Effekten av internetlevererad medkänslafokuserad behandling vid långvarig smärta och samtidig emotionell problematik

Manuela Friberg & Annika Lidén

Örebro universitet

Sammanfattning

Långvarig smärta påverkar människor världen över. Emotionella problem som depression och ångest är vanlig samsjuklighet, tillsammans med negativ självbild där de transdiagnostiska processerna skam och självkritik är ofta förekommande. Medkänslafokuserad behandling riktas mot skam, självkritik och självmedkänsla. Med en Single Case Experimental Design undersöker studien effekten av en internetlevererad medkänslafokuserad behandling för personer med långvarig smärta och samtidig emotionell problematik. Specifikt undersöks om behandlingen leder till ökad självmedkänsla, minskning av skam, självkritik, ångest- och depressionssymtom samt ökad grad av livskvalitet. Resultatet visar behandlingseffekt på alla variabler och adderar till växande mängd forskning på medkänslafokuserad behandling och dess effekt över flera problemområden även levererad via internet. Resultatet uppmuntrar vidare forskning.

Nyckelord*: Självmedkänsla, skam, självkritik, långvarig smärta, medkänslafokuserad terapi, internetbehandling*

Handledare: Katja Boersma
Biträdande handledare: Alexander Håkansson
Psykologi, Masternivå, 30hp
HT 2014

The Effect of an Internet Delivered Compassion Focused Therapy for People with Chronic Pain and Concurrent Emotional Distress[1]

Manuela Friberg & Annika Lidén

Örebro University

Abstract

Chronic pain affects people worldwide. Emotional problems such as depression and anxiety are common comorbidity, along with negative self-image where the transdiagnostic processes of shame and self-criticism are common elements. Compassion focused therapy (CFT) aims at increasing self-compassion and reducing shame and self-criticism. With a Single Case Experimental Design this study examines if an Internet delivered CFT for people with chronic pain and concurrent emotional problems leads to increased self-compassion, reduced shame, self-criticism, depression and anxiety symptoms, and increased levels of quality of life. The results show treatments effects on all variables and add to the growing body of research that CFT affects several problem areas, even when delivered via the Internet. The results indicate need for further research.

Keywords: Self-compassion, shame, self-criticism, chronic pain, Compassion Focused Therapy, internet treatment

[1]*Psychology, Master's Thesis, Fall 2014. Supervisor: Katja Boersma & Alexander Håkansson*

Innehållsförteckning

INTRODUKTION 5
Långvarig smärta 5
Samtidig emotionell problematik 6
Psykologisk behandling 7
Medkänsla kontra skam och självkritik 9
Medkänslafokuserad terapi 11
Teoretisk bakgrund 11
Medkänslafokuserad terapi i praktiken 14
Behandling via internet 15
Syfte och hypoteser 15
METOD 17
Design 17
Rekrytering och procedur 18
Deltagarbeskrivning 20
Material 21
Behandling 26
Analysmetoder 28
Etiska överväganden 30
RESULTAT 31
Deltagare 1 32
Deltagare 2 35
Deltagare 4 36
Deltagare 6 40
Deltagare 7 42
DISKUSSION 45
Självmedkänsla 45
Skam och självkritik 46
Livskvalitet och smärta 47
Ångest och depression 48
Deltagare som avbröt behandlingen 48
Avslutande diskussion 49
Styrkor och svagheter i aktuell studie 50
Avslutande kommentarer 52
REFERENSER 53
BILAGOR 60
Bilaga 1 60

Bilaga 2 61
Bilaga 3 62
Bilaga 4 63
Bilaga 5 64
Bilaga 6 67
Bilaga 7 70
Bilaga 8 72
Bilaga 9 76

Effekten av internetlevererad medkänslafokuserad behandling vid långvarig smärta och samtidig emotionell problematik

Långvarig smärta är ett hälsoproblem som påverkar människor världen över. Utöver stora samhällskostnader finns ett stort personligt lidande. Minskad livskvalitet och emotionella problem som nedstämdhet, depression, ångest, sömnstörningar och trötthet är vanligt förekommande, ofta tillsammans med en negativ självbild där skam och självkritik är ett vanligt inslag (Statens beredning för multimodal behandling, 2006). Alltfler behandlingar fokuserar på att ändra personens förhållningssätt till sig själv och andra snarare än att minska symtom (Asmundson & Katz, 2009; Costa & Pinto-Gouveia, 2013; McCracken & Vowles, 2008). Medkänslafokuserad behandling är en behandlingsmetod med fokus på att minska skam och självkritik samt främja ett mer medkännande förhållningssätt mot sig själv och sitt lidande. Effekten av medkänslafokuserad behandling har tidigare undersökts hos personer med långvarig smärta och samtidig social ångest (Alehagen & Nilsson, 2014). I denna studie undersöks effekten av en internetlevererad medkänslafokuserad behandling hos personer med långvarig smärta och samtidig emotionell problematik.

Långvarig smärta

Långvarig smärta är ett utbrett problem och förekommer i Europa hos cirka en femtedel av befolkningen (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006; Reid et al., 2011). Liknande siffror gäller i Sverige där 18 % har svår långvarig smärta (Socialstyrelsen, 2011). Undersökning visar att 20-40% av besöken i primärvård är smärtrelaterade och hälften av dem är någon form av långvarig smärta (Socialstyrelsen, 2011). Utvecklandet av långvarig smärta är en komplex process där fysiska, emotionella, sociala och psykologiska faktorer samverkar och påverkar varandra (Bushnell, Ceko, & Low, 2013; Crombez, Viane, Eccleston, Devulder, & Goubert, 2013; Socialstyrelsen, 2011). Utifrån biopsykosocialt perspektiv samverkar en rad biologiska, psykologiska och sociokulturella mekanismer och sårbarhetsfaktorer vilka bidrar

till ökad risk för utveckling av långvariga smärtbesvär (t ex selektiv uppmärksamhet, minnesbias, låg tröskel för fysiologisk respons, negativt tänkande, undvikande beteende, oro, katastroftankar och traumatiska livserfarenheter) (Asmundson & Katz, 2009; Linton, 2013; Lumley et al., 2008; Turk & Wilson, 2010; Vlaeyen & Linton, 2000). Utifrån evolutionärt perspektiv är smärta nödvändig för vår överlevnad. Smärta uppmärksammar verklig eller potentiell fara och hjälper oss att ta hand om eller undvika att förvärra fysisk skada och är ofta snabbt övergående (Asmundson & Katz, 2009; Linton 2013). När smärtupplevelsen varat i minst tre månaders sammanhängande tid benämns den som långvarig smärta och kan bli ett livslångt lidande (Linton 2013) där många även har hög grad av emotionella svårigheter (SBU, 2006).

Samtidig emotionell problematik

Vid samtidig emotionell problematik ökar komplexitet och lidande. Samsjukligheten med psykiatriska besvär är hög (Breivik et al., 2006; Harvey et al., 2004; Bromley-Milton et al., 2013; Reid et al., 2011; SBU, 2006). Långvarig smärta och depression förekommer ofta samtidigt liksom det är vanligt att de som söker vård för långvarig smärta också rapporterar ångest (Asmundson & Katz, 2009). I medeltal uppfyller så många som 52% av patienter med smärta även kriterierna för depression (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003; Linton & Bergbom, 2011) och därutöver är många nedstämda men uppfyller inte kriterierna för depression (Linton & Bergbom, 2011). Vad gäller ångestproblematiken uppgår en siffra vid långvarig smärta till 35% (McWilliams, Cox, & Enns, 2003) och de vanligaste formerna är Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Panic Disorder (PD), Generalized Anxiety Disorder (GAD) och Social Anxiety Disorder (SD) (Asmundson & Katz, 2009).

Skam och självkritik är vanligt förekommande vid depression och ångestrelaterade diagnoser (främst PTSD) (Cox, McPherson, Enns, & McWilliams, 2004; Cox, McWilliams, Enns, & Clara, 2004; Matos, Pinto-Gouveia, & Costa, 2011; Shahar et al, 2012) och personer

med långvarig smärta och samtidig emotionell problematik har ofta en negativ relation till sig själv där skam, självkritik och en otrygg anknytningsstil är vanligt förekommande.

Otrygg anknytning föreslås vara en sårbarhetsfaktor som påverkar både smärtupplevelse, lidande och effekt av behandling (Andersen, 2012; Meredith, Ainsworth, & Strong, 2008). I en artikel (Meredith et al, 2008) sammanfattas hur otryggt anknutna personer har ökad risk att utveckla långvarig smärta, ofta upplever ett negativt bemötande från vårdpersonal, har sämre förmåga att på egen hand handskas med smärtrelaterat lidande, har svårare att söka hjälp från andra och har svårt att bygga trygg allians till sin terapeut. Vidare har visats att personer med negativ bild av sig själv och omgivningen upplever mer ångest och depression samt uppfattar smärtan som ett större hot (Meredith et al, 2008).

Var för sig orsakar långvarig smärta, emotionell problematik och otrygg anknytning lägre livskvalitet och stort lidande. Förekommer de tillsammans har de dessutom en negativ påverkan på varandra, dels gällande uppkomst och vidmakthållande av långvariga problem (Asmundson & Katz, 2009; Gerrits et al, 2012; Gilbert & Procter, 2006; Linton & Bergbom, 2011; Linton, 2013; Meredith et al, 2008) samt genom att påverka behandlingsutfallet negativt (Andersen, 2012; Bair et al., 2003; Gerrits et al, 2012; Gilbert & Procter, 2006; Gureje, 2008; Lawrence & Lee, 2013; Schanche, 2013; Shahar., et al, 2012).

Psykologisk behandling

Patienter med långvarig smärta och samtidig emotionell problematik är en av de grupper med lägst upplevd livskvalitet och det finns idag inte någon medicinsk eller psykologisk behandling som når tillfredsställande resultat (SBU, 2006). Multimodala behandlingsprogram med ett biopsykosocialt synsätt är den behandling som uppvisar bäst effekt (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010). I linje med slutsatser kring multimodal rehabilitering (SBU, 2006) ser man även inom forskning att behandling som åsyftar hjälpa patienter att utveckla

verktyg för att mer flexibelt kunna bemöta sin smärta snarare än minska smärtans intensitet bidrar till funktionsförbättring hos patienten (Bromley et al., 2013).

Kognitiv Beteendeterapi (KBT) anses vara *Gold standard* vid långvarig smärta (Ehde, Dillworth, & Turner, 2014) och multimodala behandlingar med utgångspunkt i KBT har god evidens vid jämförelse med andra beteendeterapier, läkemedel eller sjukgymnastik (SBU, 2006). Trots att medicinska och psykologiska behandlingsmetoder som ingår i programmen har effekt på gruppnivå är effekten inte tillfredsställande och hjälper inte alla, många upplever kvarstående problem efter behandling både gällande funktionsnivå och emotionella svårigheter (Lumley et al., 2008; SBU, 2006). För att kunna hjälpa dessa individer behöver man förstå vilka komponenter i behandlingen som har effekt, och för vilken subgrupp (Ehde et al., 2014).

Ett transdiagnostiskt perspektiv kan användas för att försöka förstå långvarig smärta och samsjuklighet. Det är vanligt inom sjukvården med en uppdelning mellan fysiskt och emotionellt lidande där tid går till att ställa rätt diagnos, både för smärtproblemen och de emotionella. Utifrån ett transdiagnostiskt perspektiv fokuseras på processer som är gemensamma över olika diagnoser och den behandling man ger avser få effekt på både fysiska och emotionella symtom (Linton, 2013b).

Det finns modeller som beskriver hur ångesttillstånd (främst PTSD) och långvarig smärta delar sårbarhetsfaktorer och ömsesidigt vidmakthåller varandra (Asmundson & Katz, 2009). Där beskrivs att samsjuklighet mer sannolikt uppkommer när personer med hög grad av sårbarhet (ev genetisk predisponerad) är med om potentiellt traumatiserande, eller smärtsamma händelser. Gemensamma sårbarhetsfaktorer är psykologiska (t ex hög ångestkänslighet), biologiska (t ex känsligt sympatiskt nervsystem), negativ emotionell respons på händelser (t ex rädsla, ångest), kognitiva feltolkningar och ett undvikande beteende. Dessa faktorer samverkar och bidrar till ömsesidigt vidmakthållande.

Det perspektiv som verkar saknas i många modeller för att förstå samsjuklighet är människors förhållningssätt till sig själva eller till andra. När man betänker hur vanligt förekommande de transdiagnostiska processerna skam och självkritik är vid exempelvis depression och ångesttillstånd (Cox, McPherson et al., 2004; Cox, McWilliams et al., 2004; Schanche, 2013; Shahar., et al, 2012) tycks det perspektivet vara viktigt. Forskning visar att behandling som fokuserar på att främja ett mer medkännande och omhändertagande förhållningssätt till sig själv leder till ökad förmåga att reglera emotioner vilket leder till minskat lidande (Schanche, 2013). Alltmer forskning fokuserar på processer som *Acceptans* och *Medveten närvaro* (Asmundson & Katz, 2009; Costa & Pinto-Gouveia, 2013; McCracken & Vowles, 2008), vilka båda är komponenter som ryms i begreppet självmedkänsla (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). Att känna självmedkänsla kan ses som motsatsen till att vara självkritisk. Mycket riktigt finns ett negativt samband mellan självkritik och känna medkänsla för sig själv (Neff, 2003b).

Medkänsla kontra skam och självkritik

Medkänsla är en svensk översättning av det engelska begreppet compassion. Medkänsla innebär kortfattat att man har en känslighet inför sitt eget och andras lidande tillsammans med en djup hängivenhet att försöka avhjälpa detta lidande (Jazaieri et al., 2014). Självmedkänsla är svenska för *Self-compassion*, och innebär medkänsla riktad mot sig själv. I aktuell studie användes de svenska begreppen medkänsla och självmedkänsla.

Självmedkänsla består i huvudsak av tre komponenter (Neff, 2003). Dessa är *Self-kindness*: att man riktar vänlighet och omtanke mot sig själv istället för självkritik i situationer när man har det svårt. *Common humanity*: man ser sina egna erfarenheter och upplevelser som något allmänmänskligt, vem som helst i samma situation skulle kunna reagera och känna på samma sätt, ens svårigheter och smärta är en del av att vara människa. Detta minskar känslan av att vara isolerad. *Medveten närvaro*: att acceptera och förhålla sig till sina upplevelser

istället för att identifiera sig med dem. Man ser sig själv och sin situation i stunden på ett objektivt vis, utan att fastna i negativt ältande eller undvikande. Att behandla sig själv med medkänsla innebär att acceptera och möta alla sina upplevelser med värme och omsorg istället för att undvika, döma eller vara självkritisk, att delta i livet och engagera sig i aktiviteter i närvaro av sin smärta (Jazaieri et al., 2014; Pinto, Duarte, Matos, & Fraguas, 2014; Rosenzweig et al, 2010).

Självkritik utvecklas ofta ur tidiga skamfulla erfarenheter, vanligen där signifikanta andra varit kritiska och dominanta (Wennerberg, 2012) och får till följd att personen börjar relatera till sig själv på ett liknande sätt, med dömande och självkritiska inre dialoger. Självkritik kan ses som ett försvar mot känslor som från början varit fungerande reaktioner på exempelvis smärta, men som blivit associerade med ångest, skam, skuld och smärta (Schanche, 2013) och för människor med hög grad av skam och självkritik kan det vara svårt att ta emot och ge medkänsla vare sig det gäller andra eller sig själva (Gilbert, McEwan, Matos, & Rivis, 2011; Gilbert & Procter, 2006; Matos, Pinto-Gouveia, & Costa, 2011).

Självmedkänsla som forskningsområde är fortfarande relativt nytt och mycket av det som gjorts har varit på icke kliniska urval. De resultat som finns är ändå konsistenta där de tydligaste, mest robusta visar att vid en högre grad av självmedkänsla ser man en lägre grad av depression och ångest (Costa & Pinto-Gouveia, 2011) och ett positivt samband mellan självmedkänsla och subjektivt välbefinnande (Catarino, Gilbert, McEwan, & Baião, 2014; Raque-Bogdan, Ericson, Jackson, Martin, & Bryan, 2011; Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011). I en studie som undersökt hur självmedkänsla relaterar till smärta, i en population bestående av 88 personer som uppfyller kriteriet fetma (BMI > 35) med långvarig smärta, har man funnit att personer med högre grad av självmedkänsla rapporterade lägre nivåer av negativ affekt, smärtkatastrofiering och funktionsnedsättning (Wren et al., 2012). Människor med högre grad

av självmedkänsla ser smärta och lidande som en naturlig del av livet, vilket anses bidra till mer fungerande sätt att hantera smärta (Wren et al., 2012).

Medkänslafokuserad terapi

Det finns flera behandlingsprogram med fokus på medkänsla. Den internetlevererade behandlingen som utvärderas i denna studie bygger på Compassion Focused Therapy (CFT), en integrativ terapiform som vidareutvecklats ur KBT av psykologiprofessor Paul Gilbert (Andersson & Viotti, 2013). CFT använder, utöver KBT, även andra terapiskolors tekniker, såsom psykodynamisk terapi och metoder från buddhistisk tradition (Andersson & Viotti, 2013). Fokus i behandlingen är de transdiagnostiska processerna skam och självkritik. Tanken inom CFT är att man genom att hjälpa patienter att utveckla sin förmåga till medkänsla för sig själv och andra minskar graden av skam och självkritik. Medkänsla kan sägas fungera som ett skyddsnät vid motgångar och lidande (Andersson & Viotti, 2013).

Teoretisk bakgrund

Den teoretiska bakgrunden hos CFT finns i evolutionsteori, anknytningsteori, neurofysioligisk och affektiv neurovetenskaplig forskning (Andersson &Viotti, 2013). I sitt kliniska arbete observerade Gilbert att många patienter, särskilt de med hög grad av skam och självkritik ofta använde sig av en hård och aggressiv röst inom sig (inre mobbare) (Gilbert, 2009). På ett intellektuellt plan kunde de här patienterna ta till sig och förstå logiken med KBT, hur tankar, beteende och känslor samvarierar, hur icke funktionella beteendemönster påverkade deras svårigheter men de upplevde sig sällan lugnade av dessa alternativa, varmare tankar (Andersson & Viotti, 2013; Gilbert, 2009). Det som fattades dem var en förankring av denna kunskap och förståelse i känslan. Relationen mellan tankar och känslor är viktig för om vi ska uppleva våra tankar som meningsfulla behöver vi känna att det finns en överensstämmelse mellan tanke och känsla (Andersson & Viotti, 2013). Gilbert noterade att svårigheter med skam, självkritik och självattacker ofta uppkommit under barndomen till följd av exempelvis

traumatiska händelser, begränsad omsorg under uppväxten (avvisande, likgiltiga, kritiska och dominanta vårdnadshavare) och tycktes leda till ökad hotfokusering och en outvecklad förmåga till emotionsreglering och självomsorg.

Enligt Gilbert utvecklas förmågan till medkänsla tillsammans med vårt anknytningssystem (Gilbert, 2009) och denna tidiga erfarenhet av relationer formar till stor del hur vi ser på oss själv och andra, om vi upplever oss värda att älska, vågar komma andra nära, känner en grundtrygghet eller en fundamental otrygghet (Wennerberg, 2012). Att inte bli mött av en validerande närstående kan skapa en mycket stark känsla av skam, och av att vara fel (Wennerberg, 2012). Självkritik ses som ett säkerhetsbeteende kopplat till skam och Gilbert anammar synsättet att självkritik förekommer i minst två former. Den ena fyller en självkorrigerande funktion och personen är hård mot sig själv för att prestera så bra som möjligt. Den andra syftar till att skydda sig från smärtan i att bli känslomässigt övergiven (Gilbert & Procter, 2006). Barnet tar på sig skulden för brister i omsorg, upplever sig själv vara defekt och orsaken till förakt och riktar kritik, förakt och dömande mot sig själv. Den senare typen av självkritik anses vara mest patogen (Gilbert, Clark, Hempel, Miles, & Irons, 2004).

