



## **DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**

*Deltakeres opplevelser av utfordringer og sentrale erfaringer i løpet av  
Mindfulness-Basert Kognitiv Terapi for tilbakevendende depressiv lidelse –*

*En kvalitativ studie*

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Morten Haugland Bremnes & Vegard Røise Samuelsen**

Høst 2022

**Veileder:**

Jon Vøllestad

## **Førord**

Denne oppgaven er en del av et større forskningsprosjekt ved Institutt for klinisk psykologi, Universitet i Bergen. Vi føler oss veldig heldige som fikk lov til å ta del i prosjektet og benytte oss av den kunnskapen og jobben som allerede var gjort. Takk til de som intervjuet deltakerne og til de som har transkribert intervjuene. Vi ønsker spesielt å takke deltakerne i studien, som var så raus og modige som delte åpent og ærlig av sine erfaringer med MBCT.

En stor takk rettes til vår veileder Jon Vøllestad for genuint engasjement, særdeles innsiktsfull veiledning og støtte underveis. Vi er veldig takknemlige for fleksibiliteten med tilrettelegging av lange veiledninger på ugunstige tidspunkt. Vi setter særlig pris på at du strakk deg langt for å hjelpe oss i en prosess som var ukjent for oss.

En spesiell takk rettes også til Elisabeth Schanche for entusiasme og nysgjerrighet på vårt prosjekt. Din hjelp med innspill tidlig i analyseprosessen og sent i prosessen med gjennomlesing av- og tilbakemelding på utkast har vært veldig verdifullt for oss. Til slutt ønsker vi å takke venner på studiet for hyggelige lunsjer og kaffepauser, og støtte i innspurten, og tusen takk til Stella for tålmodigheten.

Det har vært en særdeles lærerik prosess for oss å skrive denne oppgaven, hvor vi har fått en dypere forståelse av både MBCT og kvalitativ metode. Ikke minst har det vært spennende å få innsikt i deltakernes fenomenologiske beskrivelser av utfordringer og endringserfaringer i behandling – et perspektiv som vi ønsker å være oppmerksomme på som psykologer.

Bergen/Oslo 14. desember 2022

**Merknad**

Oppgaven følger APA 7 standard med unntak av at det er lagt til en ekstra tom linje over og under sitater på over 40 ord (blokksitater) for å bedre lesbarheten.

**Abstract**

Depression is a major public health challenge characterized by great personal suffering. The risk for depressive relapse increases for each depressive episode a person experiences, underlining the need for treatments designed for relapse prevention. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is an empirically supported group-based therapy tailored to address risk factors for depressive relapse. Qualitative research on MBCT for people with recurrent depression has mainly investigated the experiences of benefits after treatment, or has not clearly distinguished between experiences during treatment and outcome afterwards. The purpose of this study was to examine how people with three or more previous depressive episodes experienced participating in the MBCT program. Semi-structured interviews were used to gather the data. Four main themes were identified using reflexive thematic analysis: 1) Mindfulness is unfamiliar and challenging, 2) Together with others for better and worse 3) Finding time and space in the everyday life, and 4) Practice makes mindful. The treatment appeared to be challenging, especially at first, before an increased sense of acceptance and agency contributed to experiences of positive change. Challenging experiences are emphasized across all main themes. The participant's experiences are discussed in light of the theoretical framework of MBCT, and clinical implications are suggested.

**Keywords:** Mindfulness-based Cognitive Therapy; recurrent depression; qualitative study; experiences; treatment process; interview

## Sammendrag

Depresjon er en stor folkehelseutfordring og er forbundet med stor subjektiv lidelse. Risikoen for tilbakefall øker for hver depressive episode en person opplever, og det er behov for tilbakefallsforebyggende behandlingsformer. Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) er en gruppebasert terapiform som retter seg mot sårbarhetsfaktorer forbundet med depressive tilbakefall, og har god empirisk støtte. Kvalitativ forskning på MBCT for personer med tilbakevendende depresjon har i hovedsak undersøkt opplevelsene av utbytte etter behandling, eller har ikke skilt klart mellom opplevelser underveis og utbytte etterpå. Formålet med denne studien var å undersøke hvordan deltakere med tre eller flere tidligere depressive episoder opplevde behandlingsforløpet. Data ble samlet inn ved bruk av semi-strukturerte intervjuer. Gjennom reflektiv tematisk analyse ble det identifisert følgende hovedtemaer: 1) Mindfulness er uvant og krevende, 2) Sammen med andre på godt og vondt, 3) Å finne tid og rom i hverdagen, og 4) Øvelse gjør mindful. Behandlingen ble opplevd som krevende, særlig innledningsvis, før positive endringer ble mulig gjennom gradvis økt aksept og agens. Utfordrende opplevelser preger alle hovedtemaene. Deltakernes opplevelser er diskutert i lys av det teoretiske rammeverket for MBCT og kliniske implikasjoner er foreslått.

**Nøkkelord:** Mindfulnessbasert Kognitiv Terapi; tilbakevendende depressiv lidelse; kvalitativ studie; opplevelser; behandlingsprosess; intervju

## Innholdsfortegnelse

<b>INTRODUKSJON .....</b>	<b>7</b>
TILBAKEVENDENDE DEPRESSIV LIDELSE OG SÅRBARHETSFAKTORER .....	7
MBCT FOR TILBAKEVENDENDE DEPRESSIV LIDELSE .....	10
KVALITATIV FORSKNING PÅ MBCT .....	12
FORMÅL MED STUDIEN .....	16
<b>METODE.....</b>	<b>16</b>
KONTEKST FOR STUDIEN .....	16
INTERVENSJONEN.....	17
REKRUTTERING OG DELTAKERE .....	18
DATAINNSAMLING .....	19
REFLEKSIVITET OG DATAANALYSE .....	20
ETIKK .....	22
<b>RESULTATER .....</b>	<b>22</b>
HVA BESKRIVER DELTAKERE SOM UTFORDRINGER OG SENTRALE ERFARINGER I LØPET AV MBCT? .....	22
TEMA 1: MINDFULNESS ER UVANT OG KREVENDE .....	23
TEMA 2: SAMMEN MED ANDRE PÅ GODT OG VONDT .....	27
TEMA 3: Å FINNE TID OG ROM I HVERDAGEN.....	32
TEMA 4: ØVELSE GJØR MINDFUL.....	35
<b>DISKUSJON.....</b>	<b>40</b>
KLINISKE IMPLIKASJONER.....	49
STYRKER OG BEGRENSNINGER .....	51
<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERANSER .....</b>	<b>53</b>
<b>APPENDIX A.....</b>	<b>63</b>

## Introduksjon

Depresjon er en stor folkehelseutfordring. Verdens Helseorganisasjon har depresjon som et av sine hovedsatningsområder i handlingsplan for mental helse mot 2030 (World Health Organization (WHO), 2021). De anslår at 5 % av verdens befolkning har lidelsen på et gitt tidspunkt, og at 20 % vil oppleve minst en depressiv episode i løpet av livet (Hasin et al., 2018). På verdensbasis er depresjon en av de vanligste årsakene til tapt funksjonsevne og sykemeldinger (WHO, 2017). Depresjon kjennetegnes av nedsatt stemningsleie, interesse- og gledesløshet, samt redusert energinivå og økt tretthet (WHO, 1993). Selvfølelsen blir påvirket, og tanker om å være mindre verdt er vanlig. En opplevelse av håpløshet gjør at det er vanlig å føle seg fanget i smerten, ute av stand til å gjøre noe med den (Segal et al., 2018). Depresjon er sterkt forbundet med økt forekomst av selvmord (Williams et al., 2017), og selvmordsrisikoen øker for hver depressive episode en person opplever (Keller et al., 1992). Lidelsen fører altså forbundet til store kostnader både for enkeltpersonen, pårørende og samfunnet som helhet. Det er derfor behov for gode forståelses- og behandlingsmodeller for depresjon

## Tilbakevendende depressiv lidelse og sårbarhetsfaktorer

Forståelsen av depresjon har utviklet seg fra å vektlegge enkeltepisodes til å se tilstanden i et større perspektiv med vekt på forløp over tid og mønster av tilbakefall (Kessing et al., 2004; Mueller et al., 1999). Sårbarheten for å bli deprimert igjen øker for hver depressive episode en person opplever (Barnhofer & Crane, 2009). Hvis man har hatt én depressiv episode er det 50 % risiko for å oppleve en ny i løpet av livet (Barnhofer & Crane, 2009). Risikoen øker til rundt 80 % dersom man har opplevd to eller flere depressive episoder (Keller et al., 1992; Kupfer et al., 1992; Kuyken et al., 2010). Ytre belastninger er ofte en forløper for første depressive episode (Monroe & Harkness, 2005). Sammenhengen avtar imidlertid over tid og ytre belastninger virker i mindre grad å forklare senere depressive



episoder (Monroe & Harkness, 2005). Dermed er et sentralt spørsmål for forskningen hvorfor personer som tidligere har hatt en depressiv episode har økt risiko for å oppleve en ny. Det finnes ulike forklaringsmodeller for dette, og det forstås som et komplekst samspill av biologiske-, sosiale- og psykologiske faktorer.

En mye brukt og undersøkt psykologisk forklaringsmodell er Den differensielle aktiveringshypotesen (DAH) (Teasdale, 1988). Denne modellen ble utviklet som et forsøk på å forklare depresjonens ofte tilbakevendende forløp. I følge DAH kan handlingstendenser som kjennetegner en depressiv episode (såkalte depressogene prosesser) være lett aktiverbare når personen av en eller annen grunn opplever nedsatt stemningsleie (Teasdale, 1988). Hvis tanker om håpløshet og tendenser til sosial tilbaketrekning var fremtredende under en depressiv episode, vil de kunne bli gjeldende igjen dersom en føler seg nedfor eller har lite energi en dag. Når forbindelsen mellom nedsatt stemningsleie og depressogene prosesser gjentas flere ganger, fører det til at det depressive moduset blir lettere tilgjengelig og aktiveres lettere for hver gang en person opplever nedsatt stemningsleie (Barnhofer & Crane, 2009). På den måten har DAH en mulig forklaring på hvorfor ytre omstendigheter i mindre grad er nødvendig for å utløse nye depressive episoder for personer som tidligere har hatt en depresjon (Lau et al., 2004). Negative følelser er en naturlig del av livet. For et ikke-klinisk utvalg er de i stor grad forbigående opplevelser. For personer som tidligere har hatt en depressiv episode er det derimot en økt risiko for at negative følelser kan utvikles til en depressiv episode. Denne mekanismen kalles for kognitiv reaktivitet og regnes for å være en viktig sårbarhetsfaktor for depresjon (Segal et al., 2006).

I tillegg til å forklare hvordan kognitiv reaktivitet bidrar til å aktivere det depressive moduset, forsøker også DAH å forklare hvordan den depressive tilstanden har en tendens til å vedvare. Modellen viser da til tre sentrale depressogene prosesser: diskrepansbasert prosessering, grubling og opplevelsesmessig unngåelse.

*Diskrepansbasert prosessering* refererer til at man forsøker å oppnå et mål og kontinuerlig evaluerer diskrepansen mellom nåværende situasjon og målet (Williams & Mark, 2008). Dette er en prosesseringsstil som er effektiv og fungerer fint for eksterne mål som er forholdsvis enkle å oppnå, som for eksempel å gå en tur (Williams, 2010). I dette tilfellet kan avstanden mellom målet og den daværende situasjonen relativt enkelt reduseres ved å gjennomføre den ønskede fysiske aktiviteten. Denne prosesseringsstilen kan imidlertid bli problematisk for interne mål som involverer selvet (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Et slikt mål kan være «jeg vil være en gladere person - og derfor kan jeg ikke være lei meg». Dette målet er vanskeligere å oppnå; det vil som regel være mulig å bli gladere og det er urealistisk å unngå normale følelser som tristhet. Forsøk på å nå slike interne mål kjennetegnes av en uhensiktsmessig problemløsningsstrategi preget av grubling (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins et al., 2008)

*Grubling* er et forsøk på å tenke seg frem til en løsning, men som fører til at personens oppmerksomhet blir fanget i negative, repeterende tankemønstre. Det er funnet at grubling er en sannsynlig sårbarhetsfaktor for depressivt tilbakefall (Visted et al., 2018). Grublingen omhandler ofte hvorfor livet ikke er slik det burde være og at årsaken sannsynligvis skyldes en feil hos en selv. Slik selvkritisk grubling er også vanlig om situasjoner i fortiden som ikke gikk som ønsket (Williams & Mark, 2008). Selvkritikk i seg selv utgjør også en sårbarhet for depresjon (Brewin & Firth-Cozens, 1997; Hawley et al., 2014). Tendensen til å gruble opprettholdes ofte av feilaktige antakelser som at man blir bedre rustet til å løse nåværende- og fremtidige problemer bare man tenker nok på dem (Watkins & Moulds, 2005).

*Opplevelsesmessig unngåelse* er et tredje kjennetegn på hvordan personer med tilbakevendende depressiv lidelse håndterer ubehagelige tanker, følelser og kroppslige fornemmelser. Det kan defineres som en motvilje mot å være i vedvarende kontakt med ubehagelige indre opplevelser (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 1996). Opplevelsesmessig

unngåelse innebærer blant annet atferdsmessige grep for å endre eller unngå vonde opplevelser, som å prøve å distrahere seg, å ikke tenke på-, eller å undertrykke følelser. Det kan gi kortvarig belønning, men har en tendens til å etablere et uhensiktsmessig atferdsmønster. Fenomenet er en mulig sårbarhetsfaktor for flere psykiske lidelser, deriblant depresjon (Spinhoven et al., 2014).

