



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

A compassionate way forward?

KBT-terapeuters perspektiv på CFT vid ätstörningsbehandling

Susanne Petersén & Therese Wärnå

Psykoterapeutexamensuppsats. 2024

Handledare: Per Johnsson, Kajsa Järholm
Examinator: Sean Perrin

Abstract

Eating disorder is a serious illness that causes great suffering for those affected and their network of friends and family. The prognosis is described as generally positive, but a significant percentage develop severe illness with difficulties to recover. Knowing that eating disorders can be difficult to treat, new treatment methods need to be developed so that more patients can achieve a lasting improvement in health. People with eating disorders typically experience a high degree of self-shame as part of their condition. Compassion Focused Therapy (CFT) is a therapeutic method that is integrative and transdiagnostic, and it aims to increase self-compassion and reduce shame and self-criticism in people suffering from mental illness. The purpose of this qualitative study was to investigate whether CFT can be an effective treatment option for people suffering from eating disorders. Semi-structured interviews were conducted with seven therapists with therapeutic competence in CBT, experience in treating eating disorders at a specialized level and knowledge of CFT. The data was analyzed using thematic analysis, which generated six themes that aimed to describe the core of the participants' experiences. The therapists in the study describe CFT as a missing piece of the puzzle, the pedagogical models and the evolutionary perspective of the method are described as particularly helpful. More research is needed to clarify the evidence. It is the understanding between shame, pride and eating disorder that the study finds a key area for how CFT could contribute to eating disorder treatment. Based on this study, compassion can be a way forward.

Keywords: Compassion Focused Therapy, CFT-E, Eating disorders, Shame, Self-criticism

Sammanfattning

Ätstörning är en allvarlig sjukdom som medför stort lidande för de drabbade och deras nätverk. Prognosen beskrivs som generellt gynnsam, men en betydande andel utvecklar svåra och långdragna förlopp. Med utgångspunkt i att ätstörningsproblematik kan vara svårbehandlad, behöver nya behandlingsmetoder utvecklas för att fler patienter ska kunna nå en bestående gynnsam förändring. Personer som lider av ätstörning upplever generellt hög grad av skam. Compassion Focused Therapy (CFT) är en terapeutisk metod som är integrativ och transdiagnostisk, och har som mål att öka självmedkänsla och minska skam och självkritik hos personer som lider av psykisk ohälsa. Syftet med denna kvalitativa studie var att undersöka om CFT kan vara ett effektivt behandlingsalternativ för personer som lider av ätstörning. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sju behandlare med terapeutisk kompetens i KBT, erfarenhet av behandling av ätstörningsproblematik på specialiserad nivå och kännedom om CFT. Datan analyserades med hjälp av tematisk analys, vilken genererade sex teman som syftade till att beskriva kärnan i deltagarnas upplevelser. Terapeuterna i studien beskriver CFT som en saknad pusselbit. Metodens pedagogiska modeller och det evolutionära perspektivet beskrivs som särskilt hjälpsamt. Mer forskning behövs för att klargöra evidens. Det är i förståelsen mellan skam, stolthet och ätstörning som studien finner ett nyckelområde för hur CFT skulle kunna bidra inom ätstörningsbehandling. Med utgångspunkt i denna studie kan compassion vara en väg framåt.

Nyckelord: CompassionFokuserad Terapi, CFT-E, Ätstörningar, Skam, Självkritik

Förord

Varmt tack till

Terapeuterna som deltog i studien för ert fantastiska engagemang, vilket inte bara bidrog till studien utan ni inspirerade oss mycket med er stora kunskap. Flera av er tog er tid i en stressig arbetsvardag, vilket betydde massor för oss. Intervjuerna blev fina möten som vi bär med oss.

Per Johnsson, gällande handledare fanns det ett självklart val. Du har inspirerat oss i vårt arbete med ätstörningar på olika sätt under många år. Tack för att du tog dig an oss, trots att du egentligen inte hade möjlighet. Detta medförde också att vi fick chansen att ha ytterligare en handledare.

Kajsa Järvholm, för givande diskussioner. Det har varit spännande att höra ditt perspektiv på ätstörning, då du har andra erfarenheter än vi. Tack för att du hjälpte oss att komma igång och klargöra vägen framåt.

Kenneth Goss, for personally helping us figure out that there is no finished CFT manual for eating disorders. We will read it with great curiosity as soon as you finish.

Suzanne Petersson för att du varit bollplank och peppade oss när vi behövde det som mest.

Moa Petersén för IT-support.

Kollegor och vänner för glada heja-rop.

Det är omöjligt att göra en uppsats eller gå en utbildning som denna, utan att det tar tid från familjen. Så det största Tacket går till våra barn och män. Utan er förståelse och stöd på hemmaplan hade det varit omöjligt. Tack för att ni aldrig tvivlat på vår förmåga att komma i mål. Vi vill också tacka varandra, för ett fantastiskt samarbete i sann compassionanda.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| A compassionate way forward? KBT-terapeuters perspektiv på CFT vid ätstörningsbehandling..... | 1 |
| Skam..... | 2 |
| Skam och ätstörning..... | 3 |
| Självkritik..... | 4 |
| Self compassion vid ätstörningar..... | 5 |
| Compassion focused therapy..... | 6 |
| Affektreglering; Trecirkelmodellen..... | 7 |
| Compassion fokuserad terapi för ätstörning..... | 8 |
| Cirkelmodellen vid ätstörning..... | 9 |
| Evidens för CFT vid ätstörningar..... | 10 |
| Syfte..... | 12 |
| Frågeställningar..... | 12 |
| Metod..... | 12 |
| Design och teoretisk ansats..... | 12 |
| Urval och information om forskningsdeltagare..... | 14 |
| Dataanalys..... | 16 |
| Etiska överväganden..... | 16 |
| Resultat..... | 17 |
| Tema 1: CFT mer än en behandlingsmetod, compassion som ett förhållningssätt..... | 18 |
| Tema 2: Du kan inte hjälpa vilken hjärna du fått..... | 20 |
| Tema 3: Skam och stolthet..... | 21 |
| Tema 4: Att utmana självkritik med självmedkänsla..... | 22 |
| Tema 5: Insikt och balans, pedagogiska modeller i CFT för ätstörningar..... | 23 |
| Tema 6: CFT, en saknad pusselbit?..... | 25 |
| Diskussion..... | 26 |
| CFT skapar möjligheter..... | 26 |
| Skam och självkritik..... | 27 |
| Att arbeta utifrån CFT..... | 29 |
| Studiens styrkor och begränsningar..... | 30 |
| Urval..... | 31 |
| Reflexivitet i forskningsprocessen..... | 33 |
| Etiska aspekter..... | 34 |
| Framtida forskning..... | 34 |
| Slutsatser..... | 36 |
| Referenser..... | 37 |
| Bilagor..... | 43 |

| | |
|---|----|
| Bilaga A. Information till deltagare..... | 43 |
| Bilaga B. Intervjuguide..... | 45 |

A compassionate way forward? KBT-terapeuters perspektiv på CFT vid ätstörningsbehandling

Enligt Socialstyrelsen (2019) uppskattas ca 200.000 svenskar ha en ätstörning någon period i livet. Ätstörning kan drabba vem som helst men är vanligare bland kvinnor. Mörkertalet är stort och troligtvis större bland män och äldre individer. Flera aspekter kan ha betydelse för uppkomsten och man betonar ofta samspelet mellan biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer. Kända orsaker till att problem uppstår är bantning, smalhetsideal och olika trender runt kost och träning (Clinton & Norring, 2009). Att lida av en ätstörning innebär hög grad av ångest, skam och självkritik vilket driver många av de beteenden som karakteriserar ätstörningen. Sjukdomen medför ofta en stark övertygelse om att kroppsform och vikt är avgörande för hur andra värderar en och det är vanligt med en stark rädsla för viktökning. Den höga graden av skam och självkritik kan leda till kompensatoriska beteenden, exempelvis restriktivt ätande, kräkning eller överdriven motion (Clinton & Isomaa, 2022). Under de senaste 25 åren har det enligt Steindl et al. (2017) blivit ett ökat intresse för att forska kring samband mellan skam och ätstörning. Hilde Bruch, som var en av de första kvinnliga pionjörerna inom ätstörningsforskning, beskrev redan 1973 att skam sannolikt är en viktig faktor både vid utvecklandet och vidmakthållandet av ätstörning. Hon var också den första som uppmärksammade att stolthet är en viktig faktor då en av hennes patienter upplevde denna känsla vid förnekande av hungerkänslor (Bruch, 1973).

Kognitiv beteendeterapi, KBT, är den främst rekommenderade behandlingsmetoden för ätstörningar generellt (National Institute for Clinical Excellence, 2017; Fairburn, 2008). KBT-E är en transdiagnostisk behandlingsmodell för alla typer av ätstörning som omfattar ett bedömningsbesök följt av 20-40 terapisesioner (beroende på svårighetsgrad) uppdelade på 4 faser (Fairburn, 2008). Även andra behandlingsformer för ätstörningsproblematik används, som dialektisk beteendeterapi, DBT, familjefokuserad terapi, FBT, mentaliseringsbaserad terapi, MBT-ED och interpersonal psychotherapy, IPT (Clinton & Isomaa, 2022). Trots att det finns evidens för KBT vid ätstörning och behandlingsmetoden ständigt förbättras, så är graden av tillfrisknande fortfarande relativt låg och främst för dem med anorexia nervosa och nya behandlingsmetoder behöver således utvecklas och forskas kring (Goss & Allen, 2010). KBT-E har i olika studier visat sig kunna hjälpa 30-70% av patienterna att uppnå remission. Det finns ingen annan behandlingsmetod som har påvisat större behandlingseffekter, delvis förklarar av att det saknas kontrollgrupper i flertalet studier

(Atwood & Friedman, 2020). Att utfallet av behandling har så stor diskrepans i olika studier beror också på att definitionen av begreppet frisk varierat. Det som är generellt i forskningen är dock att en betydande andel av patienterna utvecklar svåra och långvariga förlopp av sjukdomen, där 25-50% uppskattas fortfarande ha kvar sin ätstörningsdiagnos 10 år efter att de första gången kom i kontakt med vården (Molin, 2022). Mindre positiva studier har inte kunnat påvisa några signifikanta skillnader vid psykologisk behandling för anorexia nervosa jämfört med kontrollgrupp avseende patienternas viktåterhämtning eller livskvalité. Det finns studier som påvisar att 30% av patienterna med anorexia nervosa, AN eller bulimia nervosa, BN uppnår remission men har inom en tvåårsperiod återfallit i ätstörning (Atwood & Friedman, 2020).

Det har också forskats på vilka egenskaper som ätstörningspatienter föredrar hos sina behandlare och i en intressant norsk studie från 2012 kom man fram till att acceptans och vitalitet är bland de främsta egenskaperna. Patienterna önskar tålmod och respekt från terapeuten, såväl som ett aktivt engagemang och gärna tillgång till humor. Att kunna utmana patienten med utgångspunkt i resurser och styrkor, samt att förmedla en expertkunskap som skapar trygghet värderas högt av patienterna i studien (Gulliksen et al., 2012).

Författarna av denna studie har båda lång erfarenhet av att arbeta med ätstörningsproblematik på specialiserad nivå och har upplevelse, i likhet med ovanstående forskning, att många patienter har svårt att våga lämna sin ätstörning trots långvarig behandling utifrån evidensbaserade metoder. Enligt Nechita et al. (2021) kan det vara klart fördelaktigt för patienter med ätstörningsproblematik att rikta behandlingsinsatser direkt mot skam. Mot bakgrund av ovanstående bestämde vi oss för att genomföra en studie där vi försöker ta reda på mer om hur terapeuter med kunskap i Compassionfokuserad terapi (CFT), vars syfte är att minska skam och självkritik, applicerar detta i ätstörningsbehandling och hur de upplever arbetet. Innan vi beskriver CFT vid ätstörningsbehandling gör vi ett avstamp i att fördjupa förståelsen kring vad skam och självkritik innebär.

Skam

Paul Gilbert definierar skam som en mångfacetterad upplevelse som innehåller 5 olika komponenter. Dessa är extern eller social komponent, självutvärderande eller intern, den affektiva beståndsdelen som inkluderar känslor av självförakt, äckel, ångest och ilska samt beteendemässig och fysiologisk komponent (Gilbert, 1998). Den externa eller yttre skammen

innefattar en känslighet för andras omdömen. Det finns en tro att andra ser på en med ett negativt perspektiv, vilket väcker rädsla för att bli utesluten eller avvisad. Inre skam handlar om hur man ser på sig själv. Föreställningar och tankar om att vara misslyckad och otillräcklig kan leda till en föraktfull självbild (Gilbert, 2010). Oftast finns det en överlappning mellan den inre och yttre skammen. "...the way they think others think about them is often how they think/feel about themselves" (Gilbert, 2010, s 86). Den affektiva delen består av känslor som vår hjärna uppfattar som hotfulla, vilket aktiverar vårt hotsystem för att vi ska kunna agera och ta oss i säkerhet (Andersson & Viotti, 2013). Den fysiologiska aspekten innebär tydliga förnimmelser från kroppen i form av röda kinder, svettningar och hjärtklappning. En del blir torra i munnen, får ont i magen medan andra kan bli gråtfärdiga, nervösa och få svårt att tala. Den beteendemässiga faktorn innebär att vi får impulser att vilja försvinna, fly eller gömma oss (Panero et al., 2022). Skammen kan synas kroppsligt genom beteende som att krypa ihop, sänka huvudet och försöka göra sig så liten och osynlig som möjligt (Kåver, 2009).