Störning i utveckling av anknytning kan leda till ouppklarade trauman där upplevelser som från början varit positiva (t ex närhet till anknytningsperson) kan ha blivit betingade med negativa emotioner (Gilbert, McEwan et al., 2011; Lawrence & Lee, 2013). Gilbert menar att mycket fokus i terapi behöver ligga på dessa ouppklarade upplevelser och att känslor av rädsla kan följa när dessa svåra emotionella minnen kan triggas när anknytningssystemet åter aktiveras (Gilbert, Gilbert et al., 2011; Gilbert, McEwan et al., 2011; Lawrence & Lee, 2013). Det finns mycket riktigt ett starkt samband mellan ångest, depression och rädsla för medkänsla (Gilbert, 2014a; Gilbert, McEwan et al., 2011; Gilbert, McEwan, Catarino, Baião, & Palmeira, 2013).

Evolutionsteori och neurovetenskap är viktiga delar i CFT och Gilbert tar fasta på att vår hjärna utformats för att klara av att leva i en annan tid än den vi lever i idag. För att överleva förr var det viktigt att vara en del av en grupp därför har anknytningssystemet och dess motpol omsorgssystemet evolutionärt varit viktiga för emotionsreglering (anknytningsbeteenden triggar omsorgsbeteende) (Gilbert, 2005). Vidare betonas att det aldrig är fel på personens sätt att reagera, problematiken har snarare uppstått i ett samspel mellan arv, miljö och de beteenden som varit mest funktionella i den kontext det uppkommit.

Genom att kombinera de olika teorierna i CFT beskriver Gilbert i en pedagogisk modell hur vår emotionsreglering kan förstås utifrån tre emotionsregleringssystem. Med hjälp av en förenklad uppdelning i tre medfödda system; *Hotsystemet*, *Utforskande/Strävansystemet* och *Trygghetssystemet*, beskrivs hur våra känslor, beteenden och tankar samverkar och påverkar varandra (Gilbert, 2009). I CFT strävar man efter balans över tid mellan dessa system (Gilbert, 2005). Alla tre system är viktiga och fyller olika funktioner, det är när något system över tid är överaktivt och andra underaktiva problem kan uppstå. Det system man fokuserar på att aktivera i behandlingen är trygghetssystemet (Andersson & Viotti, 2013).

Hotsystemet signalerar om hot för att skydda oss (Andersson & Viotti, 2013). Tidigare erfarenheter påverkar vad vi uppfattar som hotfullt och hjärnan särskiljer inte yttre (mobbning) eller inre hot (självkritik). Till hotsystemet hör undvikande beteenden, begränsad uppmärksamhet, känslor som skam, skuld, ångest, oro, rädsla och undergivenhet (Andersson & Viotti, 2013).

Utforskande/strävanssystemet hör samman med vår drivkraft att vilja uppnå mål och känna tillfredsställelse över uppfyllda mål. Utmärkande för utforskande/strävanssystemet är känslor av nyfikenhet, välbehag, entusiasm, upprymdhet och intresse (Andersson & Viotti, 2013). Många gånger kan den omedelbara tillfredsställelsen vara kortlivad, såsom kicken efter

ett träningspass, att vinna på bingo, känna sig avslappnad efter ett glas vin, vilket skapar ett ökat begär efter mer.

Trygghetssystemet har som funktion att hjälpa oss till återhämtning och vi behöver inte kämpa för att hantera hot eller sträva efter att uppnå resultat. Med ett aktiverat trygghetssystem infinner sig ett mer icke dömande och öppet förhållningssätt. Trygghetssystemet aktiveras när man känner sig värdefull, när andra bryr sig om en och när man själv är omhändertagande mot andra, och sig själv. Hit hör positiva känslor som glädje, lugn och trygghet (Andersson & Viotti, 2013).

Medkänslafokuserad terapi i praktiken

Om man i traditionell terapi (t ex sedvanlig KBT) tänker sig att patienten internaliserar erfarenheten av terapeutens värme och på så vis får nya erfarenheter av att relatera till sig själv och andra hjälper man i CFT personen förutom detta att själv skapa sin egen inre bild av värme och medkänsla (Gilbert & Procter, 2006). Detta görs genom att utveckla egenskaperna; att bry sig om sitt välbefinnande, känslighet (för sina känslor, tankar och behov), sympati, empati, tolerans av obehag, icke-dömande och träna på färdigheterna; uppmärksamhet (fokusera på det som är hjälpsamt), reflekterande, agerande (för att minska eget och andras lidande), kroppsmedvetenhet, visualiseringsförmåga och emotionsreglering (Andersson & Viotti, 2013).

Medveten närvaro och *Visualisering* är viktiga centrala inslag i behandlingen. Med hjälp av medveten närvaro lär man sig stanna upp och inte reagera automatiskt enligt gamla reaktionsmönster, utan skapar mellanrum mellan stimuli och respons där man med värme och förståelse frågar sig själv saker som ”Vad behöver jag mest nu? Hur kan jag hjälpa mig att må bättre?” (Andersson & Viotti, 2013). Vid visualisering drar man nytta av det faktum att samma områden i hjärnan aktiveras vid visualisering som vid en verklig händelse. Detta kan användas för att aktivera trygghetssystemet (t ex genom att föreställa sig hur man visar

medkänsla för sig själv, eller någon annan). Med hjälp av övningar tränar man denna förmåga (Andersson & Viotti, 2013).

Behandling via internet

Internetbehandling ökar i popularitet och erhåller ökat stöd (Hedman et al., 2011). En översiktsartikel (Bender, Radhakrishnan, Diorio, Englesakis, & Jadad, 2011) visar att interventioner över internet har effekt på olika fysiska och psykologiska problem. Exempelvis KBT (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008; Buhrman et al., 2012; Cuijpers, van Straten, & Andersson, 2008), Acceptance and Commitment Therapy (Buhrman et al., 2013) och CFT (Alehagen & Nilsson., 2014), en liten studie för personer med långvarig smärta och samtidig subklinisk social ångest. I Sverige har majoriteten tillgång till internet dagligen, vilket innebär att de flesta rent praktisk kan ta del av en internetbehandling (Hedman et al., 2011). Att använda ett internetlevererat behandlingsformat kan ha flera fördelar: fler kan få tillgång till behandlingen, minskade väntetider för behandling, tidsbesparande för terapeuten (som kan ha fler samtidiga klienter), deltagarna kan själva styra när de vill avsätta tid för behandlingen. Ytterligare något som talar för internetbehandling är att deltagaren inte lika lätt kan tillskriva framgångar till terapeuten utan kan lättare se sina egna insatser (Hedman et al., 2011). Behandling som utvärderas i aktuell studie benämns *Vägledd internetbehandling*. Det är en behandling där deltagaren har tillgång till vägledning och stöd (Hedman et al., 2011). Deltagaren får tillgång till självhjälpstexter stegvis i *Moduler* där en modul motsvarar en vanlig session, och precis som i mer traditionell behandling hör hemuppgifter och övningar till varje vecka (Hedman et al., 2011).

Syfte och hypoteser

Sammanfattningsvis har människor med långvarig smärta och samtidig emotionell problematik ett stort lidande. Den behandling som erbjuds idag ger inte tillfredsställande resultat och många patienter har kvarstående problem efter behandling. Utifrån hög grad av

samsjuklighet mellan långvarig smärta och andra psykiatriska diagnoser är det rimligt att anta att det finns transdiagnostiska mekanismer och processer bakom problematiken. Skam och självkritik tycks kunna vara sådana och har visat sig leda till försämrat behandlingsutfall i traditionell behandling (t ex sedvanlig KBT). Medkänslafokuserad terapi är framtagen i arbete med människor som har långvarig psykologisk problematik och hög grad av skam och självkritik. Utifrån behandlingens teori anses otrygg anknytning ligga till grund för att utveckla hög grad av skam och självkritik och deltagarna förväntas därför ha en otrygg anknytningsstil vid behandlingens start (Gilbert, 2009). Det är fortfarande en relativt ny behandlingsmetod därav ett begränsat antal studier. I Sverige har en pilotstudie med internetlevererad medkänslafokuserad behandling gjorts med lovande resultat hos personer med långvarig smärta och samtidig social ångest (Alehagen & Nilsson, 2014; Hedengren & Linnell, 2014). Aktuell studie utforskar vidare om en internetlevererad medkänslafokuserad behandling kan vara hjälpsam för personer med smärta som har allmän bredare emotionell problematik. Specifikt kommer personer med långvarig smärta och samtidig emotionell problematik som har genomgått multimodal behandling men upplever kvarstående problem att vara målgruppen. Utifrån det begränsade befintliga forskningsläget kommer studien att använda sig av en Single Case Experimental Design (SCED).

Studien undersöker om behandlingen påverkar processmåtten; självmedkänsla, skam, självkritik samt utfallsmåtten; subjektivt uppfattad livskvalitet samt ångest- och depressionssymtom. Utifrån ovanstående syfte formuleras följande hypoteser.

Efter behandlingen förväntas:

- Grad av självmedkänsla ökat
- Grad av skam och självkritik minskat
- Grad av ångest och depression minskat
- Grad av subjektivt uppskattad livskvalitet ökat

Metod

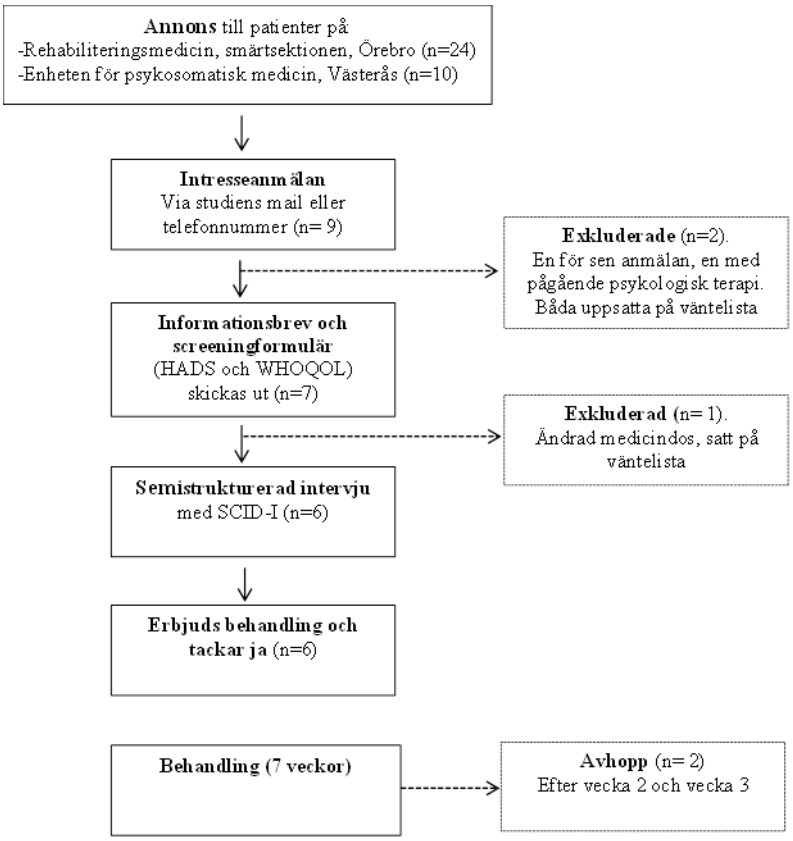
Studien genomfördes som en pilotstudie till ett forskningsprojekt där Center for Health And Medical Psychology, CHAMP, Örebro Universitet och Enheten för Psykosomatisk medicin, EPM, Västerås samarbetar. Fokus i detta projekt är att utvärdera medkänslafokuserad internetbehandling för patienter med smärta och kvarvarande emotionella problem efter genomgången multimodal smärtrehabilitering. I egenskap av pilotstudie har det samlats in mer data än aktuell studie använder sig av. Data och mätinstrument som ligger utanför ramen för studien redovisas inte.

Design

Aktuell studie genomfördes som en SCED med dagliga mätningar, två mellanmätningar samt för- och eftermätningar. SCED är tillämpbar för att testa och utvärdera ny psykologisk behandling då man med relativt få deltagare kan få indikation gällande effekt av behandlingen (Kazdin, 2014). Potentiellt ges mer detaljerad information om varje deltagare, något som lätt förbises vid en gruppdesign (Barlow, Nock, & Hersen, 2009). Vid SCED utgör deltagaren sin egen kontroll, genom noggrann och upprepad mätning (dagliga skattningar) under baslinjen (A), innan behandlingen (B) påbörjas (Kazdin, 2014). Stabilitet av de dagliga skattningarna hos varje individ under baslinjeperioden, samt förändring av dessa när (och endast när) behandlingen sätts in, stärker den interna validiteten och styrker att det är behandlingen, och inte ovidkommande variabler, som påverkar deltagarens upplevelser (Barlow et al., 2009; Kazdin, 2014). Genom att upprepa detta upplägg med flera deltagare stärks den externa validiteten (Kazdin, 2014). I den aktuella studien inhämtades genom upprepad mätning under baslinjefasen (7-21 dagar) data gällande självmedkänsla, skam, självkritik, livskvalitet och smärta för att få en beskrivning av hur det normalt ser ut samt varierar för deltagaren. Genom fortsatt mätning under behandlingsfasen kan varje deltagares data före behandling sättas i relation till data under och efter behandlingen.

Rekrytering och procedur

Deltagare rekryterades dels via Enheten för psykosomatisk medicin (EPM), Västerås och Rehabiliteringsmedicinska kliniken, smärtsektionen, Örebro (Figur 1). Vid EPM fick personalen i samband med ett ordinarie arbetsplatsmöte information och annonsblad (Bilaga 1) om aktuell behandlingsstudie. På så sätt kunde personalen uppmärksamma personer som genomgått behandling på EPM under de senaste två åren om möjligheten att anmäla sitt intresse till uppsatsförfattarna. Gällande Rehabiliteringsmedicinska kliniken mailade uppsatsförfattarna aktuell annons (Bilaga 2) till en av psykologerna på kliniken. Personalen på kliniken uppmärksammade därefter samtliga personer som deltagit i någon av de senaste 4 smärthanteringskurserna, sammantaget 24 personer om möjligheten att delta i studien. Allt som allt anmälde 9 personer sitt intresse till forskningsteamet via mail eller telefonnummer angivet på annonsen (n = 2 via EPM, n = 7 via Örebro). Av dessa exkluderades 2 omedelbart. Efter att de uppgivit postadress skickades ett informationsblad (Bilaga 3/Bilaga 4) om studien samt självskattningsformulären Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) och World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) tillsammans med bifogat svarskuvert. En första bedömning (screening 1) om personen uppfyllde studiens inklusionskriterier (Tabell 1) gjordes utifrån svaren på formulären. Sju personer uppfyllde dessa inklusionskriterier och ringdes upp av uppsatsförfattarna för att erbjudas tid för semistrukturerad intervju (screening 2). I samband med detta exkluderades en deltagare på grund av ändrad medicindosering. Den exkluderade personen blev uppringd av uppsatsförfattarna där det framkom att personen hade en etablerad kontakt med vården för sina besvär och står i nuläge på väntelista inför kommande studier i forskningsprojektet.



Figur 1. Flödesschema över rekryteringsprocess, deltagande och bortfall i behandlingsstudien.

Vid den semistrukturerade intervjun kontrollerades utöver studiens exklusionskriterier (Tabell 1) även psykiatriska Axel-I diagnoser i enlighet med DSM-IV. Information om att deltagande i studien var frivilligt gavs muntligen och skriftligen, samt hur insamlat material kommer att hanteras och rätten att avbryta sitt deltagande närhelst under studien, innan undertecknade av samtyckesblanketten (Bilaga 5/Bilaga 6) och ifyllande av mätinstrument gjordes. Två av deltagarna uppfyllde det eventuella exklusionskriteriet för svår depression- och ångestproblematik. Båda personerna hade haft kontakt med den reguljära vården för dessa svårigheter där de bedömts att inte vara i behov av vidareremittering för annan behandling.

De 6 deltagare som påbörjade behandling var samtliga kvinnor med ett åldersspann på 36 – 52 år. Medelåldern var 44 år och medianåldern var 45 år.

Deltagare 2 avbröt behandlingen efter modul två och uppgav som skäl att hon mådde bra och därför inte behövde behandlingen. Deltagare 6 avbröt behandlingen efter modul tre utan att ange orsak.

Tabell 1.
Kriterier för deltagande i behandlingsstudien

Kriterier för inkludering	Kriterier för exkludering
- >7 på HAD-skalorna - <3 på fråga ”Hur nöjd är du med dig själv” och/eller >4 på frågan ”Hur ensam känner du dig i ditt liv”, WHOQOL - Långvarig smärta - Genomgått multimodal rehabilitering under senaste två åren - God svensk läs- och skrivförståelse - Tillgång till dator och internet	- Svår depression eller annan psykiatrisk problematik som kan kräva annan behandling - Annan pågående psykologisk behandling - Opioidbehandling eller psykofarmalogisk behandling som inte varit stabil >3 månader innan planerad behandlingsstart

Alla sex deltagare var sjukskrivna varav hälften även deltidsarbetade. Inget arvode har erhållits för deltagande i behandlingsstudien. Samtliga deltagare påbörjade baslinjemätningen dagen efter sitt intervjutillfälle. Baserat på hur många dagar som återstod till behandlingsstart fick deltagaren med sig lika många dagliga skattningsformulär (Bilaga 7) som kvarvarande dagar samt bifogat svarskuvert. Deltagarna uppmanades att fylla i de dagliga skattningarna dagligen, både under baslinjen och behandlingen, samt skicka in dessa veckovis med bifogat svarskuvert till projektansvarig. För deltagare 1 har av misstag marginellt annorlunda frågor använts under baslinjen jämfört med under behandlingen (Bilaga 9). Frågorna bedömdes som tillräckligt likvärdiga för att rättfärdiga att användas. Under behandlingen har mellanmätning och semistrukturerad intervju utförts efter modul 3 och 6. Veckan efter behandlingsavslut genomfördes en avslutande träff med deltagarna där de fick fylla i eftermätningsformulär samt utvärdera behandlingen.

Deltagarbeskrivning

Deltagare 1. Kvinna, 52 år. Gift och ett barn. Deltagaren har haft smärta sedan tidiga tonår. Rapporterar känselbortfall, rakit, trafikolyckor, kotkompression, disk-och nackbesvär samt fysisk utmattning i sin smärtanamnes. Emotionellt indikerar deltagaren svår depression

samt moderat grad av ångestsymtom (HADS) och uppvisar en otrygg anknytningsstil utifrån Adult Attachment Scale (AAS).

Deltagare 2. Kvinna, 36 år. Gift och ett barn. Deltagaren har haft smärta sedan 1996. Rapporterar smärta i hela kroppen, mest rygg, nacke, knän, axlar och händer. Emotionellt indikeras moderat ångest (HADS) samt otrygg anknytningsstil (AAS).

Deltagare 4. Kvinna, 47 år. Sambo och två barn. Deltagaren har haft smärta sedan 15 års ålder. Rapporterar fibromyalgi i smärtanamnesen. Emotionellt indikeras svår depression och ångest (HADS) samt otrygg anknytningsstil (AAS).

Deltagare 5. Kvinna, 46 år. Gift och fyra barn. Deltagaren har haft smärta sedan 2012. Rapporterar nervsmärta i smärtanamnesen. Emotionellt indikeras mild grad av depression samt moderat grad av ångestsymtom (HADS) och en trygg anknytningsstil (AAS).