Forsøket på å endre det nedsatte stemningsleie, ved hjelp av diskrepansbasert prosessering, grubling og opplevelsesmessig unngåelse, er en selvforsterkende prosess som gjerne beskrives som “den depressive spiral” (Teasdale, 1999, s. 63). Forsøkene på å løse situasjonen fører til at vanskene en opplever tiltar i intensitet. Fortvilelsen over dette bidrar i stedet til å forsterke ubehaget, noe som igjen fører til at diskrepansen mellom nåværende stemningsleie og ønsket stemningsleie øker. Derfor tiltar grublingen igjen og diskrepansen mellom hvordan en har det og hvordan en ønsker å ha det øker ytterligere. Dette forklarer sammen med kognitiv reaktivitet hvordan en ellers forbigående tilstand preget av negative emosjoner kan utvikles til å bli en mer alvorlig depressiv tilstand. Sårbarheten for å komme inn i depressive tilstander er knyttet til at små endringer i humør eller energi kan sette i gang psykologiske prosesser som uhensiktsmessig sammenligning av nåværende og ønsket tilstand, grubling og forsøk på å kjempe imot eller flykte fra egne opplevelser (Teasdale, 1988).

### **MBCT for tilbakevendende depressiv lidelse**

Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) er en gruppebasert terapiform utviklet for tilbakevendende depressiv lidelse (Segal et al., 2018). Den er forankret i DAH-modellen og retter seg spesifikt mot de sårbarhetsfaktorene for depresjon og tilbakefall som modellen beskriver. Behandlingen gjennomføres i grupper på 8-12 deltakere og foregår over åtte uker. I hver sesjon introduseres deltakerne for et tema som er relevant for å forstå hvordan vanemessige mønstre av tenkning, følelser og atferd kan føre til depressivt tilbakefall, samt til

ulike øvelser som har til hensikt å fremme en alternativ strategi for å håndtere depresjonssymptomene (Schanche et al., 2020).

MBCT bruker prinsipper fra kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med systematisk øving på øyeblikksforankret og ikke-dømmende oppmerksomhet eller “mindfulness”. Jon Kabat-Zinn, grunnleggeren av stressmestringskurset som MBCT er delvis basert på, definerte mindfulness på følgende måte: det er å være oppmerksom med hensikt, på en ikke-dømmende måte der erfaringen her-og-nå vektlegges (Kabat-Zinn, 1994, s. 4). Det overordnede målet for MBCT er å øve opp evnen til å legge merke til tanker, følelser og kroppslige fornemmelser, samt la være å reagere på dem på måter som skaper ytterligere vansker. Det vil si øve på å gå fra et såkalt gjøre-modus (doing mode) – karakterisert av automatisk leting etter ulike mønstre og løsninger, til et såkalt være-modus (being mode) – kjennetegnet av aksept og tillatelse for her-og-nå, uten et umiddelbart hastverk for å endre det (Segal et al., 2018). Her-og-nå-fokuset kan gjøre det mulig å forholde seg til egne evaluerende og bekymrede tanker på en mer fleksibel måte, og den aksepterende holdningen er en motvekt til ulike forsøk på unngåelse. Holdningen skaper en åpning for å håndtere ulike situasjoner på en mer hensiktsmessig måte, og gjør det lettere å benytte seg av strategier fra kognitiv atferdsterapi.

Et sentralt mål i MBCT er å innta et desentrert perspektiv, det vil si evnen til å observere tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og handlingsimpulser som forbigående hendelser i stedet for å la dem bli styrende for handling (Segal et al., 2018, s. 91). MBCT søker dermed ikke å endre tankeinnhold eller sinnsstemning, men utvikle et annet perspektiv og forhold til det. Det er i tråd med antakelsen om at det ikke er ubehaget i seg selv som opprettholder lidelsen, men hvordan man reagerer på det. Gjennom systematisk øving på oppmerksomt nærvær er målet at deltakerne demonstrerer for seg selv at tanker, følelser og kroppslige fornemmelser kommer og går, uten at det er nødvendig å respondere på det med

diskrepansbasert prosessering, grubling eller opplevelsesmessig unngåelse. På den måten brytes den depressive spiralen og deltakerne kan nyttiggjøre seg av en alternativ strategi i møte med depresjonssymptomene.

Nyere metaanalyser viser at MBCT reduserer risikoen for nye depresjoner med 21-31 % sammenliknet med andre intervensjoner (treatment as usual) (Kuyken et al., 2016; McCartney et al., 2021). Det er vist å ha like god effekt på depresjon som kognitiv terapi (Farb et al., 2018) og antidepressiva (Kuyken et al., 2015). Videre er det funnet at det reduserer nivået av kjente risikofaktorer for depresjon, som grubling, unngåelse (Arch & Craske, 2006) og maladaptiv selvkritikk, samt bedrer evnen til å berolige seg selv i vanskelige situasjoner (Schanche et al., 2021).

### **Kvalitativ forskning på MBCT**

Randomiserte kontrollerte studier indikerer at MBCT bidrar til å redusere deltakernes risiko for depressive tilbakefall gjennom systematisk øving på oppmerksomt nærvær og en ikke-dømmende holdning. Slike studier gir imidlertid lite informasjon om hvordan deltakerne opplever behandlingen (Binder et al., 2016). Kvalitativ forskning på MBCT kan gi viktig informasjon om hvordan deltakerne opplever og gir mening til intervensjonen (Allen et al., 2009). Et forskningsdesign som er tett på deltakernes opplevelser gir også innsikt i hvilke måter de gjør nytte av grunnprinsippene i mindfulness (Allen et al., 2009). Det kan gi indikasjoner på om MBCT treffer slik det er ment å treffe mot de sårbarhetsfaktorene som behandlingen retter seg mot. Samtidig er det stor variasjon i hvordan det oppleves å ha en depresjon (Goldberg, 2011), noe som understreker viktigheten av å lytte til hver enkelt sin erfaring.

Mye av den kvalitative forskningen på MBCT for tilbakevendende depressiv lidelse studerer erfaringer som er knyttet til utfall etter behandling, for eksempel nye perspektiver og holdninger som deltakerne har med seg etter MBCT-programmet (Allen et al., 2009; Bihari

& Mullan, 2014; Cebolla i Martí & Barrachina, 2009; Finucane & Mercer, 2006; Lilja et al., 2015a; Mason & Hargreaves, 2001; Murphy & Lahtinen, 2015; Williams, Hartley, Anderson, et al., 2022). Disse studiene har oppsummert deltakernes erfaringer i hovedtema som blant annet betydningen av aksept (Allen et al., 2009; Cebolla i Martí & Barrachina, 2009), endring i måten å forholde seg til tanker, følelser og andre mennesker (Allen et al., 2009; Bihari & Mullan, 2014; Cebolla i Martí & Barrachina, 2009; Williams, Hartley, Anderson, et al., 2022), og betydning av å generalisere mindfulnessferdigheter (Finucane & Mercer, 2006; Lilja et al., 2015b; Mason & Hargreaves, 2001; Murphy & Lahtinen, 2015).

Cairns og Murray (2015) gjennomførte en metasyntese av syv kvalitative studier som undersøkte deltakeres opplevelser i etterkant av MBCT-forløp. De oppsummerte opplevelser av endring gjennom følgende fem hovedtemaer: 1) *Opplevelse av økt kontroll*, 2) *Betydningen av gruppesettingen*, 3) *Betydningen av å overføre ferdigheter til dagliglivet*, 4) *Endringer i følelser mot selvet*, og 5) *Betydningen av forventninger til MBCT*. Studien fokuserte på elementer som bidro til positiv terapeutisk endring, og omtalte i liten grad deltakernes opplevelser av utfordringer og negative erfaringer. Selv om studien også inkluderte data fra deltakere med andre plager enn tilbakevendende depressiv lidelse, gir den innsikt i hvordan deltakere med psykiske vansker opplever og skaper mening til MBCT. Williams, Hartley, Langer, et al. (2022) sammenfattet nylig resultatene fra 21 studier som inkluderte opplevelser fra deltakere som hadde gjennomført MBCT for tilbakevendende depressiv lidelse. Deltakernes erfaringer ble oppsummert i følgende overordnede temaer: 1) *Utvikle ferdigheter og ta til handling*, 2) *Aksept*, og 3) *Ambivalens og variabilitet*. Studien oppsummerer eksempler på deltakernes positive endringserfaringer og funnene kan derfor bidra til å styrke deltakernes tro på MBCT. (Williams, Hartley, Langer, et al., 2022). Dessuten har forfatterne oppsummert ulike utfordringer deltakerne opplevde under temaet

*Ambivalens og variabilitet.* Dette er et viktig bidrag til forskningen som i stor grad vektlegger gode erfaringer med MBCT.

McPherson et al. (2020) gjennomførte en metasyntese som undersøkte deltakererfaringer fra ulike behandlingsforløp for depresjon. De påpeker at mye av forskning på psykoterapeutiske behandlingsmodeller for depresjon gjennomføres av forskere med forankring til behandlingsmodellen det forskes på. Dette er problematisk fordi forskerne kan ha interesse av å finne oppløftende resultater (Cuijpers et al., 2019). Slike effekter som er preget av forskernes preferanser for behandlingsmodellen kalles allegiance-effekter og ble først omtalt på 70-tallet (Luborsky et al., 1975). Britton (2019) påpeker at det finnes lite forskning på negative konsekvenser av mindfulnessprosesser, til tross for at det er grunn til å tro at det i noen tilfeller kan redusere velvære (Grant & Schwartz, 2011). For å fange opp eventuelle negative effekter av MBCT bør det tilstrebes å undersøke deltakeres erfaringer på en åpen og nøytral måte. Dette gjør det mulig å utforske tilfeller der deltakere opplever å ikke få til behandlingen, får forventninger brutt, eller til og med opplever å ta skade av behandlingen.

Så vidt forfatterne kan vurdere etter å ha gjennomgått kvalitativ forskningslitteratur om MBCT, er det ikke skilt tydelig mellom å undersøke opplevelser av behandlingsforløpet og opplevelser av utfall etter behandlingen. Det er funnet tema som dekker betydningsfulle opplevelser fra behandlingsforløpet, som for eksempel erfaringer med gruppen (Canby et al., 2021; Finucane & Mercer, 2006), forventninger til behandlingen, erfaringer med hjemmeøvelser (Mason & Hargreaves, 2001), økt aksept (Allen et al., 2009; Finucane & Mercer, 2006; Mason & Hargreaves, 2001), erfaring med kroppsforankring (Worsfold, 2013), og erkjennelse av egen prosess (Williams, Hartley, Anderson, et al., 2022). Disse funnene skiller imidlertid ikke klart mellom hva deltakere opplevde underveis i behandling, og hva som er effekter av behandlingen etter avslutning. Ved å studere erfaringer av

behandlingsforløpet isolert, kan man potensielt fange flere nyanser av temaene som allerede er funnet. Forskning på deltakeres opplevelser underveis kan også gi verdifull informasjon om prosesser som utspiller seg og som kan være med å belyse hvordan behandling virker. Et eksempel på slike prosesser er såkalte fellesfaktorer.

Fellesfaktorer er generelle terapeutiske karakteristikk som finnes på tvers av behandlingsmodeller, og predikerer utfall og bedring (Wampold, 2015). Eksempler på fellesfaktorer er allianse, empati og forventninger til terapi. Mye av den kvalitative forskningen på pasienter som har gjennomført psykoterapi for depresjon har fokusert på betydningen av metodespesifikke faktorer (McPherson et al., 2020), til tross for at fellesfaktorene har vel så stor prediktiv verdi for positive utfall (Wampold, 2015). MBCT er en kompleks intervensjon som har til hensikt å styrke teoribaserte mekanismer gjennom kognitive og mindfulness-rettete intervensjoner, men inkluderer også fellesfaktor-mekanismer som for eksempel støtte fra gruppen og andre relasjonelle prosesser som kan ha betydning for deltakernes opplevelse og utbytte (Allen et al., 2009). Det er derfor relevant å få tilgang til deltakernes erfaring av dette.

Forskning tyder på at her-og-nå fokusert og ikke-dømmende oppmerksomhet kan motvirke depresjon, og kvalitative studier støtter opp om dette gjennom deltakeres beskrivelse av endringer de opplever. Vi vet imidlertid mindre om måten endring skjer på, og om hvordan det oppleves for deltakere å skulle lære seg disse ferdighetene. Mindfulness er en paradoksal og kontra-intuitiv måte å forholde seg til tanker og følelser på. MBCT forventer også en stor grad av egenaktivitet med øvelser mellom gruppesamlingene, noe som kan oppleves krevende. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvordan prosessen oppleves underveis, og en kvalitativ tilnærming er særlig egnet til å få tak i deltakernes førstepersonperspektiv på dette.



### **Formål med studien**

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan personer med tre eller flere tidligere depressive episoder opplevde det å delta på MBCT-programmet, med vekt på prosessen de gikk gjennom i behandlingsperioden og opplevelser av utfordringer og sentrale erfaringer her. Dette er et fokus som vil utfylle foreliggende kvalitativ forskning på MBCT for personer med tilbakevendende depresjon, som i hovedsak har undersøkt opplevelsene av effekt etter behandling eller ikke har skilt klart mellom opplevelser underveis og utbytte etterpå.

### **Metode**

#### **Kontekst for studien**

Denne kvalitative studien inngår som en del av en randomisert kontrollert klinisk studie som undersøkte effekten av MBCT på risikofaktorer og beskyttende faktorer for depressivt tilbakefall. Forskningsprosjektet er todelt og består av en kvantitativ del og en kvalitativ del. Studien ble gjennomført ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitet i Bergen (UiB). Deltakerne ble rekruttert via postere på ulike legekontor og det ble annonsert på relevante forum på sosiale medier. Det var opprettet en nettside som inneholdt mer informasjon om prosjektet, samt liste over inklusjons- og eksklusjonskriterier (Schanche et al., 2020).

Inklusjonskriteriene for å delta i behandlingen var 1) alder over 18 år, 2) tre eller flere depressive episoder i løpet av livet, 3) hel eller delvis i remisjon fra siste depressive episode og 4) dersom man brukte antidepressiva var det ikke anledning for å endre dosen i løpet av forskningsprosjektet. Eksklusjonskriteriene var følgende: 1) alvorlig komorbid psykisk lidelse (tidligere eller pågående psykoselidelse, schizofreni eller bipolar lidelse), 2) annen behandlingstrengende psykisk lidelse, inkludert alvorlig tvangslidelse (OCD), post-traumatisk stresslidelse (PTSD), alvorlig spiseforstyrrelse, eller emosjonelt ustabil

personlighetsforstyrrelse, 3) pågående ruslidelser, 4) kjent alvorlig kardiovaskulær sykdom, 5) psykologisk behandling oftere enn én gang i måneden, 6) deltakelse i mindfulnessbaserte intervensjoner i løpet av de siste to årene, og 7) graviditet eller amming.

