). Emosjoner i ledelse. *Magma* 2/2014 s.(61-67).
- Fehr, C., Sprecher, S. & Underwood, L. G. (2009). *The science of compassionate love: Theory research and application*. Chichester: Wiley.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. & Finkel, S. M. (2008). Open

hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5). (1045-1062).

Germer, C. K. & Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice*. New York: Guilford Press.

Gilbert, P. (ed.) (2005). *Compassion: Coceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge.

Gilbert, P. (2009a). *Kunsten å vise medfølelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gilbert, P. (2009b). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, Apr 2009, vol. 15, 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264.

Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J. R. & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Volume 20, Number 2, 2006. doi.org/10.1891/jcop.20.2.183.

Gilbert, P., Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (ed. P. Gilbert): 263-325. 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, 239-255. doi: 10.1348./147608310X526511

Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training or people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. Doi: 10.1002/cpp.507.

Greenberg, L. S. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect, *Canadian Psychology*, 49, 49-59.

Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guildford Press.

Grenness, C. E. & Madsen, O. J. (2012). Kritiske forutsetninger for moderne psykologi. *Psykologi. Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vol 49, nummer 8, 2012, side 759-765.

Goetz, J. L., Keltner, D., Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3) (2010), pp. 351-374.

Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Hansen, R. S., Bakkevig, J. F., Langvasbråten, B. & Solbakken, O. A. (2013). Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Psykologi*.

Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vol 50, nummer 8, 2013, side 838-844.

Heldal, S. H. (2016). Kritisk psykologi. *Psykologisk tidsskrift, NTNU*. Hentet fra: <http://psykologisktidsskrift.no/kritisk-psykologi/>

Helsedirektoratet (2016). *Psykisk helse i et folkehelseperspektiv – en intern strategi for folkehelsedivisjonen*. Hentet 23.1. 2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse%20i%20et%20folkehelseperspektiv.%20Intern%20strategi%20Helsedir.pdf>

Helsedirektoratet (2010). URL: *Veiviser i møte med helsepersonell. Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon*. Hentet 4.5. 2016 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/222/Veiviser-i-mote-med-helsepersonell-informasjon-til-brukere-og-parorende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon-IS-1832.pdf>

HSN (2017). *Studieplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid. 2015-2017*. Hentet 2.4.2017 fra: https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/studyplan/VPH_2015H

Hoffart, A. (2017). Terapiforskningen trenger en idiografisk vending. *Psykologi. Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vol 50, nummer 2, 2017, side 210-212.

Johannessen, A., Tufte P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kaufman, G. (1989). *The Psychology of Shame. Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19:4-5, 418-428. doi: 10/1080/10503300802448899

Kroenke, K. & Spitzer, R. L. (2002). A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals* 32, 1-7.

Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine* 16(9).

Malan, D. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: Basic Books.

Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. Guilford Press.

- Mittleman M. A., Maclure M., Tofler G. H., Sherwood J. B., Goldberg R. J. & Muller J. E. (1993). Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion— protection against triggering by regular exertion. *N. Engl. J. Med.* 1993;329:1677–1683.
- Molenaar P. C. M. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Meas.: Interdiscip. Res. Perspect.* 2004;2:201-218.
- Molenaar P. C. M., Newell K. M. (2010). *Individual Pathways of Change: Statistical Models for Analyzing Learning and Development*. Washington, DC: Am. Psychol.
- Mroczek, D. K., Spiro III, A. & Almeida, D. M. (2003). Between- and within-person variation in affect and personality over days and years: How basic and applied approaches can inform one another. *Ageing International*, Summer 2003, Vol. 28, No. 3, p. 260-278.
- Neff, K. (2017a). *Self-Compassion. The three elements of self-compassion*. Hentet 3.4. 2017 fra: <http://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/>.
- Neff, K. (2017b). *Self-Compassion. Scales for Researchers*. Hentet 3.4. 2017 fra: <http://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>
- Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. I: H. A. Wayment og J. J. Bauer (red.), *Transcending Self-Interest: Psychological Explorations of the Quiet Ego*; s. 95-105. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: Stop Beating Yourself up and Leave Insecurity Behind*. New York: William Morrow.
- Nesselroade, J.R. (1991a). Interindividual differences in intraindividual change. In: Collins, L. M., Horn J. L., editors. *Best Methods for the Analysis of Change: Recent Advances, Unanswered Questions, Future Directions*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.; 1991a. pp. 92-105.
- Nesselroade, J.R. (1991b). The warp and the woof of the development fabric. In: Downs, R., Liben, L., Palermo. D. S. editors. *Visions of Aesthetics, the Environment, and Development: The Legacy of Joachim F. Wohlwill*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1991b. pp. 213-240.
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R. & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *PNAS*, 2014, vol. 111, no. 2. Hentet 3.4. 2017 fra: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1321664111
- Næss, A. (1998). *Livsfilosofi: Et personlig bidrag om følelser og fornuft*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression

symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.

- Raudenbush, S. W. (2001a). Toward a coherent framework for comparing trajectories of individual individual change. In: Collins L, Sayer A, editors. *New Methods for the Analysis of Change*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.; 2001a. pp. 35–64.
- Raudenbush, S. W. (2001b). Comparing personal trajectories and drawing causal inferences from longitudinal data. *Annu. Rev. Psychol.* 2001b;52:501–525.
- Raudenbush, S. W. & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical Linear Models*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schanche, E., Hjeltnes, A., Berggraf, L. & Ulvenes, P. (2013). Affektfobiterapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2013, 50, 781-789.
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., Nielsen & G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, Vol 48(3), Sep 2011, 293-303. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022012>
- Schore, A. N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (eds. P. Gilbert, B, Andrews): 57-77. Oxford University Press.
- Solbakken, O. A. (2012). Affektforskning. Ømhet aller viktigst. *Psykologi. Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vol 49, nummer 7, 2012, side 697-699.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, and consciousness. Vol. I. Positive affects*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, and consciousness. Vol. II. Negative affects*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Wang, L. P. & Maxwell, S. E. (2015). On Disaggregating Between-Person and Within-Person Effects With Longitudinal Data Using Multilevel Models. *Psychological Methods* 20(1), 63-83. Doi.org/10.1037/met0000030.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: Routledge.

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Effektiv behandling av vedvarende depresjon – Hoveddel – 15.10.14

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Effektiv behandling av vedvarende depresjon

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke effekten av psykologisk behandling av vedvarende depresjon. Studien søker å undersøke en inneliggende og en poliklinisk behandling av vedvarende depresjon, forstå bedre hvilke prosesser som bidrar til bedring av denne typen depresjon, og å beregne kostnadseffektiviteten til denne behandlingen. Du forespørres om dette fordi du ved å være søkt inn til behandling ved avdeling for depressive lidelser på Modum Bad antagelig tilfredsstiller kriterier for en vedvarende depresjon. Forskningen utføres av Modum Bad ved avdeling for depressive lidelser og forskningsinstituttet ved Modum Bad. Ansvarlig for forskningsprosjektet er psykolog og forsker Pål Ulvenes, Phd, ved forskningsinstituttet.

Hva innebærer studien?

Studien undersøker effekten av den vanlige behandlingen som blir gitt ved Modum bad, og sammenligner den med en poliklinisk behandling. Behandlingene varer over like mange uker (13) og blir gitt av de samme terapeutene. Ved behandling på Modum Bad vil man få en behandling som består av flere forskjellige behandlingselementer, inklusive individualterapi. Ved poliklinisk behandling vil behandlingen være individualterapi en time per uke, men man vil ha anledning til å bo hjemme, og behandlingen vil lettere kunne relateres til det hverdagslige livet.

Det vil være tilfeldig om man havner i den inneliggende eller polikliniske gruppen. For begge grupper vil deltagere bli bedt om å svare på spørsmål knyttet til symptomer og behandlingsprosessen, det vil være en grundig diagnostisering, og man vil hente ut datamateriale fra helseregistre for å undersøke hvor mye helseressurser man har brukt før behandling og hvor mye man bruker etter at behandlingen er ferdig. I begge behandlingene vil individualterapien bli filmet. Dette gjøres for å kunne undersøke i ettertid at terapeuten har fulgt behandlingsprotokollen godt nok.

Dersom du ikke ønsker å delta i forskningen vil du motta den samme behandling som andre inneliggende pasienter. Dette innebærer også å svare på spørsmål om symptomer og behandlingsprosessen. Det vil ikke bli gjort en like omfattende diagnostisering og det vil ikke bli hentet informasjon fra helseregistre.

Mulige fordeler og ulemper

Deltagelse i forskningen innebærer at man, utover det som er vanlig behandling ved Modum Bad, vil få en grundig diagnostisering og at forskere vil hente ut informasjon om deg fra helseregistre. Dette er informasjon som for eksempel om du har brukt fastlege og om du har mottatt forskjellige former for stønad fra det offentlige. Dersom du sier deg villig til å delta i forskningen vil du bli fordelt til enten en inneliggende behandling eller en poliklinisk behandling. Denne fordelingen er tilfeldig og hvilken behandling du mottar kan oppleves å ha både fordeler og ulemper. Den polikliniske behandlingen innebærer en mindre intensiv behandling, men en behandling som vil være svært fokusert og som vil integreres med dagliglivet hvor de psykologiske problemene er tilstede. Den inneliggende behandlingen vil være svært intensiv, men vil også innebære at pasienten vil være borte fra hjem, familie og jobb i perioden behandlingen varer.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun forskningsleder og personvernombud har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. I tillegg vil det bli hentet inn informasjon fra følgende registre for å undersøke forbruk av

helsetjenester før og etter behandlingen: Norsk pasientregister, og rikstrygdeverket. Disse dataene vil hentes inn så langt tilbake i tid som mulig, men ikke tidligere enn 1993, og frem til prosjektets avslutning, 31.12.2026. På denne dato, 31.12.2026 vil de innsamlede data også bli anonymisert. Det vil i tillegg hentes informasjon fra reseptregisteret og pseudonymt register for individbasert pleie og omsorgsstatistikk. Disse to registrene er aidentifiserte og gir ikke informasjon på individnivå, men vil bli brukt som bakgrunnsmateriale.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Pål Ulvenes ved forskningsinstituttet Modum Bad, telefon 32749857.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Bakgrunnsinformasjon om studien

Det finnes lite forskning på effekten av behandling av vedvarende depresjon. Fordi lidelsen påvirker både personen selv, familien og samfunnet rundt vil det være viktig å få mer kunnskap om effekten av behandling, hva som gjør at behandling virker, og å undersøke om det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å bruke psykologisk behandling. Studien tar derfor sikte på å både undersøke effekten av behandling, hvilke prosesser som gjør at behandlingen virker og om dette påvirker forbruk av helsetjenester. På Modum Bads avdeling for depressive lidelser har man over lang tid utviklet en behandlingsmodell for vedvarende depresjon og har gode erfaringer med denne, men det er mange spørsmål knyttet til behandlingen som ikke er besvart, deriblant om det er nødvendig med en inneliggende behandling, eller om det er en bedre løsning å utføre behandlingen som en del av pasientens hverdag.