Skam kan upplevas som ett inre tomrum som leder till att vi stänger av gentemot omgivningen. Vi kan bli paralyserade och oförmögna att agera och tro att vår överlevnad är i fara (Neff & Germer, 2018). Skam kan också definieras som en svår känslomässig upplevelse där negativa bedömningar kopplas till en själv utifrån att vara värdelös, dålig, oönskad och otillräcklig (Gilbert, 1998). Ur ett evolutionsperspektiv har skam som uppgift att se till att vi håller oss inom de normer som råder i gruppen. Vi måste kunna anpassa oss till andra, annars riskerar vi att bli uteslutna ur flocken vilket i sin tur kan äventyra vår överlevnad (Andersson & Viotti, 2013). Det är därför viktigt att andra ser oss från ett positivt perspektiv så att vi inte riskerar att bli avvisade eller kritiserade och därför har människan utvecklat förmåga att rikta uppmärksamhet mot hur andra uppfattar oss (Gilbert, 2010).

Skam och ätstörning

Skam har en central funktion i ätstörningspatologin, både i form av att utveckla, upprätthålla men också vidmakthålla problematiken (Oluyori, 2013). Skammen kan handla om kroppens utseende, över beteende som hetsätning och kräkning men också över ett upplevt misslyckande i att uppnå kontroll på ätandet (Goss & Allan, 2009). Patienten har en tendens att lägga stort fokus på hur de uppfattas av andra och hur andra ser på deras status (Duarte et al., 2016). Det är vanligt med en negativ självuppfattning och rädsla att uppfattas av andra som oattraktiv och misslyckad (Oluyori, 2013). I en studie av Panero et al. (2022)

framkom att personer som lider av anorexia nervosa uppvisar en högre benägenhet för skam jämfört med friska individer. De fann att skammen korrelerar till kroppsmisnöje och till strävan efter smalhet och deras slutsats är att skam är en viktig och oberoende faktor i dessa tillstånd. I en metaanalys gjord av Nechita et al. (2021) fann man att skam över kroppen och runt ätandet var karakteristiskt för alla typer av ätstörningsproblematik. Flera studier har visat att nivåerna av skam, inre och yttre, är högre i grupper med ätstörningsproblematik än i andra kliniska grupper. Det framkommer också mönster utifrån olika ätstörningsdiagnoser, där personer med anorektiska symtom främst rapporterade extern skam, medan intern skam i högre grad var kopplad till bulimiska symtom (Troop et al., 2008).

Självkritik

Vi har alla självkritiska tankar emellanåt. Det viktiga är hur vi hanterar dem, om vi tillåter dem att ta plats eller om vi kan låta dem passera. Personer som har en hög grad av instabilitet vad gäller känslor är extra observanta på andras godkännande, har lätt för att tolka andras gensvar negativt och förväntar sig ogynnsamma utfall vilket ofta blir en självuppfyllande profetia (Clinton & Isomaa, 2022). Självkritik som beror på skam är ett utbrett fenomen och underminerar vår förmåga att känna oss nöjda, vara tillfreds och må bra. Oftast är självkritik tillbakablickande och har fokus på det vi gjort och följs av ilska och förakt (Gilbert, 2010). Om vi inte på ett sunt sätt kan hantera skammen leder det till olika säkerhetsstrategier. Vi kan internalisera eller externalisera skamreaktionen. Vid internalisering intar vi en undergiven position med hög kontroll på våra beteenden för att utesluta oväntade händelser i relation till andra. Externalisering innebär att vi istället intar en dominant och attackerande position där vi blir kritiska och hånfulla mot andra då vi inte klarar att bära skammen inom oss själva. En vanlig säkerhetsstrategi är ett ökat fokus på framgång och prestation och ofta med resultat att aldrig känna sig nöjd eller tillfreds, med ständig press att prestera mer eller bättre (Andersson & Viotti, 2013). Självkritik kan således beskrivas som en internaliserad strategi för att hantera skam och utvecklas oftast i relation till en viktig och betydelsefull person med maktposition som exempelvis en förälder eller lärare. För att inte riskera relationen börjar man anpassa sitt beteende och övervaka sig själv för att få den andres gillande (Andersson & Viotti, 2013). Självkritik blir en strategi för att kontrollera situationer, avvärja faror och skapa någon form av trygghet vilket också kan ses som goda intentioner (Neff & Germer, 2018). Många människor har svårt att släppa sin självkritik då de tror att de

då kommer att bli lata, arroganta eller tappa kontrollen utan den (Gilbert, 2010). Självkritiska personer har ofta svårt att uppleva trygghet och har istället ett ständigt stresspåslag som yttrar sig i rastlöshet och spänningar i kroppen (Andersson & Viotti, 2013).

Att vara självkritisk är starkt korrelerat till flera psykopatologier som ångest, depression och ätstörning (Longe et al. 2010). Enligt Fennig et al. (2008) är självkritik en stark prediktor för ätstörningssymptom vilka ofta är försök till att reglera obehagliga känslor varav skam är bland de svåraste (Clinton & Isomaa, 2022).

Self compassion vid ätstörningar

Self-compassion, eller svenska motsvarigheten självmedkänsla, är ett begrepp som får allt större uppmärksamhet inom ätstörningslitteraturen. Den beskrivs som en motpol till självhat och självkritik (Braun et al., 2016), och innebär förmågan att bemöta sig själv med acceptans och vänlighet, särskilt i situationer av besvikelse eller svårigheter (Gilbert, 2009). För många är det utmanande att tillåta sig att känna självmedkänsla, och Gilbert (2010) pekar på att personer med problematisk uppväxt, interpersonella svårigheter eller trauma till och med kan utveckla en rädsla för att visa omtanke gentemot sig själva, känd som compassion-fear. Personen kanske förebrår sig själv på olika sätt eller anser sig inte förtjäna självmedkänsla. Alternativt upplevs självmedkänsla som en svaghet och sårbarhet, vilket leder till att det inte betraktas som önskvärt. Flertalet studier visar att ätstörningspatienter i högre utsträckning har både en lägre förmåga till self-compassion och en högre nivå av compassion-fear. Låga nivåer av självmedkänsla har visat sig korrelera med sämre förmåga att ta till sig ätstörningsbehandling och omvänt har tidiga interventioner på detta område visat sig förbättra hur patienten kan ta till sig behandlingen (Kelly et al., 2014). En metaanalys av 28 studier påvisade att self-compassion är en skyddande faktor avseende minskad risk att utveckla ätstörningsproblematik (Braun et al., 2016). En svensk studie gjord av Forsén Mantilla et al. (2019) visar att patienter som lider av ätstörningsproblematik och som vid behandlingsstart skattade högre på självvattack och självanklagelse och lägre på självkärlek visade sämre utfall efter ett år.

Compassion focused therapy

Compassion Focused Therapy, CFT, är en transdiagnostisk behandlingsform, utvecklad av Paul Gilbert, med syfte att minska självkritik och skam. Ordet compassion innefattar både att kunna identifiera lidande hos sig själv och andra och att vara motiverad att försöka lindra och undvika lidandet (Gilbert, 2022; Viotti & Andersson, 2019). Gilbert såg behovet av att rikta behandling specifikt mot skam och självkritik utifrån forskning kring att dessa spelar en nyckelroll vid utveckling av psykisk ohälsa (Gilbert 2009, 2010). Centralt för metoden är att integrera kunskap från flera olika vetenskapliga områden, till exempel kognitiv beteendeterapi, evolutionspsykologi, affektteori, inlärningsteori, neurovetenskap och buddhism. Detta utifrån Gilberts synsätt att människans psyke är alldeles för komplext för att vi ska kunna förstå det utifrån bara en teori eller ett perspektiv (Gilbert 2022).

Gilbert var intresserad av komplexiteten mellan kognition och emotion. Han hade upptäckt att även om patienter i KBT behandling framgångsrikt kunde lära sig att formulera tankar utifrån nya mer hjälpsamma perspektiv så gjordes det ofta med en elak eller föraktfull underton. Patienten föreföll förstå att tänkandet var negativt och kunde göra en omformulering i terapirummet, utan att känslomässigt vara förankrad eller tro på det. (Gilbert, 2010; Kolts, 2016). Patienten hade utifrån terapin en insikt i hur hen rationellt borde tänka men utan att nödvändigtvis må bättre, eller kunna använda sig av det, vilket gav en hög risk för återfall och vidmakthållande av problematiken. Gilbert föreslog således att det borde vara en betoning på känslan i de alternativa tankarna, snarare än innehållet i dem, vilket beskrivs som startskottet till utvecklingen av CFT (Gilbert, 2010; Goss et al., 2014). Gilbert såg behovet av en terapimetod inriktad på Compassion och med fokus på att utveckla en inre värme (Gilbert, 2007; Kolts, 2016). I behandlingen guidar terapeuten patienten i hur den inre dialogen kan skifta från självkritik till ett "compassionate mindset". Detta är ett tillstånd där vi kan möta oss själva med förståelse som att vi gör vårt bästa och att vi förtjänar kärlek och förståelse bara genom att vara människa (Gilbert, 2009). Inom CFT beskrivs compassion som olika mentala tillstånd som vi kan uppleva, där termen "minds" kan översättas till olika delar eller aspekter av oss själva. Exempel på sådana compassionstillstånd inkluderar det arga självet, det stressade självet och det glädjefyllda självet. Genom att rikta våra tankar, beteenden och uppmärksamhet kan vi påverka vilket tillstånd vi befinner oss i. Inom CFT tillämpar man olika färdigheter och övningar från Compassion Mind Training, CMT, för att främja och aktivera ett tillstånd av medkänsla (Viotti & Andersson, 2019). CFT beskrivs som

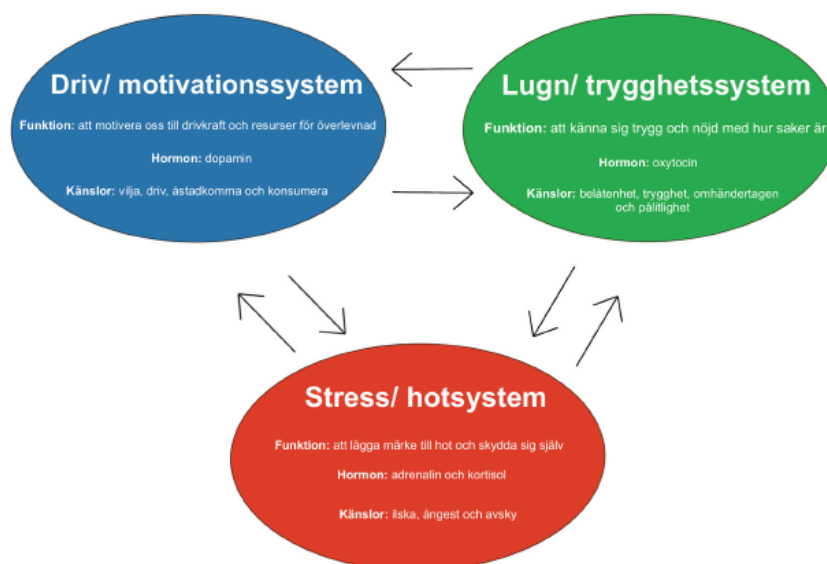
en metod som fungerar bra ihop med andra terapimetoder. Den behöver inte ses som en egen terapimodell utan kan användas som grund och ett verktyg för en medkännande förståelse i det terapeutiska arbetet (Kolts, 2016).

Affektreglering; Trecirkelmodellen

Gilbert (2010) beskriver att det finns åtminstone 3 emotionsreglerande system; 1) Stress och hotsystem, 2) Driv och utforskandesystem, 3) Lugn- trygghetssystem. Gilbert har skapat en pedagogisk trecirkelmodell för att beskriva detta enkelt för patienter, se figur 1.

Figur 1

Egen bild, Illustrerad utifrån Gilbert (2009) beskrivning av Trecirkelmodell



Modellen utgår ifrån att samtliga tre motivationssystem fyller en viktig funktion och att balansen i dem är avgörande för välbefinnande (Gilbert, 2010). Våra tankar, känslor och beteenden styrs av drivkrafter som har varit evolutionärt värdefulla för att säkerställa vår överlevnad (Andersson & Viotti, 2019). De inlärdade mönstren eller delarna av oss som aktiveras baseras på dessa drivkrafter, såsom den automatiska motivationen att äta när kroppen är hungrig eller att känna ett behov av att dra oss tillbaka och fly när vi känner oss

hotade. Dessa beteenden har varit av avgörande betydelse för mänsklighetens överlevnad genom evolutionen. En illustration av modellen är att när det röda systemet är aktivt, känner vi oss benägna att skydda oss, medan vi när det blå systemet är aktivt blir motiverade att uppnå mål och prestera (Viotti & Andersson, 2019).