Deltagare 6. Kvinna, 43 år. Gift och två barn. Deltagaren har haft smärta i 3 år. Rapporterar smärta i huvud, rygg och axlar i smärtanamnesen. Emotionellt indikeras moderat grad av både depression och ångestsymtom (HADS) samt otrygg anknytningsstil (AAS).

Deltagare 7. Kvinna, 42 år. Gift och två barn. Deltagaren har haft smärta sedan barnsben men beskriver en försämring sedan 2012. Rapporterar nervsmärta och smärta i nacke, axlar, samt ländrygg. Emotionellt indikeras moderat grad av både depression och ångestsymtom (HADS) samt en otrygg anknytningsstil (AAS).

Material

För att mäta utfallsmåtten ångest- och depressionssymtom, subjektivt uppfattad livskvalitet och processmåtten självmedkänsla, skam, självkritik har självskattningsformulär administrerats som mätinstrument (Tabell 2).

Screening 2. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) är ett screeningsinstrument som hjälper att bedöma om Axel-I diagnos enligt diagnoskriterierna i

DSM-IV föreligger (Sheehan et.al., 1997). I aktuell studie var fyra avsnitt (självmordsbenägenhet, PTSD, alkoholberoende/alkoholmissbruk och substansberoende/substansmissbruk) aktuella att systematiskt efterfråga om symtom.

Tabell 2
Översikt över administration av mätinstrument

FM	A	B	M1	B	M2	B	EM
HADS WHOQOL SCS OAS FSCSR AAS	Dagliga skattn.	Dagliga skattn.	HADS WHOQOL SCS OAS FSCSR	Dagliga skattn.	HADS WHOQOL SCS OAS FSCSR	Dagliga skattn.	HADS WHOQOL SCS OAS FSCSR Utvärdering
	7-21 dagar	Vecka 1-3		Vecka 4-6		Vecka 7	

Not. FM = Förmätning, A = Baslinje, B = Behandling, M1 = Mellanmätning 1, M2 = Mellanmätning 2, EM = Eftermätning

Dagliga skattningar. För att följa deltagarna avseende smärta (fråga 1-2), självkritik (fråga 3-4), skam (fråga 5-6), upplevd livskvalitet (fråga 7-8) och medkänsla för sig själv (fråga 9-10) skapades ett formulär (totalt tio frågor) för dagliga skattningar (Bilaga 7). Variabeln smärta åsyftar mäta upplevelsen av smärtans intensitet samt hur smärtupplevelsen påverkar de dagliga aktiviteterna. Gällande variablerna självmedkänsla, skam och självkritik syftar en fråga till frekvens av variablerna och den andra till variablernas intensitet. Variabeln livskvalitet mäter uppskattad grad av livet och positiva känslor. Samtliga frågor besvaras med tiogradig likertskala (1 = Inte alls och 10 = Konstant/mesta tänkbara).

Ångest och depression. HADS (Lisspers, Nygren, & Söderman, 1997) användes för att mäta grad av ångest och depression. HADS är ett självskattningsformulär som initialt utvecklades för att identifiera ångest och depression i somatisk population (Zigmond & Snaith, 1983). HADS består av två delskalor, ångest (HADS-Å) och depression (HADS-D) med 7 påståenden vardera, sammantaget 14 påståenden. Svarsalternativen värderas mellan 0-3 poäng per påstående, där 0 är det mest positiva svarsalternativet och 3 är det mest negativa svarsalternativet. Poängen summeras för varje delskala och kan max bli 21 poäng, ju högre

poäng desto svårare grad av ångest och/-eller depressionssymtom. Förutom denna gradering har även riktvärden tagits fram. Ett värde på 8 indikerar att ångest respektive depression föreligger medan 11 eller mer talar för att ångest respektive depression existerar (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002). Enligt utländsk normering indikerar 0-7 poäng normal grad av ångest respektive depression, 8-10 poäng mild, 11-14 poäng moderat och 15-21 poäng svår grad av depression respektive ångest (Snaith, 2003). För att bedöma förekomst och grad av ångest samt depressiva symtom är HADS användbart i såväl den generella befolkningen som psykiatrisk, somatisk eller i primärvård (Bjelland et al., 2002; Lisspers, Nygren, & Söderman, 1997). Självskattningsformuläret har god intern konsistens, (α = 0,90) på hela HADS, (α = 0,84) på HADS-Å och (α = 0,82) på HADS-D (Lisspers, Nygren, & Söderman, 1997). Test-retest reliabilitet för båda delskalorna, HADS-Å (r = 0,83) och HADS-D (r = 0,88) är god (Andersson, Kaldo-Sandström, Ström, & Strömgren, 2003).

Livskvalitet. WHOQOL-100; WHOQOL Group, 1998 är ett självskattningsformulär som avser mäta en individs subjektiva uppfattning av sin livskvalitet. Formuläret finns översatt i ungefär trettio olika språk, däribland svenska. Originalformuläret (WHOQOL-100) innehåller 100 frågor fördelat över sex olika domäner (Physical, Psychological, Level of independence, Social relationships, Environment och Spirituality/religion/personal beliefs). I denna studie kommer endast två domäner: domän II, psykologiskt fungerande och domän IV, sociala relationer att användas. Test-retest reliabilitet (r = 0,81) för socialt fungerande är god och den interna konsistensen är acceptabel (α = 0,70) (The WHOQOL Group, 1998). För psykologiskt fungerande är både test-retest reliabiliteten (r = 0,83) och den interna konsistensen (α = 0,80) god (The WHOQOL Group, 1998). Frågorna besvaras med femgradig likertskala (0 = Inte alls/Aldrig/Inte alls nöjd och 4 = Extremt/Mycket/Fullständigt/Hela tiden/Väldigt nöjd). Initiativtagare bakom utvecklingen av självskattningsformuläret WHOQOL är World Health Organisation (WHO) vilka definierade livskvalitet som ”en

individs subjektiva uppfattning om sin situation i livet med hänsyn till den kontext den lever och den kultur som råder i relation till de mål individen har, samt övriga förväntningar och normer”. Detta är en styrka med WHOQOL då man kan jämföra livskvalitet mellan olika subgrupper inom samma kultur, olika grupper eller samma grupp över tid, vilket denna studie gör.

Självmedkänsla. Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003) är ett självskattningsformulär som avser mäta grad av självmedkänsla, självdömanden och medveten närvaro. I aktuell behandlingsstudie används en svensk översättning av SCS. Självskattningsformuläret innefattar sex delskalor; Self-Kindness, Self-Judgement, Common Humanity, Isolation, Mindfulness och Over-Identified, sammantaget 26 påståenden. Påståendena besvaras på en femgradig likertskala (1 = Nästan aldrig och 5 = Nästan alltid). I aktuell studie sammanräknades poängen på alla delskalor till en totalpoäng. Låga värden indikerar lägre grad av självmedkänsla, höga värden indikerar högre grad av självmedkänsla (Neff, 2003). SCS har uppvisat goda psykometriska egenskaper, både gällande intern konsistens (α = 0,94) (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007) och test-retest reliabilitet (r = 0,93) (Neff, 2003).

Skam. The Other as Shamer Scale (OAS; Goss, Gilbert, & Allan, 1994) är ett självskattningsformulär som avser mäta känslor av skam och underlägsenhet. Självskattningsformuläret består av 18 påståenden. Påståendena besvaras på en femgradig likertskala (0 = Aldrig och 4 = Nästan alltid). Formuläret har en god intern konsistens (α = 0,96) (Goss et al., 1994) samt god test- retest reliabiltetd (r = 0,82) (Balsamo et al., 2014).

Självkritik. Forms of Self-Criticism and Self-Reassuring Scale (FSCRS; Gilbert et al., 2004**)** är ett självskattningsformulär som består av tre delskalor som avser mäta två olika former av självkritik (inadequate self och hated self) samt förmåga till självuppmuntran (reassured self). I aktuell studie används en svensk översättning och endast de två delskalorna

inadequate self, översatt till *Inadekvat själv* (IS*)* samt hated self, översatt till *Hatat själv* (HS). FSCRS består av sammantaget 22 påståenden. Svaren anges på en femgradig likertskala (0 = Inte alls likt mig och 4 = Extremt likt mig). Poängen summeras för varje delskala. *Inadekvat själv*, 9 påståenden (0- 36 poäng). *Hatat själv*, 5 påståenden (0-20 poäng). Intern konsistens för båda delskalorna är god (α = 0,86) (Gilbert et al., 2004). Vidare var test-retest reliabliteten god för delskalorna *Inadekvat själv* (r = 0,72) och *Hatat själv* (r = 0,78) (Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013).

Anknytning. AAS (Ravitz, 2010) är ett av de vanligaste självskattningsformulären inom psykosomatisk forskning för att mäta anknytningsstil. Formuläret består av 18 påståenden uppdelad på tre delskalor där svaren anges på en femgradig likertskala (1 = Inte alls typiskt och 5 = Väldigt typiskt). AAS mäter vuxen anknytningsstil på de tre dimensionerna *Close*, *Depend* och *Anxiety*. Det saknas riktvärden för AAS att räkna fram trygg eller otrygg anknytningsstil med vilket däremot Revised Adult Attachment Scale (RAAS; Collins, 1996) har (Andersen, 2012). För aktuell studie jämfördes AAS och RAAS och bedömdes likvärdiga för syftet att beräkna trygg/otrygg anknytningsstil. Poängsumman av delskalorna Close och Depend ska vara över 36 samtidigt som poängen på delskalan Anxiety ska vara under 18 för trygg anknytningsstil. Intern konsistens är acceptabel för delskalorna, *Close* (α = 0,69) *Depend* (α = *0*,75) och *Anxiety* (α = 0,72) (Collins & Reed, 1990). Delskalornas test-retest reliablitet för *Close* (α = 0,68), *Depend* (α =0,71) och *Anxiety* (α =0,52*)* (Collins & Reed, 1990).

Behandlingstillfredställelse. Ett utvärderingsformulär (Bilaga 8) bestående av 18 frågor konstruerades för att samla data på deltagarnas upplevelser av behandlingen. Formuläret utformades utifrån utvärderingsformulär som använts i tidigare studier med medkänslafokuserad behandling (Alehagen & Nilsson, 2014; Hedegren & Linnell, 2014; Johansson & Salomonsson, 2014). Frågorna besvaras på en femgradig likertskala (1 = Mycket

missnöjd/Inte alls förbättrad/Inte alls hjälpsamt och 5 = Mycket nöjd/I hög grad förbättrad/Mycket hjälpsamt).

Behandling

Behandlingen var manualbaserad och internetlevererades via en säker webplattform genom Akademiska sjukhuset i Uppsala. För åtkomst till behandlingen loggade deltagarna in med sitt konto på *Mina Vårdkontakter*. Behandlingens manual utvecklades av uppsatsens författare i samarbete med kliniker och forskare inom smärta och CFT vid Örebro universitet. Behandlingsmanualen bestod av moduler där deltagaren arbetade med en modul i veckan, under sju veckor. Manualen byggde på litteratur och vetenskapliga artiklar kring CFT (Andersson & Viotti, 2013; Germer & Siegel, 2012; Gilbert, 2005, 2009, 2010; Gilbert & Procter, 2006; Kolts, 2012; Schubiner, & Betzold, 2012; Tirch, 2012). Inspiration och även visst material inhämtades från befintlig CFT-behandling levererad på samma webplattform (Alehagen & Nilsson, 2014; Hedegren & Linnell, 2014). Behandlingen byggde på progression vilket innebar att samma komponenter fanns med från första modulen och vidare genom hela behandlingen. Övningar var ett viktigt inslag och dessa samt tillhörande konkreta generaliseringsuppgifter strukturerades utifrån några viktiga förändringsmekanismer i CFT: utvecklande av förmågan att på ett medkännande sätt observera istället för att fångas av känslorna (medveten närvaro), omfokusering från ältande/självkritik till medkännande känslor (perspektivskifte), avaktivering av hjärnans hotsystem genom regelbundet övande av *imagery*-övningar (visualisering) och utveckling av en inre bas av ett medkännande själv med förmåga att engagera sig i negativa erfarenheter såsom trauma eller undvikande av känslor (exponering och acceptans).

Varje modul innehöll psykoedukation och övningar strukturerade enligt följande; Psykoedukation där begrepp och tankesätt introducerades och förklarades med syfte att skapa en medkännande förståelse för sig själv utifrån den teori CFT bygger på. Övningar med avsikt

att hjälpa deltagaren att generalisera kunskap genom konkreta uppgifter i vardagen samt öva på medveten närvaro, visualisering och medkänsla. Behandlingen var upplevelsebaserad och övningarna tänkta att fungera som en bro mellan förståelse och upplevelse av ny kunskap. Se Tabell 3 för översikt över behandlingsveckorna. Deltagarna registrerade varje vecka sina övningar på plattformen och erhöll återkoppling från terapeuterna, psykologstudenter i slutet av utbildningen som hade tillgång till handledning. Deltagarna träffade en av terapeuterna vid fyra mättillfällen. Vid mellanmätningarna genomfördes även en semistrukturerad intervju kring behandlingsupplevelsen och det fanns möjlighet för deltagaren att lyfta eventuella oklarheter.

Tabell 3
Översikt över behandlingsveckorna

Modul/Mätning	Tema/Psykoedukation	Övningar/Skattningsformulär
Förmätning	- Inkluderingsintervju - Information	HADS, WHOQOL, AAS, SCS, OAS, FSCSR
Vecka 1 Medkänslafokuserad behandling	Introduktion	Medveten närvaro: Introducerande övning i löptexten.
Vecka 1 Hjärnan, emotions-reglerings-systemen, sinnestillstånd och viktiga begrepp	- Emotionsreglerings-systemen och sinnestillstånd - Viktiga begrepp (medveten närvaro, visualisering, vikten av att träna)	Medveten närvaro: Lugnande andning Visualisering: Introducerande övning i texten Exponering, acceptans: - Daglig aktivitet från medkänslalistan - Lista över medkännande aktiviteter - Utforska balansen mellan emotionsregleringssystemen Generaliseringsövning: Konkret i vardagen
Vecka 2 Värderade riktning - agera långsiktigt	-Värderad riktning och livsområden	Medveten närvaro: Kort övning för att landa i nu Visualisering: Trygg plats Exponering, acceptans: - Daglig aktivitet från medkänslalistan - Utforska din värderade riktning Generaliseringsövning: Konkret i vardagen
Vecka 3 Självkritik och skam, medkänsla och hinder	-Hinder och blockeringar för medkänsla (skam, självkritik, relatera till andra)	Medveten närvaro: Kort övning för att landa i nu Visualisering: Medkänsla för andra Exponering, acceptans: - Daglig aktivitet från medkänslalistan

		- Skriv korta medkännande brev - Lista svåra situationer (används i andra övningar) Generaliseringsövning: Konkret i vardagen
Mellanmätning 1	Semistrukturerad intervju kring behandlingen	HADS, WHOQOL, SCS, OAS, FSCSR
Vecka 4 Möt svårigheter med medkänsla	- Möta svårigheter med medkänsla (identifiera vad som aktiverar hotsystemet och ta hjälp av trygghetssystemet, hanteringsstrategier, önskad/verklig konsekvens)	Medveten närvaro: Kort övning för att landa i nu Visualisering: Medkänsla från andra Exponering, acceptans: - Daglig aktivitet från medkänslalistan - Vad aktiverar mitt hotsystem - Identifiera strategier, konsekvenser - Vad aktiverar mitt trygghetssystem (används i generaliseringsövning) Generaliseringsövning: Konkret i vardagen
Vecka 5 Se och välkomna alla dina delar	- Se, acceptera samtidiga sinnestillstånd (inte alltid förenliga) - Mentalisering - Värderat jag (perspektiv på värderad riktning).	Medveten närvaro: Kort övning för att landa i nu Visualisering: Medkänsla för själv och andra Exponering, acceptans: - Daglig aktivitet från medkänslalistan - Utforska sina olika sinnestillstånd - Värderat jag och vägen dit Generaliseringsövning: Konkret i vardagen
Vecka 6 Se livets alla delar i medkännande perspektiv	- Livet och livsförloppet i ett större perspektiv. Allmänmänsklighet.	Medveten närvaro: Kort övning för att landa i nu Visualisering: Medkänsla för själv och andra (ljudfil) Exponering, acceptans: - Daglig aktivitet från medkänslalistan - Läs- och skrivövning utifrån medkännande äldre jag. Livshistoria i nytt medkännande perspektiv. Generaliseringsövning: Konkret i vardagen
Mellanmätning 2	- Semistrukturerad intervju kring behandlingen	HADS, WHOQOL, SCS, OAS, FSCRS
Vecka 7 Framtiden - medkänsla i livet	- Tillför positiva upplevelser, inte enbart minska lidande - Sammanfatta behandlingen - Planera för framtid med medkänsla	Medveten närvaro: Kort övning för att landa i nu Visualisering: Bara vara Exponering, acceptans: - Daglig aktivitet från medkänslalistan - Plan för en framtid med medkänsla Generaliseringsövning: Konkret i vardagen
Eftermätning	- Utvärdering av hela behandlingen	HADS, WHOQOL, SCS, OAS, FSCSR

Analysmetoder

Vid en SCED är visuell analys den vanligaste analysmetoden (Kazdin, 2014). För att avgöra om behandlingen haft effekt jämförs baslinjefasen med behandlingsfasen. Data från baslinjefasen och behandlingsfasen bedöms enligt följande kriterier (Kazdin, 2014): förändringar i medelvärdet (har det skett en systematisk förändring av detta), nivå (har det skett en förändring i anslutning till ny fas), trend (har det skett en ökning/minskning i anslutning till ny fas) och latens (tiden mellan ny fas och förändring). En visuell analys gjordes på de dagliga skattningarna. Visuell analys innebär en subjektiv bedömning av data och kan innebära skilda åsikter om en behandlingseffekt. För att öka tillförlitligheten i resultaten kompletterades den visuella analysen dels med en standardiserad beräkning av medelvärdesskillnad genom att räkna ut effektstorlek (*ES*) med Cohen´s *d* (0,2 = liten, 0,5 = mellan och 0,8 = stor) (Durlak, 2009; Olive & Smith, 2005) och dels med den kvantitativa analysmetoden, *Percentage of data points exceeding the median of baseline phase* (PEM; Ma 2006). Vid PEM utgår man från medianen i baslinjefasen. En medianlinje dras genom baslinjen vidare genom behandlingsfasen. Därefter räknas hur många procent av mätpunkterna i behandlingsfasen som befinner sig över medianen (om en ökning förväntas) eller under medianen (om en minskning förväntas). Värdet på PEM har samma innebörd som effektstorlek (Ma, 2006). Tolkningskriterier för PEM; mindre än 70% betyder tveksam/ingen effekt (Questionable/not effective), 70-90% betyder måttlig effekt (Moderately effective) och 90-100% betyder stark/mycket god effekt av behandlingen (Highly effective; Scruggs, 1986, citerad i Ma, 2006).