Det vil altså være tilfeldig hvilken av de to behandlingene du vil få dersom du samtykker til deltagelse i studien. Den inneliggende behandlingen forutsetter innleggelse på Modum Bad i 13 uker, inklusiv en hjemmeuke. Behandlingen vil bestå av mange elementer og vil være intensiv. I den polikliniske behandlingen vil terapien bli gitt på Modum Bads klinikk enten i Oslo eller i Vikersund, avhengig av ditt hjemsted. Behandlingen vil være en gang per uke i 13 uker, og vil være i form av samtaleterapi. Begge behandlingene vil bli gitt av de samme terapeutene som er spesialiserte i arbeidet med denne typen terapi og psykologisk lidelse.

Kriterier for deltagelse

For å kunne delta i forskningen må du tilfredsstille kriteriene for vedvarende depressiv lidelse. Dette innebærer at du har vært nedstemt i minst to år, uten å være uten symptomer i mer enn 2 måneder. Dette må være en betydelig belastning for deg, og du kan ha symptomer som dårlig appetitt eller overspising, sove for mye eller for lite, lite energi eller være lett trettbar, lav selvtillit, vansker med å ta avgjørelser, eller føle deg hjelpeløs. Du må være mellom 18 og 65 år og ha forsøkt annen behandling tidligere. Du kan ikke delta dersom du har en nåværende eller tidligere psykoselidelse, en hjerneorganisk lidelse, har et utpreget rusmisbruk eller har tanker eller impulser om å begå selvmord.

Dersom du velger å ikke delta i behandlingen vil du få den samme behandling som inneliggende pasienter vil få, men du vil ikke få en like grundig diagnostisering og utredning. På samme måte som ved vanlige behandlingsopphold vil du bli evaluert ved et vurderingsopphold, før du settes på venteliste som per i dag er om lag 3 måneder. Ved behandlingsstart vil du fylle ut spørreskjemaer knyttet til dine symptomer og fungering, og ukentlig i 13 uker vil du fylle ut kortere spørreskjemaer knyttet til symptomer og viktige prosesser i psykologisk behandling. Ved avslutning av behandlingen vil du igjen fylle ut spørreskjemaer knyttet til dine symptomer og fungering. Dette vil du måtte gjøre igjen etter 6 måneder, 1 år og 2 år etter avsluttet behandling.

Omtrent ett år etter avsluttet behandling vil du bli innkalt til et tre dagers oppfølgingsopphold.

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er knyttet til diagnosen din, hvilke symptomer du har, og hvordan du fungerer i hverdagen. samt hvordan du utvikler deg igjennom behandlingsprogrammet. I tillegg vil det bli samlet inn informasjon fra andre registre for å undersøke forbruket ditt av helsetjenester. Dette vil gjøres både for tiden som har vært og for tiden som følger etter behandlingen

er avsluttet. Denne informasjonen vil bli hentet fra norsk pasientregister, reseptregisteret, pseudonymt register for individbasert pleie og omsorgsstatistikk og rikstrygdeverket.

I tillegg til forskere knyttet til forskningsinstituttet ved Modum Bad (Pål Ulvenes, Asle Hoffart, Bruce Wampold) vil forskere knyttet til kjernekompetanse miljø for helseøkonomisk evaluering i Helse Sør-Øst (Hehø) være i kontakt med datamaterialet. Forskere knyttet til Hehø vil bistå med innhentelse av registerdata.

Modum bad ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi og Modum Bads rolle

Studien og biobanken er finansiert gjennom forskningsmidler fra Modum Bad, men det søkes ekstern finansiering fra Helse Sør-Øst og Ekstra stiftelsen.

Forsikring

Pasienter er forsikret gjennom pasientskadeloven.

Informasjon om utfallet av studien

Som deltager i prosjektet har du rett til å få informasjon om utfallet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2: Innhold i skjemapakken M-POQ

Kartlegging av symptomer, fellesfaktorer og prosesser

Dag for utfylling	Kategori	Variabel
1. Mandag	Symptomer	<i>Depresjon</i>
		Angst
		Ensomhet
		Velvære
		Motstandsstyrke
2. Onsdag	Fellesfaktorer	Enighet om oppgaver og mål
		Forventninger
		Troverdighet
		Ekthet, empati
		Forståelse, kunnskap, forklaring
3. Fredag	Prosessevaluering	Affekttydelighet
		Affekttoleranse
		Affektvurdering
		Affektoppmerksomhet
		Affektuttrykk
		Skyld
		Skam
		Sinne
		Sorg
		Metakognisjon
		<i>Selvmedfølelse</i>
		Smerte (lidelse)
		Kognitive prosesser

Vedlegg 3: Måleinstrumenter

Selvmedfølelse

- ***Selvvennlighet***

Selvvennlighet skåres på en skala fra 1 (*Helt uenig*) til 7 (*Helt enig*) på grunnlag av Neffs (2017b) Self-Compassion Scale:

Hvis du tenker på de siste dagene, hvor enig er du i følgende utsagn?

- *Når jeg opplever store påkjenninger, gir meg meg selv den omsorg og omtanke jeg trenger.*
- *Jeg er snill mot meg selv når jeg opplever noe vondt.*
- *Jeg tolererer mine feil og utilstrekkeligheter.*

- ***Frykt for medfølelse***

Frykt for medfølelse innebærer frykt for å vise vennlighet/snillhet og medfølelse mot seg selv, og skåres på en skala fra 1 (*Helt uenig*) til 7 (*Helt enig*) på grunnlag av Fear of Compassion Scale (Gilbert et al., 2011):

Hvis du tenker på de siste dagene, hvor enig er du i følgende utsagn?

- *Jeg føler at jeg ikke fortjener å være snill og tilgivende mot meg selv.*
- *Det er lettere å være kritisk enn medfølende med meg selv.*
- *Jeg frykter at hvis jeg er mer medfølende med meg selv, så blir jeg en svak person.*

Depressive symptomer

Depressive symptomer måles ved hjelp av Patient Health Questionnaire (PHQ-9) med ni spørsmål som besvares på en skala fra 1 (*Ikke i det hele tatt*) til 3 (*Nesten hver dag*). De svarer til diagnosekriteriene i DSM-IV, og er testet for reliabilitet og validitet (Kroenke, Spitzer og Williams, 2001; Kroenke og Spitzer, 2002).

Hvor ofte, i løpet av de siste dagene, har du vært plaget av ett eller flere av følgende problemer?

- *Liten interesse for eller glede av å gjøre ting?*
- *Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet?*
- *Vansker med å sovne, sove uten avbrekk eller med å sove for mye?*
- *Følt deg trett eller energiløs?*
- *Dårlig appetitt eller å spise for mye?*
- *Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket – eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din?*
- *Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på tv?*
- *Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har vært mye mer i bevegelse enn vanlig?*

Artikkeldel til mastergradsavhandlingen

I det følgende presenteres artikkelmanus som er planlagt innsendt til publisering i

Psychotherapy: The Interrelation of Self-Compassion and Depressive Symptoms during In-Patient Treatment. A Clinical Longitudinal Study.

The Interrelation of Self-Compassion and Depressive Symptoms during In-Patient Treatment

A Clinical Longitudinal Study

Anita Sjøvik
Modum Bad Psychiatric
Center

Pål Gunnar Ulvenes
Modum Bad Research
Institute

Hilde Eide
University College of
Southeast-Norway

Abstract

This study investigates the longitudinal relationship between two measures of self-compassion; self-kindness and fear of compassion, and depressive symptoms. Both self-compassion and depressive symptoms were investigated as predictor of the other. Sixty-one patients diagnosed with major depressive disorder, given in-house treatment as intensive short-term dynamic psychotherapy, were assessed using psychotherapy measures and multilevel modelling. The results indicate that when the patient's experience of self-kindness increases, the experience of depressive symptoms decreases subsequently. This applies to the within-person effect, i.e. the patient's standing in any week relative to his/her baseline. For the between-person effect, i.e. the patient's standing relative to the other patients in the group, fear of compassion predicted depression. The latter was also the case for depression predicting self-kindness and fear of compassion, as well as fear of compassion predicting self-kindness and vice versa. Finally, self-kindness and fear of compassion together predicted depression as the within-person effect is concerned.

The present results help us understand what might influence change to occur in psychological treatment of depression, and underline the importance of focusing strongly on self-compassion as therapeutic intervention to diminish depressive symptoms.

Keywords: Depression, Self-Compassion, In-Patient Treatment, Longitudinal, processes and outcome

Introduction

The starting point for this study is connected to “the great psychotherapy debate” and the understanding that psychotherapy is effective in alleviating human suffering, whereas why and how it produces its benefits is not clearly understood (Kazdin, 2009).

Change Mechanisms in Psychotherapy

Understanding the mechanisms that psychotherapy uses to create change is central to the evolution of effective psychotherapy, and as such valuable and advantageous both for research and for clinical practice. There is a growing interest in these mechanisms, and why and how change comes about in therapy is an ongoing, significant and applicable research area. As researchers now begin to measure process and outcome frequently, and sophisticated statistical models are applied to longitudinal data, there is now the potential to establish mechanisms of change (Wampold & Imel, 2015).

A mechanism is understood as “the basis for the effect, i.e. the processes or events that are responsible for the change; the reasons why change occurred or how change came about” (Kazdin, 2007).

Depression

As stated by the World Health Organization (WHO, 2017), depression is a common illness worldwide, affecting an estimated 300 million people in 2015. Depression may become a serious health condition when long-lasting and with moderate or severe intensity, and at its worst, it can lead to suicide. Depression is now the leading cause of disability world wide (WHO, 2017). Consequently, understanding, preventing and developing effective and efficient treatments for depression is, and will be, of outmost importance.

Persistent Depressive Disorders

Furthermore, a considerable part of the disease burden of depression is due to chronic depressive disorders, which is a considerable challenging type of major depressive disorder to treat. Persistent Depressive Disorder (PDD) is characterized by a depressed mood that occurs for most of the day, on more days than not, for at least two years. The diagnosis occurred in the diagnostic and statistical manual of the mental disorders,

version V; DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), and is a consolidation of two earlier diagnoses; explicitly dysthymia and chronic major depressive disorder. The creation of the PDD diagnosis comes from research findings that dysthymia, which has been described as a mild form of depression, does not differ systematically from major depressive disorder (Karlsson et al., 2007; McCullough et al., 2003; Torpey & Klein, 2008). Thus, developing effective treatments for persistent depressive disorders is a central challenge for clinical research in depression (Cuijpers, Huibers & Furukawa, 2017).