### **Intervensjonen**

Deltakerne gjennomførte standardisert gruppebasert MBCT-behandling (Segal et al., 2018). Hver gruppe ble ledet av to psykologspesialister som var erfarne MBCT-behandlere. Behandlingen foregikk over åtte uker med ukentlige totimers sesjoner.

Målet med behandlingen er å endre hvordan deltakerne forholder seg til egne tanker, følelser og kroppslige fornemmelser på en måte som reduserer risikoen for nye depresjoner. Sentrale elementer fra mindfulness er ulike konkrete øvelser for å fremme her-og-nå-fokusert og ikke-dømmende oppmerksomhet. I de fire første sesjonene av behandlingen øver deltakerne på grunnleggende mindfulness-ferdigheter, som å bli bevisst oppmerksomheten og forankre den i fornemmelser her og nå, for eksempel i pusten eller i kroppen. I de fire neste sesjonene handler øvelsene i økende grad om å bli bevisst egne vanemessige mønstre, og anvende oppmerksomhetsferdighetene i møte med ubehagelige tanker, følelser og kroppslige fornemmelser forbundet med deres depressive episoder. Utover i forløpet blir deltakerne instruert til å ta med seg en oppmerksom og ikke-dømmende holdning ut i hverdagen, i møte med både gode og vanskelige opplevelser.

Fra kognitiv atferdsterapi følger en antakelse om at hvordan vi tenker om oss selv, verden og fremtiden kan ha stor innvirkning på emosjoner og atferd (Beck, 1979). Videre antas det at man gjennom livet tilegner seg ulike sårbarheter som kan påvirke hvordan verden oppfattes. Sentrale intervensjoner fra kognitiv atferdsterapi i MBCT er registrering av tanker, følelser og kroppsfornemmelser, atferdsaktivering med vekt på aktiviteter som gir mestring eller velvære, psykoedukasjon om depresjon og depressivt tilbakefall, samt identifisering av

egne varselsignaler for forverring og utforming av en plan for tilbakefallsforebygging (Segal et al., 2013).

Gruppelederne forsøker med sin væremåte å vise viktige mindfulness-prinsipper som åpenhet, vennlighet og nysgjerrighet. De ønsker å formidle at det er en prosess å tilegne seg mindfulness-ferdigheter, at det er naturlig at oppmerksomheten vandrer, og at ubehagelige opplevelser kan skje når mindfulness praktiseres. På den måten søker programmet å legge til rette for en holdningskomponent av aksept, vennlighet og ikke-streben som kan utgjøre en motvekt til de evaluerende og selvkritiske prosessene som kjennetegner depressive tankemoduser.

Etter hver øvelse blir deltakerne invitert til å dele av sin opplevelse til gruppen. Hensikten er å validere opplevelsen ved at den lyttes til og anerkjennes av gruppelederne og de andre i gruppen, i tillegg til at deltakerne kan lære av hverandre. Samtalen mellom gruppeledere og deltakere har også til hensikt å fremme ikke-dømmende oppmerksomhet på deltakernes erfaringer, og således styrke deres evne til å observere det de opplever uansett hva det måtte være – samt å knytte erfaringene deres til programmets forståelse av mentale prosesser relevante for depresjon.

Deltakerne blir oppfordret til å gjøre hjemmeoppgaver mellom hvert gruppemøte, der de veiledes gjennom ulike øvelser via lydfiler fra behandlingens nettside. Øvelsene bygger på temaet fra forrige sesjon, og tar fra 40 til 60 minutter å gjennomføre. Mot slutten av behandlingsforløpet er det en heldagssamling som varer i fem timer, hvor pasientene gjør ulike øvelser i stillhet. De får på den måten anledning fordype seg i øvelser og øve på oppmerksomt nærvær over tid.

### **Rekruttering og deltakere**

Deltakerne ble rekruttert i tre grupper i 2016 og 2017 til en randomisert, kontrollert studie. Rekrutteringsprosessen resulterte i 68 deltakere som ble randomisert til MBCT og en

ventelistegruppe. I MBCT var det 33 deltakere hvorav 26 fullførte behandlingen.

Ventelistegruppen bestod av 35 deltakere, hvorav 30 fullførte. For utfyllende beskrivelse av dette utvalget se Schanche et al. (2020).

De som hadde fullført behandlingen ble spurt om å delta i en kvalitativ studie hvor de ville bli intervjuet om sentrale erfaringer fra behandlingen. Alle mottok den samme informasjonen og fikk samtidig beskjed om at ikke alle deltakerne kom til å bli intervjuet, men at noen blir tilfeldig valgt. Alle samtykket til å delta, og 19 tilfeldig valgte deltakere ble plukket ut til å være med i den kvalitative studien gjennom en prosedyre gjennomført av en fagperson som ikke var direkte delaktig i prosjektet ved hjelp av RAND (random number generator) i Microsoft Excel. Ytterligere rekruttering var mulig, men utvalgsstørrelsen ble underveis vurdert til å være tilstrekkelig stor for å få et rikt bilde av deltakernes erfaringer. Deltakerne ble flere ganger påminnet at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg. De ble ikke økonomisk kompensert for deltakelse i behandlingen, heller ikke for intervjuene, men alle deltakerne fikk behandlingen gratis. Av de 19 deltakerne som ble intervjuet var 13 kvinner og 6 menn. Aldersspennet var fra 24 år til 63 år, med en gjennomsnittsalder på 41 år.

### **Datainnsamling**

Intervjuene fant sted innen en måned etter behandlingens slutt og ble utført av tre psykologer tilknyttet Institutt for klinisk psykologi, UiB. Intervjuerne hadde ikke kjennskap til deltakerne på forhånd og hadde ikke ledet grupper hvor dem de intervjuet var deltakere. I intervjuene ble det brukt en semi-strukturert intervjuguide som bestod av åpne, brede spørsmål hvor det ble forsøkt tilrettelagt for en åpen dialog om sentrale erfaringer deltakerne hadde underveis i behandlingen (se Appendix A for fullstendig intervjuguide). Deltakerne ble blant annet spurt om forskjellige aspekter om hvordan det opplevdes å delta i behandlingen som «Kan du huske en situasjon fra behandlingen som utpekte seg som spesielt positiv?», og

«Hvordan opplevde du at mange øvelser fokuserer på pust og kroppsopplevelse?». Lengden på intervjuene varierte fra 37 minutter til 1 time og 22 minutter. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som så ble transkribert ordrett av psykologstudenter.

### **Refleksivitet og dataanalyse**

Denne studien er skrevet som en hovedoppgave på siste semester av profesjonsstudiet i psykologi. Forfatterne hadde derfor grunnleggende kunnskap om utvikling og behandling av kliniske psykologiske tilstandsbilder. Gjennom studiet hadde forfatterne erfaring med utredning, behandling og oppfølging av pasienter med blant annet angst- og depresjon, og hadde grunnleggende kjennskap til- og erfaring med mindfulness. Med en interesse for ulike behandlingsmodeller innen psykoterapi, var forfatterne nysgjerrige på å lære mer om endringsprosesser gjennom pasienters egne erfaringer. Forfatterne hadde verken erfaring med MBCT eller fordypet seg i MBCT-litteratur før analysen var gjort, og tilstrebet å tilnærme seg dataen på en åpen og nøytral måte. Veileder hadde vært involvert i utviklingen av forskningsprosjektet, og hadde deltatt som leder for to av behandlingsgruppene. Han var kjent med MBCT-programmets innhold og intensjon, og hadde erfaring med å gi mindfulness-basert behandling i ulike formater i 15 år.

Da denne studien inngår som en del av en randomisert kontrollert klinisk studie, var datainnsamling og transkribering gjennomført på forhånd, og forfatterne kunne begynne med å lese gjennom de transkriberte intervjuene. En tidligere hovedoppgave har analysert samme datamateriale med fokus på å undersøke erfaringer av endringer som deltakerne tok med seg etter MBCT-programmet (Sanne, 2021). I første gjennomlesning var formålet å undersøke om det var tilstrekkelig data på erfaringer underveis i behandlingsforløpet, samt få en oversikt over hovedtema som ble belyst. Etter gjennomlesning møttes forfatterne og veileder for å diskutere foreløpige inntrykk av datamateriale. Sammen med veileder ble det skissert en oversikt over temaer innenfor aktuelt fokus og forfatterne opplevde å ha et relativt

samsvarende inntrykk og lik forståelse av innholdet i intervjuene. Det ble det konkludert at innholdet i intervjuene var godt egnet til å si noe om deltakernes opplevelser fra behandlingsforløpet.

Transkripsjonene ble analysert ved bruk av refleksiv tematisk analyse. Refleksiv tematisk analyse brukes for å identifisere og analysere overordnede temaer, slik at dataen kan organiseres og presenteres på en rik, detaljert og meningsfull måte (Braun & Clarke, 2006). Analysefokuset var følgende: «Hva beskriver deltakere som utfordringer og sentrale erfaringer i løpet av MBCT?». Opplevelser som deltakerne hadde i forkant eller etterkant av behandlingen ble ekskludert fra analysen, da fokus for studien var å undersøke erfaringer som deltakere hadde underveis i prosessen.

Forfatterne og veileder møttes for opplæring i koding av kvalitative data ved hjelp av analyseprogrammet NVIVO 12. Dataen ble kodet slik at hver kodingsenhet bestod av et tekstutdrag som ble vurdert som én enkeltstående meningsenhet. Kodene ble navngitt slik at navnet oppsummerte meningsinnholdet. Det ble tilstrebet at kodene fikk navn som var tett på deltakernes egne ord, men samtidig tilstrekkelig abstrahert til at de ga mening og var til hjelp videre i analysen. Forfatterne satt sammen og kodet de tre første intervjuene for å etablere en felles forståelse av hvordan innholdet skulle kodes og navngis. Resterende intervjuer ble fordelt og kodet av forfatterne hver for seg. Alle intervjuene ble gjennomgått av begge forfatterne sammen til slutt for å sikre at intervjuene var kodet med et likt abstraksjonsnivå og på en måte som ga mening for videre analyse. Forfatterne opplevde å komme raskt til en felles forståelse om hva som var relevant for analysefokus og ikke. Det var noe mer utfordrende å etablere et likt abstraksjonsnivå på tvers av transkripsjonene da språket varierte fra intervju til intervju. Dette ga grunnlag for refleksjoner og diskusjoner som holdt forfatterne bevisst på den refleksive prosessen. For å oppnå god kvalitet på kodingen, hadde forfatterne hyppige møter med veileder som hadde erfaring med tematisk refleksiv analyse.

Da transkripsjonene var ferdig kodet, satt forfatterne sammen for å organisere kodingsenhetene i overordnede kategorier. Veileder deltok i det innledende arbeidet slik at det ble etablert en felles forståelse av et hensiktsmessig abstraksjonsnivå på kategoriene. Etter at alle kodingsenhetene var organisert i kategorier, ble det skrevet en oppsummering av innholdet i hver kategori som også inneholdt eksempler på relevante sitat. Forfatterne vurderte kategoriene som meningsfulle og distinkte fordi det var tilstrekkelig og rikholdig data i hver av kategoriene. Deretter ble det kartlagt fellestrekk mellom kategoriene for å identifisere overordnede temaer. Forfatterne vekslet mellom å sitte sammen og hver for seg da det ble tegnet opp sammenhenger og overordnede temaer. Det foregikk også en kontinuerlig veksling mellom å studere dataenhetene og kategoribeskrivelsene underveis. Det ble skissert ulike måter å organisere kategoriene på, med nyanseforskjeller mellom forslagene. Forslagene ble brukt som utgangspunkt til refleksjon og diskusjon om hvordan dataen kunne presenteres på en måte som gjenspeilet deltakernes opplevelser og svarte på den aktuelle problemstillingen. Det resulterte i fire overordnede temaer.

## **Etikk**

Protokollene for studien er godkjent av Regional Etisk Komité sør-øst (Referanse: 2016/388). Skriftlig samtykke var innhentet fra alle deltakerne før deltakelse. Studien var gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen og følger CONSORT-retningslinjene.

## **Resultater**

### **Hva beskriver deltakere som utfordringer og sentrale erfaringer i løpet av MBCT?**

Resultatene fra analysen av intervjuene oppsummeres i fire hovedtemaer: 1) Mindfulness er uvant og krevende, 2) Sammen med andre på godt og vondt, 3) Å finne tid og rom i hverdagen, 4) Øvelse gjør mindful. I presentasjonen av resultatene, referer "alle" til alle

19 deltakere, “de fleste” refererer til 14-18 deltakere, “mange” refererer til 9-13 deltakere, “noen” refererer til 5-8 deltakere, og “noen få” refererer til 2-4 deltakere.

### **Tema 1: Mindfulness er uvant og krevende**

Det første temaet omhandler utfordringer i møte med de praktiske øvelsene som MBCT-programmet ba deltakerne om å gjennomføre. De fleste deltakerne opplevde det som krevende å være bevisst tanker, følelser og kroppslige fornemmelser med en holdning av aksept som var invitasjonen i øvelsene i behandlingen. Mange gikk inn i behandlingen med en forventning om at de skulle prestere. Det var vanskelig å håndtere at øvelsene innledningsvis ikke ga forventet resultat, i tillegg til at de opplevde å ikke mestre øvelsene. I disse tilfellene måtte deltakerne håndtere tvil og usikkerhet, noe som var utfordrende. For noen var det skremmende å skulle nærme seg ubehaget som for dem var forbundet med depresjon. Strategien de tidligere hadde brukt for å håndtere ubehagelige tanker, følelser og kroppslige fornemmelser var vanskelig å gi slipp på. Måten de ble oppfordret til å møte vanskelige erfaringer fremstod som et tydelig brudd med hvordan de hadde vært vant til å forholde seg til egne opplevelser. Utfordringene ble imidlertid ikke opplevd som udeelt negative. Utfordringene var størst innledningsvis før det gikk bedre etter hvert. Samtidig varierte dette, og det var vanlig å oppleve utfordringer og mestring om hverandre i løpet av behandlingsperioden.