CFT använder psykoedukation kring hjärnans komplexitet för att hjälpa patienten att förstå sina reaktioner och hur det är allmänmänskligt att ibland göra irrationella beslut, känna stress och ångest osv. Patienten får lära sig att vi har en gammal hjärna som har utmaningar i det moderna samhället (Viotti, 2018; Gilbert, 2009). Denna form av psykoedukation är central i metoden, och Gilbert introducerar begreppet "tricky brain and tricky mind" (Gilbert, 2022), vilket betonar att vi inte har valt vår kropp och vår hjärna, och att vi därmed kan hamna i tankar och problem som vi inte valt. Men vi kan lära oss att förhålla oss till detta på ett sätt som främjar vårt välmående så mycket som möjligt (Viotti, 2018). Att patienten erhåller denna information betraktas inom CFT som grundläggande för att minska skam, och Gilbert använder begreppet "de-shaming and not blaming" för att illustrera ett hjälpsamt förhållningssätt (Gilbert, 2022). Att acceptera livets utmaningar och smärta som en del av den mänskliga erfarenheten, samt att bemöta dem med förståelse istället för självkritik, utgör en väsentlig del av metoden (Viotti & Andersson, 2019).

Compassionfokuserad terapi för ätstörning

Compassionfokuserad terapi för ätstörning, CFT-E, som den beskrivs av Goss och Allan (2010) utvecklades som respons till olika faktorer, däribland den begränsade graden av tillfrisknande utifrån sedvanlig KBT-behandling, men också utifrån utvecklingen av CFT som ett sätt att bemöta skam och självkritik inom olika störningar. CFT-E utvecklades för att få ihop traditionell KBT med teorier och strategier från CFT för att förbättra behandlingsutfallen (Steindl et al., 2017). I en artikel av Goss och Allan (2014) skriver de att CFT-E är transdiagnostisk och riktar sig specifikt på vidmakthållande faktorer som skam, stolthet, självstyrd fientlighet och självkritik. De menar att de ätstörda beteendernas funktion är att reglera känslan av hot. CFT-E var initialt utformad som en gruppbehandling bestående av 24 sessioner uppdelade på fyra faser utformade för att hjälpa patienten att förstå de tre grundläggande känsloregleringssystemen, se hur deras säkerhetsstrategier utvecklats samt att införliva självmedkänsla. Det ingår också att normalisera vikt och ätande, få kunskap i hur ätstörningen uppstått och upprätthålls samt att utveckla färdigheter i självmedkänsla.

Behandlingen kräver att terapeuterna är i samklang med filosofin att “det är inte ditt fel” med syfte på hur vår hjärna fungerar och har utvecklats.

CFT-E finns i nuläget inte tillgänglig som manual utan finns beskrivet i ovanstående artiklar samt i ett kapitel i boken *Compassion focused therapy-clinical practice and applications* (Gilbert et al., 2022). Goss har också skrivit en bok om CFT vid behandling av hetsättningsstörning men där nämns inte termen CFT-E. I teorin kring CFT för ätstörningsbehandling förekommer även begreppet CFT-E2, vilket är en utvecklad variation av CFT-E, där man förbättrat utifrån evidensläget då den ursprungliga metoden inte hade samma effekt vid anorexi som vid övriga ätstörningsdiagnoser. I CFT-E2 har modifieringar gjorts i gruppbehandlingen i riktningen att minska behandlingsinslag hämtade från traditionell KBT avseende färdighetsträning och ökat färdighetsträning baserat på CFT. Detta innebar bl.a en högre grad psykoedukation, före introduktion av beteendeförändring kring ätandet (Mullen et al., 2019).

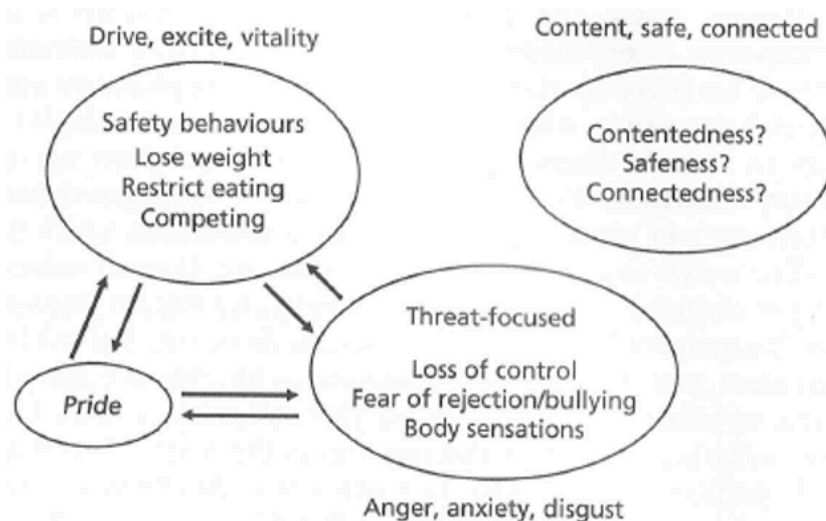
Cirkelmodellen vid ätstörning

Goss (2011) beskriver hur den klassiska trecirkelmodellen i CFT kan användas som redskap för att öka patientens förståelse för kopplingen mellan ätande och känsloreglering. Modellen har fått en fjärde cirkel som benämns pride och illustrerar hur en av de vidmakthållande mekanismerna vid ätstörning är att patienten upplever en positiv känsla av stolthet när hen lyckas kontrollera matintaget och/eller vikten. När patienten inte följer ätstörningen och exempelvis äter mer än planerat, eller inte hinner träna, upplevs ofta en enorm kontrollförlust, vilket triggar hotsystemet (Gilbert, 2010; Goss, 2011). Hotkänslan dämpas med hjälp av prestationer som ofta är baserade på mer kontroll, ex överdriven träning, restriktivt ätande osv (Gilbert 2010, Gilbert, 2022). Patienten får i behandlingen stöd i att utforska vilket mindset som är aktiverat när problematiken uppstår. Ofta förefaller en överaktivering i stress/hotsystem förekomma både vid hetsätning och restriktivt ätande (Goss, 2011). Att bli medveten om att ätstörningsbeteende i detta läge initialt upplevs lugnande är en del av metoden. Vidare ses en koppling mellan aktivering i motivation/drivsystem vid kompensatoriska beteende som diet eller träning, vilket också väcker en positiv stolthet, som är svår att ge upp (Goss & Allan, 2010). Steindl et al. (2017) beskriver att trygghetssystemet hos ätstörningspatienter förefaller vara underutvecklat alternativt svårt att få kontakt med, utifrån den starka aktiveringen i hotsystem och drivsystem. En utgångspunkt i CFT-E

modellen är således att patienter med ätstörningsproblematik har utvecklat en strategi att hantera hotsystemet med överaktivering i drivsystemet, exempelvis med hjälp av prestationer, utifrån den stora svårigheten att aktivera lugn/trygghet (Allan & Goss, 2014). Det är en viktig del i CFT vid ätstörningsbehandling att hjälpa patienten att öka sin förståelse för hur ätstörda beteende som överätning eller restriktivitet har som funktion att reglera känslor. Denna kunskap antas även kunna minska skam och självkritik, då beteendet och den onda cirkel det leder till blir mer begripligt för patienten (Gilbert, 2022). I CFT-E förekommer i litteraturen en fjärde cirkel benämnd som pride, som för ätstörningspatienter ofta används istället för trygghet/lugnande system, då detta är underaktiverat. I en studie av Ma och Kelly (2020) fann man att kvinnor med anorexia nervosa uppvisade hög grad av stolthet och låg grad av skam direkt efter kompensatoriska beteenden. Ju längre tid som passerade efter dessa beteenden som exempelvis restriktivt ätande, viktförlust och träning så sjönk graden av stolthet och ersattes av en ökad nivå av skam.

Figur 2

Källa: Gilbert, P. (2010) *Compassion Focused Therapy*. Routledge.



Evidens för CFT vid ätstörningar

Forskningen kring CFT-E betraktas fortfarande vara i ett tidigt stadium. Steindl et al. (2017) beskriver att CFT verkar vara en lovande behandlingsmetod för ätstörning, men att det fortfarande är svag evidens och behövs mer forskning. I en studie från 2014 har man

utvärderat CFT-E i gruppbehandling, i syfte att utvärdera om ätstörningssymtom förbättrades. Resultatet beskrevs som lovande för CFT-E och främst avseende bulimia nervosa där 73% bedömdes ha tillfrisknat. För övriga ätstörningsdiagnoser uppgavs effekt motsvarande 30% tillfrisknande bland ospecificerad ätstörning och 21% av gruppen anorexi. Författarna drog slutsatsen att tillägg av CFT till etablerade behandlingsmetoder kan göra dessa mer effektiva (Gale et al., 2014). Med utgångspunkt i de lägre resultaten för patientgruppen med anorexia nervosa reviderades CFT-E, med de tillägg som beskrivits i CFT-E2 tidigare.

En pilotstudie genomfördes 2016 där forskarna teoretiserade om att CFT skulle ge patienterna kunskap om och förbereda dem för negativa känslor vilket i sin tur skulle hjälpa till att motverka skam och självkritik. En grupp fick "treatment as usual" och den andra fick med hjälp av CFT lära sig om den självkritiska ätstörningsrösten genom gruppdiskussioner och övningar i imagery. Denna grupp fick även utforska inre och yttre skam, använda medkänsla för att undkomma självkritik och skriva brev att använda sig av när deras självkritiska tankar var på väg att ta över. När gruppdeltagarna tillfrågades efter 12 veckors behandling gav CFT-gruppens deltagare sin behandling högt betyg och de hade förbättrat sina resultat i självmedkänsla och att ta emot medkänsla från andra. De upplevde lägre grad av skam, rädsla för självmedkänsla och ätstörningssymtom (Kelly et al., 2017).

Linardon et al. (2017) genomförde en litteraturöversikt som påvisade att CFT möjligen kan vara gynnsam för patienter med bulimia nervosa eller hetsättningsstörning, men att ytterligare och mer omfattande studier behövs för att bekräfta effektivitet. I en metaanalys av Wilson et al. (2019) framkom lovande resultat avseende att terapier baserade på självmedkänsla är effektiva, men det gick inte att fastställa att de gav ett bättre resultat jämfört med andra behandlingsmetoder.

I en kvalitativ studie av Mullen et al. (2019) beskrivs CFT-E2 och patienter intervjuades före och efter de fått denna behandling. De tittade på upplevd påverkan av ätstörningssymtom i vardagen och kunde se att de har ett ökat compassion mindset både i relation till sig själva och andra. De upplevde att de kunnat släppa den ätstörda kontrollen och kände sig mindre överväldigade.

I en ny artikel, (Vrabel et al., 2024), jämförs för första gången KBT och CFT avseende ätstörningsbehandling. Patienterna som deltog i studien led av ätstörningsproblematik med eller utan trauma i barndomen. Resultatet visar att båda inriktningarna gav betydande

minskning av problematiken runt ätandet men att CFT-E i gruppen med trauma i barndomen vid ett-års uppföljningen hade överlägset bättre resultat.

CFT för ätstörningsbehandling är sammanfattningsvis ett relativt obeforskat område, som författarna ansåg skulle vara intressant att fördjupa kunskap kring via en kvalitativ studie.

Syfte

Syftet med studien är att utforska om compassionfokuserad terapi, specifikt riktad mot skam och självkritik, kan vara en väg framåt för att förbättra ätstörningsbehandling. Genom att studera befintlig teori och forskning, samt genomföra kvalitativa intervjuer med KBT-terapeuter som är bekanta med CFT, strävar vi efter att förstå om och på vilket sätt CFT kan bidra till bättre behandlingsutfall. Studiens frågeställningar syftar till att ge insikter om CFT som metod har en potentiell roll som ett komplement till befintliga behandlingsmetoder för att hantera ätstörningsproblematik, samt hur KBT-terapeuter upplever detta arbete.

Frågeställningar

1. Vad innebär det att arbeta med ätstörningsproblematik utifrån CFT och vad kan metoden tillföra till ordinarie ätstörningsbehandling?
2. Hur arbetar KBT-terapeuter med kännedom om CFT med skam och självkritik vid ätstörningsproblematik och hur upplevs detta arbete?
3. Vad är terapeuternas upplevelse av att arbeta med CFT kopplat till ätstörningsbehandling?

Metod

Design och teoretisk ansats

Kvalitativ forskning har enligt Polkinghorne (2005) som primärt syfte att beskriva och nå en fördjupad förståelse över upplevelser. Detta är en kvalitativ studie, med tematisk analys av 7 semistrukturerade intervjuer. Syftet med undersökningen är att nå en ökad förståelse av KBT- terapeuters upplevelser av vad CFT kan tillföra vid ätstörningsbehandling. Då det var terapeuternas upplevelser som var studiens fokus, kändes ett kvalitativt tillvägagångssätt som det självklara valet. Utifrån att CFT är en relativt ny behandlingsmetod för denna målgrupp skulle det sannolikt vara svårt att hitta tillräckligt med underlag för en kvantitativ undersökning. En kvantitativ ansats hade däremot kunnat vara ett alternativ eller komplement

för att ta reda på hur utbredd CFT är vid ätstörningsbehandling i Sverige. Studiens teoretiska ansats har varit fenomenologisk, utifrån att det är just informanternas upplevelser som varit i fokus.