Psychotherapy

Due to the recent inclusion of PDD in the DSM5, little research of substance has so far been produced. But, as PDD is a consolidation of chronic depression and dysthymia, evidence concerning these disorders can be used to inform on the state of psychotherapy research for PDD. However, research is sparse even on these disorders. In a meta-analysis Cuijpers et al. (2009) identified only 5 clinical trials of psychological interventions for dysthymia. An earlier meta-analysis by Imel, Malterer, McKay & Wampold (2008) found medication to be more effective treatment for dysthymia than was psychotherapy, although they noted that the psychotherapies tested in clinical trials tended to be brief and more appropriate for acute major depressive disorder than dysthymia (i.e. McCullough (1991) found a median number of 31 sessions for patients diagnosed with dysthymia to be in remission, but this study suffered from a low n). Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole & Andersson (2013) found 18 sessions to be optimal treatment dose based on his review of the literature. However, in the sample studied there was only two trials with more than 18 sessions, and some trials had as few as 5 sessions, and the results should be interpreted with caution. Imel et al. (2008) postulate that dysthymia, which probably is affected by a more ingrained pattern of functioning, needs therapy that is geared specifically to challenge such longstanding patterns of functioning. Although prior studies have come to other conclusions (i.e. Pingquart, Duberstein & Lyness, 2006), no conclusion has been made about the choice of treatment for dysthymia. Imel et al. (2008) also points out the continued improvement at follow-up for dysthymia when psychotherapy is compared to pharmacotherapy.

A more recent meta-analysis of therapy for depression concludes that all types of psychotherapy are effective, and there are no significant differences between treatments.

It was concluded that it is important for future research to focus on treatment of chronic and treatment-resistant depression, rather than developing new psychotherapies for depression (Cuijpers, 2017). Hitherto it is a great lack of information on PDD to help patients, therapists and policymakers make sound decisions for treatment.

Affect

During the past decades research has shown that the ability to understand and express feelings is of great importance for psychological wellbeing and functioning (Covey, 1989; Tomkins, 1995; Goleman, 1995 and 2004; Karterud & Monsen, 1997; Seligman, 2003; Wilber, 2004; Grelland, 2005; Næss, 2005; Berge, 2007; Gross, 2007; Kelly, 2009; Aamodt, 2010, 2011; Binder & Hjeltne, 2013). Depression is characterized by depressed mood, feeling sad, empty, inadequate, hopeless, helpless, diminished interest and pleasure, poor ability to think and concentrate. Clearly, issues related to affect and cognition is of utmost importance in the understanding of the disorder, and has therefore also been central in theories on the genesis, maintenance and change of chronic depression (Riso & Klein, 2004; Teasdale & Dent, 2011; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2008). It is understandable that affect has been found to be a common factor across different schools of psychotherapy, given the role it is thought to have in psychopathology (Castonguay & Beutler, 2006a, 2006b; Follette & Greenberg, 2006; Grenavage & Norcross, 1990). Subsequently, in helping people with psychological disorders it is a central aspect to help them relate to their feelings. One aspect that has been discussed in the depression literature since its advent, and that has received increased attention recently, is self-compassion; being as self-kindness and fear of compassion (Neff, 2017b; Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 2011). Both are intrinsically related to cognition and affect in depression.

Self-Compassion

*Caring for others
requires caring for oneself.
-DALAI LAMA*

Self-kindness

Self-accepting and self-nurturing abilities are associated with good mental health, and are connected to warmth, love and affection (Cacioppo, Berston, Sheridan & McClintoc, 2000; Schore, 1994). Specifically, self-compassion entails being warm and understanding toward ourselves when we suffer, fail or feel inadequate. This opposed to flagellating ourselves with self-criticism. When accepting with sympathy and kindness

that experiencing life difficulties is inevitable, greater emotional equanimity is experienced (Neff, 2017a). Solbakken (2012) found that patients with the ability to feel kindness, affection and warmth, to be affected by these feelings, and to express them both verbally and non-verbally, experienced less psychological suffering. Having a variety of health benefits, there is increasing evidence that, among other mental health difficulties, compassion is a powerful antidote to depression and anxiety (Gilbert et al., 2011).

Furthermore, exploring the impact of positive self-constructs like self-compassion in psychotherapy, it was found that self-compassion does have a convincing impact, but that there is a lack of research to confirm this (Bardum, 2011).

Fear of Self-Compassion and Self-Criticism

Fear of compassion and self-criticism are shown to be important variables in depressive symptoms. When people deny or fight against the reality that being imperfect, failing and encountering life difficulties is inevitable, suffering increases. Stress, frustration and self-criticism may be the result. (Neff, 2017a). Individuals who are high in self-criticism can find self-compassion difficult and can be fearful of it according to what clinical observations suggest. The difficulty is linked to feelings of whether compassion is deserved, or a weakness, not being familiar with compassion or unresolved grief of wanting love and kindness, but often feeling lonely and rejected. (Gilbert & Procter, 2006). According to Shahar (2015) self-criticism is “the tendency to set unrealistically high standards for one’s self and to adopt a punitive stance towards the self once these standards are not met (...)”. When we attack and criticize ourselves we are probably activating some of the same pathways in the brain as if someone else was doing it, using the same affect/responses systems to our own attacks as are used when other put us down (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006). This cognitive process of negative self talk has been theoretically described as a key mechanism in promoting a range of depressive symptoms, but no research to date has specifically studied the relationship between self-criticism and changes in depressive symptomatology, and little is known about its role in alleviating depression.

This study

The basic therapy model for the clinical study is a short-term dynamic psychotherapy model, i.e. Affect Phobia Therapy (APT), in which the central goal is to help people experience and express their emotions in adaptive ways. There is evidence for the effectiveness of short-term dynamic approaches for depression in research on DSM-IV Axis I disorders and these approaches (Bressi, Porcellana, Marinaccio, Nocito & Magri, 2010; Driessen et al., 2010; Leichsenring, 2001). One of the therapeutic principles in the APT model is about sense of self; to encourage the patient's ability to face himself/herself with more accept and compassion (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough, et al., 2004). If the patient is very self-critical, it could be difficult for him/her to get in touch with complex feelings. For instance, it could be challenging to feel and express sadness without a basic belief of having the right to be sad and to get comfort from other people. When the patient does not have a basic experience of being worthy or being entitled to have his/her own feelings, the model recommends to start with a therapeutic focus on strengthening the patient's self-compassion. In APT this is done by exposing the patient for feeling affection through 1) imagine how he/she would meet other people who go through hard times, 2) imagine to accept care and affection given from other people, 3) practice receiving accept and understanding from the therapist. The central goal is to strengthen the patient's ability to face himself/herself in a more accepting and caring manner, and to develop a more nuanced and realistic perspective on his/her own strengths and shortcomings. (Schanche, Hjeltne, Berggraf & Ulvenes, 2013.)

On this background the study aims to utilize recent development in analysis to examine the variables self-kindness and fear of compassion as change mechanisms in psychotherapy for PDD.

The main hypotheses are:

1. *Self-compassion predicts depression.* The patient's experience of depressive symptoms in any given week will be predicted by his/her experience of self-compassion the preceding week.
2. *Depressive symptoms predict self-compassion.* The patient's experience of self-compassion will be predicted by his/her preceding experience of depressive symptoms.

3. a) *There is a reciprocal relationship between self-kindness and fear of compassion, and b) together the variables will predict depressive symptoms.*

The study will provide information on an individual week-by-week level through repeated measurements and statistical analysis utilizing multilevel methodology, separating the longitudinal effect into within- and between person effects. The variation within-person refers to variability from week to week within a person, whereas the between-person variation refer to individual differences in the variable in question (Mroczek, Spiro & Almeida, 2003).

As will be argued, the therapist is concerned with within-patient processes, not between-patient processes (i.e. Hoffart, 2017; Curran & Bauer 2011, Wang & Maxwell, 2015). Investigating the within-person effect is obtainable when there is multiple assessment over time, making it possible to estimate an expected level of the construct in question. One can calculate the person's deviation from this estimate at any measurement point, showing the degree of the patient's deviation from what is typical for him/her. (See also Discussion.)

Method

Multilevel methodology allows a detailed understanding of the psychological processes that develop in psychotherapy. In order to see how the particular patient develops over time relative to himself/herself, therapists are concerned with within-patient processes. This kind of analysis is possible with a longitudinal measurement design, but necessitates a separation of the within- and between effects, as these two effects are nested in the raw scores measured at each time point. No agreed upon way of separating the effects has been described in the literature yet (see i.e. Curran & Bauer 2011, Wang & Maxwell, 2015; Falkenström, Ekeblad & Holmqvist, 2016), but two models are more frequently used. Curran and Bauer (2011) describes a method in which a regression line for the predictor variable is estimated for each patient. Differences from this line is the person's variability for the expected level for him/her, and is used to predict the outcome variable at the subsequent measurement point. This procedure controls growth over time, and has been argued to be appropriate and conservative. One expects change to occur as a consequence of therapy, but the variability in scores that cannot be explained by a steady passing of time/attendance to psychotherapy, is the variability that

is interesting for/to the therapist. However, Wang & Maxwell (2015) argue for a person mean centering approach. This approach estimates the mean for the predictor variable for each patient over all measurement points. Differences from this line is used to predict the outcome at the subsequent measurement point. This procedure does not control for growth over time, and it has been argued that growth over time is a central part of what therapy is concerned with.

Design

The longitudinal design of the study includes patient self-reports three times a week in the course of 13-weeks in-patient treatment of APT. The purpose was to investigate the longitudinal relationship between two measures of self-compassion and depressive symptoms. All measures were conducted weekly, with depressive symptoms being measured at the start of each week and self-compassion measured at the end of each week. Measurements from each week in therapy were nested within patients, creating a two-level longitudinal design (weeks within patients). To accommodate for this design multilevel mixed models (MLM) were used for all analysis. Missing data was understood as being missing at random, and procedures from MLM were used to estimate missing values.

Participants

A total of 61 patients admitted to Unit for Depressive Disorders (UDD) at Modum Bad Psychiatric Center between March 2015 and November 2016 participated in this study. There was 1 dropout. The patients all met the criteria set in DSM-5 for major depressive disorder (MDD), according to the inclusion criteria. Exclusion criteria included suicidal risk, current psychosis, marked emotional instability (i.e. issues with impulsivity), strong paranoid traits, and current problems related to heavy substance abuse. The mean age was 48 years, ranging from 25 to 62 years. 75 % were women. The mean number of years since the onset of symptoms was 17. The patients had a mean number of former therapy attempts of 4.

Treatment

The treatment was given as an intensive, short-term dynamic psychotherapy in-house treatment and was basically group-based, focusing on affects and relational issues. More specifically, the treatment consisted of an intensive regime with high dosage and high

frequency of therapeutic interventions, all aimed specifically towards the therapeutic aims of APT. The model focuses explicitly on affect restructuring. The patients took part in a group of eight members and followed a fixed schedule every week.

During a week the patients received individual therapy – both with and without the group present – art therapy, physical training, mindfulness sessions, group dynamic sessions, process evaluation sessions and psychoeducation. Furthermore, the patients were living in a therapeutic setting with easy access to the therapy teams. The team being responsible for the group and the different sessions consisted of four therapists; two psychologists, one social worker, and one psychiatrist, as well as two psychiatric nurses. Additionally, the patients had the opportunity to make appointments with the hospital chaplain. Sports personnel were responsible for physical training two and a half hours per week.