För att avgöra om uppmätta skillnader på för- och eftermätning i deltagarnas skattade poäng på de standardiserade mätinstrumenten (HADS, WHOQOL, SCS, OAS och FSCRS) var signifikanta räknades ett *Reliable change index* fram för dessa (RCI; Jacobson & Truax, 1991). RCI tar hänsyn till mätinstrumentets reliabilitet samt jämför enskilda deltagare med normgruppers skattningar på samma mätinstrument (Jacobson & Truax, 1991). Ett värde på

RCI mindre än -1,96 betyder att skattningarna är signifikant lägre efter behandlingen, ett värde på RCI över 1,96 betyder att skattningarna är signifikant högre efter behandlingen. För att beräkna RCI i aktuell studie användes ett test-retest för respektive mätinstrument samt liknande normgruppers standardavvikelser (*SD*) från tidigare studier (Borggren & Telg, 2013; Baião, Gilbert, McEwans, & Carvalho, 2014; Balsamo et al., 2014; Gilbert, 2000; Andersson et al., 2003; Bromley et al., 2014; Neff, 2003; Costa & Pinto-Gouveia, 2013; The WHOQOL Group, 1998; Canvarro et al., 2009). HADS har tydliga riktvärden som indikerar när klinisk respektive icke klinisk nivå föreligger. För de skattningsskalor som saknade riktvärden (WHOQOL, SCS, FSCRS, OAS) jämfördes deltagarnas resultat vid för- och eftermätning mot en normal populations resultat. Genom att jämföra deltagarnas resultat mot normal population (M ±1 SD) indikeras om det skett någon förändring från klinisk till normal (icke klinisk) nivå. WHOQOL(DII): M = 68,67(12,93), WHOQOL(DIV): M = 71,24(13,17), SCS: M = 18,26(3,99), OAS: M = 20,1(10,1), FSCRS(IS): M =27,47(7,51), FSCRS(HS): M = 12,26(5,67). (Borggren & Telg, 2013; Canvarro et al., 2009; Goss et al., 1994; Neff, 2003).

Etiska överväganden

I aktuell studie har samtliga deltagare blivit informerade om att studien bygger på frivillighet och att man alltid har rätt att avbryta utan att behöva uppge orsak. Vidare har information om studiens syfte och metod samt hur data kommer att redovisas getts både skriftligt och muntligt (Offentlighets- och sekretesslag (OSL) 2009:400). Deltagarna har informerats om att övrig kontakt med vården inte påverkas av deltagande i studien. Två samtyckesformulär (Bilaga 5/Bilaga 6) signerades av deltagaren och en av uppsatsförfattarna. Ena formuläret tilldelades deltagaren och det andra artikelförfattaren.

Data som samlats in har genom kodförfarande avidentifierats så inga andra än inblandande i studien kan identifiera deltagarna (Personuppgiftslag (PUL), 1998:204). Alla självskattningsformulär förutom de dagliga skattningarna har ifyllts och samlats in i samband

med de semistrukturerade intervjuerna. De dagliga skattningarna insamlades brevledes och avidentifierade.

Då behandlingen tillhandahölls på en säker plattform uppmuntrades deltagarna att i första hand använda meddelandefunktionen där. Samtidigt hade de parallellt tillgång till att både maila och ringa uppsatsförfattarna under hela studien om de behövde oavsett anledning. I behandlingsupplägget garanterades deltagarna svar på vardagar inom 24 timmar, vilket fullföljdes under hela behandlingen. Personer som anmälde intresse för studien senare än tidsramen för behandlingsstudiens genomförbarhet blev samtliga erbjudna en plats på väntelista till vårens studie. De personer som anmälde intresse för att delta i studien men som uppfyllde exkluderingskriterier ringdes upp och blev meddelade detta.

Resultat

I Tabell 4 redovisas deltagarnas poäng på självskattningsformuläret för anknytningsstil (AAS). I Figur 2-7 redovisas grafer över deltagarnas dagliga skattningar (på variablerna självmedkänsla, skam, självkritik, livskvalitet och smärta). I Tabell 5 redovisas deltagarnas skalpoäng för de standardiserade självskattningsformulären som ingick i utvärderingen vid för- och eftermätning och värde på RCI. För processmåtten (SCS, FSCRS och OAS) redovisas även skalpoäng för de två mellanmätningarna.

Tabell 4
Skalpoäng på AAS vid FM

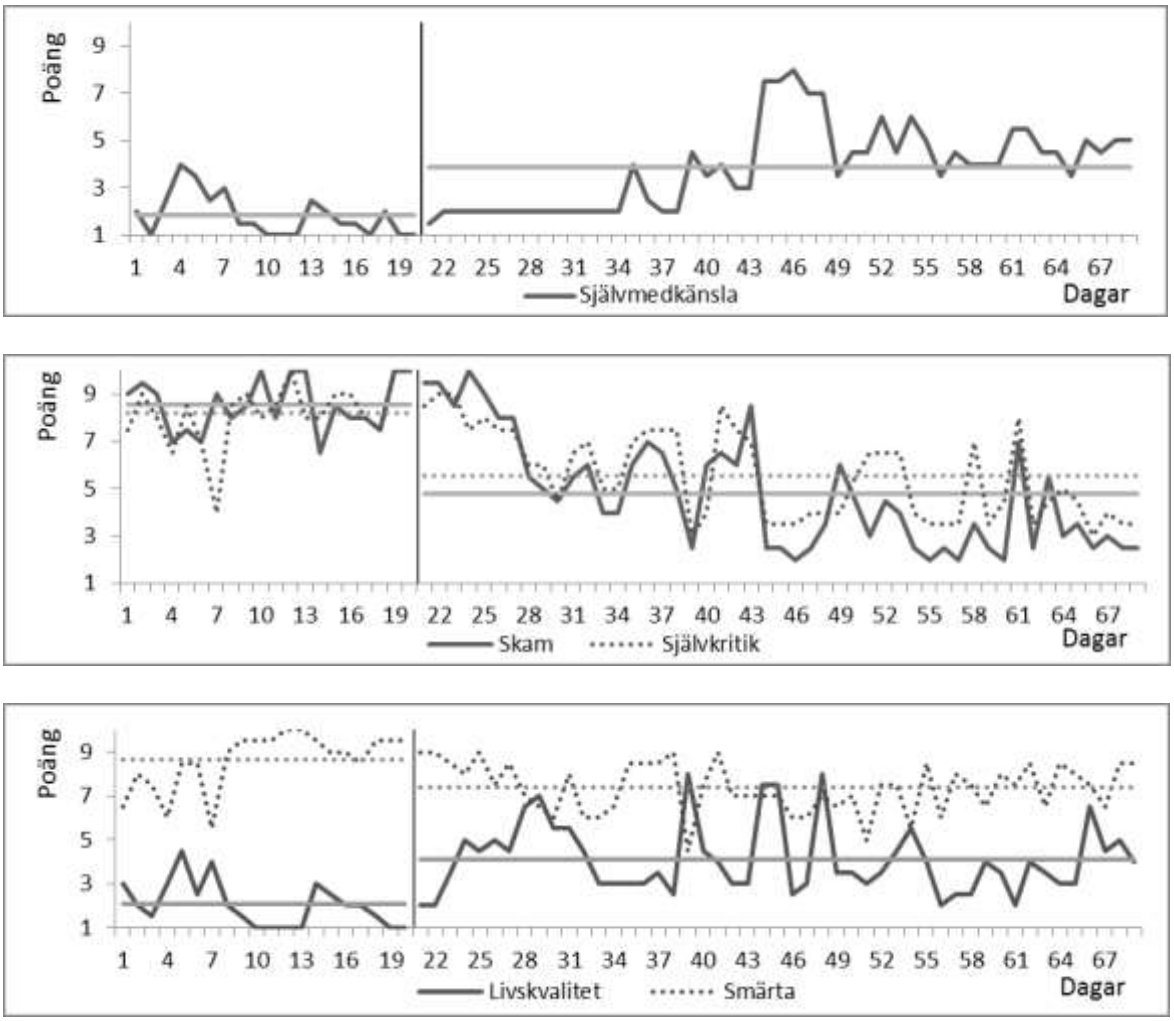
Deltagare	1	2	4	5	6	7
AAS (Close)						
FM	16	18	18	19	17	20
AAS (Depend)						
FM	7	12	15	20	14	15
AAS (Anxiety)						
FM	18	17	12	13	10	19

Not. FM = Förmätning

I resultatredovisningen används förkortningarna FM för förmätning, M1 för mättillfälle ett, M2 för mättillfälle två och EM för eftermätning. I Figur 8 redovisas deltagarnas skattningar

på behandlingens utvärderingsformulär. I enlighet med SCED redovisas varje deltagare för sig.

Deltagare 1



Figur 2. Dagliga skattningar på självmedkänsla, skam, självkritik, livskvalitet och smärta för deltagare 1. Horisontell linje visar medelvärdet i fasen.

Självmedkänsla. En svagt nedåtgående trend under baslinjefasen. Trenden bröts vid behandlingsstart, vände efter stabil period uppåt, stabiliserades mot slutet av behandlingen. Nivåskillnaden (ökning) visade stor effekt (d = 2,3). PEM för självmedkänsla var 98%, vilket betyder mycket effektiv behandling. SCS visade först minskning till M1 sedan ökning till M2 och EM. RCI för SCS visade ingen reliabel skillnad. Jämförelse med normal population visade medelpoäng på en icke klinisk nivå vid både FM och EM.

Tabell 5
Skalpoäng och värde på RCI för HADS, WHOQOL, SCS, OAS och FSCRS

Deltagare	1	2	4	5	6	7
HADS(Å)						
FM	14	12	16	13	13	14
EM	9		6	11		9
RCI	-1,76		-3,53*	-0,71		-1,76
HADS(D)						
FM	15	7	15	10	11	13
EM	8		7	8		7
RCI	-3,27*		-3,74*	-0,93		-2,80*
WHOQOL(II)						
FM	38,4	32,8	37,6	35,2	34,4	29,6
EM	52,8		55,2	48,0		48,0
RCI	1,60		1,96*	1,43		2,05*
WHOQOL(IV)						
FM	40,0	46,7	54,7	50,7	45,3	49,3
EM	38,7		58,7	65,3		58,7
RCI	-0,14		0,43	1,57		1,00
SCS						
FM	61	42	46	61	66	33
M1	48		51	54		35
M2	65		85	67		69
EM	74		95	74		85
RCI	1,51		5,70*	1,51		6,05*
OAS						
FM	58	26	44	28	38	45
M1	65		37	26		37
M2	52		30	22		31
EM	43		16	21		16
RCI	-1,42		-2,65*	-0,66		-2,74*
FSCRS(IS)						
FM	26	28	25	27	23	35
M1	25		24	30		34
M2	24		10	27		27
EM	15		9	19		16
RCI	-2,46*		-3,58*	-1,79		-4,26*
FSCRS(HS)						
FM	11	4	6	2	7	10
M1	8		1	3		11
M2	5		1	2		6
EM	5		2	2		4
RCI	-1,29		-0,86	0,00		-1,29

Not. FM = Förmätning, M1 = Mättillfälle 1, M2 = Mättillfälle 2, EM = Eftermätning efter avslutad behandling, RCI = Reliable Change Index för skillnad mellan FM och EM.
* $p < 0,05$

Skam och självkritik. Skam visar relativt stabil baslinje följt av nedåtgående trend under behandlingsfasen. Självkritik uppvisade varken stabilitet eller trend under baslinjefasen,

sedan nedåtgående trend under behandlingsfasen. Nivåskillnaden (minskning) visade stor effekt för både skam (*d* = 3,4) och självkritik (*d* = 2,0). PEM visade måttlig effekt av behandlingen för skam (87%) och mycket god effekt för självkritik 91%. OAS ökade till M1, minskade till M2 och EM. FSCRS(IS) minskade till M1, M2 och EM, FSCRS(HS) minskade till M1 och M2, låg kvar på samma nivå till EM. RCI för OAS visade ingen reliabel skillnad. RCI för FSCRS(IS) visade reliabel skillnad. Vid jämförelse med normal population låg poängen för OAS kvar på klinisk nivå vid EM, poängen för FSCRS(HS) hade förbättrats till icke klinisk nivå, FSCRS(IS) låg kvar på icke klinisk nivå.

Livskvalitet och smärta. Livskvalitet visade vid baslinjefasen en eventuellt nedåtgående trend som bryts vid behandlingsfasen. Ingen tydlig trend urskildes för livskvalitet under behandlingsfasen. Smärta visade svagt uppåtgående trend under baslinjen. Vid behandlingsstart vände trenden svagt nedåt, stabiliserades eventuellt mot slutet av behandlingsfasen. Nivåskillnaden visade stor effekt för både livskvalitet (ökning, *d* = 2,0) och smärtupplevelse (minskning, *d* = 1,0). PEM för livskvalitet visade en mycket god effekt (91%) och för smärta måttlig effekt av behandlingen (89%). RCI för WHOQOL visade ingen reliabel skillnad. Jämförelse med normal population visade vid EM poäng för WHOQOL kvar på en klinisk nivå.

Depression och ångest. För depression visade RCI en reliabel skillnad. För depression hade deltagaren minskat sina symtom från svår till mild grad och för ångest från moderat till mild grad.

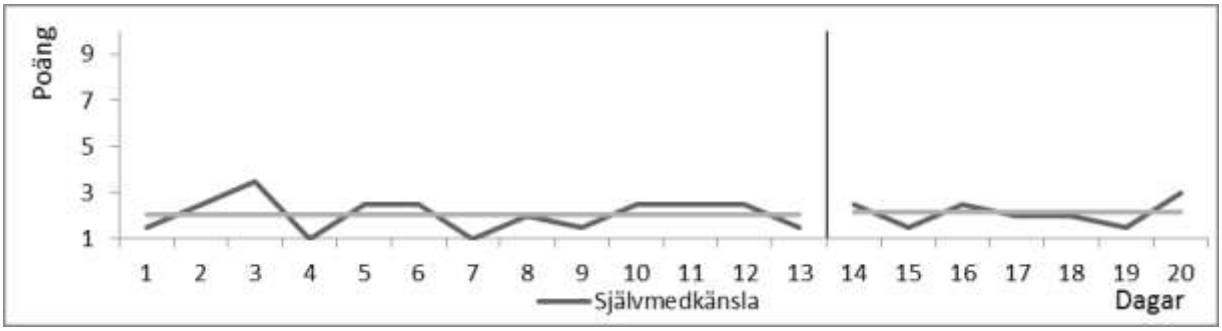
Behandlingstillfredsställelse. Sammanfattningsvis skattades mycket högt på behandlingstillfredsställelse utom för smärtupplevelsen. Självupplevd förbättring var hög liksom total nöjdhet. Deltagaren skulle absolut rekommendera behandlingen.

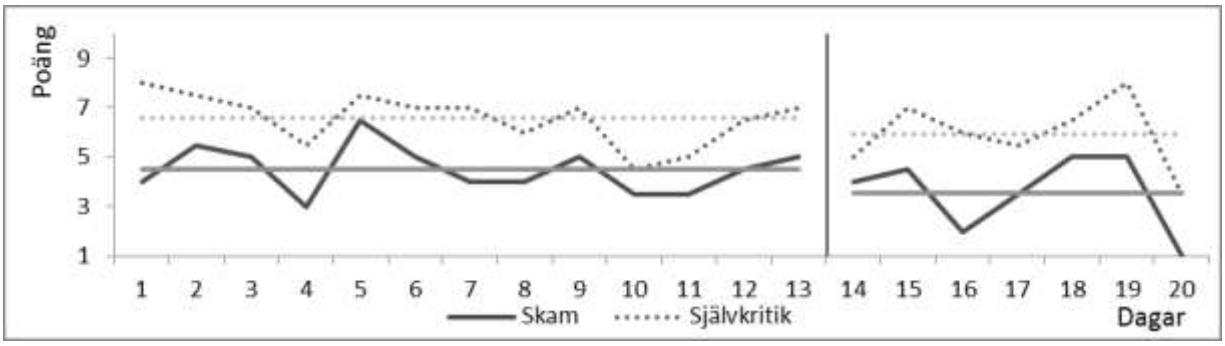
Data från intervjutillfällena. Deltagaren rapporterade en nedgång i livskvalitet under baslinjen. Enligt deltagaren själv mådde hon initialt sämre när hon fick en ökad känslomässig

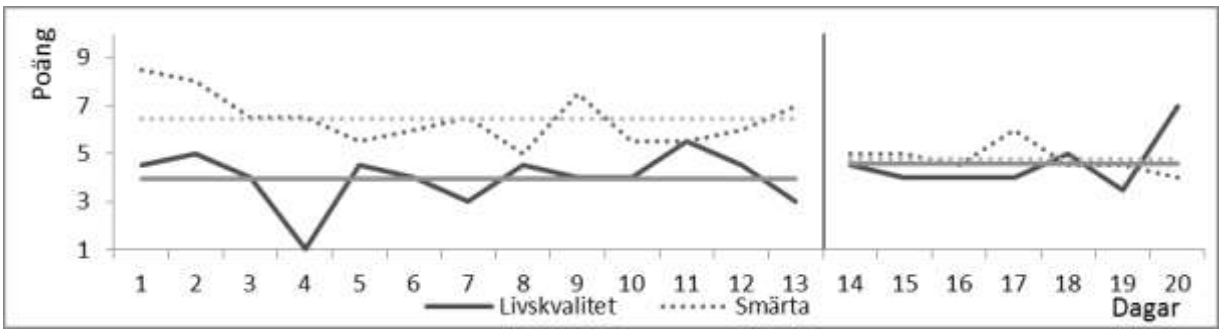
förståelse över hur hon faktiskt mådde. Vidare under behandlingen upplevde deltagaren starka och svåra känsloupplevelser i takt med denna ökade förståelse. Trots både starka och svåra känslor beskrev deltagaren ändå hoppfullhet inför framtiden och en tilltro inför ökad grad av livskvalitet på sikt. Enligt deltagaren själv har det varit en avgörande faktor att börja lägga märke till hur hårt och självkritiskt hon behandlar sig själv. Deltagaren rapporterar att behandlingen gett henne verktyg att kunna välja att visa sig själv förståelse och medkänsla istället för att som innan behandlingen känna förakt och dömande inför sina tillkortakommanden.

Deltagare 2

Deltagaren avbröt behandlingen på eget initiativ före M1. Analys och redovisade resultat baseras på data som finns insamlat.







Figur 3. Dagliga skattningar på självmedkänsla, skam, självkritik, livskvalitet och smärta för deltagare 2. Horisontell linje visar medelvärdet i fasen.

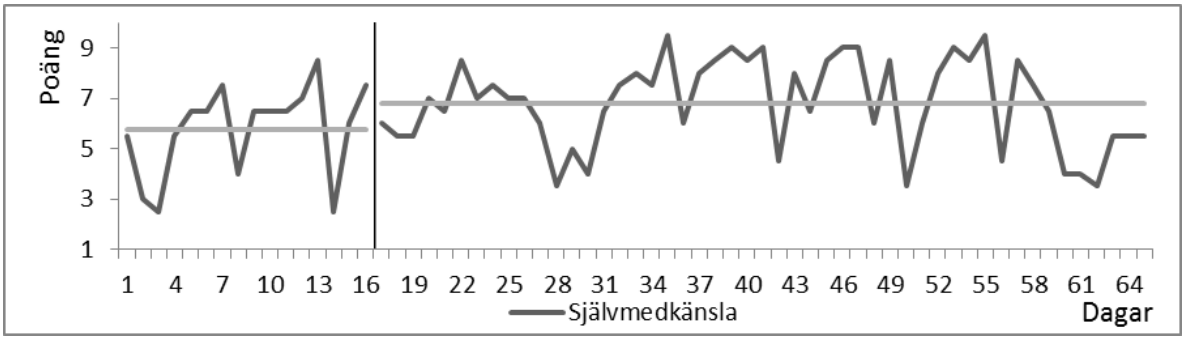
Självmedkänsla. Stabil baslinje som sträcker sig genom behandlingsfasen. Varken trend eller nivåskillnad uppvisades i behandlingsfasen, vid sista mätpunkt skedde en uppgång. PEM visade tveksam effekt av behandlingen (14%).