En av anledningarna till val av tematisk analys av datan, var att den beskrivs som en lämplig metod för ovana forskare (Braun & Clarke, 2006). Det finns olika sätt att göra tematisk analys på och vi har valt reflexiv tematisk analys utifrån hur den beskrivs av Braun och Clarke (2006; 2022). Den beskrivs som ett verktyg för att utveckla, analysera och tolka mönster i kvalitativa data. Det är en flexibel metod och därför blir det viktigt att redogöra för de vägval som forskarna gör och som påverkar process och tolkning av resultat. Tematisk analys innebär att datan som samlats in, systematiseras i form av teman (Alvinus et al. 2023). Teman har i denna studie fått växa fram genom att författarna noggrant kodat materialet och utifrån detta dragit slutsatser.

Enligt Alvinus et al. (2023) är det viktigt i en reflexiv tematisk analys att fundera kring hur resultaten kan påverkas av forskarnas egen bakgrund, erfarenhet, utbildning, kön osv. Denna studie har sin utgångspunkt i att författarna har lång erfarenhet av behandlingsarbete med svår ätstörningsproblematik, en önskan att nya och förbättrade behandlingsformer utvecklas och en nyfikenhet och positiv syn på compassionfokuserad terapi. Det finns en risk att denna erfarenhet kan ha påverkat hur frågor utformats, samt tolkning av resultat. Författarna har försökt att vara både reflexiva och kritiska kring hur egna förutfattade meningar kan ha påverkat hur data tolkats och analyserats. Detta i syfte att öka tillförlitligheten i forskningen. Enligt Berger (2015) kan erfarenhet av ämnet vara en fördel utifrån en ökad förmåga till förståelse av deltagarnas upplevelse, men det innebär också en ökad risk för att forskaren påverkar deltagaren med sina egna värderingar.

I analysen behöver ett antal val göras gällande förhållningssätt till datan (Braun & Clarke, 2022) och dessa kommer nu att belysas. Studien har en induktiv ansats, vilket innebär att datan har kodats utan att anpassas till befintlig teori (Braun & Clarke, 2006). Författarna har haft en kritisk realistisk hållning, vilket innebär en öppenhet för att tolkningar i studien bara utgör ett perspektiv av att förstå verkligheten och att det kan finnas andra perspektiv (Bryman, 2021). De teman som utformats i studien bygger på en latent kodning av datan, vilket innebär att vi som forskare har försökt förstå den underliggande meningen i vad som sägs. Att göra en latent kodning kräver en mer aktiv roll av forskarna som tillåts att bidra med en djupare tolkning (Alvinus et al., 2023). I en reflexiv tematisk analys är det viktigt att

genom hela forskningsprocessen reflektera över ovanstående (Braun & Clarke, 2022), vilket författarna gjort.

Nedan följer en översiktlig beskrivning av en reflexiv tematisk analys utifrån Braun och Clarke (2006), vilket varit det tillvägagångssätt som använts i denna studie.

Fas 1. Förberedelse och förståelse av datan; Det första steget är att få en god förståelse för datamaterialet och lära känna det ordentligt, genom att läsa eller lyssna igenom vid upprepade tillfällen. I detta steg ingår även att reflektera över forskningsprocessen.

Fas 2. Kodning; Under kodningsprocessen bryts materialet ner i mindre och mer hanterbara enheter, som delges en etikett eller kod för att underlätta den kommande analysen.

Fas 3. Identifikation av initiala tema; Här identifieras mönster och teman bland koderna. I detta led är det viktigt att vara reflexiv och medveten om hur forskarens egen erfarenhet och förutfattade uppfattningar kan påverka tolkning av data och vilka tema som identifieras.

Fas 4. Granskning av teman: Identifierade teman granskas och revideras så att de fångar den bredd och variation som finns i datan. Forskarna reflekterar kring hur teman speglar datans innehåll.

Fas 5. Definiera och namnge teman; Namnge temat på ett sätt som tydligt återspeglar innehåll och betydelse. Gärna med ett "catchy" namn.

Fas 6. Produktion av rapport: Sammanställ resultaten i den reflexiva tematiska analysen på ett sätt som är lättbegripligt för läsaren och som tydliggör den reflexivitet som varit central under analysprocessen.

Urval och information om forskningsdeltagare

Innan genomförandet av intervjuerna utformades en intervjuguide med utgångspunkt i studiens frågeställningar. Därefter testades dessa frågor i en provintervju som inte inkluderades i studien. Gill et al. (2008) beskriver att det kan vara en fördel att genomföra en provintervju för att säkerställa att frågeställningarna hänger ihop med syftet. Våra intervjuer var semistrukturerade, vilket är den vanligaste intervjuformen vid kvalitativ forskning och innebär att intervjuaren har färdiga frågeställningar men kan anpassa följdfrågorna beroende på vad informanten svarar (Braun & Clarke, 2013).

Kriterierna för att delta i studien var grundläggande terapeutisk kompetens i KBT, erfarenhet av behandling av ätstörning på specialiserad nivå och kännedom om CFT. Initialt

diskuterades ett bredare urval av informanter, som inte nödvändigtvis behövde ha kännedom om CFT. Detta utifrån svårigheten att hitta deltagare med önskad kunskapsnivå, men också utifrån att informanternas olika perspektiv kan vara en fördel vid jämförelse av data (Polkinghorne, 2005). Författarna insåg ganska snabbt att den centrala kunskap studien syftade till inte blev tillräcklig om informanterna inte hade kännedom om CFT, utan i bästa fall kunde mentalisera kring detta. Ett ändamålsenligt urval har således använts i denna studie, vilket innebär att informanterna kontaktades utifrån sin erfarenhet och kunskap kring ämnet för studien (Denscombe, 2017). Eftersom båda författarna är yrkesverksamma inom specialistpsykiatri för ätstörningsbehandling började vi med att kontakta yrkesverksamma som vi kände till. Vi kontaktade i detta första led olika yrkeskategorier som enhetschefer, terapeuter, kuratorer och handledare och bifogade syftet med studien och urvalskriterier. Vi kontaktade även registerkoordinator för Riksät (nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling), och enhetschefer på samtliga NHV-enheter (nationellt högspecialiserad vård) i landet. Vi använde även sociala medier, då vi efter många år inom vården har kontakter som eventuellt skulle kunna leda oss vidare. Efter att vi hittat den första informanten, använde vi så kallat snöbollsurval genom att fråga om tips på andra informanter. Enligt Denscombe (2017) kan ett ändamålsenligt urval kombineras med snöbollsurval. Från en av de personer vi kom i kontakt med genom snöbollsurvalet fick vi tips om att gå med i facebookgruppen, Svenska föreningen för compassionfokuserad terapi, vilket vi gjorde. I denna grupp la vi ut ett eget inlägg om vår studie och önskemål att finna möjliga informanter. Då informanterna hittades via kontakter, fanns en risk för homogen grupp. Vi kunde i efterhand dock se att vi fått en variation både på geografisk spridning, kön, och utbildningsnivå.

7 personer deltog i studien, 5 kvinnor och 2 män. Alla hade en grundläggande terapeutisk kompetens och en god erfarenhet av KBT-behandling vid ätstörning. Majoriteten var legitimerade psykoterapeuter med KBT inriktning. Grundutbildningen varierade från psykolog, socionom och läkare. Samtliga har varit yrkesverksamma över 10 år. Hälften hade även en handledarutbildning. Majoriteten hade gått, eller gick ett-årig CFT-utbildning vid Karolinska institutet. Två hade deltagit i workshop kring CFT-E med Kenneth Goss. Samtliga deltagare använde interventioner från CFT i sin kliniska vardag. Vi deltog båda vid samtliga intervjuer, varav den ena ansvarade för att ställa frågor och den andra hade en observerande roll. Vid samtliga intervjuer ställdes alla frågor i intervjuguiden. Vid en intervju ställdes de i

en annan ordning, då informanten kom in på frågan automatiskt och således besvarade den innan den var ställd. Informanterna fick även möjlighet att komma med synpunkter utöver intervjun i slutet.

Intervjuerna genomfördes via Teams. En av intervjuerna spelades in med utrustning från en av våra arbetsplatser, där it-enheten godkännt säkerhet och kryptering. Övriga intervjuer spelades in direkt i Teams med arbetsdator. Intervjuerna transkriberades sedan i sin helhet. Intervjuerna tog mellan 40-60 minuter. Materialet från intervjuerna har förvarats i en arbetsdator med lösenordsskyddad fil.

I samband med att tid bokades med informanterna skickades en skriftlig information ut, innehållande syfte och bakgrund med studien samt intervjuens utformning. Deltagarna fick också information om att medverkan var frivillig och när som helst kunde avbrytas.

Dataanalys

Vi har valt en induktiv datadriven analysprocess, vilket innebär att vi låtit vår data styra analysen istället för att utgå från någon bestämd teori eller hypotes. Genom att systematiskt granska våra kvalitativa data har vi som forskare upptäckt tema och mönster, som vi sedan knutit till teori. Detta är enligt Braun och Clarke (2006) en vanlig strategi inom kvalitativ forskning och lämpar sig särskilt när man utforskar nya områden, vilket CFT inom ätstörningsbehandling är. Vår induktiva ansats innebär således att vi förutsättningslöst kodade datamaterialet utan förutbestämda koder eller teman. Denna analysprocess ger möjlighet att upptäcka nya insikter, som kanske inte hade framkommit med en i motsats, deduktiv analys, där man omvänt utgår från teori för att identifiera teman (Braun & Clarke, 2006). Författarnas uppgift har varit att konstruera teman utifrån texternas koder och underteman. Att skapa tema kan beskrivas som en närmast konstnärlig process (Braun & Clarke, 2022).

Etiska överväganden

Eftersom studien inte innehåller några känsliga personuppgifter gjordes ingen etikprövning. Genomgående i processen har forskarna varit noga med att följa etiska principer för god kvalitativ forskning. Enligt Bryman (2021) är det av största vikt att värna om informanternas integritet, frivillighet, konfidentialitet, och anonymitet. Samtliga informanter hade i förväg erhållit skriftlig information via mail om syfte och process (se bilaga A). De hade i förväg gett ett informerat samtycke och både via mail och muntligt i intervjun

informerades de om studiens frivillighet och möjlighet att avbryta utan konsekvenser eller att förklara varför. Samtliga deltagare erbjöds möjlighet att ta del av den färdiga uppsatsen, vilket samtliga önskade. Vi har värnat om deltagarnas anonymitet genom att inte inkludera information som riskerar att avslöja identitet. I slutet av varje intervju har vi ställt en fråga om upplevelsen av intervjun i förhoppning om att skapa utrymme för att ta upp om något upplevts negativt. Som framkommit tidigare är båda författarna verksamma inom högspecialiserad ätstörningsvård och det har därför funnits ett etiskt övervägande kring att intervjua terapeuter på våra egna arbetsplatser. Farhågan var att det kan finnas en ökad risk att kollegor har svårt att säga nej om de inte vill eller hinner medverka och på så sätt känna sig tvingade att ställa upp. Valet gjordes att avstå från att inkludera kollegor i studien, vilket också ökar sannolikheten för att vi som forskare har kunnat vara mer objektiva. Ett alternativ som diskuterades var att den som inte har personen som kollega skulle hålla intervjun, för att öka sannolikhet för en öppen process. Detta löste dock inte det etiska dilemma att vilja hjälpa sin kollega.

Resultat

Resultatet av studien framställs genom sex teman, vars syfte är att belysa bredden och djupet i informanternas upplevelser. Temana beskriver informanternas personliga tolkning och erfarenhet. Citat från informanterna används för att belysa innehållet i de olika temana och för att ge rättvisa åt det ursprungliga materialet. Utfyllnadsord och upprepade ord som för innehållet inte ansågs betydelsefulla har tagits bort för att ge en bättre läsbarhet. Uteslutningstecken (...) används för att informera om att en del av meningen har tagits bort. Uteslutningstecken inom hakparentes [...] används för att informera om att citatet fortsätter längre fram i informantens monolog men alltid kopplat till samma tema. Informanterna benämns i resultatdelen som terapeuterna, i syfte att läsaren ska komma närmare den terapeutiska upplevelsen.

Tabell 1

Tabellen redovisar namn och nummer på de teman som tagits fram under analysprocessen.

| Temanummer | Temanamn |
|------------|--|
| Tema 1 | <i>CFT mer än en behandlingsmetod, compassion som ett förhållningssätt</i> |
| Tema 2 | <i>Du kan inte hjälpa vilken hjärna du fått</i> |
| Tema 3 | <i>Skam och stolthet</i> |
| Tema 4 | <i>Att utmana självkritik med självmedkänsla</i> |
| Tema 5 | <i>Insikt och balans, pedagogiska modeller i CFT för ätstörningar</i> |
| Tema 6 | <i>CFT, en saknad pusselbit?</i> |

Tema 1: CFT mer än en behandlingsmetod, compassion som ett förhållningssätt.