Data Collection, Measures

The data collection is a part of the unit's standard procedure and ordinary data collection, Modum Bad – Process Outcome Questionnaire (M-POQ), during a treatment period, including feedback and research. M-POQ builds on the same principles as described in the Routine Outcome Monitoring (ROM), a feedback-based approach in couple and family therapy, as well as within other psychotherapy approaches (Tilden and Wampold, 2017). M-POQ consists of three different scales; symptoms, common factors and processes, being self-reported by the patients (see appendix for details).

The severity of depression was measured and monitored using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). (Appendix 1.) The instrument consists of 9 items, and incorporates DSM-IV depression diagnostic criteria. It is being scored as 0 – *Not at all* to 3 – *Almost every day*. The internal consistency of PHQ at the start of therapy in this sample was, according to Chronbach's Alpha, $\alpha = 0.89$ (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

The six self-compassion items were separated into self-kindness and fear of compassion as two different predictors, and then analyzed. Self-compassion was measured each Friday using three self-kindness items of Neff's self-compassion scale (Neff, 2017b), being scored as 1 – *Completely disagree* to 7 – *Completely agree*. (Appendix 1.) Also,

three items of Gilbert's fear of compassion scale (fear of expressing kindness and compassion towards yourself) were used (Gilbert et al., 2011), being scored similarly. (Appendix 1.) Cronbach's Alpha were $\alpha = 0.84$ and 0.561 , respectively.

Procedure

The forms were delivered to each patient's room three days a week, and were to be completed and returned the same day. The scores were then electronically registered, and thus made available for therapeutic use successively during the period of treatment.

Ethical Considerations

The ethical review board at Modum Bad has approved the study.

Analysis

A series of preliminary analysis was conducted to evaluate each of the three variables, i.e. two measures of self-compassion and depressive symptoms, that later were used to test the hypothesis. In particular the variables were tested to develop the model with the most parsimonious fit, using the log likelihood difference test (Fitzmaurice, Laird, & Ware, 2004). Specifically, it was important to understand if there was a development over time, and whether this was characterized by a fixed or a random effect, and if the patients had a random intercept. All models were built following the same steps; 1) a model with fixed intercept and no random effects, 2) adding random intercept, 3) adding random effect of week in therapy, 4) adding fixed effect of time in therapy.

For the three variables the same model provided the best fit, i.e. a model with both fixed and random intercept and fixed and random effect of week in therapy. That is, while there was a mean effect of intercept, the patients started therapy being significantly different from each other on all three measures. Further, there was also a mean growth over time for all three measures, but again, the patients were significantly different from each other in their development over time.

Depressive Symptoms

PHQ-9 the fixed intercept at week one was 12.86 ($p > .000$), indicating that patients were moderately depressed at the beginning of the treatment (Table 1). The patients were also significantly different from one another at week one ($p > .000$). There was a

fixed effect of time indicating that the PHQ-9 scores on average dropped -0.312 points per week during the treatment period ($p > .000$). The patients also differed significantly from each other in their development over time ($p > .000$).

Self-Kindness

For self-kindness the fixed intercept at week one was 7.6 ($p > .000$), but there is no established cut-off indicating the severity of this score, but given the range 3-21 (sum score of three items being scored from 1-7) the score is clearly in the lower end of the range of the scale (Table 1). The patients were significantly different from one another at week one ($p > .000$). There was a fixed effect of time indicating that the self-kindness scores on average increased with 0.208 points per week during the treatment period ($p > .000$). The patients also differed significantly from each other in their development over time ($p > .000$).

Fear of Compassion

For fear of compassion the fixed intercept at week one was 14.2 ($p > .000$), but again no established cut-off indicating the severity of this score has been developed (Table 1). The range is 3-21 (sum score of three items being scored from 1-7) but lower scores are indicators of less fear of compassion. The patients were significantly different from one another at week one ($p > .000$). There was a fixed effect of time indicating that the fear of compassion score on average decreased with -0.15 points per week during the treatment period ($p > .000$). The patients also differed significantly from each other in their development over time ($p = .003$).

Within-Patient Processes

The hypotheses in the current analysis are concerned with within-patient variations. Therefore, we are interested in a patient's standing on self compassion in a particular point of time relative to the typical level for that patient, i.e. the within-person effect.

Table 1. Estimates - Fixed intercept

	T0: Week 1	T1: Week 13
Age	48	
Gender	♀: 46 / ♂: 15	
Depression	12.86 (5.2)	8.8 (4.79)
Self-kindness	7.6 (4.13)	10.31(4.72)
Fear of compassion	14.2 (4.03)	12.17 (4.49)
GAD	8.06 (4.49)	6.17 (4.98)
Resilience	9.21 (2.43)	8.97 (2.60)
Wellbeing	3.01 (0.74)	3.46 (0.75)
Loneliness	2.51 (2.29)	2.04 (2.09)

Results

Hypothesis 1: Self-Compassion as a Predictor of Depressive Symptoms

First, a model with depressive symptoms (PHQ-9) as outcome and self-compassion (SC) as predictor was run to determine the interrelation of SC and PHQ-9 over weeks of treatment. The effects of self-kindness and fear of compassion were examined with both within- and between-person effects (Table 3).

Self-kindness

The Wang and Maxwell (2011)-model (person mean centering) examining the within-person effect for self-kindness predicting PHQ-9 produced significant effect ($p = .001$), demonstrating that when a patient experienced a higher level of self-kindness than what was expected for this particular patient (i.e. vis-à-vis the mean level of self-kindness for him/her, as measured during the treatment period), the patient subsequently reported decreasing PHQ-9. The result was supported by the Curran and Bauer (2011) model ($p = .007$). Also, the between-person effect of self-kindness was significant ($p = .012$), indicating that the patients who experienced a higher mean-level of self-kindness generally reported lower levels of PHQ-9 throughout therapy. However, in contrast to

the mean level of self-kindness as predictor of subsequent PHQ-9 scores; i.e. the Wang and Maxwell (2015) approach, the Curran and Bauer (2011) model (using the intercept of the slope for self-kindness as predictor of subsequent PHQ-9 scores) did not produce significant between-person effect ($p = .112$). As the two approaches do not correspond, the result was viewed as non-significant. There was no interaction effect of between- and within-person effects of self-kindness as a predictor of PHQ-9.

Fear of compassion

In the same way fear of compassion was tested as predictor of PHQ-9. The analysis did not show a significant within-person effect, indicating that fear of compassion did not predict depressive symptoms. However, there was a significant between-person effect ($p = .002$), indicating that the patients experiencing fear of compassion generally exhibited depressive symptoms. Again, the interaction effect of within- and between effects produced a non-significant result.

This model produced significant effects for between-patient and within-patient level of SC relative to PHQ-9. Patients who had higher level of fear of compassion than other patients initially, also had higher levels of depressive symptoms. Also, patients whose level of self-kindness at a given week was higher than initially, tended to have lower PHQ-9.

Hypothesis 2: Depressive Symptoms as a Predictor of Self-Compassion

In the next model we tested the reversed causality; in which PHQ-9 was used as a predictor of self-kindness and fear of compassion (Table 4).

Self-kindness

With self-kindness as the dependent variable, the Wang and Maxwell (2015) approach produced a significant within-person effect ($p = .009$), indicating that self-kindness was predicted by deviations in the patient's depressive symptoms from his/her mean level of depression. On the other hand, the Curran and Bauer (2011) analysis did not show significance ($p = .096$), and therefore the result was treated as not significant².

² It could be argued that a 1-tailed test is appropriate for the analysis, given the hypothesis' clear expectation that a change for less depressive symptoms will be associated with a higher level of self kindness. That would allow for accepting $p < .1$.

However, the between-person effect was significant ($p = .007$), whereas the interaction effect of within- and between-person effects was not.

Fear of compassion

Subsequently we tested PHQ-9 as a predictor of fear of compassion; and found that the within-person effects were not significant. The between-person effect was however significant ($p = .003$). The interaction effect of within- and between-person effects was not significant using the Wang and Maxwell (2015) approach ($p = .677$), but was significant for the Curran and Bauer (2011) approach ($p = .036$). This indicates that patients with a lower PHQ-9 score at the beginning of therapy, had larger effects of changing their PHQ-9 scores from week to week in terms of predicting fear of compassion.

Hypothesis 3a: Reciprocal Relationship between Self-Kindness and Fear of Compassion, and 3b) both variables as predictors of Depressive Symptoms

In the last model, we tested the effects of self-kindness and fear of compassion simultaneously, as well as their interaction, with PHQ-9 as the dependent variable (Table 5 & 6). Both self-kindness and fear of compassion were disaggregated into between-person and within-person components, as in the two preceding models.

Self-kindness

Analyzing self-kindness as predictor of fear of compassion showed a diverging result regarding the within-person effects; for Wang and Maxwell (2015) it turned out to be significant ($p = .004$), whereas the more conservative approach Curran and Bauer (2011) showed no significance ($p = .811$). The between-person effect was significant ($p = .000$). The interaction effects were not significant ($p = .080$ and $.958$, respectively, see also footnote 2).

Fear of compassion

Reversed causality was then tested; fear of compassion as predictor of self-kindness. The tests resulted in non-significant within-person effect ($p = .081$ and $.256$, see also footnote 2). Again the between-person effects were significant ($p = .000$), but the interaction effects were not.

Self-kindness and fear of compassion

Finally, both self-kindness and fear of compassion were used as simultaneous predictors of PHQ-9, using the Wang and Maxwell (2015) approach.

The result indicated that the between-person effects were no longer significant, neither for self-kindness nor fear of compassion ($p = .074$ for fear of compassion, see footnote 2). When the two variables were competing directly in predicting PHQ-9, only the within-person effect of self-kindness was significant ($p = .001$).