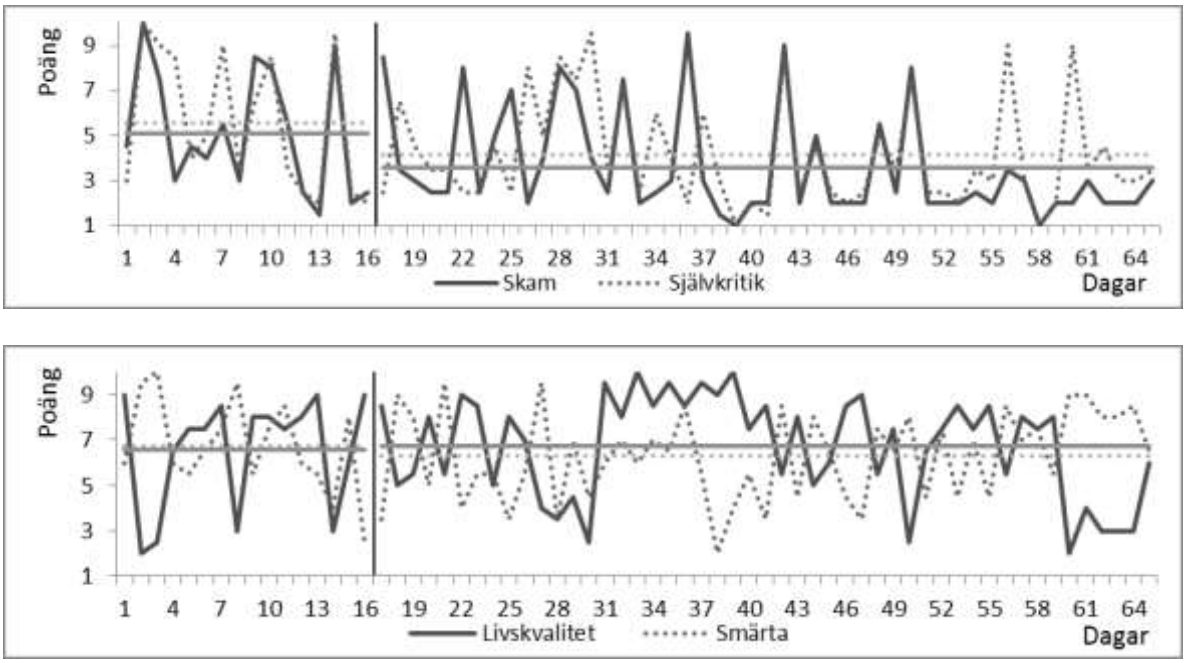
Skam och självkritik. Skam och självkritik uppvisade ingen stabil baslinje eller trend vare sig under baslinjen eller behandlingsfasen. Vid sista mätpunkten för både skam och självkritik skedde en markant minskning. Nivåskillnaden (minskning) visade stor effekt för skam (d = 1,0), mellanstor effekt för självkritik (d = 0,7). PEM visade för skam tveksam effekt av behandlingen (57%) och måttlig effekt för självkritik (71%).

Livskvalitet och smärta. Livskvalitet och smärta uppvisade varken stabil baslinje eller tydlig trend under baslinjen, inte heller behandlingsfasen visade någon trend. För livskvalitet skedde en tydlig uppgång vid sista mätpunkten. Nivåskillnaden visade medelstor effekt (ökning, d = 0,6) för livskvalitet och stor effekt (minskning, d = 1,7) för smärta. PEM för livskvalitet visade tveksam effekt (42%) och mycket god effekt av behandlingen (100%) för smärta.

Depression och ångest. I Tabell 5 finns endast värden från FM. Deltagaren uppvisar normal depression och moderat ångest.

Deltagare 4





Figur 4. Dagliga skattningar på självmedkänsla, skam, självkritik, livskvalitet och smärta för deltagare 4. Horisontell linje visar medelvärdet i fasen.

Självmedkänsla. Ingen stabil baslinje eller tydlig trend i någon av faserna. En nivåskillnad (ökning) visade mellanstor effekt (d = 0,6). PEM visade tveksam effekt av behandlingen (53%). SCS ökade till M1, M2 och EM. RCI visade en reliabel förbättring. Vid jämförelse med en normal population låg poängen vid EM kvar på icke klinisk nivå.

Skam och självkritik. Skam och självkritik uppvisade varken stabil baslinje eller tydlig trend under baslinjefasen. Under behandlingsfasen syntes en eventuell nedåtgående trend för både skam och självkritik, eventuell stabilisering av medelvärdet för skam mot slutet av behandlingen. Nivåskillnaden (minskning) visade mellanstor effekt för både skam (d = 0,6) och självkritik (d = 0,5). PEM visade måttlig effekt av behandlingen för skam (75%) och tveksam effekt för självkritik (63%). OAS minskade till M1, M2 och EM. FSCRS(IS) minskade för alla mättillfällen, M1, M2 och EM, FSCRS(HS) minskade till M1, låg kvar till M2 och ökade till EM. RCI för OAS visade reliabel skillnad (minskning). RCI för FSCRS(IS) visade reliabel förbättring. Vid jämförelse med en normal population hade poängen för OAS förbättrats till icke klinisk nivå, poängen för FSCRS låg kvar på en icke klinisk nivå.

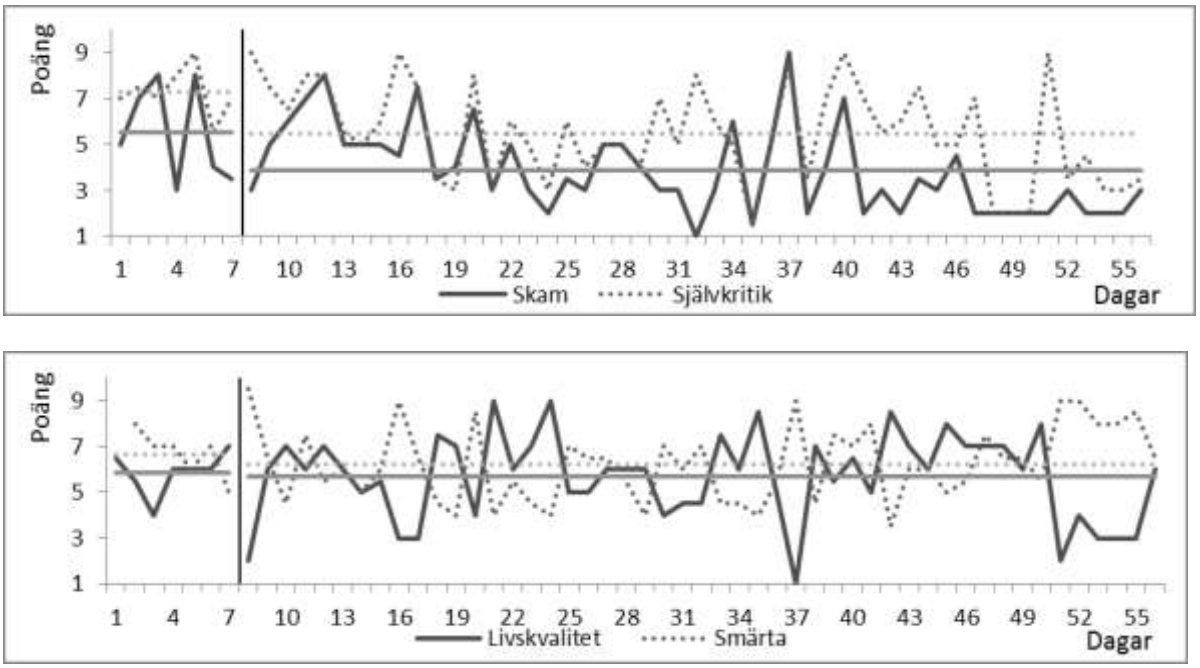
Livskvalitet och smärta. Livskvalitet och smärta uppvisade varken stabil baslinje eller tydlig trend under baslinjefasen. Behandlingsfasen visade ingen tydlig trend, eventuell nedåtgående trend för livskvalitet. Nivåskillnaden visade liten effekt för livskvalitet (ökning, d = 0,1) och liten effekt (minskning, d = 0,2) för smärta. PEM visade tveksam effekt för både livskvalitet (44%) och smärta (46%). RCI för WHOQOL(II) visade reliabel förbättring. Jämförelse med normal population visade vid EM poäng kvar på klinisk nivå för WHOQOL(II), och för WHOQOL(IV) en förbättring till icke klinisk nivå.

Depression och ångest. För både depression och ångest visade RCI reliabel förbättring. Deltagaren hade minskat grad av symtom från svår till normal depression och ångest.

Behandlingstillfredsställelse. Sammanfattningsvis skattades mycket högt på behandlingstillfredsställelse. Minst nöjdhet och hjälpsamhet skattades för smärtupplevelse och ett av avsnitten. Självupplevd förbättring var hög liksom total nöjdhet. Deltagaren skulle absolut rekommendera behandlingen.

Data från intervjutillfällena. Deltagaren rapporterar att det parallellt med behandlingen skett saker i hennes liv som påverkat hur hon mår, både fysiskt och känslomässigt. För deltagaren har självmonitorering och att dagligen agera i medkänsla bidragit till att hon i allt större utsträckning gör saker hon tycker om trots sin smärta. Deltagaren upplever att smärtan inte begränsar henne lika mycket i sin vardag även om smärtan finns där. Enligt deltagaren tillför hon mer positiva saker i sitt liv än innan behandlingen.

Deltagare 5



Figur 5. Dagliga skattningar på självmedkänsla, skam, självkritik, livskvalitet och smärta för deltagare 5. Horisontell linje visar medelvärdet i fasen.

Självmedkänsla. Varken stabil baslinje eller tydlig trend under baslinjefasen. Behandlingsfasen visade ingen trend. Nivåskillnaden visade stor effekt (ökning, *d* = 1,9). PEM visade måttligt effektiv behandling (85%). SCS minskade till M1, ökade till M2 och EM. RCI visade ingen reliabel skillnad. Vid jämförelse med en normal population låg poängen vid EM kvar på en icke klinisk nivå.

Skam och självkritik. Ingen stabil baslinje eller tydlig trend varken för skam eller självkritik under baslinjefasen. Under behandlingsfasen syntes en eventuell nedåtgående trend för skam, en eventuell stabilisering mot slutet av behandlingen. Nivåskillnaden (minskning) visade stor effekt för både skam (*d* = 0,8) och självkritik (*d* =1,8). PEM visade måttlig effekt av behandlingen för både skam 67%) och självkritik (67%). OAS minskade till för alla mättillfällen, M1, M2 och EM. FSCRS(IS) ökade till M1 minskade till M2 och EM, FSCRS(HS) ökade till M1, minskade till M2, låg kvar på samma nivå till EM. RCI för OAS och FSCRS visade inga reliabla skillnader. Vid jämförelse med normal population låg poängen för både OAS och FSCRS vid EM kvar på en icke klinisk nivå.

Livskvalitet och smärta. Varken livskvalitet eller smärta uppvisade stabil baslinje eller trend under baslinjefasen. Behandlingsfasen visade ingen trend. Nivåskillnaden (minskning) visade liten effekt för både livskvalitet (d = 0,2) och smärta (d = 0,4). PEM för livskvalitet var 36% och för smärta 65% vilket betyder tveksam effekt av behandlingen. RCI för WHOQOL visar ingen reliabel skillnad. Vid jämförelse med normal population låg poängen för WHOQOL(II) vid EM kvar på en klinisk nivå, för WHOQOL(IV) hade poängen förbättrats till icke klinisk nivå.

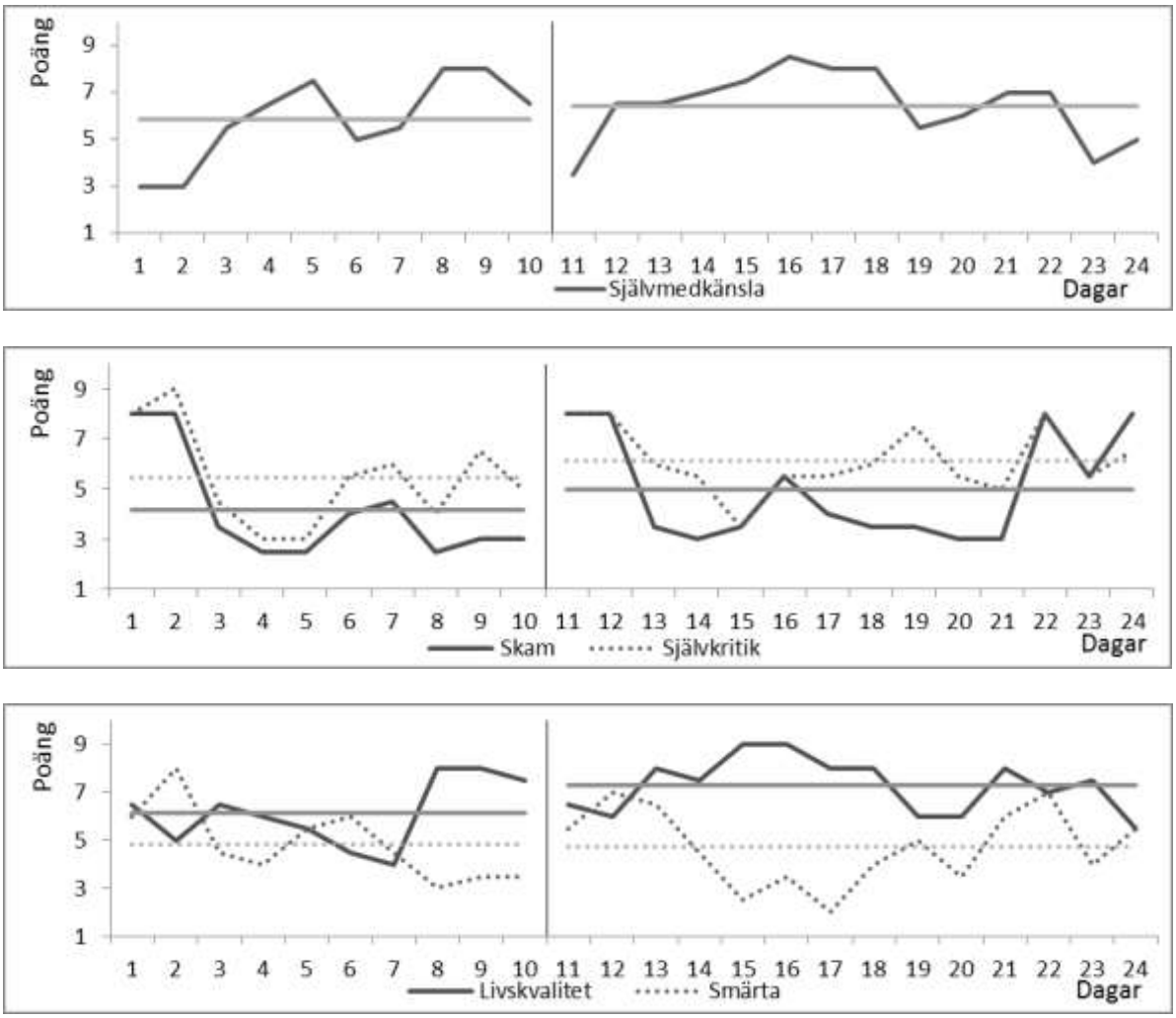
Depression och ångest. För depression och ångest visade RCI inga reliabla skillnader. För depression låg deltagaren kvar på en mild grad och hade för ångest gått från moderat till mild.

Behandlingstillfredsställelse. Sammanfattningsvis skattades högt på behandlingstillfredsställelse. Minst nöjdhet och hjälpsamhet skattades för agerande i medkänsla (medelgod). Självupplevd förbättring var hög liksom total nöjdhet. Deltagaren skulle absolut rekommendera behandlingen.

Data från intervjutillfällena. Deltagaren rapporterar att hon via självmonitoring, både dagliga skattningar och övningar blivit medveten om hur svårt hon har att rikta medkänsla mot sig själv. För deltagaren har behandlingens psykoedukation och särskilt insikten om det allmänmänskliga i delat lidande upplevts mest hjälpsamt för henne för att kunna rikta medkänsla mot sig själv. Deltagaren rapporterar att hon lätt hamnar i självkritiska tankar och skäms inför andra människor som hon upplever inte förstår hennes smärta, men säger samtidigt att hon känner upplever det som en hjälp att kunna påminna sig själv om det allmänmänskliga i lidande.

Deltagare 6

Deltagaren avbröt behandlingen på eget initiativ före M1. Analys och redovisade resultat baseras på de data som finns insamlat.



Figur 6. Dagliga skattningar på självmedkänsla, skam, självkritik, livskvalitet och smärta för deltagare 6. Horisontell linje visar medelvärdet i fasen.

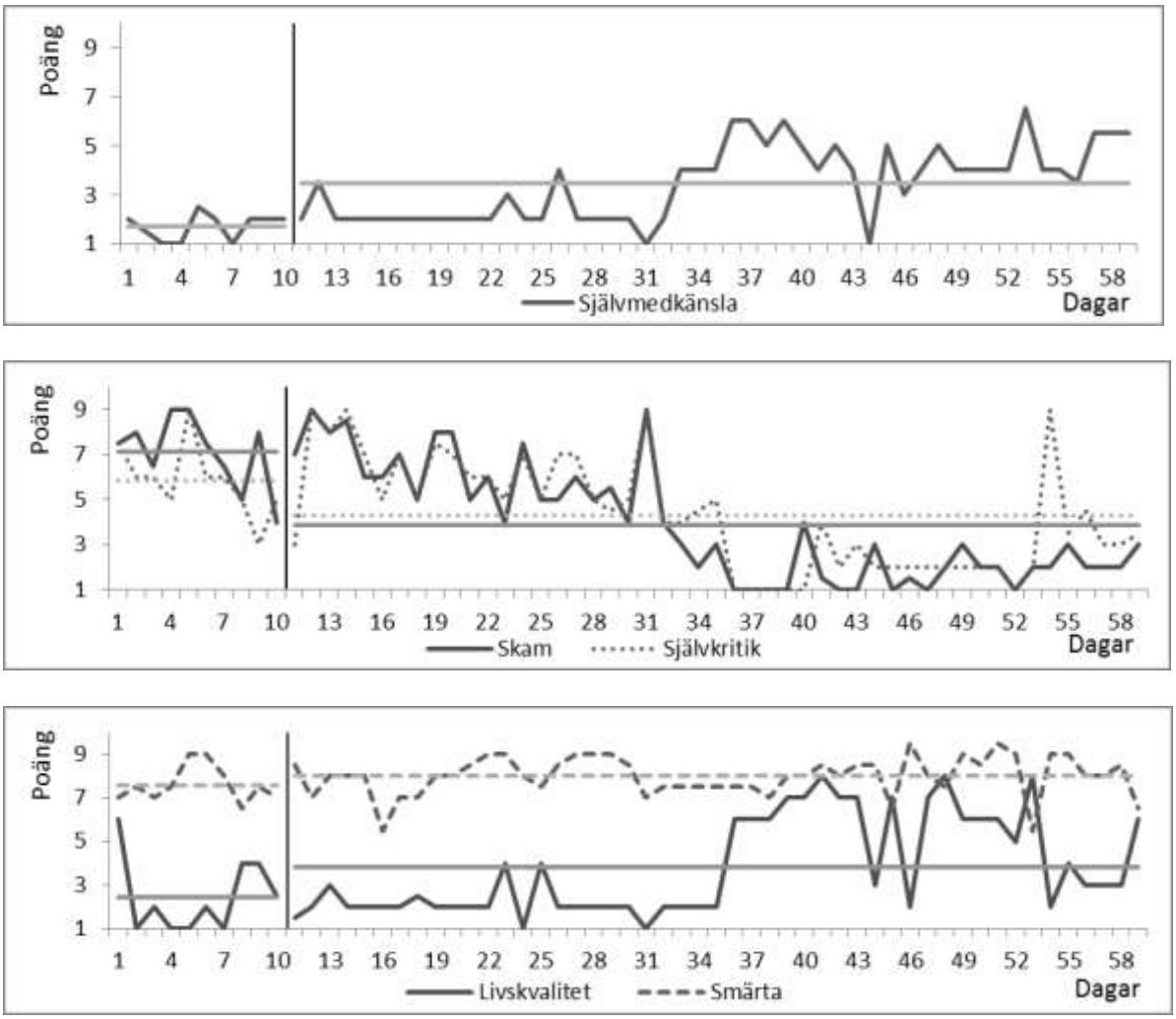
Självmedkänsla. Ingen stabil baslinje, möjligtvis en uppåtgående trend. Inte heller behandlingsfasen visade någon tydlig trend. Från mitten av fasen syntes en nedåtgående trend. Nivåskillnaden (ökning) visade liten effekt (d = 0,3). PEM visade tveksam effekt av behandlingen (64%).