Första temat handlar om terapeuternas upplevelse av att CFT är mer än bara en behandlingsmetod. Det beskrivs som ett förhållningssätt som vi alla kan ha nytta av att tillägna oss och som ökar alliansbyggandet med patienten och både ger och skapar förståelse. En av terapeuterna uttryckte följande kring hur förhållningssättet i metoden blir hjälpsamt:

CFT blir ett mjukare sätt att möta svårigheter på. Det är så otroligt tillåtande. Jag tänker att man jobbar med kärnan i problematiken, faktiskt. Vi har ju maten i fokus, men för att klara av att äta maten så behövs det här förhållningssättet. Att vi gör så gott vi kan och inte döma sig själv så hårt. Vara snäll mot sig själv.

Några av terapeuterna upplever att det blir hjälpsamt både för patienten och för terapeuten och på olika plan. När terapeuten gör compassionövningar tillsammans med patienten skapas en känsla som även terapeuten gynnas av. Nedan beskrivs ett citat som belyser hur compassion som förhållningssätt blir hjälpsamt generellt:

CFT har hjälpt mig att prata på ett mer förståeligt sätt med patienten. Jag tycker ju inte att det är något nytt för mig som har gått väldigt många utbildningar innan, men CFT förklarar det på ett begripligare sätt tycker jag. Det hjälper mig väldigt mycket att göra dessa compassionövningar, jag tänkte att jag skulle implementera dem så småningom även på personalen. Även behandlare går ju med höga krav, stort kontrollbehov och rädsla att misslyckas. Jag tycker det här är ett väldigt bra verktyg i att det blir rimligt.

Två av terapeuterna beskrev att CFT kan vara applicerbart även för de allra svårast sjuka där man upplever att ordinarie behandling inte räcker till och att det då tillför ytterligare en dimension. En av dem beskrev det såhär:

Ja nu när jag använt CFT tycker jag att jag får en bättre allians med patienten. Att patienten känner sig mycket mycket mer bekräftad och validerad och att det blir nästan som ett varmare klimat i rummet (...) och med väldigt många med samsjuklighet så räcker ju inte KBT-E till utan det finns för mycket bakom och sådär, och då känner jag att jag har något verktyg sen jag lärt mig CFT (...) så känner jag att jag har mer att ge, jag har mer att erbjuda.

En av terapeuterna lyfter en risk med CFT som följande citat belyser; ”Nu låter jag lite hemsk, men det finns en risk att man som terapeut tycker att det är roligare att jobba med selfcompassion än att sitta och prata om mat, måltidsordning och viktåterhämtning”.

Sammantaget framträder en bild av att CFT som ett förhållningssätt hjälper terapeuten att bygga allians och på ett mjukare sätt komma åt kärnproblematiken. Detta innefattar bland annat att kunna prata om nödvändigheten av att förändra ätandet, på ett sätt som inte är dömande eller ökar skam och självkritik för patienten. Förhållningssättet är präglad av medkänsla och acceptans gentemot både patienten och hens svårigheter. Terapeuterna beskriver att förhållningssättet i CFT skapar ett klimat av acceptans och öppenhet, som kan underlätta för patienten att utforska och förändra sin problematik. Att arbeta med compassion förefaller inte bara gynna patienten utan även behandlaren. För terapeuterna innebär detta också att de känner att de har mer att erbjuda och att de har tillgång till verktyg för att hantera komplex problematik på ett mer gynnsamt sätt, vilket skapar trygghet. Det verkar dock finnas

en risk i att det blir alltför tilltalande och att man i och med det släpper det viktiga förändringsarbetet runt maten.

Tema 2: Du kan inte hjälpa vilken hjärna du fått

Mer än hälften av terapeuterna beskrev att CFT är användbart för patienterna utifrån beskrivning av hur hjärnan fungerar ur ett evolutionsperspektiv och att den inte är anpassad utifrån det samhälle vi lever i idag. Modellen upplevs pedagogisk och hjälpsam. En terapeut gav följande exempel på hur CFT kan användas vid ätstörningsbehandling:

Det finns många bra exempel från CFT som är lätta att förstå och använda [...] Jag tycker ju mycket om tricky brain delen, det här att vi föds så här. [...] Det är så här vår hjärna funkar på gott och ont liksom. Att det blir lättare att stå ut eller förstå. Det leder ju lättare till acceptans.[...] Det är inte ditt fel att du har fått en ätstörning. Den hjälper många tycker jag.

Fem av sju terapeuter uppgav att de utifrån CFT blivit bättre på att hjälpa patienten att hitta acceptans kring att livet kan vara svårt och att det är en del av att vara människa. Flera av dem refererade till begreppet common humanity, som är ett grundläggande perspektiv i CFT. Så här beskrev en av dem hur hen brukar prata med patienterna kring detta.

Vi är inte gjorda för att vara i den här världen, inte våra hjärnor och inte våra kroppar, så att det här med att det inte är ditt fel, det är inget konstigt att det blir svårt, allt det här validerandet och att ta bort skuld det tycker jag att man gör ännu mer i CFT än i KBT-E och det tycker jag tillför mycket.

Terapeuterna var ense om att det evolutionära perspektivet i CFT är en tillgång i behandlingsprocessen. Att förmedla till patienten att deras känslor inte är deras eget fel, utan snarare en följd av hur hjärnan fungerar, beskrevs av terapeuterna som en betydelsefull del av terapin. Genom att tillämpa konceptet "common humanity", betonar terapeuterna att patienterna inte är ensamma om sitt lidande, vilket i sin tur kan skapa en känsla av gemenskap och förståelse och minska isolering och skam.

Tema 3: Skam och stolthet

Tredje temat handlar om det komplexa sambandet mellan ätstörning, skam och stolthet och hur CFT hjälper till att belysa detta. Flertalet terapeuter ger beskrivningar kring att patienterna känner stolthet när de lyckas avstå mat eller går ner i vikt, men stoltheten övergår i skam när de bryter ätstörningens regler eller hamnar i kompensatoriskt beteende, så som hetsätning eller kräkning. Patienterna kan känna skam över flera saker och på olika nivåer. Här kommer ett citat som belyser detta; “Skam över att här sitter jag och kan inte ens äta som en normal människa och har inget liv. Skam över att vara en sån människa som inte orkar ha vänner.”

Tre av terapeuterna belyser hur CFT i ätstörningsbehandling har ett tydligare fokus på hur stolthet kan vidmakthålla sjukdomen. En terapeut belyser detta såhär;

De med anorexi, de känner ju ett starkt driv när de lyckas att de till och med ser sig kanske förmer än oss andra som klarar att hålla den här svälten och lyckas kunna gå ner i vikt, det är en stolthet i det ofta. Och sen då den här totala skammen när man misslyckas. [...] man är så livrädd för att tappa kontrollen för då är det total skam.

En annan terapeut uttryckte det såhär:

Det känns som att ätstörningsproblematik handlar väldigt mycket om att känna stolthet istället för skam eller att få hitta något sätt att undvika skam i alla fall. Jag brukar i kartläggningen utifrån KBT-E försöka få fatt i vad som är ätstörningens funktion. [...] När jag inspirerats av eller kombinerat med CFT har jag börjat prata mer om skam och stolthet och fått med det redan i fallformuleringen.

Det är genomgående i terapeuternas beskrivningar att CFT hjälper dem att adressera skam tidigare i behandlingsarbetet och att de pedagogiska modellerna i metoden är väldigt hjälpsamma för att öka patienternas förståelse av sambandet mellan ätstörning och skam. Det framkommer en tydlig bild av att terapeuterna uppfattar att stolthet när patienten följer ätstörningens uppmaning blir en vidmakthållande faktor och något patienten har svårt att stå ut med att inte få uppleva, exempelvis vid normaliserat ätande och normal vikt. CFT förefaller

vara hjälpsamt avseende att förklara detta samband för patienten och att adressera behovet av att känna en nöjd känsla över sig själv kopplat till andra faktorer.

Tema 4: Att utmana självkritik med självmedkänsla

Som genomgående tema i intervjuerna är terapeuternas berättelser av att det finns mycket självkritik i ätstörningen och att CFT är hjälpsamt för att adressera detta. Terapeuterna beskriver att de använder psykoedukation och övningar från CFT för att hjälpa patienten att utveckla medkänsla för sig själv, vilket uppfattas effektivt avseende att bemöta självkritik. En av terapeuterna beskriver det såhär: "Ätstörningspatienter är ju ofta väldigt självkritiska, väldigt hårda och dömande och har en självkritisk, ganska aggressiv ton mot sig själva. Den här inre rösten behöver ändras till att bli mer omsorgstagande och medkännande"

I intervjuerna finns återkommande beskrivningar kring att patienter med ätstörning ofta har en väldigt stark tro på att självkritiken är sann och en upplevelse av att de förtjänar den hårda tonen. Ett citat som belyser detta är följande;

Jag hade en patient som sa till mig, ja självkritiken är väl något man bara måste ta. Jag behöver den annars blir jag tjock och ful och jag blir lat och bara ligger där och blir en pöl på golvet, det finns massor av rädslor där. Så den övertygelsen om att jag behöver min självkritiker, den myten måste man sticka håll på och det är väldigt bra att göra det i grupp med CFT.

CFT beskrivs även som verksamt avseende att våga ta emot omsorg från andra. En terapeut beskriver behovet av att jobba med detta så här:

Många har ju svårt att också ta emot omsorg och medkänsla [...] och när jag har frågat patienter vad som har varit mest verksamt i behandlingen så är det att lära sig att validera sig själv, att bekräfta sig själva och ge sig själv medkänsla och vad ska jag göra för att hjälpa mig själv? [...] Det är att den inre tonen och tilltalet har förändrats för det förändrar ju hela livet och inte bara ätstörningen.

Sammanfattningsvis framkommer en gemensam bild av att ätstörningspatienter ofta uttrycker en stark självkritik, präglad av hårdhet och dömande och att denna inre röst behöver

förändras till att bli mer medkännande och omsorgsfull. Flera terapeuter beskriver att CFT hjälper patienterna att utveckla självmedkänsla och att detta uppfattas som effektivt för att bemöta självkritiken. Patienterna har ofta en stark övertygelse om att självkritiken är sann och att de förtjänar den hårda tonen, vilket beskrivs som en utmaning i behandlingsarbetet. CFT upplevs användbart för att ifrågasätta och bryta ner denna övertygelse, framförallt i gruppbehandling där patienterna kan stödja varandra och dela erfarenheter.

Tema 5: Insikt och balans, pedagogiska modeller i CFT för ätstörningar

Femte temat belyser terapeuternas upplevelser av att CFT ökar patienternas förståelse för sig själva och sina behov genom användandet av pedagogiska modeller, särskilt tre-cirkelmodellen. Den ger en ökad förståelse kring ätstörningens funktion kring känsloreglering och hjälper patienten jobba mot en balans i livet. Alla terapeuter berörde detta tema, en terapeut beskriver det såhär;

I CFT är det ju väldigt mycket psykoedukation och det är det ju i KBT-E också och jag tycker verkligen att det är så bra. Jag älskar det. För då blir patienterna sin egen terapeut, de fattar hur de funkar och just dom där bitarna, den där tre-cirkelmodellen är så lättbegriplig för patienten. Jag har inte stött på någon som, ja alla har blivit såhär; det är ju precis så det är.

Två av terapeuterna beskrev att de använde tre-cirkelmodellen på det sätt den beskrivs specifikt utifrån ätstörning, dvs med tillägg av begreppet stolthet.

Sedan finns det ju också utifrån Ken Goss en till cirkel som han kallar pride. Den tycker jag kan vara bra för patienter, speciellt anorektiker, som har den här stoltheten i att svälta sig, att man kan hitta ett sätt att prata om det. Att det istället för tre cirklar finns fyra och att den ligger mellan hot och driv. Det är lätt att tycka att det är någon sorts stolthet eller trygghet men att det egentligen är ett destruktivt läge man är i”.

På liknande tema kring värdet i tre-cirkelmodellen, så belyser följande citat hur CFT hjälper patienten att bli medveten om sina behov och vilken funktion ätstörningsbeteendet fyller.

Jag tycker dels att många med ätstörning har nytta av tre-cirkelmodellen i CFT, med liksom hot, driv, och trygghet. Var är det jag befinner mig nu? Är jag i hot eller driv? Eller hur mycket har jag tillgång till trygghetsdelen? [...]Man kan använda det som förklaring varför man måste göra liksom lugnande saker och inte bara flippa mellan hot och driv. [...]Jag tänker många som tex tvångstränar, de kanske tror att de är i drivläge eller att de gör någonting bra för kroppen, men att när man tittar på hur de håller på där liksom flippar mellan hot och driv så blir det inte så bra.

Majoriteten av terapeuterna lyfte fram de praktiska övningarna kring medkänsla i CFT som särskilt användbara. Övningarna beskrevs som lättillgängliga och användarvänliga utifrån att de finns i både litteratur och på appar. En av terapeuterna beskrev att man måste vara försiktig när man använder övningarna i ätstörningsbehandling, vilket följande citat belyser:

De här patienterna fokuserar på kroppen hela tiden och scannar av och känner efter och övningarna ökar detta fokus, [...] så jag har faktiskt köpt små figurer, stenar och trähjärtan som man kan öva på att fokusera utåt på, beskriva och känna efter och så.