Table 2. Results

	Person Mean Centering (Wang & Maxwell, 2015)				Regression analysis (Curran & Bauer, 2011)		
Predictor	Outcome	Significance			Significance		
		Within-person effects	Between-person effects	Interaction-effects	Within-person effects	Between-person effects	Interaction-effects
<i>Self-compassion</i> SK	PHQ-9	√	√	-	√	-	-
<i>Self-compassion</i> FC	PHQ-9	-	√	-	-	√	-
PHQ-9	<i>Self-compassion</i> SK	√	√	-	-	√	-
PHQ-9	<i>Self-compassion</i> FC	-	√	-	-	√	√
FC	SK	-	√	-	-	√	-
SK	FC	√	√	-	-	√	-
SK+FC	PHQ-9	√	-	-			

SK = Self-kindness, FC = Fear of compassion, PHQ-9 = Depressive symptoms

Results of within-, between- and interaction analysis

Table 3

Hypothesis 1: Self-compassion predicts depression

Variable	SK as predictor of PHQ-9	SK as predictor of PHQ-9 with interaction	FC as predictor of PHQ-9	FC as predictor of PHQ-9 with interaction
Fixed parameters				
<i>Intercept</i>				
PMC	16.64*** (1.62)	16.66 *** (1.62)	6.25** (2.22)	6.20** (2.23)
DT	15.15*** (1.45)	15.16*** (1.45)	5.50 (2.77)	5.50 (2.77)
<i>Week</i>				
PMC	-0.22*** (0.05)	-0.22*** (0.05)	-0.25*** (0.05)	-0.25*** (0.06)
DT	-0.25*** (0.05)	-0.25*** (0.05)	-0.26*** (0.05)	-0.26*** (0.05)
<i>Within-person effects</i>				
PMC	-0.17*** (0.05)	-0.11 (0.18)	0.06 (0.04)	0.18 (0.22)
DT	-0.15** (0.05)	-0.13 (0.15)	0.04 (0.05)	0.04 (0.29)
<i>Between-person effects</i>				
PMC	-0.42* (0.16)	-0.42* (0.16)	0.49** (0.15)	0.49** (0.15)
DT	-0.26 (0.16)	-0.26 (0.16)	0.51** (0.18)	0.51** (0.18)
<i>Between- and within person interaction</i>				
PMC		-0.00 (0.01)		-0.00 (0.01)
DT		-0.00 (0.01)		-0.00 (0.01)
Random parameters				
PMC:				
<i>Intercept</i>	24.76*** (5.12)	24.81*** (5.13)	23.77*** (4.91)	23.90*** (4.94)
<i>Covariance</i>	-0.77* (0.33)	-0.78* (0.33)	-0.83* (0.34)	-0.85* (0.34)
<i>Slope</i>	0.14*** (0.03)	0.14*** (0.03)	0.16*** (0.03)	0.16*** (0.03)
<i>-2 Log Likelihood</i>	3007.196	3013.304	3013.396	3019.524
DT:				
<i>Intercept</i>	25.39*** (5.27)	25.40*** (5.27)	23.82*** (4.93)	23.81*** (4.93)
<i>Covariance</i>	-0.74* (0.35)	-0.74* (0.35)	-0.78* (0.34)	-0.78* (0.34)
<i>Slope</i>	0.16*** (0.03)	0.16*** (0.03)	0.16*** (0.03)	0.16*** (0.03)
<i>-2 Log Likelihood</i>	3014.035	3020.212	3015.481	3021.566

Note:

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

PMC = Person Mean Centering (Wang & Maxwell, 2015)

DT = Detrending (Curran & Bauer, 2011)

SK = Self-kindness

FC = Fear of compassion

PHQ-9 = Depressive symptoms

Table 4

Hypothesis 2: Depressive symptoms predicts self-compassion

Variable	PHQ-9 as predictor of SK	PHQ-9 as predictor of SK with interaction	PHQ-9 as predictor of FC	PHQ-9 as predictor of FC with interaction
Fixed parameters				
<i>Intercept</i>				
PMC	11.16*** (1.26)	11.16*** (1.26)	11.47*** (1.21)	11.44*** (1.22)
DT	11.04*** (1.35)	11.02*** (1.35)	11.73*** (1.32)	11.85*** (1.31)
<i>Week</i>				
PMC	0.19*** (0.04)	0.19*** (0.04)	-0.02*** (0.03)	-0.21*** (0.03)
DT	0.21*** (0.04)	0.21*** (0.04)	-0.21*** (0.03)	-0.21*** (0.03)
<i>Within-person effects</i>				
PMC	-0.09** (0.03)	-0.08 (0.10)	0.01 (0.03)	0.05 (0.10)
DT	-0.05 (0.03)	0.09 (0.10)	-0.01 (0.03)	-0.22* (0.10)
<i>Between-person effects</i>				
PMC	-0.28** (0.10)	-0.28** (0.10)	0.30 ** (0.09)	0.30** (0.09)
DT	-0.24* (0.09)	-0.02* (0.09)	0.24* (0.09)	0.23* (0.09)
<i>Between- and within person interaction</i>				
PMC		0.00 (0.00)		-0.00 (0.00)
DT		-0.01 (0.00)		0.01* (0.00)
Random parameters				
PMC:				
<i>Intercept</i>	15.84*** (3.37)	15.85*** (3.37)	11.51*** (2.68)	11.54*** (2.69)
<i>Covariance</i>	-0.47* (0.22)	-0.48* (0.22)	-0.02 (0.15)	-0.02 (0.15)
<i>Slope</i>	0.07*** (0.02)	0.07*** (0.02) s	0.03* (0.01)	0.03* (0.01)
<i>-2 Log Likelihood</i>	2647.285	2655.147	2629.742	2637.486
DT:				
<i>Intercept</i>	15.08*** (3.15)	15.04*** (3.15)	11.33*** (2.60)	11.04*** (2.55)
<i>Covariance</i>	-0.43* (0.21)	-0.42* (0.21)	0.05 (0.14)	0.08 (0.14)
<i>Slope</i>	0.08*** (0.02)	0.08*** (0.02)	0.03* (0.01)	0.03* (0.01)
<i>-2 Log Likelihood</i>	2651.228	2657.204	2631.182	2635.875

Note:

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

PMC = Person Mean Centering (Wang & Maxwell, 2015)

DT = Detrending (Curran & Bauer, 2011)

SK = Self-kindness

FC = Fear of compassion

PHQ-9 = Depressive symptoms

Table 5

Hypothesis 3a: Reciprocal relationship between self-kindness and fear of compassion

Variable	SK as predictor of FC	SK as predictor of FC with interaction	FC as predictor of SK	FC as predictor of SK with interaction
Fixed parameters				
<i>Intercept</i>				
PMC	21.64*** (0.96)	21.62*** (0.96)	17.70*** (1.35)	17.72*** (1.35)
DT	20.15*** (0.88)	20.16*** (0.88)	19.47*** (1.69)	19.47*** (1.69)
<i>Week</i>				
PMC	-0.17*** (0.03)	-0.17*** (0.03)	0.21*** (0.04)	0.20*** (0.04)
DT	-0.19*** (0.03)	-0.19*** (0.03)	0.22*** (0.04)	0.22*** (0.04)
<i>Within-person effects</i>				
PMC	-0.12** (0.04)	-0.18 (0.14)	-0.07 (0.04)	-0.11 (0.18)
DT	-0.06 (0.04)	-0.26* (0.12)	-0.04 (0.04)	-0.06 (0.25)
<i>Between-person effects</i>				
PMC	-0.76*** (0.09)	-0.76*** (0.09)	-0.72*** (0.09)	-0.72*** (0.09)
DT	-0.68*** (0.10)	-0.68*** (0.01)	-0.79*** (0.11)	-0.79*** (0.11)
<i>Between- and within person interaction</i>				
PMC		0.00 (0.01)		0.00 (0.01)
DT		0.02 (0.01)		0.00 (0.01)
Random parameters				
PMC:				
<i>Intercept</i>	6.87*** (1.85)	6.92*** (1.87)	10.32*** (2.30)	10.35*** (2.31)
<i>Covariance</i>	-0.08 (0.14)	-0.09 (0.14)	-0.58** (0.21)	-0.59** (0.21)
<i>Slope</i>	0.03* (0.01)	0.03* (0.01)	0.09*** (0.09)	0.09*** (0.02)
<i>-2 Log Likelihood</i>	2431.443	2437.939	2472.347	2479.086
DT:				
<i>Intercept</i>	6.49*** (1.75)	6.48*** (1.74)	9.64*** (2.17)	9.64*** (2.17)
<i>Covariance</i>	0.09 (0.13)	0.09 (0.13)	-0.49 (0.20)	-0.49* (0.20)
<i>Slope</i>	0.03* (0.01)	0.03* (0.01)	0.09*** (0.02)	0.09*** (0.02)
<i>-2 Log Likelihood</i>	2444.373	2448.059	2477.336	2483.641

Note:

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

PMC = Person Mean Centering (Wang & Maxwell, 2015)

DT = Detrending (Curran & Bauer, 2011)

SK = Self-kindness

FC = Fear of compassion

PHQ-9 = Depressive symptoms

Table 6

Hypothesis 3b: Self-kindness and fear of compassion simultaneously predicting depressive symptoms

Variable	FC and SK as predictors of PHQ-9	SK and FC as predictor of PHQ-9 with interaction
PMC - Fixed parameters		
<i>Intercept</i>	8.23 (4.87)	8.11 (4.87)
<i>Week</i>	-0.21*** (0.05)	-0.21*** (0.05)
<i>Within-person effects</i>		
FC	0.05 (0.04)	0.06 (0.04)
SK	-0.17*** (0.05)	-0.16*** (0.05)
<i>Between-person effects</i>		
FC	0.41 (0.22)	0.41 (0.22)
SK	-0.12 (0.23)	-0.11 (0.23)
<i>Within-person effect</i>		
FC- and SK- interaction		0.02 (0.01)
PMC - Random parameters		
<i>Intercept</i>	24.26*** (5.05)	24.47*** (5.60)
<i>Covariance</i>	-0.79* (0.33)	-81* (0.34)
<i>Slope</i>	0.14*** (0.03)	0.13*** (0.03)
<i>-2 Log Likelihood</i>	3008.205	3019.067

Note:

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

PMC = Person Mean Centering (Wang & Maxwell, 2015)

SK = Self-kindness

FC = Fear of compassion

PHQ-9 = Depressive symptoms

Discussion

The main purpose of this study was to examine the role of self-compassion components in relation to depressive symptoms in the process of change during in-patient treatment. The results might help us understand the dynamics between self-compassion and depressive symptoms, and what might cause change in depressive symptoms to occur (i.e. act as change mechanism). Consistent with the hypothesis, self-kindness turned out to play a central, direct role in affecting depressive symptoms, whereas fear of compassion did not. This major finding was on the within-person level, and not on the between-person level. Moreover, we found that the level of self-kindness experienced by the patients increased during the treatment period, and the level of fear of compassion as well as depressive symptoms decreased.

Self-kindness

The first and central hypothesis of this study was that the effects of experiencing self-kindness would subsequently affect depressive symptoms. As we, first and foremost, were concerned with the within-patient effects, the hypothesis of self-compassion as predictor of depressive symptoms was supported, as the one and only in the study. That is; when a patient experienced a higher level of self-kindness than was expected for him/her, the patient successively experienced less depressive symptoms. Specifically, patients who had a higher level of self-kindness at the beginning of therapy, were able to experience less depressive symptoms when they experienced a higher level of self-kindness than was typical for him/her.

Fear of compassion

Fear of compassion as within-person effect apparently does not play any direct role in relation to depressive symptoms. That is; an alteration in the experience of fear of compassion does not affect the depressive symptoms, and as such it is not a significant variable. However, it might be possible that when the sense of self-kindness is positively changed, the sense of fear of compassion will be affected, and as self-kindness affects depression, fear of compassion would indirectly play a role for depression.