Mange deltakere erfarte at resultatet av øvelsene ikke umiddelbart ble slik de forventet eller håpet. De gikk inn i behandlingen med bestemte forventninger at de skulle prestere og var samtidig forberedt på å gjøre en innsats. Mindfulness tilbød kanskje ikke de løsningene som var forventet, slik en deltaker beskrev at det ikke direkte gjorde noe med de plagsomme tankene vedkommende strevde med: “Men vi snakket veldig mye om det, det skal ikke løse noe sånn der og da, men det er jo kanskje, men så er det viktig og kjipt også får du de tankene, men hva med å jobbe med tankene og da liksom”. Andre hadde en oppfatning av at



øvelsene skulle gjøres riktig, og ble dermed frustrert når de opplevde å ikke mestre dem: “for eksempel når du kun skal fokusere på pusten, når du ikke skal tenke på noe. Så fikk ikke jeg det til. Jeg var bare stresset over at jeg ikke fikk det til liksom”. Stresset over opplevelsen av å ikke få til øvelsen kunne hindre utforskning, og i stedet førte til at de klandret seg selv, slik denne deltakeren uttrykte det:

Men likevel, så er det veldig vanskelig å legge fra seg den der prestasjon, prestasjon, når en kommer fra andre steder, altså i livet der en hele veien skal prestere også kommer en inn også hvorfor får jeg ikke dette til. Hvorfor føles det feil eller hvorfor ja, kjenner jeg ikke noe her, eller hvorfor kjenner jeg noe annet da.

Noen få sa at de ikke opplevde noen form for nytte av øvelsene, noe som ble knyttet til et prestasjonsfokus av denne deltakeren: "jeg sleit litt med å.. ja, forstå, hvordan dette skal hjelpe. Fordi jeg følte ikke at jeg fikk det til". Prestasjonsfokuset var også synlig ved at noen få sa de ikke fikk så mye informasjon fra kroppen: “(...) men eh jeg føler sånn jeg fortsatt kan være litt skuffende det, du får ikke så mye av, jeg får ikke så mye informasjon fra kroppen”. Én deltaker beskrev utfordring med å få tak på følelsen i kroppen:

På den ene siden så tenker jeg at okei, jeg er veldig klar over hvordan jeg har det inni meg. Men det kan jo hende at det er ting som jeg ikke får grepet på. Eller får ordentlig grep på. Og det følt, kjentes sånn mange ganger når vi hadde øvelser. Ja, men hva kjenner vi nå? Bare litt sånn ja, jeg kjenner vel egentlig ingenting eller gjør jeg det? Jo forresten det gjorde jeg likevel.

For de fleste deltakerne var det utfordrende å håndtere ulike tanker, følelser og kroppslige fornemmelser som dukket opp underveis i mindfulness-øvelsene. Mange deltakere hadde ulike utfordringer knyttet til øvelsen som fokuserte på pusten og kroppen. Det gjorde det vanskeligere å puste på en naturlig måte uten å gjøre aktive forsøk på å regulere pusten: “Det var veldig jobb det der å puste, føle at jeg pustet riktig. For jeg skulle jo bare puste sånn som jeg pustet. Ehh... også er jo jeg en som er flink da, redd for å gjøre feil og sånn der, men her kunne jeg på en måte ikke gjøre feil da. Det tok litt tid før jeg innså det”. Noen andre ble veldig søvnige av øvelsene: “de to første gangene når jeg gjorde kroppsskanningen og sovnet for da ble jeg veldig sur på meg selv”. Noen få kjente at kroppen var veldig urolig eller at smerter i kroppen kom tydeligere frem.

Én deltaker beskrev at det i en øvelse dukket opp minner som var vanskelig å legge fra seg i etterkant:

De er ikke noen nye minner for så vidt, jeg husker godt fra da jeg var barn og vokste opp, men jeg husket de kanskje på en annen måte. Det ble akkurat som ... Det var ikke minner, men det var opplevelsen av det som kom og det kom i form av et bilde som gjorde at jeg måtte tenke veldig mye på det etterpå. Og det syntes jeg ikke har vært noe lett å være alene med.

Mange strevde også med å håndtere ulike negative følelser som frustrasjon, rastløshet og tristhet i arbeidet med øvelsene. Frustrasjonen skyldtes blant annet opplevd manglende tilgang på egne følelser eller som en reaksjon på søvnighet. Én deltaker beskrev det som særlig utfordrende å håndtere en overveldende følelse av tristhet. Det var nytt for flere av deltakerne å praktisere mindfulness, og én trakk frem at det var veldig stressende å lukke øynene i øvelsene. Noen beskrev at de ble utålmodige underveis, og at det kunne virke

demotiverende for deres prosess underveis i behandlingen. Én deltaker beskrev opplevelsen av kroppsskann på følgende måte:

Men det det er jo som sagt jeg er ikke den mest tålmodige typen så eh, det er noen øvelser der som bare, åh kan vi bli ferdige nå? Øhheee, liksom er vi ferdig nå altså søren nå er vi ikke kommet lengre enn til kneet sant, altså, liksom sant.

For noen var det krevende å rette oppmerksomheten på det som er vanskelig og møte dette med vennlighet. Det var uvant, kanskje skremmende og et tydelig brudd med en vane med å forsøke å ikke forholde seg til ubehagelige tanker slik denne deltakeren ga uttrykk for:

Ja, og så tror jeg kanskje og at jeg var litt der at du på en måte faktisk måtte tenke på ting, altså fra før av er jeg kanskje mer vant til at en bare prøver å få de tankene vekk. Men nå skulle vi på en måte analysere de litt, og på en måte grave oss litt ned i de da. Og jeg tror kanskje det var det som gjorde at jeg ble litt satt ut av spill, jeg ikke. Det er så vanskelig å si.

Noen få uttrykte skepsis til tilnærmingen om å møte vanskelige tanker med vennlighet. De stilte spørsmål ved om det er nyttig å bruke tid på vonde, vanskelige tanker. Det gjaldt særlig på dager de hadde det bra, ikke var plaget av slike tanker, men likevel skulle bruke tid på det. Én trakk frem at det ble for mye fokus på en selv:

Mens her opplevde jeg litt sånn intenst bare sånn fokus på en selv, og veldig mye fokus på deg selv. At det nesten ble litt sånn, kan vi ikke tenke på noe annet. Jeg er lei av å skulle drive og kun tenke på meg selv.

Deltakerne opplevde at mindfulness var nytt og krevende. Det var vanskelig for dem å legge fra seg et presentasjonsfokus og håndtere at erfaringene ikke var som forventet. I tillegg var utfordrende å bruke mye tid på kroppslige fornemmelser, tanker og følelser, noe de var vant til å unngå.

## **Tema 2: Sammen med andre på godt og vondt**

Alle deltakerne sa at deres erfaringer på ulike vis ble påvirket av at behandlingen foregikk i gruppe. Med gruppen menes både deltakerne og gruppelederne. Temaet kan forstås som en meningsdimensjon som på den ene siden beskriver ulike gode opplevelser som ga en fornemmelse av fremgang i behandlingen. På den andre siden rommer denne dimensjonen ulike utfordrende opplevelser som for noen var forbigående, mens for andre kanskje hindret fremgang dersom de forble uløst. Utfordringene var størst innledningsvis, før det som regel bedret seg ganske raskt. De fleste hadde en god opplevelse av gruppen. Den ble beskrevet som et godt sted å være hvor deltakerne kjente seg godt ivaretatt. Det var trygt å utforske eget sinn og dele av egne erfaringer, samt berikende høre om andres erfaringer. Mange opplevde imidlertid ulike utfordringer knyttet til å finne sin plass i gruppen. De dreide seg blant annet om at det var nytt og uvant å forholde seg til andres problemer, en følelse av sårbarhet i møte med andre og at det var utfordrende å dele av egen opplevelse.

De fleste deltakerne opplevde det som positivt at behandlingen foregikk i gruppe. Mange sa det bidro til å gjøre opplevelsen god og trygg: “jeg følte aldri på at det var noe.. ingen dømming eller ingen problem eller ingen.. og det var jo veldig fint (...) Støttende og positivt”. For noen var fellesskapet særlig viktig. Noen deltakere verdsatte på at det var en rolig stemning på gruppesamlingene:

Det var en ro der som ikke bare var av lederne, men også de andre, de klarte å få det på hele forsamlingen, altså alle som var med, å sitte stille i et rom så lenge, med så mange andre mennesker var en sånn jeg kunne ikke se for meg at jeg ville klart det å glede meg til, eller jeg gruet meg litt og da. Men med en gang man kom dit, så var det veldig enkelt å komme inn i.

Deltakerne beskrev at det gode inntrykket av gruppen ble etablert tidlig i behandlingen. Det ble presisert at det var noe som skjedde uten at mye dialog og kjennskap til hverandre var nødvendig: “en annen kursdeltaker hun gråt, det ja helt i starten, først i kurset, så gråt hun og sa at det var så deilig å være der med felles, andre som var der i sammen da”. De fleste deltakerne opplevde at de var på et trygt sted sammen med mennesker som ville dem vel. Én deltaker sa hun kjente et sterkt bånd til de andre deltakerne ved behandlingens slutt.

Mange kjente seg igjen i mye av det de andre deltakerne sa og satte pris på å høre at de ikke var alene om de vonde opplevelsene. Det gjaldt beskrivelser av å være deprimert, av at de ulike øvelsene kunne være vanskelige og frustrerende, og at fremgang kunne ta tid. En deltaker beskrev det hjelpsomme ved å lytte til andre slik: “av til og til er det enklere å høre på andre, og ta en sånn... få en aha-opplevelse, enn å høre deg selv gjerne sant, for det er jo det som skjer i hodet ditt hele tiden”. Det ble beskrevet som fint å høre andre sette ord på noe dem selv hadde kjent på. De uttrykte at det bidro til at de ikke lenger følte seg like alene, og at det var fint å kunne være sammen med flere som delte flere av de samme utfordringene og plagene, slik denne deltakeren uttrykte det:

Men det at det var gruppe, hjalp egentlig mer enn jeg hadde sett for meg. For jeg innså jo selvfølgelig at det ikke bare er jeg som sliter med disse tinga, og det har jo vært litt

sånn, fint. Eller, fint er kanskje ikke riktig ord, men...bra, liksom, å høre at andre.. har de samme problemene. I alle aldre, i begge kjønn. At det ikke er noe sånn bare er jeg som sliter med det. Det er veldig fint.

Samtalen om vanskene kunne bidra til at plagene ble opplevd som mindre farlige. Det var eksempler på at det var mulig å le litt av depresjonens utfordringer sammen, for eksempel av egne varseltegn: “Ja, at vi kunne snakke om liksom ja, hva er dine varseltegn og sånn er det for meg. At man liksom kunne nesten le litt av det og det ble på en måte litt sånn ufarliggjort”.

Mange av deltakerne satte pris på at samspillet i gruppen bidro til å gi flere perspektiv og nyanser: “Folk var jo veldig forskjellige, og hadde sine måter å si ting på, det synes jeg var veldig greit”. De ulike perspektivene ga rom for ulike opplevelser og bidro til at gruppen ble opplevd som inkluderende og deltakerne følte seg trygge og godt ivaretatt. Noen deltakere vektla variasjon som en viktig del av gruppen. Både at gruppesammensetningen var variert og at deltakerne trakk frem ulike synspunkt. Det bidro til å gjøre dette aspektet ved behandlingen til en god opplevelse:

Det var både... det å høre at andre hadde.. lik oppfatning som meg, av forskjellige ting. Enten det var i forbindelse med øvelsene, eller, men og at folk hadde helt forskjellig oppfatning. Det var liksom fint å vite at... det, på en måte, er begge deler. At det ikke var helt forskjellig da, men ikke helt likt heller. Så jeg synes jo bare det var veldig fint å høre.

Noen få sa de lot seg inspirere av de andre deltakerne. Gjennom dem fikk de se at fremgang var mulig og tenkte at dersom andre fikk det til var det mulig for dem og, slik denne deltakeren formidlet det:

Og egentlig når de fikk positive opplevelser av ting så tenkte åja, flott, da kan kanskje jeg og få en, eller få det bedre på sikt. At jeg på en måte hørte hvordan de opplevde ting og akkurat som jeg prøvde å oppleve ting som de opplevde og så gikk det kanskje litt lettere på grunn av det.

Gruppelederne ble opplevd som en viktig og positiv del av gruppen. De ble beskrevet som pedagogiske og tydelige, samtidig som de var varme og forståelsesfulle. Noen få deltakere hadde en særlig positiv opplevelse av at de, av ulike årsaker, fikk en individuell samtale med en av gruppelederne. Resultatet av samtalen var økt trygghet i behandlingen og en opplevelse av å bli sett og forstått. Dette tok de med seg i resten av forløpet. Én deltaker beskrev det på denne måten:

Jeg hadde jo et møte med (navn på gruppeleder). For at jeg gikk glipp av et møte. Og etter det så syns jeg at det var mye bedre. Du følte litt sånn.. Da hadde jeg jo snakket med henne og litt sånn, for da følte jeg at det var litt bedre. For da føler du på en måte at de har litt mer.. forståelse, at du føler de kanskje har litt forståelse, at du føler at du kanskje kjenner de litt bedre og da. (...) Det har bare virka på.. kanskje den trygghetsfølelsen, at du, ja.