En del terapeuter berör i detta tema likheten i intentioner med olika övningar i KBT-E och CFT. Ett citat som belyser att metoderna kan kombineras och förstärka varandra är följande;

När jag pratar om Fairburns värderingscirkel utifrån KBT-E, avseende aktiviteter att fylla tiden med [...] det handlar ju också om att ha balans mellan återhämtning och prestation, och det pratar jag mycket om och det är ju väldigt bra att förtydliga utifrån tre-cirkelmodellen.

Sammanfattningsvis framkommer i detta tema att de pedagogiska modellerna i CFT ger en djupare förståelse för patienten gällande ätstörningens roll i känsloreglering. Tre-cirkelmodellen lyfts fram som särskilt hjälpsam, med en upplevelse av att många patienter har lätt för att ta till sig den och att den hjälper dem att förstå sig själva, sin ätstörning och svårigheten att förändra. Terapeuterna beskriver hur den ökade kunskapen om

balans i känslsystemen inte bara ger en förståelse för ätstörningen utan också en insikt i patientens behov generellt och vikten av balans i livet. Merparten av terapeuterna framhåller nyttan med metodens praktiska övningar i självmedkänsla, men det framkom också att man bör vara medveten om att det kan förstärka kroppsfokuset och att det därför kräver lyhördhet och försiktighet av terapeuten.

Tema 6: CFT, en saknad pusselbit?

Samtliga informanter beskriver att CFT bidrar med något de tidigare saknat i ätstörningsbehandling, framförallt avseende en djupare förståelse och ett mer känslomässigt djup. En av terapeuterna beskriver det såhär.

I KBT-E så jobbar man ju väldigt konkret med beteendeförändringar. Det betyder inte nödvändigtvis att man har fått med sig känslan. Det är lite som att man skulle ha terapi på huvudet istället för att få med hela kroppen, och jag tror att om man jobbar med CFT och liksom lär sig om sig själv utifrån olika känslor, hur de känns och vad de driver för beteende och mer acceptans för att stanna upp i det, att skapa distans och förstå självkritikens funktion då tänker jag att det skulle kunna bli varaktigare och mer på djupet.

Samtliga terapeuter beskriver att de arbetar med utgångspunkt i KBT-E, men influeras av och kombinerar med CFT. I flertalet av intervjuerna är det baskunskap i CFT som terapeuten på egen hand försöker koppla ihop med ätstörning både individuellt och i grupp men i en del av intervjuerna framkommer att man är mer påläst i specifikt CFT-E. Det framkommer i samtliga intervjuer en övertygande känsla kring att CFT är ett viktigt tillägg och en önskan om att det får en större roll i ätstörningsbehandling. Ett citat som påvisar terapeuternas generella övertygelse att KBT-E behöver kompletteras med känsloreglerande tekniker som CFT erbjuder är följande; “ om Fairburn skulle forskat idag så skulle det säkert ha funnits compassion och medkänsla med i KBT-E manualen, eftersom det har kommit mer och mer.”

De flesta terapeuter ser inga risker med att kombinera CFT med traditionell ätstörningsbehandling, det framkommer dock att det skulle behövas mer tydlighet kring när

var och hur detta tillägg ska göras. “ Det kan bli rörigt för patienterna. Det blir många begrepp och modeller att hålla reda på när man gör CFT som tillägg till en annan metod”.

Sammanfattningsvis beskriver terapeuterna CFT som en saknad pusselbit som tillför ett viktigt känslomässigt perspektiv till behandlingen. Det är genomgående i intervjuerna att terapeuterna i traditionell KBT-behandling för ätstörningsproblematik haft en upplevelse av att det saknas något i behandlingen avseende känsloreglering. Det framkommer att man förutom CFT lånar tekniker för känsloreglering från andra områden, till exempel ACT och DBT.

I intervjuerna framkommer att CFT för ätstörningsbehandling upplevs som en ny metod och är något man håller på att implementera i arbetet, men inte har någon längre erfarenhet av. Majoriteten pratar om CFT utifrån hur metoden beskrivs generellt och inte specifikt kopplat till ätstörningsbehandling. Mer än hälften av terapeuterna, fyra av sju, är osäkra på om det finns någon specifik inriktning kring CFT för ätstörningsbehandling. Det framkommer behov av tydlighet kring hur och när CFT ska integreras med andra behandlingsmetoder, men en generellt genomgående positiv syn på att det är ett behagligt arbetssätt som patienterna upplever hjälpsamt. Det framkommer en bild av att traditionell ätstörningsbehandling kan uppfattas ha en hårdare ton och där CFT beskrivs på ett bättre sätt möta patienten i den svåra skam och självkritik de ofta känner.

Diskussion

I denna studie har författarna undersökt om compassionfokuserad terapi, specifikt riktad mot skam och självkritik, kan vara en väg framåt för att förbättra ätstörningsbehandling. Fokuset har varit hur KBT-terapeuter upplever metoden kopplat till denna patientgrupp. Resultaten från varje tema kommer att diskuteras utifrån teorier och forskning som tidigare presenterats och dessa kommer även att kopplas till studiens frågeställningar. Författarna kommer att diskutera kring studiens styrkor och begränsningar samt ge förslag för framtida forskning.

CFT skapar möjligheter

Studiens första frågeställning beskriver innebörden av att arbeta med ätstörning utifrån CFT och vad metoden kan tillföra till ordinarie behandling. Det är flera tema i resultatet som besvarar denna frågeställning. I första temat “Mer än en behandlingsmetod, compassion som

ett förhållningssätt” beskrivs terapeuternas upplevelse av att förhållningssättet i metoden hjälper terapeuten att på ett mjukare sätt komma åt kärnproblematiken. Detta är intressant bland annat kopplat till de nya anpassningar som gjorts i CFT-E2, avseende mer psykoedukation och ökat fokus på färdigheter i compassion för patienter med anorexi, innan behandlingskrav på att förändra kärnproblematiken kring ätandet (Gale et al., 2014). Gilbert (2009) förklarar compassion som ett tillstånd där vi möter oss själva utifrån förståelsen att vi gör vårt bästa och förtjänar kärlek bara genom att vara människa, vilket är i linje med terapeuternas beskrivning av hur förhållningssättet hjälper dem att skapa en stark och trygg allians.

I första temat framkommer även att terapeuterna upplever att metoden upplevs som ett verktyg som ger dem mer att erbjuda även till patienter med mer komplex problematik, eller svårbehandlad anorexi. Här blir det rimligt att reflektera kring att evidens för terapeutisk behandling för anorexi generellt är väldigt svag (Atwood & Friedman, 2020), vilket gör upplevelsen om mer att erbjuda viktig och intressant.

I resultaten framkommer en bild av att samtalsklimatet med CFT blir varmare och icke dömande och att terapeutens upplevelse är att patienten känner sig mer validerad utifrån förhållningssättet med compassion i fokus. Detta stämmer väl överens med resultatet av Gulliksen et al. (2012), avseende vad patienten önskar hos sin behandlare, där acceptans och icke dömande skattas högt. I samma studie framkommer även att ätstörningspatienter känner trygghet när behandlaren är aktiv och har en expertkunskap. Terapeuterna uppger att de utifrån CFT har mycket psykoedukation och expertkunskap att bidra med. Dels ur ett evolutionärt perspektiv kring hjärnans konstruktion, samt via pedagogiska modeller kring känsloreglering, dvs det som berörs i resultatdel både under tema två “du kan inte hjälpa vilken hjärna du fått” och tema fem “insikt och balans”.

Skam och självkritik

Den andra frågeställningen handlar om hur terapeuterna i studien arbetar med skam och självkritik vid ätstörningsproblematik och hur de upplever detta arbete. Detta berörs i flera av studiens tema. I fjärde temat “Att utmana självkritik med självmedkänsla” framkommer att terapeuterna upplever att ätstörningspatienterna bär på mycket skam och stark självkritik. Patienterna uppfattas ofta ha en hård inre ton, präglad av aggressivitet och dömande av den egna personen. Detta är i linje med forskning av Kelly et al. (2017) som

funnit stöd för att CFT är verksamt för att uppnå lägre grad av skam och mindre rädsla för självmedkänsla. I temat framkommer att compassionövningarna upplevdes särskilt hjälpsamma avseende att utveckla medkänsla för sig själv, ta emot omsorg från andra och utveckla en vänligare inre ton.

Resultatet påvisar att CFT hjälper terapeuterna avseende att bemöta skam och självkritik. Detta skulle kunna vara en viktig faktor för att patienterna ska kunna förändra kring matintag, vikt och kropp. Detta utifrån beskrivning av Neff och Germer (2018), avseendes att skam ofta leder till att personen stänger av mot omgivningen och blir oförmögen att agera och förändra sin situation utifrån rädsla.

Första temat beskriver värdet av den teoretiska grunden i CFT, gällande att inte döma sig själv, att vi gör så gott vi kan osv. Terapeuterna beskriver att denna grund öppnar upp för att prata om skammen. Värdet av att komma åt skammen i terapin går att knyta till Gilberts (2009, 2010) beskrivning av att skam och självkritik ofta spelar en nyckelroll i utveckling av psykisk ohälsa. Detta i likhet med Oluyori (2013) som beskriver att skam har en central funktion i ätstörningspatologin och inte minst avseende att vidmakthålla sjukdomen.

I studiens tredje tema "skam och stolthet" framkommer att CFT hjälper terapeuterna att prata om och adressera skam tidigt i behandlingen, vilket beskrivs som en skillnad jämfört med andra metoder. Detta går att knyta till forskning av Nechita et al. (2021), avseende att det är fördelaktigt att rikta behandlingsinsatser direkt mot skam. Att det sker tidigt i behandlingen ligger i linje med forskning av Kelly et al. (2014), avseende att låga nivåer av självmedkänsla har visat sig korrelera med sämre förmåga att ta till sig ätstörningsbehandling. Omvänt har tidiga interventioner på detta område visat sig förbättra hur patienten kan ta till sig behandlingen. Att tillföra CFT skulle ur detta resonemang kunna leda till förbättrade behandlingsresultat.

I femte temat framkommer att några av terapeuterna implementerat strategier specifikt från CFT-E (Goss & Allan 2010), kring begreppet "Pride", vilken utgör en strategi för att hantera skam och självkritik. Denna pedagogiska modell har för terapeuterna stor betydelse i att öka patientens förståelse av sambandet mellan ätstörning, skam och stolthet och på vilket sätt stoltheten innebär ett vidmakthållande av sjukdomen. Resultatet visar att samtliga terapeuter ser ett stort värde av den psykoedukation om hjärnans konstruktion som ingår i metoden, avseende att avlasta patienten från skam och minska självkritik. Då flera studier visar att den yttre skammen, vilken innebär en känslighet för andras omdömen, är högre hos

patienter med ätstörningsproblematik, (Gilbert 2010) så är det viktigt att patienten får denna förståelse i att det ligger i vår natur att jämföra oss med andra.

Att arbeta utifrån CFT

Vår tredje frågeställning berör terapeuternas upplevelse av att arbeta med CFT kopplat till ätstörningsbehandling. Studiens femte tema, beskriver deras upplevelse av att CFT ökar patienternas förståelse för sig själva och sina behov, med stöd av metodens pedagogiska modeller. Detta i linje med Gilberts (2022) beskrivning av att psykoedukation i CFT är centralt i metoden.

I första temat framkommer att terapeuterna upplever att CFT leder till ett mjukare sätt att prata med patienterna på, vilket gör det lättare att möta svårigheter och ger ett varmare klimat i rummet. Detta stämmer väl överens med beskrivningen av (Kolts, 2016) att CFT kan ses som ett verktyg för att få in en medkännande förståelse i det terapeutiska arbetet. Det är även i linje med Gilberts (2009) tanke om att metoden ska hjälpa patienten att utveckla ett compassionate mindset, där vi möter oss själva med förståelse och förtjänar kärlek bara genom att vara människa. I compassionbegreppet ingår även att kunna identifiera lidande hos sig själv och andra och ha mod att försöka lindra och undvika det. Modet krävs för att patienterna ska våga göra de förändringar som behövs för att kunna lämna sjukdomen. Detta tar terapeuterna upp i relation till att förhållningssättet i CFT underlättar för patienterna att klara av att äta maten.

Femte temat belyser terapeuternas upplevelse av att CFT ökar patienternas förståelse för sig själva och sina behov. Psykoedukationen och de pedagogiska modellerna beskrivs som särskilt hjälpsamma. Det framkommer att ökad insikt och kunskap kring obalans i känslsystemen ger en ökad förståelse för sjukdomen och dess funktion för både terapeut och patient. Detta är i linje med tankegång av Gilberts (2010), som beskriver, att om terapeuten lyckas rita upp cirklarna på ett begripligt sätt för patienten, så kommer det bli en "aha-upplevelse". Det är genomgående i studiens resultat att de pedagogiska modellerna upplevs effektiva. CFT har många upplevelsebaserade delar som i resultatet beskrivs som uppskattade och användarvänliga, då de finns tillgängliga på internet och i appar. Övningar i compassion är en viktig del av CFT, vilket beskrivs av Viotti och Andersson (2019). Det framkommer i resultatet tankar från någon av terapeuterna kring försiktighet när man gör denna typ av övning vid ätstörningsproblematik. Detta utifrån att ett fokus inåt upplevs öka ett

redan överdrivet kroppsfokus, vilket blir för svårt. Vi har inte kunnat knyta detta resonemang till litteratur kopplat till CFT-E. Det ligger dock i linje med NICE guidelines (2017) som tydliggör att man ska vara försiktig med fysioterapi, yoga mm tidigt i ätstörningsbehandling, utifrån att det skapar ett inåtfokus och riskerar att förlänga behandlingen.