Between-person effects

Fear of compassion as predictor of depression, depression as predictor of self-compassion, fear of compassion as predictor of self-kindness and self-kindness as predictor of fear of compassion all produced significance as between-person effects. In this we can observe human individuality as the between-person differences represent the source of variance. As a consequence, information about such individuality may result in individually designed treatment. For instance, we could imagine that regardless of how much a person's self-kindness fluctuates from week to week, that person has some typical level of self-kindness that can differ considerably from the typical level of self-kindness of other people. A person's characteristic level of self-kindness is represented by the term between-person variation. (Mroczek et al., 2003.) To design such individual treatments, the information we get on the within-person level is valuable.

Within-person effects

As pointed out, for a therapist working with a particular patient, the most interesting concern/issue is how the patient develops over time relative to him-/herself. Typically, process research has been concerned with whether a patient who scores above or below the mean of a group of patients also scores above or below the mean for an outcome measure. But a patient's performance relative to other patients provides limited knowledge to the therapist. Rather, therapists pay close attention to variables thought to represent change mechanisms in psychotherapy, monitors whether these variables change in therapy, and tracks if this change is followed by changes in the presenting problem. How the patient is doing relative to how he/she is typically doing; for example, whether he/she is less depressed than usual, is each session a typical therapist focus. Consequently, comparison of one patient to other patients (at the between-person level) will not in the same way reveal individual processes in psychotherapy. In a study orienting cluster C patients to affect Ulvenes et al. (2014) also stated that key processes in psychotherapy might primarily be found at the within-patient level.

The focus of APT and self-compassion

The key words of the within-person effect seem to be *more than usual*. The study implies that the level of self-kindness that is more than expected for a patient, is followed by lower depressive symptoms. The more the patient is able to orient toward,

and experience a higher level of, the positive self-construct of kindness and warmth, the more the level of depressive symptoms will weaken. A comparison to running; if you want to become a better runner, you have to challenge and expose your running muscles, to feel the strain and the pain, to speed up now and then; to run faster than usual, i.e. compared to yourself, not compared to your neighbour.

In the study with cluster C patients, Ulvenes et al. (2014) found that both the degree to which the therapist oriented the patient toward affect, and the patient's sense of self, predicted the patient experiencing affect. Given the result that the patient's experience of depression weakens when he/she experiences a stronger degree of self-kindness than is usual for him/her, and that the therapist orientation also in this study's perspective is important, it is plausible to draw an implication for the psychodynamic model's sense of self principle of challenging the patient to become more accepting and compassionate towards himself/herself. This could mean for the therapist, as in the study of Ulvenes et al. (2014), to be "more than usual encouraging and challenging" vis-à-vis the patient regarding self-kindness, rather than the general level of orienting towards self-kindness, in order to help the patient develop the self-kindness capacity.

The role of helping patients to relate to these feelings is supported by previous research; there is increasing evidence that helping people develop compassion for themselves and for others will have powerful impacts on negative affect and promote positive affect (Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard & Davidson, 2004). With respect to the variable fear of compassion; for people with high levels of self-criticism it could be extremely difficult to be kind to themselves, feeling self-warmth and self-compassion (Gilbert, 2009). Therefore, the first challenge in the therapeutic self-compassion orientation could in many cases be addressing people's fears and resistance. In APT the main objectives to desensitize phobias of self-compassion are helping the patient gaining insight and motivation, exposure to feeling, regulation of anxiety and restructuring the sense of self and others.

Strenghts and Limitations of the Study

The results are strengtened by the fact that the analyses in the study includes two well-established approaches, that on the whole produce the same result. Also, one consequence of the study is that it confirms the need for more differentiated treatments

for the individual patient. This is also a relevant perspective in the debate concerning the ever increasing demands set to efficient productivity within the health sector.

There is a range of limitations to be acknowledged of the current study. Firstly, generalization of results may only apply to patients diagnosed with MDD, and as one of the depressive symptoms typically is negative and critical self-constructs, the results of the study with its focus on self-compassion may be specific to this population. Secondly, even if this study's model of treatment includes an intensive regime with high dosage and high frequency of challenges and interventions, we do not know exactly what caused this higher experience of self-kindness. It might be multiple reasons. There is no simple and single path to emotional and behavioral problems, just as to many diseases and disorders, and there may be correspondent complexity in mechanisms for a given treatment or outcome (Kazdin, 2009). Other variables, which we have not taken into account in the present study, might have importance. Thus, the result has to be regarded, with such limitations in mind. Thirdly, the data collection is based on self-report scales, which might have limited reliability in the sense that the answers are dependent on the person's level of understanding, insight and commitment. Writing and reading difficulties, stress and anxiety are other aspects that might have interfered.

Research Implications

Further studies should investigate specifically the within-person relationships between self compassion and therapeutic interventions aiming at increasing the level of self-kindness, and outcome.

Clinical Implications

The present within-person result makes a basis for the recommendation to emphasize interventions and offer treatment that include self-compassion, both self-kindness and fear of compassion. In view of the APT approach of exposing the patient for compassion, the "more than usual" exposure for in-patient treatment might be to increase the frequency of self-kindness group activities like mindfulness even more, for instance introduce short daily sessions, in addition to the therapists' stronger self-kindness and fear of compassion focus in individual and group sessions. Another important aspect would be to introduce psychoeducation early in the therapy process, and make the patients familiar with self-compassion practicing also theoretically.

Compassionate mind training (CMT) has been shown to have a significant impact on among others self-attacking and shame (Gilbert & Procter, 2006), and might be useful as for fear of compassion. To write compassionate letters to oneself has also been shown to improve coping with life-events and reduce depression (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007).

Conclusion

*If you want others to be happy, practice compassion.
If you want to be happy, practice compassion.*
-DALAI LAMA

As the result of the within-person effect indicated that self-kindness is a predictor of depressive symptoms, but not vice versa, we might say that the present results build upon previous research on self-compassion and depression, and strengthen the idea that self-kindness plays an important role in the process leading to change in therapy.

This is the first study, as far as we know, to investigate the relationship between the experience of self-compassion and depressive symptoms on a clinical population during in-house treatment. The significance of the study seems to be not merely that the within-person level gives us crucial information that will help the single patient in his/her therapy specifically, but the result also serves as a brick in the wall we are building in understanding why and how psychotherapy as treatment for depression produces its benefits generally.

References

- Aamodt, A. (2010). *Understanding and treating people with severe mental disorders. The Affect Consciousness Model* (DVD). Philadelphia: The Tomkins Institute.
- Aamodt, A. (2011). *Forståelse og behandling av de mest alvorlig lidende og behandlingstrengende allmennpsykiatriske pasientene Sørlandet sykehus har behandlingsansvar for*. Kristiansand: RVTS Sør (Høringsuttalelse til SSHF).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- Bardum, A. M. G. (2011). Thesis for the Professional Programme, The Department of Psychology. *The Impact of Positive Self-Constructs. Exploring and reviewing some positive self-constructs of relevance to psychotherapy*. Oslo: The University of Oslo.
- Berge, T. (2007). *Psykologi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Oppmerksomt nærvær: En fellesfaktor i psykologisk behandling. Vol 44, nummer 7, 858-859.
- Binder, P. E. & Hjeltnes, A. (2013). *Psykologi. Tidsskrift for norsk psykologforening*. Tilstede i glede og smerte: Mindfulness og arbeid med emosjoner i psykoterapi. Vol 8, 2013, 814-821.
- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P. M., Nocito, E. P. & Magri, L. (2010). Short-term psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for depressive and anxiety disorders: a randomized clinical trial of efficacy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 647-652.
- Cacioppo, J. T., Berston, G. G. Sheridan, J.F. & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analysis of human behaviour: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126, 829-843.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006a). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638. doi: 10.1002/jclp.20256.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006b). The task force on empirically based principles of therapeutic change: In Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 3-12). New York: Oxford University Press.
- Covey, S. R. (1989). *The 7 habits of highly effective people*. New York: Simon & Schuster.
- Cuijpers, P. (2017). Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses. *Canadian Psychology* 2017. Vol 58, No. 1, 7-19. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000096>.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L. & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of affective disorders*. 2013;149(1):1-13.
- Cuijpers, P., Straten, A.V., Schuurmans, J., Oppen, P.V., Hollon, S.D. & Andersson, G. (2009). *Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta analysis*.
- Cuijpers, P., Huibers, M. J. H. & Furukawa, T. A. (2017). The Need for Research on Treatments of Chronic Depression. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(3):242-243. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4070.
- Curran, P. J. & Bauer, D. J. (2011). The disaggregation of within-person and between-person effects of longitudinal models of change. *Annual review of psychology* 62, 583-619.

- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S., Abbass, A. A., de Jonghe, F. & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25-36.
- 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.
- Fitzmaurice, G. M., Laird, N. M. & Ware, J. H. (2004). *Applied longitudinal analysis*. New York, NY: Wiley.
- Follette, W. C., & Greenberg, L. S. (2006). Technique factors in treating dysphoric disorders. *Principles of therapeutic change that work*, 83-109.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, Apr 2009, vol. 15, 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264.
- Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J. R. & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Volume 20, Number 2, 2006. doi.org/10.1891/jcop.20.2.183.
- 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, 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. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. Doi: 10.1002/cpp.507.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (2004). *Destructive Emotions: How can we overcome them?* New York: Bantam Books.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372.
- Grelland, H. H. (2005). *Følelsenes filosofi*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: The Guilford Press
- Hoffart, A. (2017). Terapiforskningen trenger en idiografisk vending. *Psykologi. Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vol 50, nummer 2, 2017, 210-212.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M. & Wampold, B. E. (2008). *A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia*. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 197-206.
- Karlsson, L., Pelkonen, M., Heila, H., Holli, M., Kiviruusu, O., Tuisku, V., Ruutu, T. & Marttunen, M (2007). Differences in the clinical characteristics of adolescent depressive disorders. *Depression and anxiety*, 24(6), 421-432.
- Karterud, S. & Monsen, J. T. (1997). *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007.3:1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19:4-5, 418-428. doi: 10.1080/10503300802448899
- Kelly, V. C. (2009). *A primer of affect psychology*. Philadelphia: The Tomkins Institute
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine* 16(9).
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen A. B. & Hancock, J. (2007). Self-

- compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M. & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101, 16369-16373. doi: 10.1073/pnas.0407401101
- McCullough, J. P. (1991). *Psychotherapy for dysthymia: a naturalistic study of ten patients*. The Journal of nervous and mental disease, 179(12), 734-740.
- McCullough Jr, J. P., Klein, D. N., Borian, F. E., Howland, R. H., Riso, L. P., Keller, M. B., & Banks, P. L. (2003). Group Comparisons of DSM-IV Subtypes of Chronic Depression: Validity of the Distinctions, Part 2. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 614.
- McCullough, L., Kuhn, N. Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Lanza Hurley, C. (2004). *Treating Affect Phobia: A manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Mroczek, D. K., Spiro III, A. & Almeida, D. M. (2003). Between- and within-person variation in affect and personality over days and years: How basic and applied approaches can inform one another. *Ageing International*, Summer 2003, Vol. 28, No. 3, p. 260-278.
- Neff, K. (2017a). *Self-Compassion. The three elements of self-compassion*. Downloaded 3.4. 2017 from: <http://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/>
- Neff, K. (2017b). *Self-Compassion. Scales for Researchers*. Downloaded 3.4. 2017 from: <http://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>
- Næss, A. (2005). *Livsfilosofi: Et personlig bidrag om følelser og fornuft*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R. & Lyness, J. M. (2006). *Treatments for later-life depressive conditions; a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy*. The American Journal of psychiatry. 163(9).
- Riso, L. P., & Klein, D. N. (2004). Vulnerability to chronic depression: A review and preliminary model. *Medical Psychiatry*, 25, 49-72.
- Schanche, E., Hjeltnes, A., Berggraf, L. and Ulvenes, P. (2013). *Psykologi. Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi. Vol 50, nummer 8, 2013, side 781-789.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Seligman, M. E. P. (2003). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. London: Nicholas Brealy Publishing.
- Shahar, G. (2015). *Erosion. The Psychopathology of Self-Criticism*. New York: Oxford University Press.
- Solbakken, O. A. (2012). Affektforskning. Ømhet aller viktigst. *Psykologi. Tidsskrift*

for Norsk psykologforening. Vol 49, nummer 7, 2012, side 697-699.