På den andre siden var det noen få deltakere som hadde noen uheldige erfaringer knyttet til gruppeledernes rolle. Det gjald blant annet et ønske om at gruppelederne visste mer

om deltakerne på forhånd eller et ønske om tettere oppfølging i starten av behandlingen. Én deltaker opplevde det som veldig provoserende at gruppelederen introduserte en bestemt øvelse hvor deltakerne, ble bedt om å vise omtanke til hele verden: “Og så til slutt så skulle man liksom gi blomster til hele verden. Og ... og da kjente jeg at jeg ble forbanna. Fordi at jeg er ikke interessert i å gi blomster til hele verden”. Deltakeren fant det særlig provoserende å bli bedt om noe sånt av en psykolog fordi en psykolog ifølge vedkommende burde vite at en slik øvelse kan vekke vonde opplevelser. Videre forklarer deltakeren reaksjonen sin med tidligere opplevde traumer og at hen ikke ønsket å gjøre noe positivt overfor de som utsatte hen for det.

Mange hadde ulike utfordringer med å forholde seg til de andre i gruppen. På ulike måter var noen av deltakerne vare for hverandres selskap. Noen syntes det var tungt å forholde seg til andres vansker, og for én deltaker var dette noe helt nytt: “også kunne det bli litt mye noen ganger, fra samme person eller litt mye personlig kanskje, og litt sånn som ja, jeg vet ikke helt. Jeg er ikke komfortabel med akkurat det”. Andres tilstedeværelse kunne være en kilde til bekymring for hva andre vil tenke om dem. Det var beskrivelser av å føle seg sårbar og at det var lett å bli selvkritisk etter å ha delt noe personlig til gruppen. Noen få sa det var vanskelig at alle på gruppen var ukjente, og én følte seg utlevert bare ved å møte opp. Én deltaker beskrev hvordan egen positive innstilling ble forstyrret av de andre:

Jeg følte jeg gikk inn i det veldig sånn positiv, og «dette gleder jeg meg til og er klar for endring,» og så følte jeg alle som var der, jeg følte ikke alle sendte ut de samme ... signalene da, og da følte jeg jo bare at min energi ble dratt ut, litt sånn negativt.

Mange satte som nevnt pris på den rolige stemningen i gruppen, men for noen var det imidlertid litt for stille i gruppen, og de ga uttrykk for at de savnet mer interaksjon. Noen få



forsøkte å ta ansvar for å bedre dette gjennom å ta ordet, men de opplevde også det som vanskelig. I tillegg forsøkte de å slippe andre til ved å begrense seg selv. Noen strevde med å dele av egen opplevelse: “Jeg føler kanskje at det har vært litt vanskelig å uttrykke seg noen ganger da. Hvor mye skal jeg si? Det har jeg synes har vært litt vanskelig”. Vanskene med å dele skyldtes blant annet at egne erfaringer ble vurdert som for voldsomme til å kunne deles, at det i seg selv var vanskelig å snakke i plenum, eller at det var vanskelig å finne sin plass i gruppen. Noen få angret på at de ikke delte mer av egen opplevelse: “Men det jeg angret på, for å si det da, er at jeg ikke var mer.. snakket mer i plenum (...) syns jo på en måte det var ekstra dumt for jeg følte meg veldig trygg i gruppen”.

Noen deltakere trakk frem at forløpets slutt var spesielt trist og vanskelig, at de følte seg overlatt til seg selv, eller at de savnet en fortsettelse etter behandlingen:

Ja, men en ting må jeg bare nevne, det var at noe vi har vært litt inne på før, og jeg skulle ønske at det var flere sånne ting å gå på sånn av. Jeg ble jo vemodig eller trist på slutten, sånn veldig, som jeg, det er lenge siden jeg har følt den følelsen, av å være lei meg for noe som jeg har gått på liksom, som et kurs eller noe sånt, jeg var lei meg for at det var siste gang, og det overrasket meg litt da. Jeg kjente sånn der skikkelig at jeg holdt på liksom å bryte ut i gråt der.

Deltakerne beskrev ulike positive og negative opplevelser med gruppeformatet. De fleste hadde gode erfaringer med gruppen, fellesskapet tilrettela for utforskning på en god måte. Mange opplevde også ulike utfordringer knyttet til å finne sin plass i gruppen.

### **Tema 3: Å finne tid og rom i hverdagen**

Dette temaet omfatter ulike sider av å skulle få behandlingen til å passe inn i livet. Alle deltakerne fikk erfaring med å gjennomføre MBCT-programmet parallelt med at

hverdagen gikk sin gang. Behandlingen la opp til at deltakerne skulle gjøre øvelser både på og mellom gruppesamlingene, og det var variasjon i hvordan de opplevde dette. Noen beskrev at de hadde ryddet tid og plass for at mindfulnessøvelser skulle bli en hverdagsrutine, mens mange opplevde konflikter og utfordringer med å kombinere behandlingsdagene og hjemmeøvelser med jobb, studier, eller travle familieliv. Det var også variasjon i hvordan deltakerne opplevde å gjøre mindfulnessøvelser hjemme til forskjell fra å gjøre dem med resten av gruppen og gruppelederne i behandlingen. Dette temaet inkluderer også opplevelser av at behandlingen traff på feil tidspunkt i livet.

Det varierte hvordan deltakerne forholdt seg til oppfordringen til å gjøre hjemmeøvelser. Noen syntes øvelsene var for mange og for lange, eller at det var for sterkt fokus på å gjøre dem alle sammen. Mange deltakere opplevde å ikke få gjort så mange øvelser som de ønsket, og noen opplevde stress eller skyldfølelse av å ikke få gjort dem. For mange ble hjemmeøvelsene nok en ting som måtte gjøres i hverdagslivet, og opplevde dem som et stressmoment eller som en plikt. Én deltaker beskrev det slik:

Men det jeg gjerne sliter med, det er jo gjerne det at det er ting som jeg må gjøre, jeg må gå på jobb, det vet jeg oppi hodet mitt at det må jeg, men alt annet, det kan jeg gjøre et valg om jeg vil gjøre eller ikke, sant. Nå ble dette her plutselig litt sånn at nå må jeg gjøre dette her, det hang over meg.

På den andre siden var det også opplevelser av at det var fint at gruppelederne fokuserte på det positive med hjemmeøvelser. Noen få deltakere vektla betydningen av at det var rom og aksept for at ikke alt ble gjort. Det varierte dermed om oppfordringen ble opplevd som en plikt eller som en mulighet.

I tillegg til variasjon i hvordan oppfordringen til hjemmeøvelser ble opplevd, var det også varierte erfaringer med det praktiske rundt å få gjennomført dem. Mange opplevde utfordringer med å finne tid og plass i den hverdagslige tidsklemma. Å gjøre hjemmeøvelser kunne ofte komme i konflikt med jobb, familieliv og fritidsplaner. Her er erfaringen til en som jobbet skiftarbeid:

Jeg synes det var, sant, når du er i jobb, har forskjellig, jeg har skiftordninger, sant, så var ikke alltid som enkelt å få tid til å gjøre øvelsen. Ehm... rett og slett å ta seg tid, altså, det ble, det var litt forstyrrende, synes jeg.

Selv om mange opplevde utfordringer med å få gjort hjemmeøvelsene, var det også noen få som trakk frem opplevelser med å skape gode rutiner for å gjøre dem, og at det var fint å få dem inn som en del av hverdagen. Det gjaldt for eksempel mer uformelle måter å praktisere mindfulness på:

Det er øvelser, ikke sånn øvelser som i hjemmeoppgaver, men at det er øvelser man kan gjøre i hverdagen. At det ikke trenger å ta så lang tid som jeg trodde det tok i begynnelsen. At det å bare lære å få det inn i hverdagen, på en måte i sånne små pauser man har.

For noen var det å praktisere mindfulness hjemme annerledes fra å praktisere det sammen med andre deltakere og gruppeledere i behandlingen. Noen deltakere syntes det var vanskeligere å gjøre øvelser hjemme. De beskrev vansker med å finne ro, at de ble lett distraherert, eller frustrert av å ikke få det til: "Det var litt enklere på kurset, men når jeg skulle gjøre det hjemme så fikk jeg ikke det til. Og det opplevde jeg så ekstremt frustrerende". Noen

få deltakere opplevde å ikke se nytten av å praktisere øvelser hjemme. På den andre siden, var det også positive opplevelser med å praktisere øvelser hjemme. Én deltaker trakk frem at det var enklere å jobbe med vanskeligere ting hjemme, og andre beskrev at hjemmeøvelsene ga ro og avkobling.

Jeg merket jo det at de dagene jeg skulle noe rett etter jobb, så jeg ikke hadde tid til å gjøre noen øvelser, så merket jeg jo på at jeg ikke fikk den... jeg vet ikke hvilket ord jeg skal bruke... avkoblingen, eller roen, eller... som jeg fikk hvis jeg hadde gjort de øvelsene.

I tillegg til opplevelser med hjemmeøvelser, var det også andre opplevelser med å kombinere hverdagslivet med behandling. Noen opplevde at behandlingen traff på feil tidspunkt i livet slik at ytre omstendigheter kom i veien for deres utbytte. Noen få beskrev at de hadde for mye annet som skjedde i livet, for eksempel at de hadde en for hektisk hverdag eller at det var sykdom i familien. Én deltaker opplevde å falle ut av behandlingen på grunn av ferie og fravær. Én deltaker beskrev derimot positive opplevelser av hverdagslige faktorer, nærmere bestemt at det var betydningsfullt at mannen involverte seg: “Men han var jo “åh, så spennende” og ville se papirene og... så det. Å få støtte har jo veldig mye å si synes jeg”.

Deltakerne erfarte at hverdagslivet fortsatte parallelt med behandlingen og beskrev utordringer med å finne tid og rom til behandlingsaktivitetene. For noen kom hendelser i livet i veien for utbyttet, mens andre beskrev positive opplevelser med å klare å skape gode rutiner som involverte mindfulnessøvelser.

#### **Tema 4: Øvelse gjør mindful**

Dette temaet handler om ulike erkjennelser av at det å lære mindfulness er en prosess som krever innsats og tålmodighet fra deltakernes side. Til tross for innledende utfordringer,

ble mange deltakere bevisst på egen fremgang underveis i behandlingen. Øvelser som var krevende i starten, ble lettere å gjennomføre etter hvert. Noen deltakere gikk fra å være rastløse til å kunne koble av. Frustrasjon og ubehag slapp taket, og en aksepterende holdning til det som dukket opp ble gradvis mer fremtredende. Noen få deltakere beskrev at de gikk fra å grue seg til å glede seg til sesjonene. Å bli oppmerksom på egen fremgang virket å forsterke håpet om at innsats og det å holde ut ville bidra til positiv endring. Etter å ha strevd med opplevelser av å ikke prestere innledningsvis, ble den gode følelsen ekstra sterk da deltakerne omsider fikk positive erfaringer med å holde ut i øvelsene og være oppmerksom på her-og-nå. Deltakerne fikk erfaringer med at deres innsats ga utbytte, og at positiv endring var under deres kontroll.

Noen beskrev erfaringer med at det var mulig å holde ut og fortsette å praktisere øvelser, selv om de kunne virke krevende og meningsløse fra start. Én deltaker opplevde at øvelsene gikk fra å være banale i starten, til å få en større betydning etter hvert:

Men det er litt sånn fascinerende. Sånn i begynnelsen kan det føles litt banalt på en måte, å markere at jeg kjenner på tærne, og så videre og så videre. Så husker jeg at jeg tenkte etter hvert at det var nesten litt sånn, jeg vet ikke om du har sett Karate Kid? (ler) (...) Men det er noe med at det, han øver vel på at, liksom disiplin, ting på en måte, altså henge opp jakken og sånn og sånn eller nå, og blir jo så irritert av det om igjen og om igjen. Og så viser det seg at ... at han samtidig der har øvd på et sånt slag. At han liksom egentlig har øvd på noe mer meningsfylt. Så tenkte jeg liksom, jeg følte liksom at det ble en metafor på mindfulness også, at vi øvde på noe veldig banalt. Men så fikk det på en måte større betydning at man igjen og igjen øvde på det her og bare legge merke til hva som var og, ikke prøve å forandre det og sånn. Og så ble det liksom overført til større ting da.

Mange deltakere trakk frem positive opplevelser med å fokusere på kropp og pust som viktige hendelser for dem i løpet av behandlingen. Noen beskrev at det var nytt, behagelig eller beroligende å lede oppmerksomheten til pusten eller kroppen, og at det var en god måte å orientere seg til her-og-nå på. Øvelser som involverte oppmerksomhet mot kroppen ble av noen trukket frem som spesielt positive og de beskrev at det var stor forskjell fra første til siste gang de gjorde øvelsene. Noen beskrev økt tilgang til egne fornemmelser og tendenser. Ofte var dette rent kroppslige signaler slik som gryende angstsymptomer eller smerter. Noen få deltakere trakk også frem at psykoedukasjonen om depresjon var viktig for å forstå og gjenkjenne tidlige signaler på depresjon. Innsikt i egne signaler bidro til en opplevelse av at man kan ta stilling til og håndtere det som skjer i kroppen. "Tidligere har jeg bare tenkt at det sitter i hodet, mens nå merker jeg det på kroppen (...) Nesten litt sånn aha-opplevelse underveis i kurset da".

Noen beskrev også positive opplevelser av å være oppmerksom på her-og-nå. For noen var dette et nytt perspektiv og for noen var det befriende:

Dette med oppmerksomhet, gå med oppmerksom gange for eksempel. Det å kunne være fokusert på bevegelsene istedenfor hva folk ser på alt rundt eller tankene, tanker om fortiden eller tanker om mål i fremtiden. Bare her og nå. Det var befriende.

Mange deltakere fremhevet den gode følelsen av å klare å gjøre øvelsene som spesielt positivt. De hadde ofte forventninger om at de skulle bli søvnige, utålmodige eller at de på andre måter skulle mislykkes med å gjøre øvelsene. Da disse forventningene ble brutt, og de likevel greide å stå i det som dukket opp av tanker og følelser underveis, kom

mestringsfølelsen. Én deltaker beskrev at mestringsfølelsen kom som følge av å kjempe seg gjennom øvelsen til tross for manglende lyst:

Ehm ... og så på en måte tørre å gå inn i det, og kjempe seg gjennom det, selv om du føler at “ah, jeg har ikke lyst til å sitte her i dag og tenke på og kjenne etter på en dritt” (ler høyt). Men at du gjør det likevel. Eller når du kjenner at det blir for mye tanker... At du allikevel kan på en måte “jeg skal nå prøve litt til da, og prøve litt til og prøve litt til.” (...) Etterpå. Og den mestringsfølelsen, den er jo fantastisk, sant.