Även studiens sjätte tema berör den tredje frågeställningen. Terapeuterna beskriver att upplevelsen är att CFT bidrar med något som de tidigare saknat, framförallt avseende en djupare förståelse och ett mer känslomässigt djup. Resultatet visar att CFT kan utgöra ett viktigt tillägg i ätstörningsbehandling. Detta går att jämföra med resultat i kvalitativ forskning av Mullen et al. (2019), som påvisade att patienterna upplevde ett förbättrat mående utifrån olika aspekter efter gruppbehandling med CFT. Det framkommer dock ett behov av tydlighet i hur metoden ska användas specifikt vid ätstörningar.

Studiens resultat speglar att terapeuterna arbetar med bas i KBT-E, influeras av CFT och anpassar metoden till ätstörningsbehandling, med mer eller mindre utgångspunkt i CFT-E. Ingen i studien arbetade renodlat med CFT-E. En förklaring till detta är sannolikt att behandlingen fortfarande är i sin första fas. Terapeuterna beskriver att det fungerar bra att lägga till CFT till befintlig behandling. Något som stämmer bra med beskrivningen av Kolts (2016) gällande att CFT går att använda som komplement till annan behandling. Något att fundera kring är hur man som terapeut vet när man ska inkludera CFT och i så fall på vilket sätt. Här beskriver terapeuterna att det är i samråd med kollegor som också har en utbildning i CFT som de diskuterar och inspirerar varandra, men även i handledning där man får stöd i denna fråga. Flera terapeuter beskriver att deras arbetsplatser öppnat upp för utbildning i CFT och att det finns en nyfikenhet för att utveckla arbetssättet i denna anda, även om basen fortfarande är KBT-E. Det framkommer också att det ibland kan bli lite rörigt att hålla reda på om det är KBT-E eller CFT man gör för såväl terapeut som patient. Det blir många begrepp att förhålla sig till. Detta är en dimension som inte framkommer i Kolts (2016), där det positiva med att metoden går att kombinera med andra lyfts fram, utan att det problematiseras hur terapeuten ska veta på vilket sätt.

Studiens styrkor och begränsningar

Den metodologiska diskussionen inleds med en genomgång av studiens validitet och reliabilitet. Därefter diskuteras metodologiska överväganden, följt av avslutande reflektioner kring etiska aspekter. Reliabiliteten beskrivs utifrån de kvalitetskriterier som beskrivs av

Bryman (2021), samt Alvinus (2023), med ett fokus på delkriterierna, trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och anpassningsbarhet.

Urval

Studiens inklusionskriterier var grundläggande terapeutisk kompetens i KBT, erfarenhet av behandling av ätstörning på specialiserad nivå och kännedom om CFT. Det går att argumentera för både ett bredare och snävare urval avseende kompetensnivå. Ett snävare urval hade kunnat vara att informanterna alla hade utbildning och erfarenhet av att arbeta specifikt med CFT-E. Detta hade sannolikt kunnat ge en bättre validitet, utifrån att kunskapen kring metoden hade varit högre. I denna studie kräver frågorna bitvis en generalisering och mentalisering från terapeuternas sida, då deras erfarenhet av att arbeta utifrån CFT med patientgruppen är begränsad. Det är ny erfarenhet för de flesta av dem. Beslutet kring nuvarande urval grundar sig i bedömningen att ett snävare urval var omöjligt i Sverige just nu, utifrån att vi genomförde gedigen efterforskning för att ens kunna uppnå nuvarande kriterium. En av styrkorna med studien är att intervjuerna genomförts med KBT-terapeuter med god erfarenhet av evidensbaserad ätstörningsbehandling på specialiserad nivå och kännedom om CFT. Någon liknande kvalitativ studie gällande terapeuters upplevelse har vi inte kunnat hitta. På så vis kan denna studie bidra med värdefull kunskap utifrån flera aspekter. Terapeuternas positiva upplevelser av att göra tillägg med CFT är intressant även om det utifrån så få intervjuer inte går att göra några generaliserbara slutsatser. Gällande studiens överförbarhet, så var syftet med studien terapeuternas specifika upplevelser för att nå en djupare förståelse, vilket Polkinghorne (2005) menar att kvalitativ forskning har som primärt syfte. Detta i linje med Alvinus (2023) som beskriver att syftet med kvalitativ forskning inte är att generalisera studiens resultat, utan istället att ge fördjupad förståelse. Ett kvalitativt angreppssätt var därför ett vägval som ansågs nödvändigt för denna studie och en fördjupad förståelse anser vi uppnåddes med metodvalet.

Gällande reliabilitet, så har det inte använts någon kompletterande analysmetod, vilket är en svaghet. Man hade kunnat tänka sig kvantitativa inslag som en enkätundersökning för att öka reliabilitet. Ytterligare en svaghet i studien är att det inte genomförts någon respondentvalidering. Detta beskrivs av Bryman (2021) som en möjlighet för informanter att kommentera tolkningar av data under analysprocessen och då kunna bekräfta att forskaren uppfattat innebörden på rätt sätt. En styrka och en svaghet med studien är att samtliga

intervjuer genomförts av båda författarna. Styrkan ligger i en ökad sannolikhet för att innebörden uppfattas korrekt. Svagheter i detta skulle kunna ses utifrån att det blir en obalans i intervjusituationen med två intervjuare och en informant. För att minska denna risk, var det en av författarna som ställde frågor och den andre observerade. Styrkan ligger i att författarna gjort kodning och tolkning av datan initialt oberoende av varandra. Därefter jämfördes koderna för att tillsammans identifiera återkommande mönster och tema. Det faktum att vi identifierade liknande ursprungliga koder separat, samt gjorde en gemensam analys, kan anses öka trovärdigheten enligt Morrow (2005). En styrka med studien är att resultaten exemplifieras med citat, så att läsaren ges möjlighet att själv avgöra hur forskarnas tolkning av datan överensstämmer med informanternas beskrivningar. Detta sätt att presentera data stämmer väl överens med kvalitetskriterier kring anpassningsbarhet av Bryman (2021), som uppger att citat är ett bra sätt att illustrera tema för att spegla informanternas ursprungliga beskrivningar.

En fördel med kvalitativ metod är enligt Alvinus et al. (2023) att man med hjälp av intervjuer kan ta del av informanternas tankar, känslor och beskrivningar och med hjälp av följdfrågor kan fördjupa förståelsen. Författarna utgick från en semistrukturerad intervjuguide och hade som utgångspunkt att frågorna skulle vara öppna. Det gjordes ett medvetet val att inleda intervjun med frågor kring definition av skam och självkritik, vilket i efterhand bedöms som en styrka som underlättade förståelsen för författarna, samt ökade reliabilitet utifrån att det inte förekom missförstånd kring definitioner.

Det är enligt Alvinus et al. (2023) viktigt i en tematisk analys att det finns en spårbarhet, det vill säga att läsaren kan följa forskarnas val genom processen. En trovärdighet uppstår när det finns en röd tråd mellan informanternas svar och hur dessa presenteras i text. I denna studie finns en spårbarhet i linje med ovanstående definition. För ytterligare reliabilitet skulle det sannolikt krävas fler intervjuer. Det låga antalet medförde i denna studie att informanterna generellt gav likartade svar, vilket medförde en svårighet att belysa citat utifrån ytterligheter av temat.

I studien valdes att genomföra dataanalys genom att transkribera samtliga intervjuer, vilket är en styrka utifrån Braun och Clarke (2006). De beskriver transkription som ett viktigt steg av tematisk analys, utifrån att transkriptionen medför en bred och djupare överblick av materialet (Braun & Clarke, 2006). Ett alternativ hade varit att lyssna på materialet många gånger istället för att transkribera det. Ett vägval gjordes här som kan ses som både en svaghet

och en styrka. Författarna är utbildade terapeuter, med god vana av att lyssna, vilket skulle kunna medföra att lyssna-metoden hade fångat ett annat djup och uppfattat det som sägs "mellan raderna". Vi valde dock transkribering utifrån tanken att följa Braun och Clarkes (2006) olika steg som är lämpliga för ovana forskare. Eftersom båda författarna varit med vid samtliga intervjuer upplevdes att det fanns en god förståelse för innebörden av texten även i det transkriberade materialet. Vi valde att gå tillbaka och lyssna igen vid de partier där den transkriberade texten var oklar. Ofta relaterat till att informanten pratat i ofullständiga meningar, eller bytt spår i tanken mitt i en mening. Det faktum att studien har två författare, kan i detta sammanhang ses som en styrka som ökar reliabiliteten.

Reflexivitet i forskningsprocessen

Vi har haft en kritisk realistisk hållning, vilket innebär att vi som författare försökt att vara både reflexiva och kritiska, kring hur våra förutfattade meningar kan ha påverkat hur vi har tolkat och analyserat datan. Detta i enlighet med hur kritisk realism beskrivs av Alvinus et al. (2023).

Vi har således genomgående i forskningsprocessen haft ett reflexivt förhållningssätt och diskuterat hur våra egna erfarenheter inom ätstörningsbehandling kan ha påverkat hur vi uppfattar och tolkar data. Det kan ses som både en styrka och svaghet med studien att båda författarna har ett stort intresse för CFT. Här kan göras en koppling till Berger (2015) kring att erfarenhet kan vara en fördel, men också en ökad risk för påverkan av informanterna utifrån egna värderingar. Det kan inte uteslutas att så har skett i intervjuerna. Dock kan man här reflektera runt att detta är ett generellt problem i forskning och inte minst i den kvalitativa. De flesta artiklar som studien refererar till grundar sig i forskning där samma kända namn förekommer i stor omfattning, dvs Goss, Allan, Kelly, Gilbert. Dessa forskare, har jämfört med författarna av denna studie, sannolikt ett ännu större intresse av CFT och kunskap i ämnet. Forskning bör således kunna vara intressant även om den bedrivs i egenintresse och kanske är det så att det vanligaste är att den som forskar har ett visst intresse för valt ämne. Vi har valt en latent kodning och till skillnad från semantiskt innebär detta en mer aktiv roll av forskarna utifrån att göra en djupare tolkning av datan, dvs förmåga att läsa mellan raderna. Vår ståndpunkt är att den latent kodningen är en styrka med studien och att det då rimligtvis är fördelaktigt med viss erfarenhet av ämnet. Författarna har som framgått, båda en stor erfarenhet av ätstörningsbehandling men är nya på området CFT. En förhoppning är att det

funnits tillräckligt med erfarenhet och kunskap för att förstå informanterna och kunna ställa relevanta följdfrågor, men att erfarenheten är tillräckligt begränsad för att förhindra bias i form av övertolkning av positiva resultat.

Etiska aspekter

Etiska aspekter är något som vi har beaktat genomgående under hela forskningsprocessen. Eftersom det inte krävdes en etikansökan för att genomföra studien, har vi lagt extra tid på att klargöra att etiska aspekter beaktas. Bryman (2021) beskriver en del grundläggande viktiga etiska principer som följts och klargörs i detta stycke. Vi har betonat för informanterna att deltagandet är frivilligt och det har funnits samtycke till intervjuerna. Samtliga informanter har informerats om att intervjuerna har spelats in och allt material har hanterats med beaktande av konfidentialitet. Informanterna är i studien anonyma och information som gör dem identifierbara har utelämnats. Vi har på förhand meddelat syfte med studien och varit noga med en god transparens i syfte att inte vilseleda. Information har lämnats både skriftligt och muntligt. För utförligare beskrivning av vidtagna åtgärder för att tillgodose etiska aspekter, hänvisas till utförlig redogörelse under metodavsnitt.

Framtida forskning

En förhoppning med studien är att den ska kunna bidra till att fylla de kunskapsluckor som vi identifierat i forskningen kring CFT och ätstörningsbehandling. CFT visar lovande resultat i de studier som beskrivits, men det krävs mer forskning för att tydligt fastställa effektivitet, varaktighet av förändring, men framförallt hur evidensen är i jämförelse med andra terapiformer. Terapeuterna i denna studie upplever samstämmigt att det är fördelaktigt med CFT i ätstörningsbehandling. Eftersom samtliga även arbetar utifrån KBT-E går det utifrån denna studie inte att veta exakt vad som är verksamt. Det skulle kunna vara så att det är KBT-E som upplevs mer verksamt med tillägg av CFT, likväl som att CFT i sig själv är verksamt. Det skulle således vara intressant med studier avseende individualterapi där CFT inkluderas i befintlig behandling i likhet med hur terapeuterna i denna studie gör. Det skulle även vara intressant med studier kring CFT som individualterapi. CFT-E är en gruppbehandling och en tydligare manual behöver göras både i detta och för individuell behandling för att enhetlig forskning ska bli möjlig. I de studier som gjorts och som visar viss evidens, är det en begränsad behandling patienten fått, 24 sessioner. Detta är en mindre

omfattande behandling, än patientgruppen ofta erbjuds i Sverige idag. Att det med relativt få sessioner förefaller ha effekt är således intressant och bör undersökas vidare. Terapeuterna i studien beskriver en värme i rummet när man använder CFT, vilken anses bidra till en bättre och starkare allians. Att forska på huruvida denna allians också ger upphov till förändringar utifrån specifika ätstörningsbeteenden vore intressant.