- Teasdale, J. D., & Dent, J. (2011). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(2), 13-126.
- Tilden, T. and Wampold, B. E. (2017). *Routine Outcome Monitoring in Couple and Family Therapy. The Empirically Informed Therapist*. New York: Springer International Publishing AG.
- Tomkins, S. S. (1995). *Exploring Affect: The selected writings of Silvan. S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Torpey, D. C., & Klein, D. N. (2008). Chronic depression: update on classification and treatment. *Current psychiatry reports*, 10(6), 458-464.
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Wampold, B., Hoffart, A., Stiles, T., McCullough, L. (2014). Orienting Patient to Affect, Sense of Self, and the Activation of Affect Over the Course of Psychotherapy With Cluster C Patients. *Journal of Counseling Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000028>
- Wang, L. P. & Maxwell, S. E. (2015). On Disaggregating Between-Person and Within-Person Effects With Longitudinal Data Using Multilevel Models. *Psychological Methods* 20(1), 63-83. Doi.org/10.1037/met0000030.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: Routledge.
- Wilber, K. (2004). *The simple feeling of being*. Boston & London: Shambhala
- Wisco, B. E. & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Risk factor in depression. *Ruminative Response Style*, p. 221-236.
- World Health Organization (2017). *Depression*. Fact sheet no. 369.

Appendix 1: PHQ-9, Self-Compassion scale, Fear of Compassion scale

The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

1. *Little interest or pleasure in doing things*
2. *Feeling down, depressed or hopeless*
3. *Trouble falling asleep, staying asleep, or sleeping too much*
4. *Feeling tired or having little energy*
5. *Poor appetite or overeating*
6. *Feeling bad about yourself – or that you’re a failure or have let yourself or your family down*
7. *Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.*
8. *Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or, the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual*
9. *Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way*

Neff’s Self-Compassion scale

When I’m going through a very hard time, I give myself the caring and tenderness I need.

I’m kind to myself when I’m experiencing suffering.

I’m tolerant of my own flaws and inadequacies (Neff, 2017b)

Gilbert’s Fear of Compassion Scale (fear of expressing kindness and compassion towards yourself)

I feel that I don’t deserve to be kind and forgiving to myself.

I find it easier to be critical towards myself rather than compassionate.

I fear that if I am more self-compassionate, I will become a weak person. (Gilbert et al., 2011).

1. Modum Bad repeterte målinger - symptomer

Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste dagene?

	0 Ikke i det	1 Enkelte dager	2 Mer en halvparten av dagene	3 Nesten hver dag
1. Lite interesse for eller glede av å gjøre ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Følt deg nedfor, depriment eller fylt av håpløshet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vansker med å sovne, sove uten avbrekk eller med å sove for mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Følt deg trett eller energiløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dårlig appetitt eller å spise for mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket - eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på tv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har vært mye mer i bevegelse enn vanlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tanker om at du ikke gjerne kunne vært død eller på annen måte ville skade deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Følt deg nervøs, engstelig eller på tuppa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ikke klart å stoppe eller kontrollere bekymringene dine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bekymret deg for mye om ulike ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hatt vansker med å slappe av?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vært så rastløs at det har vært vanskelig å sitte stille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blitt lett irritert eller egret deg over ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Følt deg redd som om noe forferdelig kunne komme til å skje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendix 2: Modum Bad – Process Outcome Questionnaire, M-POQ

1.

Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste dagene?

	0 Ikke i det tatt	1 Enkelte dager	2 Mer en halvparten av dagene	3 Nesten hver dag
17. Hvor ofte føler du at du mangler kameratskap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hvor ofte føler du deg utelatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste dagene?

	1 Helt uenig	2 Nokså uenig	3 Verken enig eller uenig	4 Nokså enig	5 Helt enig
20. Jeg har følt meg optimistisk med tanke på fremtiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jeg har følt meg til nytte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jeg har følt meg avslappet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jeg har taklet problemer på en god måte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jeg har tenkt klart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jeg har følt nærhet til andre mennesker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jeg har vært i stand til å gjøre opp min egen mening om ting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jeg er i stand til å tilpasse meg endringer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jeg pleier å komme meg raskt til hektene etter sykdom eller vanskelige tider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.

Modum Bad repeterte målinger - Prosesser

I løpet av de siste dagene, hvor enig er du i følgende utsagn:

	1 Helt uenig	2 Nokså uenig	3 Litt uenig	4 Verken enig eller uenig	5 Litt enig	6 Nokså enig	7 Helt enig
1. Terapeuten min og jeg har kommet frem til en god forståelse av hvilke forandringer som vil være bra for meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Terapeuten min og jeg er enige om hva som er viktig for meg å arbeide med.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terapeuten min forstår hva jeg håper å oppnå i behandlingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Terapeuten min og jeg arbeider mot mål som vi er enige om.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg skulle ønske jeg og terapeuten min kunne klargjøre formålet med behandlingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Terapeuten min og jeg er enige om hvilke ting jeg må gjøre i behandlingen for å bedre situasjonen min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sett under ett så forventer jeg mye bedring som et resultat av behandlingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hvis jeg gjør det som er forventet av meg i behandlingen, er mulighetene gode for at jeg kan håndtere problemene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Akkurat nå er behandlingen forståelig for meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Akkurat nå tror jeg behandlingen hjelper meg med problemene som gjorde at jeg oppsøkte behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg ville anbefalt denne behandlingen til en venn som har lignende problemer som mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.

Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste dagene?

	1 Helt uenig	2 Nokså uenig	3 Litt uenig	4 Verken enig eller uenig	5 Litt enig	6 Nokså enig	7 Helt enig
12. Terapeuten min virket oppriktig å bry seg om meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Terapeuten min og jeg er i stand til å ha et åpent og ærlig forhold.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Terapeuten og jeg viste en dyp og ekte omsorg for hverandre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg skjulte vesentlige sider ved meg selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Det spiller ingen rolle for terapeutens følelser for meg om jeg uttrykker gode eller dårlige tanker og følelser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg tror ikke at noe av det jeg sier eller gjør virkelig vil endre terapeutens følelser ovenfor meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Som regel oppfatter eller forstår terapeuten hva jeg følger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Terapeuten min forstår meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Noen ganger tror terapeuten min at jeg følger noe bestemt fordi han/hun følger det slik selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jeg følger at terapeuten bryr seg om meg selv når jeg gjør ting som han/hun ikke liker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jeg følger meg akseptert og respektert for den jeg er av terapeuten min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Terapeuten min er innstilt på å hjelpe meg å overvinne problemene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Terapeuten min har en god forståelse av meg og mine problemer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jeg forstår hvordan det vi gjør i terapi kan hjelpe meg å overvinne problemene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Terapeutens forklaring av problemene mine er forståelig for meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Det jeg gjør i terapien vil hjelpe meg å oppnå endringene jeg ønsker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Terapeuten min har ekspertisen som skal til for å hjelpe meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Det jeg gjør i behandlingen hjelper meg å se problemene mine på en ny måte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jeg tror at behandlingen vil hjelpe meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Modum Bad psykoterapi – Prosessevalueringsskjema

I løpet av de siste dagene, hvor enig er du i følgende utsagn:

	1 Helt uenig	2 Nokså uenig	3 Litt uenig	4 Verken enig eller uenig	5 Litt enig	6 Nokså enig	7 Helt enig
1. Jeg har vansker med å forstå følelsene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg aner ikke hva jeg føler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er forvirret over hva jeg føler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg takler ikke følelsen av å være fortvilet eller opprørt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Det virker som om andre mennesker er bedre i stand til å tåle å være fortvilet eller opprørt enn meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Å være fortvilet eller opprørt er alltid som en stor prøvelse for meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Følelsen av å være fortvilet eller opprørt skremmer meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Når jeg føler meg fortvilet eller opprørt, klarer jeg bare tenke på hvor fælt det føles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Følelsen av å være fortvilet er så intens at den tar helt over.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Når jeg føler meg fortvilet eller opprørt, kan jeg ikke la være å konsentrere meg om hvor fælt det egentlig føles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Når jeg har sterke følelser, ignorerer jeg dem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Når jeg har sterke følelser, prøver jeg å bli kvitt dem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Etter at jeg har vært uenig med noen, tenker jeg etterpå mye på situasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Når jeg har sterke følelser, er jeg redd for å miste kontrollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg opplever ofte skyld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Skylden jeg opplever er intens eller alvorlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.

	Ikke skyldig	Ganske lite skyldig	Litt skyldig	Moderat skyldig	Ganske mye skyldig	Veldig mye skyldig	Ekstremt skyldig
	1	2	3	4	5	6	7
	Helt uenig	Nokså uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Nokså enig	Helt enig
17. Sett under ett, hvor skyldig følger du deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I løpet av de siste dagene, hvor enig er du i følgende utsagn:							
18. Jeg har mistet respekten for meg selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jeg skammer meg over følelsene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Det er deler av meg som jeg skammer meg over.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jeg er så skamfull at noen ganger ønsker jeg å gjøre meg usynlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jeg skammer meg over måten jeg oppførte meg på.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Følelsen min av sinne er så intens at den tar helt over.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jeg prøver ofte å unngå å føle sinne selv om jeg har grunn til det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Når jeg blir sint, er jeg i stand til å uttrykke det på en passende måte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Følelsen min av tristhet er så intens at den tar helt over.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jeg prøver ofte å unngå å føle tristhet selv om jeg har grunn til det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Når jeg blir trist, er jeg i stand til å uttrykke det på en passende måte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. At jeg bekymrer meg er farlig for meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jeg kan gjøre meg selv syk av å bekymre meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Mine bekymringstanker går ikke bort uansett hvordan jeg forsøker å stoppe dem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Jeg klarer ikke å ignorere bekymringstankene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.