Mange deltakere utpekte heldagssamlingen som en spesielt positiv del av behandlingen. Typisk var at de i forkant av denne samlingen gruet seg og var spente på hvordan de skulle klare å holde ut såpass lenge. Til tross for spenningen i forkant, beskrev mange deltakere en god følelse av å være til stede:

Jeg hadde gruet meg veldig til den der søndagen. Da vi skulle holde på hele dagen. Den gruet jeg meg veldig for allerede i begynnelsen hadde jeg tenkt herregud skal sitte og holde på med dette en hel dag, men det var en helt fantastisk flott dag.

Noen beskrev at forventningen om at øvelsene ville føre til endring var viktig for at de fortsatte å praktisere øvelsene. Selv om behandlingen kunne være krevende i starten, gjorde håpet om å få det bedre at de likevel fortsatte å gjøre øvelsene:

Det var jo litt sånn. Jeg vil jo, alt som jeg gjør på en måte det vil jeg, jeg vil prøve det ut da. Og jeg vil på en måte gjøre det beste ut av det. Og jeg tenkte litt at, selv om dette her virket veldig rart og virket holdt på å si veldig vondt da. Så fant jeg ut jeg har

jo ikke noe å tape på det, jeg kan gi det en sjanse. Så det var jo litt sånn, jeg måtte jo nesten tvinge meg selv til å begynne på det. Men det var jo det her, altså håp om å på en måte finne en løsning da og liksom kunne taklet dette på en bedre måte som gjorde at jeg valgte å fortsette.

Noen rapporterte at utbyttet de opplevde av å gjøre øvelser bidro til at de ble bevisst på at endring krevde både tid og innsats. De fikk en opplevelse av at deres egeninnsats var avgjørende for å oppnå endring:

Jeg merket det mer mot slutten av de timene, at jeg.. følte, at jeg forstod litt mer. Og kjente at... at jeg merket, eller ut fra timene, at... ønsker du en endring så er det viktig at du jobber med deg selv. At det er ikke noe, du er ikke på kurs for at andre skal endre deg. Jeg tror kanskje at jeg har hatt litt sånn tankegang óg. Egentlig alltid. Men at.. Jeg skjønnte jo det at du må jobbe med deg selv.

Mange deltakere beskrev at aksept hadde en sentral betydning for dem underveis i behandlingen. Det kunne være aksept for at de ikke fikk gjort hjemmeøvelsene slik de skulle ønske, aksept for å ha det vondt og tungt, eller aksept for at deltakerne i gruppen var forskjellige. Noen beskrev at de oppdaget at de gradvis tilegnet seg en aksepterende holdning underveis, og én trakk frem at aksept ble tilegnet ved at gruppelederne tematiserte det og utviste en generell aksepterende holdning:

Eh, ja. Jeg vet ikke om det var (gruppeleder 1) eller (gruppeleder 2) som gjentok dette her med å... vi skal også tenke, prøve å holde fokus på det som.. på en måte er litt tungt. Og ha fokus på det og si at det er helt okei. Det synes jeg er ... det er jo tungt,



men det syns jeg var veldig viktig for meg i alle fall. Å.. kunne si at “det er greit, det er helt okei å ha det sånn”. I stedet for å dytte det vekk. Jeg tror de begge gjentok det. Men det.. synes jeg, det merker jeg at det er noe av det jeg husker mest da.

Deltakerne fikk positive erfaringer med å gjøre øvelsene, og opplevde fremgang og mestring underveis i behandlingen. Heldagssamlingen skilte seg ut som spesielt positivt for mange, og mange utviklet i løpet av behandlingsperioden en aksepterende holdning for det som dukket opp.

### **Diskusjon**

Målet for denne kvalitative studien var å undersøke utfordringer og sentrale erfaringer som personer med tilbakevendende depressiv lidelse opplevde i løpet av sin deltakelse i gruppebehandling med MBCT. Gjennom refleksiv tematisk analyse ble det funnet fire hovedtema. I det første temaet beskrev deltakerne at mindfulness var uvant og krevende. Det var utfordrende å skulle praktisere noe som brøt med tidligere håndteringsstrategier, hvor det i tillegg kunne være uklart hva som dukket opp underveis eller hva som kom ut av det. Det kunne være vanskelig å legge fra seg et slags prestasjonsfokus om å skulle oppnå noe. Mange beskrev også utfordringer med å fokusere på vanskelige opplevelser eller håndtere vanskelige tanker, følelser og kroppslige fornemmelser som dukket opp underveis. Det andre temaet omhandler deltakernes viktige og varierte opplevelser av å være i behandling sammen med andre. Selv om det var spenning i starten, hadde de fleste gode opplevelser av felleskap, trygghet og at gruppen bidro til normalisering og nye perspektiver. Det var også sentrale opplevelser av å finne plass i gruppen og det var variasjon i hvor mye deltakerne opplevde at det var behov og rom for å snakke. I det tredje temaet trakk deltakerne frem sentrale erfaringer med å finne tid og rom til mindfulness i hverdagslivet. Mange beskrev utfordringer med å kombinere behandlingsdager og hjemmeøvelser med et travelt hverdagsliv, mens noen

trakk frem at det var fint å involvere mindfulness som en del av hverdagen. Å praktisere mindfulness hjemme var annerledes enn å gjøre det med de andre i behandlingen. For det fjerde la deltakerne vekt på det å lære mindfulness som en prosess, og betydningen av å oppleve fremgang og mestring underveis i behandlingen. De fleste opplevde etter hvert at øvelsene hadde noe for seg, at de ble mer bevisst på egne tendenser, eller at vansker og ubehag slapp tak. Mange utviklet i løpet av behandlingsperioden en aksepterende holdning til det som dukket opp, eller håp om at innsats ville føre til endring. Oppsummert indikerer resultatene at deltakerne hadde opplevelser av mindfulness som noe nytt og krevende, spesielt i begynnelsen, men underveis i forløpet ble også opplevelser av progresjon, håp og aksept betydningsfulle.

I det første temaet, *Mindfulness er uvant og krevende*, var de sentrale funnene at et prestasjonsfokus kunne skape frustrasjon innledningsvis, samt at mange beskrev vansker med å håndtere vonde tanker, følelser og kroppslige fornemmelser. Prestasjonsfokuset kan forstås som en forventning om at mindfulness er noe som skal mestres på en bestemt måte, i kontrast til MBCT som vektlegger en ikke-dømmende holdning til opplevelser som dukker opp underveis. Forventninger som ikke var i tråd med rasjonale i MBCT virket å bidra til å gjøre prosessen utfordrende. Betydningen av forventninger som ikke samsvarer med rasjonale i MBCT er også omtalt av Cairns og Murray (2015) og Williams, Hartley, Langer, et al. (2022). I deres metasynteser skriver de at forventninger om å bli kurert for depresjonslidelsen var forbundet med negative erfaringer. Disse forventningsbruddene skiller seg imidlertid fra vår studie da forventningsbruddet her handlet om at en forventning om å prestere ville være hensiktsmessig. Forventningsbruddet kan muligens forstås som et uttrykk for det automatiske gjøre-moduset, der ideen er at prestasjon er løsningen på å bli kvitt sin depressive lidelse. I MBCT vil man øve på å legge merke til slike erfaringer for å kunne tre ut av gjøre-moduset og inn i være-moduset i stedet.

Et annet sentralt funn i dette temaet var ulike utfordringer med å håndtere ubehagelige tanker, følelser og kroppslige fornemmelser. Opplevelser å utforske ulike vonde erfaringer ble beskrevet som dels overveldende. Dette er ikke ukjent fra andre kvalitative studier av MBCT. Williams, Hartley, Anderson, et al. (2022) fant blant annet at en del deltakere opplevde en pågående konflikt mellom det å skulle nærme seg og det å skulle fjerne seg fra egne opplevelser, og at øvelsene for dem kunne oppleves for intense og bidra til en følelse av å miste kontroll. Dette mønsteret av funn er beskrevet av Williams, Hartley, Langer, et al. (2022) i temaet *Ambivalens og variabilitet* som blant annet omhandler manglende opplevd kontroll og vanskelige erfaringer knyttet til å ikke få til ulike øvelser. Denne type opplevelser kan forstås som at deltakerne fortsatt var preget av sårbarhetsfaktorer for depresjon som emosjonell reaktivitet og opplevelsesmessig unngåelse. Derfor er det rimelig å forvente slike opplevelser fordi det er disse faktorene MBCT har som mål å endre. Samtidig er det viktig å være bevisst på- og ha kunnskap om konsekvensen av slike opplevelser for å redusere sannsynligheten for at de skal få negative konsekvenser for deltakere. Britton (2019) påstår at det er grunn til å tro at mindfulness-baserte terapiformer, i likhet med andre terapiformer, kan ha skadelige effekter. Studien vår undersøker ikke utfall så det er ikke kjent hva som ble konsekvensen av opplevelsene som er omtalt. Betydelige aversive opplevelser er ikke omtalt i hovedoppgaven som har analysert samme datamateriale som denne studien med fokus på utfall (Sanne, 2021). Mange av deltakernes opplevelser er imidlertid preget av utfordringer, noe som understreker viktigheten av å undersøke utbredelsen av negative effekter av mindfulness nærmere. I våre resultater var det ett eksempel på en deltaker som beskrev det som vanskelig å være alene i etterkant av vanskelige minner som dukket opp. Et sentralt spørsmål er derfor om utfordrende opplevelser i tilstrekkelig grad blir prosessert i behandlingen.

I tema to: *Sammen med andre på godt og vondt*, var et sentralt funn at gruppen var et trygt fellesskap som tilrettela for utforskning. Funnet dekker opplevelser av at deltakerne fant trygghet og støtte i gruppen og i terapeuten. At andre delte av sine erfaringer bidro til normalisering av de depressive plagene og utfordringer med mindfulness, i tillegg til at det var motiverende å høre andre få noe ut av behandlingen. Liknende funn er beskrevet i andre kvalitative studier av MBCT. For eksempel fant Allen et al. (2009) at gruppen ble opplevd som et sted for omsorg og støtte, hvor det ble mulig å være åpen om opplevelser og følelser man tidligere hadde holdt for seg selv. Metasynteser av den kvalitative forskningen på MBCT for depresjon sammenfatter dette i temaet *Betydningen av gruppesettingen* i Cairns og Murray (2015), og i temaet *Gruppeprosess: en trygg og delt opplevelse* i Williams, Hartley, Langer, et al. (2022). Dette er i tråd med rasjone for at MBCT foregår i gruppe. Dialogen og dynamikken i gruppen ga deltakerne mulighet til å øve på sentrale mindfulness-ferdigheter som vennlighet, nysgjerrighet og oppmerksomhet på det som foregår her-og-nå gjennom å lytte til de andres erfaring. Canby et al. (2021) argumenterer imidlertid for at positive effekter av gruppen muligens forklares alene av sosiale fellesfaktorer som allianse, gruppedynamikk og karakteristikk hos terapeuten. I vår studie finnes både beskrivelser av opplevelser av god nytte av gruppen ved bruk av metodespesifikke teknikker som aktiv lytting her-og-nå, og beskrivelser av opplevelser der alliansen synes å være mest fremtredende.

Utfordringer knyttet til å ta sin plass i gruppen er et annet sentralt funn i dette hovedtemaet. Funnet dekker opplevelser av utrygghet som blant annet førte til sosial sammenlikning og utfordringer med å dele av sin opplevelse til gruppen. I tillegg var noen bekymret for å bli negativt påvirket av de andre i gruppen. Tilsvarende funn er beskrevet av Hopkins og Kuyken (2012) i temaet *Vanskeligheter i gruppeprosessen* hvor opplevelser av ubehagelig spenning i gruppen og sosiale sammenlikninger vektlegges. Funnene er i tråd med undertemaet *Gruppeprosesser: vanskeligheter* i Williams, Hartley, Langer, et al. (2022) sin

metasyntese. Som i den artikkelen vektlegges det i vår studie at det er stor variasjon i hvordan deltakerne opplevde gruppesettingen og de fleste hadde både gode og utfordrende opplevelser. De utfordrende opplevelsene handler om at det kunne være en anspent stemning i gruppen, det kunne være utfordrende å høre om andres negative erfaringer og noen var plaget av negativ sosial sammenligning. Funn av slike opplevelser er viktige for de kan være mulige behandlingshinder dersom de ikke blir adressert. Mer forskning på om negative erfaringer med gruppen preger behandlingen er nødvendig.

Noen deltakere beskrev gode opplevelser med å ha en individuell oppfølgingsamtale med én av gruppelederne mellom behandlingsdagene. Dette er ikke en del av manualen for MBCT, men noen få deltakere fikk det tilbudt på grunn av fravær eller liknende. De følte seg sett og ivaretatt, og syntes det var nyttig for videre behandling at gruppeleder hadde vist omsorg og forstått dem. Terapeuters uttrykte empati er en primær fellesfaktor i psykoterapi, og innebærer blant annet evnen til å forstå, anerkjenne og ha omsorg for andres perspektiv (Wampold, 2015). Til tross for at individuelle samtaler ikke er en del av MBCT-forløpet underveis, virker det som at en slik tilpasning dekket et behov for å bli sett som noen deltakere opplevde. Deltakerne opplevde det som positivt at terapeuten gjenkjente dette behovet, og det er samtidig sannsynlig at andre deltakere også kunne ha hatt positive erfaringer med individuell oppfølging underveis. De positive opplevelsene med å ha en individuell samtale med gruppeleder, til tross for at dette ikke var en del av MBCT-manualen, kan peke på et behov for mer forskning på betydningen av relasjonen mellom gruppeleder og deltakere i MBCT. Av forskning som er gjort på alliansen mellom gruppeleder og deltakere i MBCT, blir deltakernes opplevelse av å føle seg ivaretatt av gruppeleder trukket frem som spesielt betydningsfullt (Canby et al., 2021).