Skam och självkritik. Varken skam eller självkritik uppvisade någon stabil baslinje, en markant minskning skedde vid baslinjens start. Behandlingsfasen visade ingen tydlig trend efter en markant ökning vid behandlingens start. Nivåskillnaden (minskning) för både skam (d = 0,4) och självkritik (d = 0,4) visade liten effekt. PEM visade tveksam effekt av behandlingen för både skam (21%) och självkritik (14%).

Livskvalitet och smärta. Varken livskvalitet eller smärta uppvisade någon stabil baslinje. För smärta syntes en nedåtgående trend under baslinjen. För livskvalitet syntes i behandlingsfasen först en ökning, sedan en nedåtgående trend. Ingen tydlig trend under behandlingsfasen för smärtupplevelsen som efter ökning sjönk och vände sedan uppåt. Nivåskillnaden visade stor effekt (ökning, d = 0,8) för livskvalitet och liten effekt (minskning, d = 0,1) för smärta. PEM visade måttlig effekt för livskvalitet (71%), tveksam effekt för smärta (42%).

Depression och ångest. För depression och ångest finns endast värden från FM (Tabell 5). Deltagaren uppvisade moderat grad av depression och ångest.

Deltagare 7



Figur 7. Dagliga skattningar på självmedkänsla, skam, självkritik, livskvalitet och smärta för deltagare 7. Horisontell linje visar medelvärdet i fasen.

Självmedkänsla. Stabil baslinje. En markant ökning vid behandlingens start, medkänslan låg kvar på samma nivå fram till ungefär mitten av behandlingen, därifrån ökade nivån. Behandlingsfasen visade en svagt uppåtgående trend. Nivåskillnaden (ökning) visade stor effekt (*d* = 3,4). PEM visade tveksam effekt av behandlingen (59%). SCS ökade för alla mättillfällen, M1, M2 och EM. RCI visade en reliabel förbättring. Vid jämförelse med en normal population hade poängen vid EM förbättrats till icke klinisk nivå.

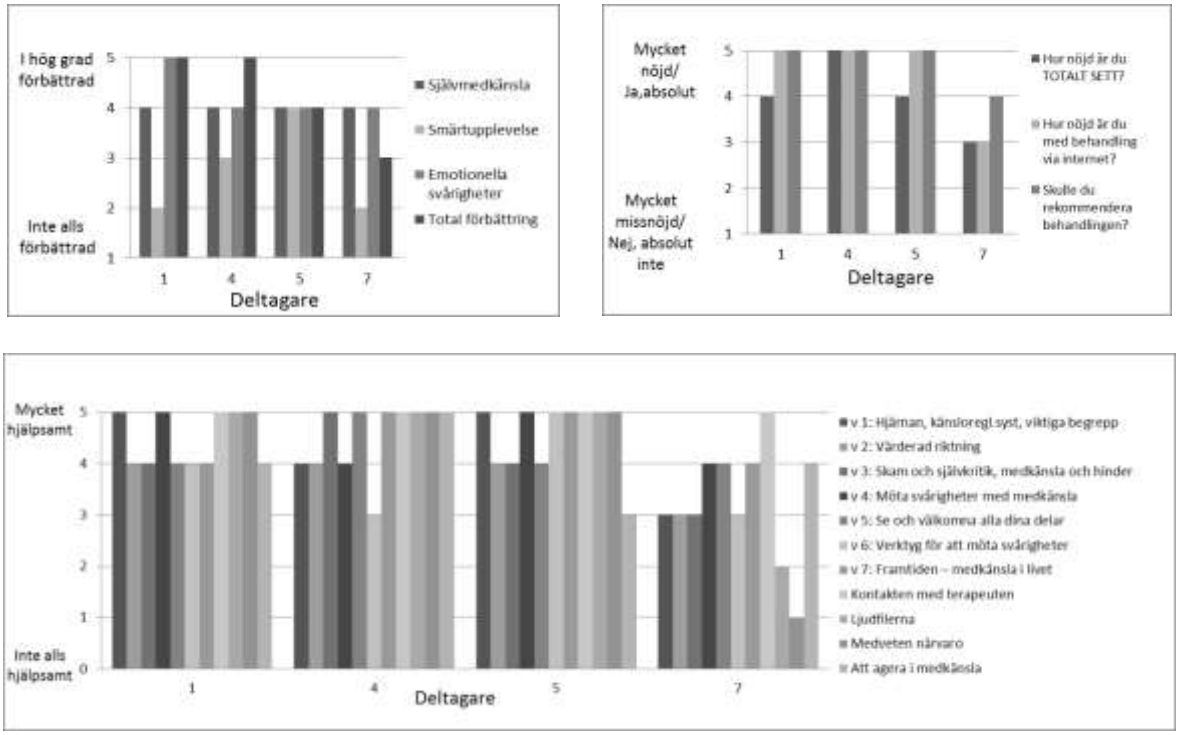
Skam och självkritik. Både skam och självkritik uppvisade under baslinjefasen en nedåtgående trend. Trenden fortsatte genom behandlingsfasen efter en markant inledande ökning vid behandlingsstart. Mot slutet av behandlingen syntes en eventuell stabilisering av medelvärdet för skam. Nivåskillnaden (minskning) för både skam (*d* = 2,1) och självkritik (*d* = 1,0) visade stor effekt. PEM visade måttlig effekt av behandlingen för både skam (85%) och självkritik (71%). OAS minskade till alla mättillfällen, M1, M2 och EM. FSCRS(IS) minskade till alla mättillfällen, M1, M2 och EM, FSCRS(HS) ökade till M1, minskade till M2 och EM. RCI för OAS och FSCRS(IS) uppvisade reliabla förbättringar. Vid jämförelse med normal population hade poängen vid EM förbättrats till icke klinisk nivå på både OAS och FSCRS.

Livskvalitet och smärta. Varken livskvalitet eller smärta uppvisade någon stabil baslinje eller trend i baslinjefasen. För livskvalitet fanns en uppåtgående trend under behandlingsfasen, och en markant ökning skedde ungefär i mitten av fasen. För smärta syntes ingen trend under behandlingsfasen. Nivåskillnaderna visade för livskvalitet en stor effekt (ökning, *d* = 0,8), för smärta en mellanstor effekt (minskning, *d* = 0,5). PEM visade tveksam effekt av behandlingen för både livskvalitet (53%) och smärta (18%). RCI för WHOQOL(II) visade reliabel skillnad. Vid jämförelse med en normal population hade poängen vid EM förbättrats till en icke klinisk nivå för WHOQOL(IV), för WHOQOL(II) låg poängen kvar på klinisk nivå.

Depression och ångest. För depression visade RCI signifikant förbättring. För depression hade deltagarens grad av symtom minskat från moderat till normal grad och för ångest från moderat till mild grad.

Behandlingstillfredsställelse. Sammanfattningsvis skattades varierad grad av behandlingstillfredsställelse. Minst nöjdhet och hjälpsamhet skattades för medveten närvaro, smärtupplevelse, visualiseringsövningar och internetbehandling. Medelgod upplevd förbättring och total nöjdhet. Deltagaren skulle rekommendera behandlingen.

Data från intervjutillfällena. Deltagaren har en låg grad av självmedkänsla inledningsvis, vilket kan förklaras av hennes självrapporterade uppfattning om att medkänsla enbart kan riktas mot andra. För deltagaren innebär behandlingen en ny insikt om att hon även kan vara självmedkännande. Redan under baslinjen sker en minskning i grad av skam och självkritik, vilket antyder att självmonitorering i sig kan ha en interventionseffekt. Däremot sker vid behandlingsstart en markant ökning av både skam och självkritik. Enligt deltagaren kan ökningen bero på att hon blivit mer medveten kring sin självkritiska hållning, vilket bidrog till att göra henne än mer självkritisk över sin självkritiska sida.



Figur 8. Behandlingstillfredsställelse för de fyra deltagarna som fullföljde behandlingen.

Diskussion

Syftet med aktuell studie var att undersöka om människor med långvarig smärta och emotionell problematik som genomgått multimodal smärtrehabilitering men har kvarstående emotionella svårigheter är hjälpta av en internetlevererad behandling med fokus på medkänsla.

Behandlingseffekten har analyserats både visuellt och statistiskt och resultaten är blandade. Det övergripande resultatet är som följer; Gällande ångest och depression har alla deltagare minskat sina symtom. Gällande livskvalitet är resultaten inte lika tydliga, dock uppvisar alla utom deltagare 1 en ökning av varierad storlek. För självmedkänsla, skam och självkritik visar resultaten att alla deltagare har en ökad grad av självmedkänsla, samt en minskad grad av skam och självkritik. Den totala självupplevda förbättringen går från medelhög till hög grad av förbättring och samtliga deltagare som fullföljde skulle rekommendera behandlingen till någon annan med liknande problem.

Genom att undersöka behandlingseffekt för personer med långvarig smärta och allmän bredare emotionell problematik tar aktuell studie vid och vidgar tidigare behandlingsstudie (Alehagen & Nilsson) där målgruppen var långvarig smärta och samtidig social ångest. I form av en SCED gavs goda möjligheter att undersöka effekten för varje enskild deltagare och på så vis bidra till förståelse för vad som är verksamt i behandlingen på individnivå. Denna förståelse kan sedan användas för fortsatt undersökning på gruppnivå.

De två deltagare som valde att avbryta studien kommenteras separat.

Självmedkänsla

Hypotesen ökad grad av självmedkänsla efter behandlingen kan antas. Alla deltagare höjer sin grad av självmedkänsla och befinner sig inom en normal populations nivå efter behandlingen.

Med tanke på det samband som finns mellan låg grad av självmedkänsla och hög grad av emotionell problematik (Costa & Pinto-Gouveia, 2011) är deltagarnas grad av

självmedkänsla oväntat hög vid förmätningen där hälften redan befinner sig på en icke klinisk nivå. Anledning till detta kan vara att sambandsanalyser genomförs på gruppnivå där sambanden för enskilda individer inte framgår. Ytterligare en aspekt gällande höga ingångspoäng på självmedkänsla är att deltagarna med högst poäng var de deltagare som inte fick reliabel förbättring. Det kan vara svårt att uppnå förbättring när nivåerna redan är höga.

Vid intervjutillfällena framkom att deltagarna upplever skillnad i att rikta medkänsla mot andra eller mot sig själv, det senare rapporteras mycket svårare. Flera berättar att de först inte förstått poängen med att visa värme och omsorg mot sig själv, såg det som en svaghet och förväxlade det med självömkan. Under behandlingen förändras detta för flera, först till en förståelse sedan till en känslomässig upplevelse av att det gör skillnad för måendet. Några berättar att i takt med ökad medveten närvaro och ett mer accepterande, medkännande förhållningssätt till sina egna upplevelser tycks också stunder med starka känsloreaktioner öka. Mycket sorg och ledsenhet kommer upp, minnen, känslor och tankar som tidigare undvikits tillåts i högre grad och flera beskriver stor känslomässig smärta samtidigt som tröskeln för den smärtproblematik de lever med upplevs lägre. Vid dessa stunder upplever de flesta svårigheter att fortsätta försöka agera självmedkännande och beskriver hur de tenderade att falla in i gamla beteendemönster av självkritik.

Skam och självkritik

Hypotesen att grad av skam och självkritik har minskat efter behandlingen kan delvis antas. Vad gäller skam har alla deltagare fått en minskning i grad av skam, en deltagare ligger dock fortfarande kvar på en klinisk nivå vilket skulle kunna förklaras av att skattningsformuläret för skam mäter *trait* (en global negativ uppfattning om andras syn på sig själv istället för fokus på specifika situationer och dess skamreaktioner), vilket är mer stabilt och därför svårare att förändra under en begränsad period (Allan, Gilbert, & Goss, 1994).

Vad gäller självkritik var de initiala poängen oväntat låga med tanke på sambandet mellan hög grad av självkritik och emotionella problem (Matos, Pinto-Gouveia, & Costa, 2011). Detta gällde främst för den självkorrigerande typen av självkritik där alla utom en deltagare redan befann sig på icke klinisk nivå. Även för den mer självhatande typen av självkritik befann sig två deltagare på en icke klinisk nivå vid förmätning. Trots detta minskar alla deltagare sin grad av självkritik och ligger på en icke klinisk nivå efter behandlingen.

Resultaten visar att skam och självkritik i stort följer samma utveckling vilket stämmer väl överens med teorin bakom aktuell behandling där man ser självkritik som ett försvar mot skam och de känslor som följer därav (Gilbert, 2009). När grad av skam minskar så minskar även behovet att med hjälp av självkritik skydda sig mot skamkänslorna.

Vid närmare granskning av resultaten visar det sig att de som initialt har hög grad av skam, jämfört med normal population, även har hög grad självkritik av typen hatat själv. Detta är rimligt om man betänker att hatat själv handlar om personens upplevelse av sig själv som defekt (Allan, Gilbert, & Goss, 1994).

Livskvalitet och smärta

Hypotesen att grad av livskvalitet är högre efter behandlingen kan inte antas då de flesta deltagare fortfarande befinner sig på klinisk nivå för den psykologiska domänen. För den sociala domänen däremot har alla utom deltagare 1 gått från klinisk till icke klinisk nivå. Utifrån de dagliga skattningarna visar dock två av fyra deltagare en mellanstor till stor effekt.

En förklaring till att livskvaliteten visar otydlig eller liten effekt av behandlingen kan vara att begreppet är svårt att definiera, operationalisera och mäta. Vidare syftar enskilda domäner till att mäta endast en del av begreppet livskvalitet vilket innebär att aktuell studie inte fångar upp en eventuell effekt på andra delar än för de psykologiska och sociala aspekterna. En annan förklaring kan vara att deltagarna under behandlingen inte längre undviker sina upplevelser, vare sig de är positiva eller negativa, i samma utsträckning. Detta

stämmer väl överens med det deltagare berättar vid intervjutillfällena; att när förmågan att stanna kvar i stunden och möta sina upplevelser utvecklas blir också intensiteten i upplevelsen starkare. Flera beskriver hur smärtupplevelsen ökar, känslor river inuti och nästan alla beskriver stor sorg över hur självkritiskt och fientligt de behandlat sig själva. Även om de anser att den ökade medvetenheten på sikt är positiv, påverkar det hur livskvaliteten upplevs i stunden, vilket är vad studien mäter. Deltagare rapporterar att de i allt större utsträckning gör saker i närvaro av sin smärta vilket på sikt förväntas ge en ökad grad av livskvalitet.

Ångest och depression

Hypotesen att grad av ångest- och depressionssymtom minskat efter behandling kan antas. Alla deltagare har minskat sin grad av depression- och ångestsymtom. Resultaten från studien antyder att en behandling som fokuserar på de transdiagnostiska processerna skam och självkritik får effekt på flera andra områden, i det här fallet depression och ångestsymtom. Detta går i linje med befintlig forskning som visar ett samband mellan hög grad av självmedkänsla och lägre grad av emotionell problematik (Costa & Pinto-Gouveia, 2011).

Deltagare som avbröt behandlingen

Två deltagare av sex valde att avsluta behandlingen i förtid. Deltagare 2 meddelade sitt avslut inför första mellanmätningen. Hon uppgav själv att hon mådde bättre och att hennes beslut att avsluta kändes helt rätt för henne. Deltagaren hade tagit del av behandlingen via mail då hennes dator inte är kompatibel med plattformens system. En bidragande orsak till avhoppet kan därför vara avsaknad av positiv förstärkning samt den alliansskapande kontakt via meddelandefunktionen med terapeuten som övriga deltagare beskrivit som viktig. Deltagare 6 avslutade också innan första mättillfället, dock utan att meddela sig eller svara på några meddelanden från uppsatsförfattarna. Vid den inledande intervjun uppgav denna deltagare inte lika stora hinder i sin vardag av sin problematik som övriga deltagare, vilket kan ha minskat motivation och engagemang för behandlingen.

Avslutande diskussion

Sammanfattningsvis kan sägas att behandlingen har effekt i varierad grad för alla deltagare. Tre av fyra ställda hypoteser antas. Den internetlevererade medkänslafokuserade behandlingen har effekt för personer med långvarig smärta och samtidig emotionell problematik. Grad av själmedkänsla har ökat, grad av skam och självkritik har minskat och grad av depression- och ångestsymtom har minskat. Grad av livskvalitet har däremot inte enbart ökat, därför förkastas denna hypotes. Den förväntning som fanns på att deltagarna har en otrygg anknytningsstil vid behandlingens start bekräftades för alla utom en.

Resultaten bidrar till den ökande mängd forskning som indikerar att vidare studier på medkänslafokuserad behandling är önskvärd då fokus på transdiagnostiska processer har effekt över flera problemområden. Resultaten från studien adderar även till redan visade samband mellan skam, självkritik och medkänsla (Neff, 2003b), samt att otrygg anknytning kan vara en viktig sårbarhetsfaktor (Meredith et al, 2008).

Enligt teorin bakom medkänslafokuserad behandling utvecklas förmågan till självmedkänsla tillsammans med anknytningssystemet. Skam och självkritik uppkommer till följd av att ett kritiskt och dominant bemötande från signifikanta andra internaliseras. När erfarenhet av medkänsla, trygghet och omsorg saknas uppstår svårigheter att själv kunna reglera sina emotioner. I svåra och smärtsamma stunder sker ofta reaktioner enligt väl invanda mönster av självkritik och dömande, vilket leder till ett ofta överaktivt hotsystem. I takt med att förmågan till självmedkänsla utvecklas, ökar förmågan att själv skapa balans mellan hot, strävan- och trygghetssystemen och på så vis öka flexibiliteten att hantera svåra situationer. Deltagare berättar själva hur de i och med sin ökade förståelse för de olika systemens påverkan i allt högre grad kan använda sig av självmedkänsla vid svåra stunder och bryta det gamla mönstret av ett självkritiskt förhållningssätt. Helt i linje med teorin bakom

medkänslafokuserad behandling är självmedkänsla avgörande för att reglera sina emotioner, såväl positiva som negativa.

Styrkor och svagheter i aktuell studie

Den aktuella studien genomfördes som en SCED med vilken det per definition följer både svagheter (såsom generaliserbarhet) och styrkor (såsom att studien blir okänslig för avhopp). Specifikt betyder detta för denna studie att med så kort baslinje kan det inte uteslutas att andra ovidkommande faktorer än behandlingen kan haft effekt. Om det är andra positiva händelser i deltagarens liv som ger effekt eller om det är behandlingen som ger effekt eller leder till de positiva händelserna är svårt att uttala sig om. Dessa kan dessutom ha en ömsesidig påverkan. Med kort baslinje kan inte den interna validiteten på ett tillfredsställande vis kontrolleras. Utifrån sammanvägd bedömning av data bör därför behandlingseffekt beaktas med tillförsikt. En styrka är att genom att följa en person noggrant upptäcks effekter på individnivå som skulle missats i en gruppdesign. Mätinstrumenten och analysmetoderna har också svagheter och styrkor i och med att de båda är subjektiva mått. Specifikt betyder det för den visuella analysen att otydlig data kan leda till olika tolkningar. Det kan också vara en styrka på så vis att förändring i graferna endast upptäcks med ögat om den är tillräckligt stor, vilket då troligen tyder på att förändringen även har en klinisk relevans. Analysmetoden PEM har en svaghet i att inte ta hänsyn till magnituden av förändringen. Däremot har den sin styrka i att den inte påverkas av extrempunkter i och med att det är medianen som används. Gällande mätinstrumenten följer alltid en osäkerhet vid självskattningsformulär, samtidigt som de också är en styrka då det är deltagarens egen upplevelse som undersöks. Ytterligare en svaghet relaterat till mätinstrumenten är att inte alla skattningsformulär är psykometrisk utprövade (dagliga skattningarna och utvärderingen). Därför kan det inte uteslutas att formulären misslyckas fånga de konstrukt de avser mäta.