I løpet av de siste dagene, hvor enig er du i følgende utsagn:

33. Mine bekymringer kan gjøre meg gal.
34. Når jeg starter å bekymre meg, kan jeg ikke stoppe.
35. Når jeg opplever store påkjenninger, gir jeg meg selv den omsorg og omtanke jeg trenger.
36. Jeg er snill mot meg selv når jeg opplever noe vondt.
37. Jeg tolererer mine feil og utilstrekkeligheter.
38. Jeg føler at jeg ikke fortjener å være snill og tilgivende mot meg selv.
39. Det er lettere å være kritisk enn medfølende med meg selv.
40. Jeg frykter at hvis jeg er mer medfølende med meg selv, så blir jeg en svak person.

Ingen smerte Ganske lite smerte Litt smerte Moderat smerte Ganske mye smerte Veldig mye smerte Ekstremt smerte

41. Hvor mye smerte opplevde du?

42. Hvor mye påvirket smerten ditt daglige liv?

I løpet av de siste dagene, hvor enig er du i følgende utsagn:

43. Jeg kommer aldri til å bli så flink og dyktig som andre er.
44. Jeg er ikke verdt andres oppmerksomhet og kjærlighet.
45. Jeg er verdiløs.
46. Verden er et farlig sted.
47. Det er noe ved meg som gjør at det skjer fæle ting.
48. Jeg er en svak person.
49. Jeg kommer plutselig til å bli syk og dø.
50. Jeg kommer til å bli gal eller gjøre noe helt ukontrollert.
51. Jeg vil opptre klønete foran andre mennesker.
52. Noe forferdelig kommer til å skje.

MODUMBAD
an online tool

Modum Bad Repeated Measurement Instrument - Mars 2015

Appendix 3: *Psychotherapy* - Manuscript Submission Guidelines

Submission

Submit manuscripts electronically (.rtf, .doc, or .pdf files) through the [Manuscript Submission Portal](#).



Manuscript Submission Portal Entrance

Mark J. Hilsenroth, PhD
Editor
Professor of Psychology
302 Weinberg Bldg.
158 Cambridge Ave.
The Derner Institute of Advanced Psychological Studies
Adelphi University
Garden City, NY, 11530-0701

General correspondence may be directed to the [Editor's Office](#).

Psychotherapy publishes a wide variety of articles relevant to the field of psychotherapy. We strive to foster interactions among training, practice, theory, and research since all are essential to psychotherapy.

We welcome the widest scope of orientations to inform our readers. Authors are asked to submit theoretical contributions, research studies, novel ideas, the controversial, as well as examples of practice-relevant issues that would stimulate other theorists, researchers, and/or practitioners.

Manuscripts submitted to this Journal must have a very clear statement on the implications for psychotherapy, as well as use psychotherapy terminology. Thus, we are most interested in manuscripts that are specifically related to the therapeutic setting and treatment interventions in an applied manner. As such, papers would need to have very clear and accessible implications for therapists in applied clinical practice.

Directly related to the main aims of this Journal we also encourage submission of articles to a pair of ongoing special series. The first being Practice Review articles that summarize extant research in a clinically accessible manner. The second, parallel in purpose to the Practice Review articles, are Evidence-Based Case Studies that integrate verbatim clinical case material with standardized measures of process and outcome evaluated at different times across treatment.

When clinical case material is reported Authors are required to state in writing which criteria they have used to comply with the ethics code (i.e. specific informed consent, de-identification or disguise), and if de-identification or disguise is used how and where it has been applied. More information on both of these types of articles can be found on the [Psychotherapy Author and Reviewer Resources web page](#). This web page also contains links to several different resources to help authors conduct their research, including free statistical programs, as well as a range of formatting aids to help authors present their findings.

The average total length of manuscripts accepted for publication in the journal is 25–35 pages, all inclusive. Authors of manuscripts with greater length will need to justify the additional space in the their cover letter to the Editor.

Brief Reports are published and should be no longer than 15 pages, including text, references, tables and figures, but not abstract or title page. Book Reviews are published, and authors of new books should [contact Dr. Lisa Wallner Samstag](#), Book Review Editor, for further information regarding this process.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the [Publication Manual of the American Psychological Association \(6th edition\)](#). Manuscripts may be copyedited for bias-free language (see Chapter 3 of the *Publication Manual*).

Review APA's [Checklist for Manuscript Submission](#) before submitting your article.

In order to permit anonymous review, all authors' names, their affiliations, and contact information should be removed from the manuscripts itself and included in the cover letter to the Editor. This cover letter should also address any necessary APA publication policy or ethical principles that may exist (i.e. confidentiality of clinical case material, informed consent, overlapping use of prior published data set, etc).

Please ensure that the final version for production includes a byline and full author note for typesetting.

Double-space all copy. Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *Manual*. Additional guidance on APA Style is available on the [APA Style website](#).

Below are additional instructions regarding the preparation of display equations, computer code, and tables.

Display Equations

We strongly encourage you to use MathType (third-party software) or Equation Editor 3.0 (built into pre-2007 versions of Word) to construct your equations, rather than the equation support that is built into Word 2007 and Word 2010. Equations composed with the built-in Word 2007/Word 2010 equation support are converted to low-resolution graphics when they enter the production process and must be rekeyed by the typesetter, which may introduce errors.

To construct your equations with MathType or Equation Editor 3.0:

- Go to the Text section of the Insert tab and select Object.
- Select MathType or Equation Editor 3.0 in the drop-down menu.

If you have an equation that has already been produced using Microsoft Word 2007 or 2010 and you have access to the full version of MathType 6.5 or later, you can convert this equation to MathType by clicking on MathType Insert Equation. Copy the equation from Microsoft Word and paste it into the MathType box. Verify that your equation is correct, click File, and then click Update. Your equation has now been inserted into your Word file as a MathType Equation.

Use Equation Editor 3.0 or MathType only for equations or for formulas that cannot be produced as Word text using the Times or Symbol font.

Computer Code

Because altering computer code in any way (e.g., indents, line spacing, line breaks, page breaks) during the typesetting process could alter its meaning, we treat computer code differently from the rest of your article in our production process. To that end, we request separate files for computer code.

In Online Supplemental Material

We request that runnable source code be included as supplemental material to the article. For more information, visit [Supplementing Your Article With Online Material](#).

In the Text of the Article

If you would like to include code in the text of your published manuscript, please submit a separate file with your code exactly as you want it to appear, using Courier New font with a type size of 8 points. We will make an image of each segment of code in your article that exceeds 40 characters in length. (Shorter snippets of code that appear in text will be typeset in Courier New and run in with the rest of the text.) If an appendix contains a mix of code and explanatory text, please submit a file that contains the entire appendix, with the code keyed in 8-point Courier New.

Tables

Use Word's Insert Table function when you create tables. Using spaces or tabs in your table will create problems when the table is typeset and may result in errors.

Submitting Supplemental Materials

APA can place supplemental materials online, available via the published article in the PsycARTICLES® database. Please see [Supplementing Your Article With Online Material](#) for more details.

Abstract and Keywords

All manuscripts must include an abstract containing a maximum of 250 words typed on a separate page. After the abstract, please supply up to five keywords or brief phrases.

References

List references in alphabetical order. Each listed reference should be cited in text, and each text citation should be listed in the References section.

Examples of basic reference formats:

- **Journal Article:**
Hughes, G., Desantis, A., & Waszak, F. (2013). Mechanisms of intentional binding and sensory attenuation: The role of temporal prediction, temporal control, identity prediction, and motor prediction. *Psychological Bulletin*, 139, 133–151. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028566>
- **Authored Book:**
Rogers, T. T., & McClelland, J. L. (2004). *Semantic cognition: A parallel distributed processing approach*. Cambridge, MA: MIT Press.
- **Chapter in an Edited Book:**
Gill, M. J., & Sypher, B. D. (2009). Workplace incivility and organizational trust. In P. Lutgen-

Sandvik & B. D. Sypher (Eds.), *Destructive organizational communication: Processes, consequences, and constructive ways of organizing* (pp. 53–73). New York, NY: Taylor & Francis.

Figures

Graphics files are welcome if supplied as Tiff or EPS files. Multipanel figures (i.e., figures with parts labeled a, b, c, d, etc.) should be assembled into one file.

The minimum line weight for line art is 0.5 point for optimal printing.

For more information about acceptable resolutions, fonts, sizing, and other figure issues, [please see the general guidelines](#).

When possible, please place symbol legends below the figure instead of to the side.

APA offers authors the option to publish their figures online in color without the costs associated with print publication of color figures.

The same caption will appear on both the online (color) and print (black and white) versions. To ensure that the figure can be understood in both formats, authors should add alternative wording (e.g., "the red (dark gray) bars represent") as needed.

For authors who prefer their figures to be published in color both in print and online, original color figures can be printed in color at the editor's and publisher's discretion provided the author agrees to pay:

- \$900 for one figure
- An additional \$600 for the second figure
- An additional \$450 for each subsequent figure

Permissions

Authors of accepted papers must obtain and provide to the editor on final acceptance all necessary permissions to reproduce in print and electronic form any copyrighted work, including test materials (or portions thereof), photographs, and other graphic images (including those used as stimuli in experiments).

On advice of counsel, APA may decline to publish any image whose copyright status is unknown.

- [Download Permissions Alert Form \(PDF, 13KB\)](#)

Publication Policies

APA policy prohibits an author from submitting the same manuscript for concurrent consideration by two or more publications.

See also [APA Journals® Internet Posting Guidelines](#).

APA requires authors to reveal any possible conflict of interest in the conduct and reporting of research (e.g., financial interests in a test or procedure, funding by pharmaceutical companies for drug research).

- [Download Disclosure of Interests Form \(PDF, 38KB\)](#)

Authors of accepted manuscripts are required to transfer the copyright to APA.

- For manuscripts **not** funded by the Wellcome Trust or the Research Councils UK [Publication Rights \(Copyright Transfer\) Form \(PDF, 83KB\)](#)
- For manuscripts funded by the Wellcome Trust or the Research Councils UK [Wellcome Trust or Research Councils UK Publication Rights Form \(PDF, 34KB\)](#)

Ethical Principles

It is a violation of APA Ethical Principles to publish "as original data, data that have been previously published" (Standard 8.13).

In addition, APA Ethical Principles specify that "after research results are published, psychologists do not withhold the data on which their conclusions are based from other competent professionals who seek to verify the substantive claims through reanalysis and who intend to use such data only for that purpose, provided that the confidentiality of the participants can be protected and unless legal rights concerning proprietary data preclude their release" (Standard 8.14).

APA expects authors to adhere to these standards. Specifically, APA expects authors to have their data available throughout the editorial review process and for at least 5 years after the date of publication.

Authors are required to state in writing that they have complied with APA ethical standards in the treatment of their sample, human or animal, or to describe the details of treatment.

- [Download Certification of Compliance With APA Ethical Principles Form \(PDF, 26KB\)](#)
The APA Ethics Office provides the full [Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct](#) electronically on its website in HTML, PDF, and Word format. You may also request a copy by [emailing](#) or calling the APA Ethics Office (202-336-5930). You may also read "Ethical Principles," December 1992, *American Psychologist*, Vol. 47, pp. 1597–1611.