Resultatene fra tema tre: *Å finne tid og rom i hverdagen*, kan være en nyttig påminnelse om kompleksiteten rundt den personlige endringsprosessen som hver enkelt

deltaker forsøker å få til. Selv om noen deltakere beskrev nytten av å prioritere øvelser og hjemmeoppgaver, hadde alle deltakere sin hverdag som skulle kombineres med behandlingen. Mange beskrev praktiske utfordringer med å kombinere aktivitetene fra behandlingen med egen hverdag, og noen opplevde at behandlingen kom på feil tidspunkt i livet. Dette er i tråd med andre funn fra kvalitative studier av MBCT, som for eksempel (Williams, Hartley, Anderson, et al., 2022) sin beskrivelse av hindringer i form av tidsmangel, logistiske utfordringer og emosjonelle barrierer. For personer som har opplevd tilbakevendende depressive episoder er det viktig å legge til rette for at de kan skape sin egen endringsprosess uten at summen av stressfaktorer i behandling og hverdagslivet blir overveldende for den enkelte. McPherson et al. (2020) oppsummerte i sin metasyntese deltakeres utfordringer med hjemmeoppgaver i kognitivt baserte tilnærminger med at de ofte opplevde hjemmeoppgaver som en byrde, at de ble overveldet av teknikkene de skulle lære seg, eller opplevde å ikke ha tid eller egnet sted. MBCT oppfordrer deltakerne til å forsøke å bruke relativt mye tid på å praktisere strukturerte (formal) hjemmeøvelser, sammenliknet med andre behandlingsmodeller (McPherson et al., 2020). Canby et al. (2021) undersøkte betydningen av metodespesifikke faktorer og fellesfaktorer for MBCT og fant ingen relasjon mellom tid brukt på strukturerte mindfulnessøvelser og bedring av depressive symptomer. De undrer over nødvendigheten av mengden hjemmeoppgaver i MBCT. Annen forskning har derimot funnet at deltakere som gjorde strukturerte mindfulnessøvelser minst tre ganger i uken hadde halvparten så stor risiko for å oppleve depressivt tilbakefall sammenliknet med deltakere som gjorde det sjeldnere (Crane et al., 2014). I vår studie var det også eksempler på at deltakere opplevde det som positivt å finne tid og sted til hjemmeøvelser, noe som også er i tråd med tidligere forskning som fant at deltakere opplevde det som et privilegium å sette av tid til å praktisere mindfulness i en travel hverdag (Finucane & Mercer, 2006). Å praktisere strukturerte mindfulnessøvelser spiller en sentral rolle i å generalisere prinsipp og erfaringer

fra behandlingen ut til livet, og bidrar til å styrke agens og selvfølelse (Cairns & Murray, 2015; Williams, Hartley, Langer, et al., 2022). Oppsummert viser våre funn at mange og lange hjemmeoppgaver kunne oppleves som en byrde, og vanskelig å kombinere med et travelt liv. Det var også noen som trakk frem positive erfaringer med å gjøre hjemmeoppgaver, men det kan stilles spørsmål til nødvendigheten av mengden hjemmeoppgaver.

Det varierte i hvilken grad deltakerne opplevde oppfordringen til å gjøre hjemmeøvelser. Noen opplevde hjemmeøvelsene som en plikt eller nok en ting som måtte gjøres, mens andre opplevde at det var aksept og rom for at ikke alt ble gjort. Denne variasjonen illustrerer et dilemma om hvordan hjemmeøvelsene skal presenteres for deltakerne. På den ene siden kan det være nyttig å tydelig presisere den positive betydningen av at prinsippene og teknikkene som læres og erfares i behandlingen generaliseres ut i livet. På den andre siden kan et for tydelig fokus på betydningen av hjemmeoppgaver gjøre at deltakerne opplever å ikke gjøre nok. Gruppelederne balanserer mellom å oppfordre deltakerne til å forsøke å gjøre hjemmeøvelser, men samtidig la deltakerne ta valget.

Én deltaker trakk frem betydningen av å ha en pårørende som involverte seg i behandlingen. Betydning av pårørende ble ikke spurt om spesifikt, og det er behov for å vite mer om deltakeres erfaringer med støtte fra pårørende eller andre mulige betydningsfulle faktorer i hverdagen.

I tema fire: *Øvelse gjør mindful*, beskrev deltakerne at gode opplevelser med å praktisere mindfulnessøvelser bidro til å gjøre dem bevisst på egen progresjon. De gode opplevelsene bidro også til en erkjennelse av at endring krever tid og innsats, og ble også funnet i (Williams, Hartley, Anderson, et al., 2022) sin studie som oppsummerte slike erfaringer i hovedtemaet *Erkjennelse av en pågående endringsprosess*. Liknende erfaringer er oppsummert i metasyntesene til Cairns og Murray (2015) og Williams, Hartley, Langer, et al.

(2022). Dette er sentrale erfaringer som kan spille en viktig rolle for utvikling av opplevd kontroll over egen situasjon, i tråd med MBCT-teori (Williams, Hartley, Langer, et al., 2022).

Deltakernes beskrivelser av å legge merke til det som dukket opp av tanker, følelser, og kroppslige fornemmelser uten å skulle løse noe, kan muligens forstås som erfaringer med desentrert perspektiv (Williams, Hartley, Anderson, et al., 2022). Desentrert perspektiv står i kontrast til opplevelsen av å være fastlåst til det som er vanskelig og krevende, og er i tråd med målene for MBCT (Segal et al., 2018). Å hjelpe deltakere med å innta et desentrert perspektiv til tanker, følelser og kroppslige fornemmelser er også et viktig prinsipp i andre tredjegerasjons behandlingsmodeller innen kognitiv atferdsterapi, slik som Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes et al., 2006), Compassion Focused Therapy (CFT) (Gilbert, 2009), og Metakognitiv terapi (MCT) (Wells, 2013).

Et annet sentralt funn var at deltakerne rapporterte å bli mer bevisst på egne kroppslige signaler etter psykoedukasjon om den depressive spiral og øvelser hvor oppmerksomheten ble rettet innover. Dette kan forstås som at deltakerne fikk erfaringer med en alternativ strategi til opplevelsesmessig unngåelse (Hayes et al., 2004), ved å forholde seg til tanker, følelser og kroppslige fornemmelser på en åpen og ikke-dømmende måte.

Deltakerne beskrev det etter hvert som befriende og avslappende å kunne være oppmerksom på her-og-nå. Konsekvensen av at deltakerne fikk erfaringer med å lede oppmerksomheten innover, være oppmerksom på her-og-nå, ta et steg tilbake og bli bevisst på egne signaler, var at deltakerne opplevde mer kontroll over egen situasjon og kunne forstå seg på egne varselsignaler. Dette er i tråd med annen kvalitativ forskning som foreslo at slike opplevelser gjorde det mulig for deltakerne å ta et steg tilbake i stedet for å reagere automatisk (Bihari & Mullan, 2014; Williams, Hartley, Langer, et al., 2022). Williams, Hartley, Langer, et al.

(2022) forsøkte å oppsummere tidsdimensjonen til opplevelsene ved at deltakerne 1)

*Engasjerer seg i mindfulnessøvelser, 2) Øker bevissthet og perspektiv og 3) Utvikler agens og*



*kontroll over erfaringene.* Resultatene fra vår studie passer godt med et slikt narrativ som også er i tråd med målene i MBCT.

Deltakerne beskrev at de fikk håp og positive forventninger til behandlingen da de ble bevisst på egen fremgang. Håp og positiv forventning til behandling er forsket på som en sentral fellesfaktor på tvers av ulike terapier (Wampold, 2015). Våre funn gir lite informasjon om utfall, men annen forskning har funnet en sammenheng mellom positive forventninger til behandling og behandlingsutfall (Constantino et al., 2011). Vi har dermed funnet sentrale erfaringer som er assosiert med positivt utfall.

Oppsummert belyser resultatene fra vår studie hvordan deltakerne erfarte ulike utfordringer som en naturlig del av behandlingsforløpet. Dette var synlig i alle temaer, enten i form av å streve med å få til øvelser slik de skulle ønske, kombinere behandling og hverdagsliv, forstå sin plass i gruppen, eller med å erkjenne at endring var en tid- og ressurskrevende prosess. Flere av disse utfordringene er diskutert som erfaringer knyttet til ulike sårbarhetsfaktorer for depresjon som MBCT retter seg mot. Som nevnt er et sentralt mål i MBCT å øve på å gå fra det automatiserte gjøre-moduset som ser etter mønstre og løsninger for ubehaget, til et være-modus preget av en ikke-dømmende holdning med aksept og tilstedeværelse her-og-nå. Ulike erfaringer av utfordringer har også blitt beskrevet i tidligere kvalitativ forskning (Williams, Hartley, Langer, et al., 2022), da beskrevet som et eget hovedtema. Vår studie har mange av de samme funnene, men utfordringene er i stedet en sentral del av alle temaene. Mulige årsaker til denne forskjellen er blant annet at analysefokus kun var opplevelser av behandlingsprosessen, i tillegg til at forskningsspørsmålet var rettet mot både positive og negative opplevelser. En fordel ved at de samme funnene presenteres på ulike måter er at det bidrar til en rikere innsikt i komplekse erfaringer.

### **Kliniske implikasjoner**

Resultatene fra vår studie kan være relevant både for deltakere som skal gjennomføre behandling, og for klinikere som tilbyr behandlingen. Kunnskap om deltakererfaringer styrker deltakernes forutsetninger til å medvirke og ta informerte valg om behandlingen, noe som er lovfestet gjennom rett til brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2015).

Resultatene viser blant annet en tendens til at behandlingen ofte kunne oppleves uvant og krevende til å begynne med, men at mange opplevde en positiv endring og ble bevisst på egen progresjon underveis. Denne innsikten kan bidra til at pasienter som skal gjennom MBCT-programmet i fremtiden får en mer nyansert forståelse av hvilke opplevelser de kan forvente underveis i behandlingen. Behandlere kan derfor med fordel snakke med dem om hvilke forventninger de har til MBCT, og samtidig legge frem nøktern informasjon om mulig utbytte og vanlige utfordringer med programmet. Samtidig er det nødvendig å presisere at man ikke kan vite på forhånd hvilke opplevelser hver enkelt får. Rasjonale i MBCT er at deltakernes egne erfaringer i løpet av behandlingen er sentrale for endringsprosessen.

Innledende utfordringer med mindfulness har også implikasjoner for gruppelederne som skal hjelpe pasientene. Flere deltakere opplever mindfulness som en kontra-intuitiv tilnærming som tar tid å finne ut av. For eksempel kan det komme tanker om at det skal gjøres "riktig", eller en kan streve med å få kontakt med egen kropp eller emosjonelle opplevelser. Det kan også ta tid å få forståelse av rasjonale bak det å møte vanskelige tanker og følelser med en ikke-dømmende holdning. Depresjon er forbundet med en følelse av håpløshet og lav tro på egen mestring. Det er derfor behov for at gruppelederne viser tålmodighet og gir oppmuntringer, og gir rom for individuell tilpasning av øvelser og hjemmeoppgaver. Dessuten kan deltakernes innledende utfordringer gi uttrykk for et behov for at gruppelederne finner en balanse mellom å gi realistiske forventninger til prosessen, men samtidig tidlig etablere håp om endring.

Noen pasienter beskrev det som krevende å finne sin plass og snakke i gruppen. Det å være gruppeleder innebærer å legge til rette for at alle føler seg inkludert, og legge til rette for at alle deltakerne kan dele det de er komfortable med å dele. Det kan derfor være nyttig at gruppeleder benytter individuelle forventningssamtaler før MBCT-programmet til å undersøke med hver enkelt deltaker hvordan de tror det vil være å gjennomføre behandling i gruppe. I tillegg kan det vurderes om det bør legges til rette for at deltakerne kan gi systematisk evaluering av sin opplevelse av gruppen og gruppeleder underveis.

Deltakerne beskrev utfordring med at mengden og lengden på hjemmeoppgaver ofte sto i konflikt med hverdagslivet. Samtidig er det å generalisere prinsippene fra behandlingen et viktig prinsipp i MBCT. En sentral oppgave for gruppelederne blir derfor å legge til rette for mestring med hjemmeoppgaver, samtidig som det formidles aksept for at det er krevende. I tillegg varierte det hvilke øvelser de ulike deltakerne foretrakk. Det kan derfor være nyttig å undersøke hva som er passe mengde og type øvelser for den enkelte i en individuell forventningssamtale.

Deltakere trakk frem innledende utfordringer med øvelsene, men at opplevelsen av å bli bevisst på egen fremgang var betydningsfull for håp og tro på endring. Dette er sentrale erfaringer som gruppeledere kan løfte frem og hjelpe deltakerne og påpeke.

### **Refleksivitet**

Forfatterne av denne oppgaven sin kjennskap til og interesse for psykologisk behandling kan ha vært til hjelp for å gjenkjenne mønstre i datamaterialet. For eksempel kan det ha bidratt til å identifisere og tolke vanlige deltakererfaringer i psykoterapi, slik som erfaringer med forventningsbrudd, betydning av allianse, eller meningsdannelse av andre psykologiske konsepter. At forfatterne ikke var involvert i MBCT som metode bidro til å opprettholde en reflekterende avstand til materialet. Samtidig kan veileders kunnskap om MBCT ha bidratt til at vi også fikk belyst temaene med et innenfra-perspektiv. Det at en mer

erfaren fagperson med bakgrunn for metoden veileder oppgaven, kunne ha ført til tolkninger som ble farget av hans perspektiv. Forfatterne jobbet selvstendig i selve analyseprosessen, og opplevde at veileder la til rette for fortolkningsfrihet. I denne delen av arbeidet bidro veileder med metodiske innspill for å opprettholde et bevisst forhold til den refleksive prosessen.