Tidsramen för studien är på grund av tidsbrist kortare än önskat, detta gäller främst baslinjefasen. Vissa deltagare hann endast få sju dagars baslinje, och för de flesta deltagarna hann inte önskvärd stabilitet uppnås. Tidsramen utgjorde även en begränsning gällande tidpunkt för eftermätning. Eventuell långtidseffekt fångas inte upp, inte heller effekter som ännu inte hunnit visats, som fallet skulle kunna vara för upplevd livskvalitet. Framtida studier bör inkludera uppföljningsmätningar.

En annan aspekt gällande tid är att det i behandlingen inte tydligt går att se något mönster för när i behandlingen en förbättring inträffat. Detta kan förklaras av att varje modul behöver mer tid. En annan förklaring kan vara att behandlingen bygger på progression (samma komponenter finns med från början och byggs på under hela behandlingen) och rimligtvis framkommer förändringar då som en trend snarare än markanta nivåförändringar mellan faserna.

Behandlingen är internetlevererad, vilket kan vara både en svaghet och en styrka. I och med att behandlingen skedde utan behandlande sessionsträffar och kontakten främst skedde via plattformens meddelandefunktion kunde inte terapeuten i samma utsträckning som vid sedvanlig behandling modellera ett medkännande beteende. Kontakt hölls dock kontinuerligt, med feedback på plattformen och möjlighet att meddela sig med terapeuten, vilket flera deltagare uttryckte vara ett viktigt inslag. En annan rapporterad svaghet var att flera deltagare önskat nå behandlingen via surfplattor eller mobiler, men som i dagsläget ej är möjligt då det finns tekniska begränsningar i plattformen. Övriga svagheter gällande internetbehandlingen var teknikproblem som oväntat uppstod i och med att plattformens system inte var kompatibelt med modernare tekniklösningar. När tekniken trasslade kunde inte deltagarna registrera sina övningar regelbundet, och fick ibland en viss fördröjning i åtkomst till eventuella meddelanden från terapeuten. De missade registreringarna av övningarna kan dock endast delvis förklaras med teknikproblem, en annan förklaring ligger i att deltagaren själv

inte aktivt gick in och registrerade. Till följd av detta kunde inte uppgifter kring deltagarens övningsfrekvens samlas in, något som skulle vara intressant att relatera till resultaten. Några styrkor med en internetlevererad behandling är möjligheten att själv planera och avsätta tid för behandlingen när det passar bäst. Det innebär också att deltagaren inte kan lägga över framgångar i behandlingen på terapeuten utan det framkommer tydligare att deltagarens eget arbete ger resultat.

Avslutande kommentarer

Aktuell behandlingsstudie indikerar att en internetleverad medkänslafokuserad behandling kan på en relativt kort behandlingsperiod minska skam, självkritik, depression och ångest hos personer med långvarig smärta och samtidig emotionell problematik. Den aktuella studiens resultat går i linje med nutida forskningsansats där alltfler behandlingar inriktar sig på att transdiagnostiska processer tycks bidra, vidmakthålla och förvärra lidande hos personer. Fokus i medkänslafokuserad behandling är inte enbart att minska lidande och negativa upplevelser (såsom skam och självkritik) utan även att främja de positiva upplevelserna. Utifrån aktuell studies resultat uppmuntras fortsatt forskning att undersöka om medkänslafokuserad behandling levererad via internet kan ha effekt för en större grupp smärtpatienter samt för fler typer av målgrupper. Den reguljära vården är dit människor i första hand söker för sin problematik och idag vet vi att en stor andel besök inom primärvården är smärtrelaterade. Genom att ta aktuell studie vidare och undersöka effekt på gruppnivå skulle detta på sikt kunna innebära att man kan erbjuda psykologisk hjälp för smärtpatienter via internet och på så vis komplettera samt vidareutveckla den befintliga vården. Genom att kunna erbjuda människor en internetbehandling ökas möjligheten att alla kan få en vård som går i linje med Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) ”lika vård för alla” oavsett var i landet man bor.

Referenser

Alehagen, L. & Nilsson, L. (2014). Kan CFT förmedlas via internet? En randomiserad kontrollerad studie av internetbaserad CFT vid långvarig smärta och samtidig subklinisk social ångest. Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, Institutionen för psykologi.

Andersen, T. E. (2012). Does attachment insecurity affect the outcomes of a multidisciplinary pain management program? The association between attachment insecurity, pain, disabilty, distress, and the use of opiods. *Social Science & Medicine, 74*, 1461-1468.

Andersson, C. & Viotti, S. (2013). *Compassionfokuserad terapi.* Stockholm: Natur & Kultur.

Andersson, G., Kaldo-Sandström, V., Ström, L., & Strömgren, T. (2003). Internet administration of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 259-262.

Asmundson, G. J. G., & Katz, J. (2009). Understanding the Co-Occurence of Anxiety Disorders and Chronic Pain: State-of- the Art. *Depression and Anxiety, 26*, 888-901.

Baião, R,. Gilbert, P., McEwans, K., & Carvalho, S. (2014). Forms of Self-Criticising/Attackning & Self-Reassuring Scale: Psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.*

Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. *Arch Intern Medicine, 163*, 2433-2445. Hämtad den 10 oktober 2014 från http://www.medicine.gu.se/digitalAssets/1453/1453400_bair.pdf

Balsamo, M,. Macchia, A,. Carlucci, L,. Picconi, L,. Tommasi, M., Gilbert, P., & Saggino, A. (2014). Measurement of External Shame: An Inside View. *Journal of Personality Assessment, 1-9*.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Reviw and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychoterapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services. 26*(2/4).

Barlow, D.H., Nock, M.K., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change.* 3rd edition. Boston: Pearson.

Bender, J. L., Radhakrishnan, A., Diorio, C., Englesakis, M., & Jadad, A. R. (2010). Can pain be managed through the Internet? A systematic review of randomized controlled trials. *PAIN, 152*, 1740-1750.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(2), 69-77.

Borggren, V., & Telg, P. (2013). *Självkritik eller självuppmuntran? En utvärdering av instrumenten FSCRS och FSCS.* Psykologexamensuppsats, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain, 10* (2006), 287-333.

Bromley-Milton, M., Börsbo, B., Rovner, G., Lundgren-Nilsson, Å., Stibrant-Sunnerhagen, K., Gerdle, B. (2013). Is Pain Intensity Really That Important to Assess in Chronic Pain Patients? A Study Based on the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation (SQRP). PLoS ONE 8(6): e65483. doi:10.1371/journal.pone.0065483

Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., & Hursti, T., et al. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 51*, 307-315.

Buhrman, M., Fredriksson, A., Edström, G., Shafiei, D., Tärnqvist, C., & Ljótsson, B., et al. (2012). Guided Internet-delivered cognitive behavioural therapy for chronic pain patients who have residual symptoms after rehabilitation treatment: Randomized controlled trial. *European Journal of Pain, 17*, 753-765.

Bushnell, M. C., Ceko, M., & Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neurosciense, 14*, 502-511.

Canvarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., & Gameiro, S. (2009). Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) in Portugal. *International Journal of Behavioural Medicine, 16*, 116-124.

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2013). Exploring Self-criticism: Confirmatory Factor Analysis of the FSCRS in Clinical and Nonclinical Samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy.*

Catarino, F., Gilbert, P., McEwan, K., & Baião, R. (2014). Compassion Motivations: Distinguishing Submissive Compassion and its association with shame, submissive behavior, depression, anxiety and stress. *Journal of Social and Clinical Psychology 33*(5), 399-412.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663.

Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of Pain, Self-Compassion and Psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to Identify Patients´subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy,18*, 292-302.

Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experimental avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology, 43*, 1578-1591.

Cox, B. J., McPherson, P. S. R., Enns, M. W., & McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy, 42*,105- 114.

Cox, B. J, McWilliams, L. A., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2004). Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative

sample. *Comprehensive Psychiatry, 45*(4), 246-253.

Crombez, G., Viane, I., Eccleston, C., Devulder, J., & Goubert, L. (2013). Attention to pain and fear of pain in patients with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 36*(4), 371-378.

Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal Behavior Medicine, 31*, 169-177. doi 10.1007/s10865-007-9144-1

Durlak, J. A. (2009). How to Select, Calculate, and Interpret Effect Sizes. *Journal of Pediatric Psychology, 34* (9), 917-928. doi: 10.1093/jpepsy/jsp004

Ehde, M, D., Dillworth, M, T., & Turner, A, J. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals With Chronic Pain. Efficacy, Innovations, and Directions for Research. *American Psychologist, 69*(2), 153-166.

Gerrits, M. M. J. G., Vogelzangs, N., van Oppen, P., van Marwijk, H. W. J., van der Horst, H., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Impact of pain on the course of depressive and axiety disorders. *Pain,153*, 429-436.

Germer, C. K. & Siegel, R. D. (Eds.). (2012). Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice. New York: Guilford Press.
Gilbert, P. (2014a). Compassion-focused therapy: Preface and introduction for special section. *The British Psychological Society, 53*, 1-5.

Gilbert, P., Gilbert, J., Karl, A., Matos, M., McEvan, K., Rockliff, H. (2011). Effects of Intranasal Oxytocin on ”Compassion Focused Imagary”. *Emotion, 11*(6), 1388-1396.

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.

Gilbert, P. (2010). An Introducing to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), 97-112.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment, 15*, 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 353-379

Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. East Sussex: Routledge.

Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 31-50.

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer Scale. *Person. Individ. Diff, 17*(5), 713-717.

Gureje, O. (2008). Comorbidity of Pain and Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports, 10*, 318-322.

Hedengren, T., & Linnell, S. (2014). Mediatorer vid compassionfokuserad behandling – medierar self-compassion respektive självkritik förändring i utfallsmåtten social ångest, depression och funktionsnivå?. Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, Institutionen för psykologi.

Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., & Lindefors, N. (2011). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Results from randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 49*(11), 729-736.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.

Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion, 38*, 23-35.

Johansson, I., & Salomonsson, E. (2014). Compassion-focused mind training program for students whith social anxiety- a pilot study. Psykologexamensuppsats, Örebro universitet, Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete

Kazdin, A.E. **(**2014). *Research design in clinical psychology*. (4th edition) Boston: Pearson Education.

Kolts, R. L. (2012). The compassionate-mind guide to managing yoru anger: using compassion-focused therapy to calm your rage and heal your relationships. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Lawrence, V. A., & Lee, D. (2013). An Exploration of People´s Experiences of Compassion-focused Therapy for Trauma, Using Interpretative Phenomenlogical Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*

Linton, S. (2013). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur

Linton, S. (2013b). A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion. *Journal of Applied Biobehavioral Research(18),* 82-103.

Linton, S., & Bergbom, S. (2011). Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 2, 47-54.

Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286

Lumley, A, M., Cohen, L, J., Stout, L, R., Neely, C, L., Sander, M, L., & Burger, J, A. (2008). An Emotional Exposure-Based Treatment of Traumatic Stress for People with Chronic Pain: Preliminary Results for Fibromyalgia Syndrome. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 45,* No 2, 165-172.

Ma, H. (2006). An Alternative Method for Quantitative Synthesis of Single-Subject Reserches: percentage of Data Points Exceeding the Median. *Behaviour Modification, 30(5),* 598-617. http://dx.doi.org/10.1177/0145445504272974.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Costa. V. (2011). Understanding the Importance of Attavhment in Shame Traumatic Memory Relation to Depression: The Impact of Emotion Regulation Processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Hämtad 21 oktober från www.wileyonlinelibrary.com

McCracken, M, L., & Vowles, E, K. (2008). A Prospective Analysis of Acceptance of Pain and Values-Based Action in Patients With Chronic Pain. *Health Psychology, 27,* 2, 215-220.

Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review, 28* (2008), 407-429.

Neff, K.D., K. L., Kirkpatrick & S. S. Rude, (2007). Self-Compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41,* 139-154.

Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identityg, 2,* 85-101.

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity, 2,* 223-250.

Olive, M. L., & Smith, B. W. (2005). Effect Size Calculations an Single Subject Designs. *Educational Psychology: International Journal of Experimental Educational Psychology,* 25: 2-3, 313-324.

Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The protective Role of Self-compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 21,* (2014) 311-323.

Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). Attachment and Mental and Physical Health: Self-Compassion and Mattering as Mediators. *Journal of CounselingPsychology, 58,* No 2, 272-278.

Ravitz, P., Manunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: a 25-year review. *Journal of psychosomatic research, 69* (4), 419-432.

Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truyers, C., Kellen, E., Bekkering, G., &Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europé: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research And Opinion, 27*(2), 449-462.

Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 29-36.

Schanche, E. (2013). The Transdiagnostic Phenomenon of Self-Criticism. *Psychotherapy, 50,* (3), 316-321. http://dx.doi.org.db.ub.oru.se/10.1037/a0032163

Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O. & Arkowitz H. (2012). A Pilot Investigation of Emotion-Focused Two-Chair Dialogue Intervention for Self-Criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19,* 496-507. http://dx.doi.org/10.1002/cpp.762

Schubiner, H., & Betzold, M. (2012). *unlearn your pain: A28-day process to reprogram your brain* (2nd ed.). Pleasant Ridge, MI: Mind Body Publishing.

Socialstyrelsen (2011). Nationella medicinska indikationer. *Indikation för multimodal behandling, rapport 2011:02* Hämtad den 25 mars från http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-multimodal-rehabilitering.pdf

Snaith, R., P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes, 1(29).* doi: 10.1186/1477-7525-1-29

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010) Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2 maj 2010. Hämtad 16 mars från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/rehab_smarta_2010_fulltext.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006) *Metoder för behandling av långvarig smärta april 2006.* Hämtad 16 mars från http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Metoder-for-behandling-av-langvarig-smarta/

Svensk författningssamling 1998:204 Hämtad 5 november från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

Svensk författningssamling 2009:400 Hämtad 1 januari från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/

Tirch, D. D. (2010). Mindfulness as a Context for the Cultivation of Compassion. *International Journal of Cognitive Therapy, 3,* 113-123.

Turk, D. C., & Wilson, H. D. (2010). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports 14*, 88-95.

Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.

Wei, M., Liao, K. Y-H., Ku, T-S., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, Self-Compassion, Empathy, and Subjective Well-Being Among College Students and Community Adults. Journal of Personality, 79, 191-221.

Wennerberg, T. (2012). *Vi är våra relationer.* Stockholm: Natur & Kultur.

The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument Group (1998). *WHOQOL User Manual*

Wren, A., Tamara, BA., Somers, J., Wright, M., Goetz, M., Leary, MR., Fras, AM., Huh, B., Rogers, L., & Keefe, F. (2012). Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 43,* No 4

Sheehan D., Lecrubier Y., Harnett-Sheehan K., Janavs J., Weiller E., Bonara L., Keskiner A., Schinka J., Knapp E., Sheehan MF., & Dunbar GC. (1997). Reliability and Validity of the M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry, 12,* 232-241.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 67, 361-370

Bilagor

Bilaga 1

Upplever Du kvarstående problem efter Din rehabilitering?

Oroar Du Dig för vad andra tycker om Dig?
Har Du svårt att bli nöjd med Dig själv i sociala sammanhang?
Skyller Du ofta på Dig själv om något går fel?

Har Du lätt att ta åt Dig av negativ kritik och fastnar i negativa tankebanor kring det?

Då kanske detta är något för Dig!

Du får detta brev för att Du har genomgått ett rehabiliteringsprogram för Din smärta vid Enheten för Psykosomatisk Medicin i Västerås. Forskning visar att många har kvarstående problem efter sin rehabilitering i form av ångest och allmänt dåligt mående. Vi vill nu inom ramen av ett forskningsprojekt erbjuda Dig en internetbaserad behandling som syftar till att angripa dessa kvarstående problem. Behandlingen är ett samarbete mellan Enheten för Psykosomatisk Medicin i Västerås och Centret för Medicinsk Psykologi vid Örebro universitet och kommer att genomföras som en förstudie och examensuppsats på psykologprogrammet vid Örebro universitet. Behandlingen startar under hösten och kommer att pågå cirka 8 veckor.

Låter detta intressant?

Hör av Dig snarast till medkansla.studie@gmail.com eller på 073-347 66 78 för mer information.

Vi ser fram emot Ditt mail eller telefonsamtal!
Annika Lidén & Manuela Friberg, psykologstudenter, termin 10

Bilaga 2

Upplever Du kvarstående problem efter Din rehabilitering?

Oroar Du Dig för vad andra tycker om Dig?
Har Du svårt att bli nöjd med Dig själv i sociala sammanhang?
Skyller Du ofta på Dig själv om något går fel?

Har Du lätt att ta åt Dig av negativ kritik och fastnar i negativa tankebanor kring det?

Då kanske detta är något för Dig!

Du får detta brev för att Du har genomgått en smärthanteringskurs för Din smärta vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken, smärtsektionen, USÖ. Forskning visar att många har kvarstående problem efter sin rehabilitering i form av ångest och allmänt dåligt mående. Vi vill nu inom ramen av ett forskningsprojekt erbjuda Dig en internetbaserad behandling som syftar till att angripa dessa kvarstående problem. Behandlingen är ett samarbete mellan Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Örebro, Enheten för Psykosomatisk Medicin i Västerås och Centret för Medicinsk Psykologi vid Örebro universitet och kommer att genomföras som en förstudie och examensuppsats på psykologprogrammet vid Örebro universitet. Behandlingen startar under hösten och kommer att pågå cirka 8 veckor.

Låter detta intressant?

Hör av Dig snarast till medkansla.studie@gmail.com eller på 073-347 66 78 för mer information.

Vi ser fram emot Ditt mail eller telefonsamtal!

Annika Lidén & Manuela Friberg, psykologstudenter, termin 10
Bilaga 3

Hej!

Vad trevligt att vi väckt Ditt intresse för vår studie kring internetlevererad självhjälpsbehandling med fokus på medkänsla. Behandlingen riktar sig till Dig med långvarig smärta och samtidiga emotionella problem som Du efter att gått igenom ett multimodalt rehabiliteringsprogram fortfarande upplever kvarstående problem av.

De bifogade formulären ger information som hjälper att bedöma om behandlingen skulle kunna vara till hjälp för Dig. Vi behöver Dina svar snarast. Du fyller i formulären och skickar dem tillbaka i det medföljande frankerade svarskuvert.

När vi fått formulären görs en första bedömning. Uppfyller du kriterierna för studien kontaktar vi Dig och bokar in ett möte på Enheten för Psykosomatisk Medicin i Västerås. Under vårt möte, som kan ta mellan en till två timmar, kommer vi tillsammans fram till om behandlingen är något för dig. Du kommer att få berätta om Dig och Din situation samt fylla i olika formulär. Du får också mer information om behandlingen som kommer att pågå cirka åtta veckor under hösten och vintern, samt möjlighet att ställa frågor.

Skulle Du inte bli aktuell för studien kontaktar vi Dig med information om detta och Du ges då möjlighet att ställa frågor.

Varmt välkommen att höra av Dig med frågor eller funderingar till oss redan nu!