Det har i detta arbete trots vår långvariga erfarenhet av patientgrupp och intresse för CFT, varit svårt att finna information om vad exakt CFT vid ätstörningsbehandling innebär. Det har blivit tydligt för oss att det finns föreställningar kring att det finns en färdig manual, vilket som framgår av uppsatsen inte finns. Vid genomgång av materialet i studien har det kunnat skönjas att tolkningen av vad CFT för ätstörningsbehandling innebär uppfattas på olika sätt, vilket i sin tur gör det svårt att forska på. Det behöver tydliggöras kring tolkningar och definitioner. Det som är framträdande och nytt i CFT jämfört med annan ätstörningsbehandling, är klargörandet kring det komplexa sambandet mellan stolthet, skam och ätstörning. Det finns viss evidens i riktning för att detta grepp ger en extra tydlig förklaringsmodell avseende uppkomst och vidmakthållande som upplevs väldigt validerade för patienten. Framtida forskning inriktad på om detta även leder till faktiska förändringar av ätstörningsbeteende är önskvärt och intressant. Generellt skulle det behövas mer forskning kring långtidsstudier. Blir förändringarna varaktiga? Eftersom det är en relativt ny metod så finns ännu inte denna typ av långtidsmätningar tillgängliga. Som studien påvisar finns evidens för att rikta compassion mot sig själv är svårt för ätstörningspatienter. Studier som klargör vilken effekt övningar inom compassion mind training ger, både gällande att reducera skam, men också för att se om det påverkar beteendeförändringar kring mat och kropp vore intressanta. Det framkommer i studien reflektioner kring att övningarnas inåtfokusering skulle kunna stärka ett redan överaktiverat kroppsfokus hos patientgruppen och även här skulle det vara av intresse med mer forskning. Det finns en generell samstämmighet i informanternas svar som skulle kunna tyda på att CFT uppfattas värdefull för dem som möter patientgruppen, men för att kunna klargöra detta krävs ett betydligt större underlag. Således vore det av intresse att replikera denna studie. Det är av stort intresse att i en sådan studie även intervjua patienterna och specifikt undersöka deras upplevelse.

I vår studie framkom en tendens till att terapeuterna uppfattade att de hade ett nytt verktyg att erbjuda den svårbehandlade patientgruppen anorexi där evidensen i nuläget är låg. Detta är ett hoppfullt spår och ett önskvärt område att fortsätta forska på.

Slutsatser

Med denna studie hoppas vi kunna bidra med en ökad förståelse av vad CFT innebär och potentiellt kan tillföra i ätstörningsbehandling. Det är i förståelsen mellan skam, stolthet och ätstörning som studien finner ett nyckelområde för hur CFT skulle kunna bidra inom ätstörningsbehandling. Metoden strävar efter att erbjuda en trygg och stödjande miljö, i syfte att reglera skam och nå en hälsosam känsla av självrespekt och stolthet. Terapeuterna i studien beskriver de pedagogiska modellerna och det evolutionära perspektivet som mycket hjälpsamt. CFT bidrar till att beröra skammen i sjukdomen tidigare och terapin når ett ökat känslomässigt djup, utifrån fokus att träna upp självmedkänsla. Sammanfattningsvis beskrivs CFT i denna studie som en saknad pusselbit, men mer forskning behövs för att klargöra evidens. Det finns behov av fler behandlingsmetoder som på nya sätt kan behandla patientens problematik och bidra till att fler uppnår ett hållbart tillfrisknande och utifrån denna studie skulle Compassion kunna vara en väg framåt.

Referenser

- Alivinus, A., Borglund, A., & Larsson, G. (2023). *Tematisk analys. Din handbok till fascinerad vetenskap*. Studentlitteratur.
- Andersson, C., & Viotti, S. (2013). *Compassionfokuserad terapi*. Natur & Kultur.
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 53(3), 311–330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York, NY: Basic Book.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(1), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). *Tematisk analys*. I H. Cooper (Red.), *Handbook of research methods in psychology*. (Vol. 2, s. 57-71). Washington, DC: APA Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Bryman, A. (2021). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (3 uppl.). Liber.
- Clinton, D., & Norring, C. (Red.). (2009). *Ätstörningar* (2 uppl.). Natur och Kultur.
- Clinton, D., & Isomaa, R. (Red.). (2022). *Förstå och bemöta ätstörningar*. Studentlitteratur.

- Cooper, P. M., Camic, D. L., Long, A. T., Panter, D., Rindskopf, & Sher, K. J. (2023). *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. American Psychological Association.
- Denscombe, M. (2017). *The good research guide: for small-scale social research projects* (6th ed.). Open University Press.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Rodrigues, T. (2016). At the core of eating disorders: Overvaluation, social rank, selfcriticism and shame in anorexia, bulimia and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 66(april),123-131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.01.003>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A., & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *Internal Journal of Eating Disorders*, 41(8), 762-765. <https://doi.org/10.1002/eat.20573>
- Forsén Mantilla, E., Norring, C., & Birgegård, B. (2019). Self-image and 12-month outcome in females with eating disorders: Extending previous findings. *Journal of Eating Disorders*, 7, Article 15. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0247-1>
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focusgroups. *British dental journal* 204(march), 291- 295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>

- Gilbert, P. (2007). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. I Leahy, R. L. (Red.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (s.106–142). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. UK:Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2022). Setting the scene: Psychotherapy at a crossroad and a compassionate way forward. I G. Simos (Red.), *Compassion Focused therapy: Clinical Practice and Applications*. (s. 3-21). Routledge.
- Gilbert, P. (2022). Introducing and developing CFT functions and competencies . I G. Simos (Red.), *Compassion Focused therapy: Clinical Practice and Applications*. (s.3-21). Routledge.
- Goss, K., & Allan, S. (2010). Compassion Focused Therapy for Eating Disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 141-158. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.141>
- Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 62–77. <https://doi:10.1111/bjc.12039>
- Goss, K., & Kelly, A. (2022). The role of shame, self-criticism and compassion focused therapy in eating disorders and disordered eating. I G. Simos (Red.), *Compassion Focused therapy: Clinical Practice and Applications*. (s. 519-531). Routledge.
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2017). Four Pathways to Anorexia Nervosa: Patients' Perspective on the Emergence of AN.

Clinical psychology & psychotherapy, 24(4), 846–858.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2050>

Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 475–487. <https://doi.org/10.1002/cpp.2018>

Kåver, A. (2009). *Himmel, helvete och allt däremellan*. Om känslor. Natur & Kultur.

Kolts, R. (2016). *CFT helt enkelt. Att bedriva compassionfokuserad terapi*. Natur & Kultur.

Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58(dec), 125-140.

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H. & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019>

Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>

Ma, R., & Kelly, A.C. (2020). The fragility of perceived social rank following exercise in anorexia nervosa: An ecological momentary assessment study of shame and pride. *Eating and Weight disorders - studies on anorexia, bulimia and obesity*, 25(6), 1601-1607. <https://doi: 10.1007/s40519-019-00797-3>.

Molin, M. (2022). Att möta personer med svåra och långvariga ätstörningar. I R. Isomaa (Red.), *Förstå och bemöta ätstörningar* (s. 229-247). Studentlitteratur.

- Mullen, G., Dowling, C., Doyle, J., & O'Reilly, G. (2019). Experiences of compassion focused therapy in eating disorder recovery: A qualitative model. *Conselling and psychotherapy Research*, 20(2), 248-262. <https://doi:10.1002/capr.12283>
- Nechita, D-M., Bud, S., & David, D. (2021). Shame and eating disorders symptoms. A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1899-1945. <https://doi.org/10.1002/eat.23583>
- Neff, K. & Germer, C. (2018). *Mindful self-compassion. Så bygger du inre styrka och hållbarhet med självmedkänsla*. Natur & Kultur.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. *Eating disorders: recognition and treatment*. (2017, updated 2020). www.nice.org.uk/guidance/ng69
- Oluyori, T. (2013). A systematic review of qualitative studies on shame, guilt and eating disorders. *Counselling Psychology Review*, 28(4), 47-59. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2013.28.4.47>
- Panero, M., Longo, P., DeBacco, C., Abbate-Daga, G., & Martini, M. (2022). Shame, Guilt and Self-consciousness in Anorexia nervosa. *Journal of Clinical Medicine*. 11(22). <https://doi.org/10.3390/jcm11226683>
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.137>
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K. & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clin Psychol*, 21(2), 62-73. <https://doi.org/10.1111/cp.12126>
- Socialstyrelsen. *Vård av ätstörningar- aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården*. (2019). Artikel 2019-11-6439.

- Troop, N. A., Allan, S., Serpall, L., & Treasure, T. L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *Eating Disorders Review* 16(6), 480-488. <https://doi.org/10.1002/erv.858>
- Vrabel, K. R., Waller, G., Goss, K., Wampold, B., Kopland, M. & Hoffart, A. (2024). Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with and without childhood trauma. A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour Research and Therapy*, 174(2024) <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104480>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 10(3), 979-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>

Bilagor

Bilaga A. Information till deltagare

Bakgrund och syfte:

Studien utförs som en examensuppsats för psykoterapeuter vid Lunds universitet.

Vi som skriver arbetar båda på specialistenheter som behandlar ätstörningsproblematik.

Det finns mycket forskning som tyder på att skam och självkritik är särskilt utvecklat inom denna patientgrupp och vi vill undersöka om CFT som är utvecklat specifikt för att möta dessa svårigheter skulle kunna vara effektivt som behandling, eller tillägg till ordinarie behandling för dessa patienter.

I vårt arbete vill vi undersöka hur KBT-terapeuter som har kännedom om CFT använder det i sin behandling av ätstörningsproblematik och vad de upplever att CFT tillför.

Du har blivit inbjuden att delta i studien på grund av din erfarenhet och kunskap om CFT. Du har grundläggande terapeututbildning steg 1 alternativt psykoterapeutexamen med inriktning KBT.

Intervjuns utformning:

Vi inbjuder dig till en semistrukturerad intervju som sker utifrån en intervjuguide. Intervjun kommer att spelas in och tidsåtgång beräknas till 45-60 min. Intervjuerna kommer att genomföras via Teams. När intervjuerna transkriberats kommer ljudfilerna att raderas. Vi är intresserade av att höra just din unika upplevelse av att använda CFT vid ätstörningsbehandling varför det inte finns några felaktiga svar.

Eventuella risker:

Det föreligger inga risker varken fysiska eller psykiska med att delta i studien. Fördelen med att du delar med dig av din erfarenhet och upplevelse är att detta kommer inkluderas i studiens resultat vilket kommer gynna andra inom området.

Medverkan i studien:

Din medverkan i studien är frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att detta får några negativa konsekvenser för dig. Dina svar i intervjun kommer att behandlas på det sättet att inga obehöriga kan ta del av dem. Svaren kommer aidentifieras och redovisas utifrån teman. Om du inte vill att något av materialet ska användas kommer detta att uteslutas.

Resultat från studien:

Om du önskar få resultat av studien kan du få ta del av uppsatsen genom att du kontaktar ansvariga.

Ansvariga:

Du kan alltid kontakta oss om frågor dyker upp.

Therese Wärnå, socionom ätstörningsmottagningen Lund.

Therese.Warna@skåne.se

Susanne Petersén, sjuksköterska AnorexiBulimiCenter Kalmar.

Susanne.petersen@regionkalmar.se

Samtycke:

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har fått möjlighet att ställa frågor. Jag samtycker till att delta samt att uppgifter om mig följer informationen som redovisats tidigare.

Plats och datum

Underskrift

Bilaga B. Intervjuguide

1. Vilken utbildning och erfarenhet har du av att arbeta med ätstörningsproblematik?
2. Ätstörning anses vara en sjukdom som kan vara svårbehandlad. Utifrån din erfarenhet av att jobba med ätstörningsproblematik, var tänker du svårigheten ligger i det terapeutiska arbetet?
 3. Utifrån din erfarenhet av att möta patienter med ätstörningsproblematik, hur ser du på förhållandet mellan ätstörning och skam?
 - Hur definierar du skam?
 - Hur upptäcker du skam hos patienten?
 - Hur pratar ni om skam?
 4. Den inre ätstörningsrösten beskrivs som en vanlig komponent i problembilden. Hur bemöter och arbetar du med den?
 - Vad finns det för likheter och skillnader mellan ätstörningsrösten och självkritik?
 - Hur definierar du självkritik?
5. Vad har du för erfarenhet av CFT ?
6. Vad är din tanke om eller upplevelse av att CFT kan tillföra vid ätstörningsbehandling?
 - Upplever du någon skillnad mot att arbeta med sedvanlig KBT för ätstörning?
7. Ser du några risker eller något negativt med att tillföra CFT som tillägg i ätstörningsbehandling?
8. Hur skulle du vilja att ätstörningsbehandling utvecklas i en framtid?
9. Något du skulle vilja tillägga utöver det som sagts?