Med vänliga hälsningar,
Annika och Manuela

Kontaktuppgifter
Annika Lidén, psykologstudent, Örebro universitet
Manuela Friberg, psykologstudent, Örebro universitet
E-post: medkansla.studie@gmail.com

Katja Boersma, handledare, universitetslektor, Örebro universitet
Telefon: 019-30 10 62 e-post: katja.boersma@oru.se

Bilaga 4

Hej!

Vad trevligt att vi väckt Ditt intresse för vår studie kring internetlevererad självhjälpsbehandling med fokus på medkänsla. Behandlingen riktar sig till Dig med långvarig smärta och samtidiga emotionella problem som Du efter att gått igenom en smärthanteringskurs fortfarande upplever kvarstående problem av.

De bifogade formulären ger information som hjälper att bedöma om behandlingen skulle kunna vara till hjälp för Dig. Vi behöver Dina svar snarast. Du fyller i formulären och skickar dem tillbaka i det medföljande frankerade svarskuvert.

När vi fått formulären görs en första bedömning. Uppfyller du kriterierna för studien kontaktar vi Dig och bokar in Dig för ett möte. Under vårt möte, som kan ta mellan en till två timmar, kommer vi tillsammans fram till om behandlingen är något för dig. Du kommer att få berätta om Dig och Din situation samt fylla i olika formulär. Du får också mer information om behandlingen som kommer att pågå cirka åtta veckor under hösten och vintern, samt möjlighet att ställa frågor.

Skulle Du inte bli aktuell för studien kontaktar vi Dig med information om detta och Du ges då möjlighet att ställa frågor.

Varmt välkommen att höra av Dig med frågor eller funderingar till oss redan nu!

Med vänliga hälsningar,
Annika och Manuela

Kontaktuppgifter
Annika Lidén, psykologstudent, Örebro universitet
Manuela Friberg, psykologstudent, Örebro universitet
E-post: medkansla.studie@gmail.com

Katja Boersma, handledare, universitetslektor, Örebro universitet
Telefon: 019-30 10 62 e-post: katja.boersma@oru.se

Bilaga 5

Självhjälpsbehandling med fokus på medkänsla och omsorg - För Dig med långvarig smärta och emotionella problem som begränsar i tillvaron

Information inför deltagande i behandlingsstudien.

Många människor med långvarig smärta har även emotionella problem som ångest eller allmänt dåligt mående. Denna studie riktar sig till Dig som upplever emotionella problem vilka påverkar Din livssituation, Dina sociala relationer och som kan påverka, eller påverkas av Din smärta.

Du har tidigare genomgått ett rehabiliteringsprogram på Enheten för Psykosomatisk medicin, EPM, Västerås och anmält intresse för att delta i denna behandlingsstudie. Studien genomförs i form av ett examensarbete och ingår som förstudie till ett forskningsprojekt där Center for Health And Medical Psychology, CHAMP, Örebro Universitet och Enheten för Psykosomatisk medicin, EPM, Västerås samarbetar. Vi som genomför behandlingsstudien är två psykologstudenter på psykologprogrammet vid Örebro universitet som under hösten läser sista och avslutande terminen på utbildningen.

Syfte med behandlingsstudien
Studien åsyftar dels att undersöka om en internetlevererad självhjälpsbehandling med fokus på medkänsla och omsorg kan hjälpa personer att hantera besvär som kan uppstå i olika situationer samt minska negativa konsekvenser som är associerade med långvarig smärta och emotionella problem.

För att kunna utforma en så bra behandling som möjligt behöver personers upplevelse av behandlingar också utvärderas. Detta är studiens andra syfte.

Behandlingen
Den internetlevererade självhjälpsbehandlingen bygger på Compassion Fokuserad Terapi (CFT). CFT är en relativt ny terapiform som syftar till att öka förmågan till medkänsla och omsorg till sig själv och andra, samt att minska skamkänslor och självkritik. Detta kan i sin tur tänkas hjälpa personer att hantera emotionella svårigheter och sociala situationer i samband med långvarig smärta, samt att känna mer trygghet i sociala sammanhang. CFT är en integrativ behandlingsform som har influenser från buddhistisk filosofi, kognitiv beteendeterapi, anknytningsteori, evolutionspsykologi och neurovetenskap. Programmet pågår i ca åtta veckor och är en aktiv behandlingsmetod. Det innebär att Du kommer att jobba med olika hemuppgifter som du ombeds skicka in veckovis via internet.

Uppfyller Du kriterierna och finner att Du vill medverka i denna studie kommer Du först att föra dagbok under några veckor. Detta ger oss en bild över hur det brukar se ut för Dig. Därefter kommer behandlingen att starta. Du kommer utöver dagboken som är ett moment

under hela behandlingen även fylla i olika formulär innan, efter, vid två tillfällen under behandlingen, samt eventuellt vid ett eller två tillfällen efter avslutad behandling. I anslutning till dessa tillfällen kommer Du att träffa Din terapeut. Dessa träffar ingår inte som en del i behandlingen utan syftar till att samla in information om Din upplevelse av behandlingen.

Du kommer att logga in via Mina Vårdkontakter för att få tillgång till behandlingsprogrammet. Där får Du instruktioner om hur behandlingen genomförs och hur Du går tillväga. Under behandlingen har Du kontakt med Din terapeut via internet. Denne ger Dig feedback och svarar på eventuella frågor och funderingar. Du garanteras svar vardagar inom 24 timmar.

Deltagandet är frivilligt och kostnadsfritt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Din relation till Enheten för Psykosomatisk medicin, EPM, Västerås, eller sjukvården i övrigt, kommer inte att påverkas på något sätt.

Sekretess och tystnadsplikt
Vi som ansvarar för studien omfattas av sjukvårdslagens tystnadsplikt. Alla uppgifter som Du lämnar behandlas strikt konfidentiellt. Namn och personnummer ersätts med en kod vilket omöjliggör att enskilda individer urskiljs. Endast inblandade i projektet har tillgång till koden.

För ytterligare upplysningar hittar Du våra kontaktuppgifter längre ner på sidan.

Vänliga hälsningar,
Annika och Manuela

Kontaktuppgifter
Annika Lidén, psykologstudent, Örebro universitet
Manuela Friberg, psykologstudent, Örebro universitet
E-post: medkansla.studie@gmail.com

Katja Boersma, handledare, universitetslektor, Örebro universitet
Telefon: 019-30 10 62 e-post: katja.boersma@oru.se

Samtycke till deltagande i en behandlingsstudie

Jag har muntligen och skriftligen informerats om studien ” Självhjälpsbehandling med fokus på medkänsla och omsorg – För Dig med långvarig smärta och emotionella problem som begränsar i tillvaron”. Jag har också fått tillfälle att ställa frågor.

Genom att underteckna denna blankett samtycker jag till:

- Att delta i studien frivilligt och därmed när som helst kunna avbryta deltagande utan förklaring. Deltagande påverkar inte min kontakt med eller relation till Enheten för Psykosomatisk medicin, EPM, Västerås.

- Att data samlas in för att lagras och bearbetas samt publiceras på ett avidentifierat vis. Sekretess kommer att tillämpas och min identitet kommer inte identifieras.

- Att personuppgifter samlas in och genom kodförfarande görs omöjliga att identifiera för andra än inblandade i studien. Personuppgifter behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL).

_____ _____

Deltagares underskrift Datum

_____

Deltagares namnförtydligande

_____

Terapeutens underskrift

Bilaga 6

Självhjälpsbehandling med fokus på medkänsla och omsorg - För Dig med långvarig smärta och emotionella problem som begränsar i tillvaron

Information inför deltagande i behandlingsstudien.

Många människor med långvarig smärta har även emotionella problem som ångest eller allmänt dåligt mående. Denna studie riktar sig till Dig som upplever emotionella problem vilka påverkar Din livssituation, Dina sociala relationer och som kan påverka, eller påverkas av Din smärta.

Du har tidigare genomgått en smärthanteringskurs på Rehabiliteringsmedicinska kliniken, USÖ, Örebro och anmält intresse för att delta i denna behandlingsstudie. Studien genomförs i form av ett examensarbete och ingår som förstudie till ett forskningsprojekt där Center for Health And Medical Psychology, CHAMP, Örebro Universitet och Enheten för Psykosomatisk medicin, EPM, Västerås samarbetar. Vi som genomför behandlingsstudien är två psykologstudenter på psykologprogrammet vid Örebro universitet som under hösten läser sista och avslutande terminen på utbildningen.

Syfte med behandlingsstudien
Studien åsyftar dels att undersöka om en internetlevererad självhjälpsbehandling med fokus på medkänsla och omsorg kan hjälpa personer att hantera besvär som kan uppstå i olika situationer samt minska negativa konsekvenser som är associerade med långvarig smärta och emotionella problem.

För att kunna utforma en så bra behandling som möjligt behöver personers upplevelse av behandlingar också utvärderas. Detta är studiens andra syfte.

Behandlingen
Den internetlevererade självhjälpsbehandlingen bygger på Compassion Fokuserad Terapi (CFT). CFT är en relativt ny terapiform som syftar till att öka förmågan till medkänsla och omsorg till sig själv och andra, samt att minska skamkänslor och självkritik. Detta kan i sin tur tänkas hjälpa personer att hantera emotionella svårigheter och sociala situationer i samband med långvarig smärta, samt att känna mer trygghet i sociala sammanhang. CFT är en integrativ behandlingsform som har influenser från buddhistisk filosofi, kognitiv beteendeterapi, anknytningsteori, evolutionspsykologi och neurovetenskap. Programmet pågår i ca åtta veckor och är en aktiv behandlingsmetod. Det innebär att Du kommer att jobba med olika hemuppgifter som du ombeds skicka in veckovis via internet.

Uppfyller Du kriterierna och finner att Du vill medverka i denna studie kommer Du först att föra dagbok under några veckor. Detta ger oss en bild över hur det brukar se ut för Dig. Därefter kommer behandlingen att starta. Du kommer utöver dagboken som är ett moment

under hela behandlingen även fylla i olika formulär innan, efter, vid två tillfällen under behandlingen, samt eventuellt vid ett eller två tillfällen efter avslutad behandling. I anslutning till dessa tillfällen kommer Du att träffa Din terapeut. Dessa träffar ingår inte som en del i behandlingen utan syftar till att samla in information om Din upplevelse av behandlingen.

Du kommer att logga in via Mina Vårdkontakter för att få tillgång till behandlingsprogrammet. Där får Du instruktioner om hur behandlingen genomförs och hur Du går tillväga. Under behandlingen har Du kontakt med Din terapeut via internet. Denne ger Dig feedback och svarar på eventuella frågor och funderingar. Du garanteras svar vardagar inom 24 timmar.

Deltagandet är frivilligt och kostnadsfritt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Din relation till Rehabiliteringsmedicinska kliniken, USÖ, Örebro, eller sjukvården i övrigt, kommer inte att påverkas på något sätt.

Sekretess och tystnadsplikt
Vi som ansvarar för studien omfattas av sjukvårdslagens tystnadsplikt. Alla uppgifter som Du lämnar behandlas strikt konfidentiellt. Namn och personnummer ersätts med en kod vilket omöjliggör att enskilda individer urskiljs. Endast inblandade i projektet har tillgång till koden.

För ytterligare upplysningar hittar Du våra kontaktuppgifter längre ner på sidan.

Vänliga hälsningar,
Annika och Manuela

Kontaktuppgifter
Annika Lidén, psykologstudent, Örebro universitet
Manuela Friberg, psykologstudent, Örebro universitet
E-post: medkansla.studie@gmail.com

Katja Boersma, handledare, universitetslektor, Örebro universitet
Telefon: 019-30 10 62 e-post: katja.boersma@oru.se

Samtycke till deltagande i en behandlingsstudie

Jag har muntligen och skriftligen informerats om studien ” Självhjälpsbehandling med fokus på medkänsla och omsorg – För Dig med långvarig smärta och emotionella problem som begränsar i tillvaron”. Jag har också fått tillfälle att ställa frågor.

Genom att underteckna denna blankett samtycker jag till:

- Att delta i studien frivilligt och därmed när som helst kunna avbryta deltagande utan förklaring. Deltagande påverkar inte min kontakt med eller relation till Rehabiliteringsmedicinska kliniken, USÖ, Örebro.

- Att data samlas in för att lagras och bearbetas samt publiceras på ett avidentifierat vis. Sekretess kommer att tillämpas och min identitet kommer inte identifieras.

- Att personuppgifter samlas in och genom kodförfarande görs omöjliga att identifiera för andra än inblandade i studien. Personuppgifter behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL).

_____ _____

Deltagares underskrift Datum

_____

Deltagares namnförtydligande

_____

Terapeutens underskrift

Bilaga 7

Kroppen

1. Hur ont har du haft idag?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Mesta tänkbara

2. Hur mycket har dina dagliga aktiviteter påverkats av din värk?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Mesta tänkbara

Tankar och känslor om dig själv

3. Har du haft självkritiska tankar idag? *Ex: Har du idag blivit arg/ frustrerad/ besviken på dig själv när du upplevt att du misslyckats med något, eller kände inte levde upp till de krav du hade på dig själv?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Konstant

4. Hur jobbiga har dessa självkritiska tankar varit?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Mesta tänkbara

5. Hur ofta har du under dagen skämts över något du har tänkt, gjort eller sagt? *Ex. du har glömt bort ett inplanerat möte och tänker då "usch, vad respektlöst av mig, jag är en dålig vän"; du får kritik på en arbetsuppgift, känner dig dålig och tänker "det hade varit bättre om jag inte lämnat in den alls".*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Konstant

6. Hur jobbiga har dessa skamkänslor varit?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Mesta tänkbara

Livskvalitet

7. Hur mycket uppskattar du livet, just idag?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Mesta tänkbara

8. Hur pass mycket positiva känslor upplever du i ditt liv, just idag?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Mesta tänkbara

Medkänsla

9. När jag under dagen som gått upplevt svårigheter har jag försökt visa värme och omsorg inåt för att trösta mig själv. *Ex: Att inte värdera dig själv utifrån det du gör, tänka att du är värdefull oavsett vad du gör/säger, att visa acceptans mot dig själv, tänka att du inte är ensam att uppleva svårigheter, att svårigheter är något som hör livet till, att försöka ha en balanserad syn på smärtsamma situationer/upplevelser.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls									Konstant

10. Har du kunnat känna värme och medkänsla riktad mot dig själv idag?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls									Konstant

Bilaga 8

Utvärdering av en internetlevererad behandling med medkänsla i fokus

Nedan följer några frågor om behandlingen du tagit del av. För att kunna utforma bättre och mer effektiva behandlingar behöver man alltid utvärdera hur nuvarande behandlingar upplevs. Det är här Du kommer in. Som deltagare i denna behandlingsstudie är Dina åsikter och upplevelser oerhört viktiga. Det finns inget rätt eller fel sätt, just det Du tycker/känner/tänker är det vi vill ta del av. Markera det alternativ på varje fråga som du tycker stämmer bäst överens med din uppfattning. Har Du egna kommentarer är de varmt välkomna!

Hur nöjd är du TOTALT SETT med din behandling?

1 2 3 4 5
Mycket missnöjd Mycket nöjd

Kommentar:_____

_____

Hur upplever du att din medkänsla för dig själv har påverkats av behandlingen?

1 2 3 4 5
Inte alls förbättrad I hög grad förbättrad

Kommentar:_____

_____

Hur upplever du att din förmåga att hantera din smärta har påverkats av behandlingen?

1 2 3 4 5
Inte alls förbättrad I hög grad förbättrad

Kommentar:_____

_____

Hur upplever du att din förmåga att hantera dina känslomässiga svårigheter har påverkats av behandlingen?

1 2 3 4 5
Inte alls förbättrad I hög grad förbättrad

Kommentar:_____

_____

Hur upplever du din TOTALA förbättring sedan du påbörjade behandlingen, oavsett om du tänker att den beror på behandlingen eller inte.

1 2 3 4 5

Inte alls förbättrad I hög grad förbättrad

Kommentar:_____

_____

Skulle du rekommendera behandlingen till någon annan med liknande besvär?

1 2 3 4 5
Nej, absolut inte Ja, absolut

Kommentar:_____

_____

Hur hjälpsamma upplevde du de olika delarna i behandlingen?

Vecka 1: Hjärnan, känsloregleringssystemen, sinnestillstånd och viktiga begrepp
Att kartlägga och arbeta konkret med de tre känsloregleringssystemen; hot, strävan/utforskande- och trygghetssystemet.

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Vecka 2: Värderad riktning – agera långsiktigt
Att utforska och arbeta konkret med din värderade riktning.

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Vecka 3: Skam och självkritik, medkänsla och hinder
Att jobba med svåra situationer (lista svåra situationer) och självkritik (möt din kritiska röst med medkänsla). Att skriva korta medkännande brev.

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Vecka 4: Möta svårigheter med medkänsla

Att med jobba med att förstå och se medkännande på sina reaktioner och dess positiva/negativa konsekvenser. Att jobba med att använda sitt trygghetssystem vid svåra situationer.

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Vecka 5: Se och välkomna alla dina delar
Att utforska ditt värderade jag. Att öka förståelse för samtidiga och ibland motstridiga delar av dig själv (att kunna vara arg, ledsen, rädd samtidigt och vilja olika saker).

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Vecka 6: Verktyg för att möta svårigheter med medkänsla
Att använda VARM vid svåra situationer.

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Vecka 7: Framtiden – medkänsla i livet
Att arbeta med att uppmärksamma det positiva i livet. Att se framåt, hur kan du använda de verktyg du lärt dig under behandlingen.

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Kontakten med terapeuten

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Ljudfilerna (Lugnande andning, Trygg plats, Medkänsla för andra, Medkänsla från andra, Medkänsla för själv och andra och Bara vara)

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Medveten närvaro
Att träna på att vara närvarande i nuet (t ex när du äter, duschar, dricker en kopp kaffe mm).

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Att agera i medkänsla
Att varje dag göra minst en aktivitet bara för din egen skull (t ex läsa en bok, gå en promenad, träffa en vän mm).

1 2 3 4 5
Inte alls hjälpsamt Mycket hjälpsamt

Kommentar:_____

_____

Hur nöjd är du med att behandlingen levererades via internet?

1 2 3 4 5
Mycket missnöjd Mycket nöjd

Kommentar:_____

_____

Bilaga 9

Kroppen

1. **Hur ont har du haft idag?**

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mesta tänkbara

2. **Hur mycket har det påverkat din dag?**

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mesta tänkbara

Tankar och känslor om dig själv

3. **Har du haft självkritiska tankar?** (*T ex: Du har inte levt upp till de krav du har på dig själv.*

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Konstant

4. **Hur jobbiga har dessa självkritiska tankar varit?**

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mesta tänkbara

5. **Har du skämts (känt skam) för något du gjort eller inte gjort?** (*T ex: Jag som alltid brukar byta gardiner regelbundet. Fy, vad jag skäms för att jag inte gör det längre, grannarna tror kanske jag är lat.)*

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Konstant

6. **Hur jobbiga har dessa skamkänslor varit?**

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mesta tänkbara

Livskvalitet

7. **Hur har din livskvalitet varit idag?**

Obefintlig	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bästa tänkbara

8. **Hur väl stämmer din livskvalitet idag överens med hur du önskat att den vore?**

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Helt

Medkänsla

9. **När jag under dagen som gått upplevt svårigheter har jag försökt visa värme och omsorg inåt för att trösta mig själv.** *(T ex: Att inte värdera dig själv utifrån det du gör, tänka att du är värdefull oavsett vad du gör/säger, att visa acceptans mot dig själv, tänka att du inte är ensam att uppleva svårigheter, att svårigheter är något som hör livet till, att försöka ha en balanserad syn på smärtsamma situationer/upplevelser.)*

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Konstant

10. Har du kunnat känna värme och medkänsla riktad mot dig själv?

Inte alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Konstant