### **Styrker og begrensninger**

Alle deltakerne i denne studien hadde opplevd minst tre depressive episoder. Det er en styrke fordi det gir innsikt i den pasientgruppen MBCT er utviklet for å hjelpe. Kunnskap om hvordan denne gruppen opplevde MBCT-behandlingen kan være verdifull for klinikere som skal behandle samme pasientgruppe. En annen styrke er at denne studien har forsøkt å se på prosessen i behandlingen isolert. Det nyanserer og utfyller tidligere kvalitativ forskning som ikke har skilt mellom prosess og utfall. Det gir innsikt i hvordan behandlingen oppleves, og det er grunn til å tro at den er ulik fra opplevelsen av utfallet.

At forskningsspørsmålet ble formulert etter at intervjuguiden var laget kan anses som både en styrke og en begrensning. Det er en styrke fordi det gjorde at forskningsspørsmålet ikke påvirket intervjuguiden. Dermed ble det ikke stilt ledende spørsmål med bakgrunn fra forskningsspørsmålet.

At intervjuguiden ble lagd før forskningsspørsmålet er en begrensning fordi den manglet spørsmål som potensielt kunne fanget opp flere viktige nyanser ved pasientenes opplevelse av behandlingen underveis. Intervjuguiden manglet blant annet direkte spørsmål om elementer fra kognitiv atferdsterapi. Den inneholdt heller ikke spørsmål om betydningen til pårørende. I tillegg spørres det i liten grad direkte om negative opplevelser. En annen begrensning er at datainnsamlingen foregikk etter at behandlingen var fullført. Minnene av deltakernes erfaring fra behandlingsprosessen kan være farget av erfaringer de har gjort seg etter fullført behandling. En tredje begrensning er at datagrunnlaget ikke inneholder informasjon fra de som ikke fullførte behandlingen. Det vites derfor ikke om opplevelsene

deres er forskjellige fra de som fullførte behandlingen. Begrensningene omtalt er områder som er aktuelle for videre forskning.

### **Konklusjon**

Målet med studien var å undersøke utfordringer og sentrale erfaringer som personer med tilbakevendende depresjon opplevde i løpet av sin deltakelse i gruppebehandling med MBCT. Gjennom reflektiv tematisk analyse ble det følgende fire hovedtema identifisert: 1) Mindfulness er uvant og krevende, 2) Sammen med andre på godt og vondt, 3) Å finne tid og rom i hverdagen, og 4) Øvelse gjør mindful. Utfordrende opplevelser preger alle hovedtemaene, enten i form av å streve med å få til øvelser slik de skulle ønske, kombinere behandling og hverdagsliv, finne sin plass i gruppen, eller med å erkjenne at endring var en tid- og ressurskrevende prosess. Utfordringene er diskutert i lys av sårbarhetsfaktorene for depresjon som MBCT retter seg mot, samt funn fra tidligere forskning på MBCT. Positive opplevelser, kjennetegnet av aksept og agens, synes å prege erfaringer utover i behandlingsforløpet. MBCT fremstår dermed som en god metode for å tilnærme seg sårbarhetsfaktorene for depressivt tilbakefall. Funnene bidrar til å belyse viktige temaer som er relevante for pasienter og klinikere.

### Referanser

- Allen, M., Bromley, A., Kuyken, W. & Sonnenberg, S. J. (2009). Participants' experiences of mindfulness-based cognitive therapy: "It changed me in just about every way possible". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 413-430.  
<https://doi.org/10.1017/s135246580999004x>
- Arch, J. J. & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1849-1858. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.007>
- Barnhofer, T. & Crane, C. (2009). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression and Suicidality. I F. Didonna (Red.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (s. 221-243). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6\\_13](https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_13)
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Bihari, J. L. N. & Mullan, E. G. (2014). Relating mindfully: A qualitative exploration of changes in relationships through mindfulness-based cognitive therapy. *Mindfulness*, 5, 46-59. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0146-x>
- Binder, P.-E., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G. H., Hjeltnes, A., Stige, S. H., Veseth, M. & Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist*, 3.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e8>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brewin, C. B. & Firth-Cozens, J. (1997). Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 242-246.  
<https://doi.org/10.1037/1076-8998.2.3.242>

- Britton, W. B. (2019). Can mindfulness be too much of a good thing? The value of a middle way. *Current Opinion in Psychology*, 28, 159-165.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.011>
- Cairns, V. & Murray, C. (2015). How do the features of mindfulness-based cognitive therapy contribute to positive therapeutic change? A meta-synthesis of qualitative studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 342-359.  
<https://doi.org/10.1017/s1352465813000945>
- Canby, N. K., Eichel, K., Lindahl, J., Chau, S., Cordova, J. & Britton, W. B. (2021). The contribution of common and specific therapeutic factors to mindfulness-based intervention outcomes. *Frontiers in Psychology*, 11.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603394>
- Cebolla i Martí, A. & Barrachina, M. T. M. (2009). The effects of mindfulness-based cognitive therapy: A qualitative approach. *Psychology in Spain*, 13, 9-16.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.20754>
- Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J., Silverton, S., Williams, J. M. & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behav Res Ther*, 63, 17-24.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.015>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M. & Ebert, D. D. (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(1), 21-30. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000057>

- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., Gulamani, T., Williams, G., Ferguson, A. & Segal, Z. V. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200-204.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000266>
- Finucane, A. & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6(1), 14.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-14>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Goldberg, D. (2011). The heterogeneity of "major depression". *World Psychiatry*, 10(3), 226-228. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00061.x>
- Grant, A. M. & Schwartz, B. (2011). Too much of a good thing: The challenge and opportunity of the inverted U. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 61-76.  
<https://doi.org/10.1177/1745691610393523>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M. & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and Its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336-346.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
- Hawley, L., Zuroff, D., Brozina, K., Dobson, K. & Ho, M.-H. (2014). Self-critical perfectionism and stress reactivity following cognitive behavioral therapy for depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7, 287-303.  
<https://doi.org/10.1521/ijct.2014.7.3.287>



- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M. & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Helsedirektoratet. (2015, 08. august 2022). § 3-1 Pasientens eller brukerens rett til medvirkning. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon/pasientens-eller-brukerens-rett-til-medvirkning>
- Hopkins, V. & Kuyken, W. (2012). Benefits and barriers to attending MBCT reunion meetings: an insider perspective. *Mindfulness*, 3(2), 139-150. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0088-3>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hachette Books. <https://books.google.no/books?id=-g-OSXrZeYYC>
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Mueller, T. I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R. M. A. & Shea, T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 809-816. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100053010>

- Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K. & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 339-344.  
<https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00266.x>
- Kupfer, D. J., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B. & Grochocinski, V. J. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 769-773.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100013002>
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Lewis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Richards, J., Shah, P., (...) & Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R. & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565-574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D. & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>

- Lau, M. A., Segal, Z. V. & Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1001-1017.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.003>
- Lilja, J. L., Broberg, M., Norlander, T. & Broberg, A. G. (2015a). Mindfulness-based cognitive therapy: Primary care patients' experiences of outcomes in everyday life and relapse prevention. 464-477. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.64044>
- Lilja, J. L., Broberg, M., Norlander, T. & Broberg, A. G. (2015b). Mindfulness-based cognitive therapy: Primary care patients' experiences of outcomes in everyday life and relapse prevention. 6, 464-477. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.64044>
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everywon has one and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Mason, O. & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British journal of Medical psychology*, 74(2), 197-212.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1348/000711201160911>
- McCartney, M., Nevitt, S., Lloyd, A., Hill, R., White, R. & Duarte, R. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(1), 6-21.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.13242>
- McPherson, S., Wicks, C. & Tercelli, I. (2020). Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 313.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02682-1>

- Monroe, S. M. & Harkness, K. L. (2005). Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 112, 417-445. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.417>
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M. & Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.7.1000>
- Murphy, H. & Lahtinen, M. (2015). 'To me, it's like a little box of tricks': Breaking the depressive interlock as a programme participant in mindfulness-based cognitive therapy. *Psychology Psychotherapy*, 88(2), 210-226. <https://doi.org/10.1111/papt.12041>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Sanne, U. A. (2021). *Participants experience of change after Mindfulness Based Cognitive Therapy for recurrent depression* [Hovedoppgave, Universitetet i Bergen].
- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J. L., Binder, P. E., Osnes, B., Franer, P. & Sørensen, L. (2021). Self-criticism and self-reassurance in individuals with recurrent depression: Effects of mindfulness-based cognitive therapy and relationship to relapse. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(3), 621-632. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/capr.12381>
- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J. L., Osnes, B., Binder, P. E., Franer, P. & Sørensen, L. (2020). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial. *BMC Psychology*, 8(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00417-1>

- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R. & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 749-755. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.749>
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M. & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*, 45(6), 840-850. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.001>
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2(3), 247-274. <https://doi.org/10.1080/02699938808410927>
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S53-S77. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00050-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00050-9)
- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B. & Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Watkins, E., Moberly, N. J. & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: Distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, 8, 364-378. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.364>
- Watkins, E. & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319-328. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.3.319>

Wells, A. (2013). Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 186-201. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.186>

Williams, J. & Mark, G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9204-z>

Williams, J. M. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1037/a0018360>

Williams, J. M. G., Fennell, M., Crane, R. & Silverton, S. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy with people at risk of suicide*. Guilford Publications.

Williams, K., Hartley, S., Anderson, I. M., Birtwell, K., Dowson, M., Elliott, R. & Taylor, P. (2022). An ongoing process of reconnection: A qualitative exploration of mindfulness-based cognitive therapy for adults in remission from depression. *Psychol Psychother*, 95(1), 173-190. <https://doi.org/10.1111/papt.12357>

Williams, K., Hartley, S., Langer, S., Manandhar-Richardson, M., Sinha, M. & Taylor, P. (2022). A systematic review and meta-ethnographic synthesis of Mindfulness-based Cognitive Therapy for people with major depression. *Clin Psychol Psychother*, 29(5), 1494-1514. <https://doi.org/10.1002/cpp.2773>

World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. I. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders*. *Global Health Estimates*. W. H. Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.

World Health Organization. (2021, 13. september 2021). *Depression*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Worsfold, K. E. (2013). Embodied reflection in mindfulness-based cognitive therapy for depression. *The Humanistic Psychologist*, *41*(1), 54-69.

<https://doi.org/10.1080/08873267.2012.732154>

## Appendix A

### Intervjuguide post MBCT

#### *Opplevelsen av kurset*

Jeg vil gjerne snakke med deg om dine opplevelser i løpet av kurset, og jeg har en del spørsmål jeg kommer til å stille om hvordan du har opplevd å delta i kurset – hva du har opplevd, hvilke positive eller negative erfaringer du har hatt under kurset og hvordan du opplever at den har hjulpet eller ikke hjulpet deg nå det gjelder det å mestre depresjon.

1 Først av alt – hvordan opplevde du kurset?

2 Opplevde du at kurset var til nytte for deg?

3 Hva synes du selv var det viktigste du fikk ut av kurset? (Har du noen tanker om hva det var som gjorde at dette ikke var til hjelp? Var det noe som likevel var nyttig, i så fall hva?)

4 Opplevde du at utbytte sto i forhold til innsatsen? (Hvordan var det for deg at det var lagt såpass stor vekt på hjemmeoppgaver)

5 Kan du huske en situasjon fra kurset som pekte seg ut som spesielt **positiv** for deg?

(hva var situasjonen, hva skjedde, hva kjente/følte/tenkte du, hva betydde det for deg)

6 Kan du huske en situasjon fra kurset som pekte seg ut som spesielt **vanskelig** eller **utfordrende** for deg?

(hva var situasjonen, hva skjedde, hva kjente/følte/tenkte du, hva betydde det for deg)

7 Hvordan opplevde du det at behandlingen foregår i gruppe med andre som har liknende plager som deg?

8 Nå er det mange øvelser i kurset som fokuserer på pust og kroppsopplevelse. Hvordan opplever du at det har vært for deg?



*Hvordan opplever deltakere at øvelsene har hatt betydning for deres opplevelse av å håndtere intense følelser, selvkritikk og selvmedfølelse?*

Nå ønsker jeg gjerne å høre om kurset kan ha hjulpet deg til å forholde deg til tanker og følelser på nye måter. Først kan vi se på tanker og følelser som du opplever som relativt vanskelige eller ubehagelige.

9 Opplever du at det er blitt tydeligere for deg hvilke tanker og følelser du har når noe kjennes ubehagelig?

I så fall - kan jeg få høre om noen eksempler på hvilke tanker og følelser det er?

10 Kunne jeg fått høre om en situasjon som har vært nå i etterkant av kurset hvor du opplevde at noe var blitt vanskelig for deg eller kjentes vondt? Hvordan forholdt du deg til deg selv? Ble du selvkritisk? På hvilken måte? Fikk du støttet deg selv? Hvordan?

Hva sa du til deg selv?

Hva gjorde du?

Der intervjupersonen gir eksempel på en situasjon med selvkritikk – har du også et eksempel på en situasjon hvor du behandlet deg selv på en vennlig måte når noe ble vanskelig eller kjentes vondt? Hva sa du da til deg selv? Hva gjorde du? Hvordan kjentes det i etterkant? Opplever du at du oftere å reagere med å behandle deg selv vennlig når ting er vondt?

Der intervjupersonen gir eksempel med vennlighet med seg selv og selvmedfølelse – har du også et eksempel på en situasjon hvor du reagerte helt annerledes og heller ble veldig kritisk til deg selv? Hva sa du da til deg selv? Hva gjorde du? Hvordan kjentes det i etterkant? Et det noe som er blitt annerledes i måten du er selvkritisk på nå sammenliknet med før kurset?

11 Opplever du at det er noen endring i hvilke følelser du opplever i hverdagen?

12 Tenker du i så fall dette har noe med kurset å gjøre?

13 Opplever du at noe generelt sett er blitt annerledes nå etter kurset når det gjelder hvordan du forholder deg til deg selv når noe kjennes vanskelig?

14 Kan du fortelle om hva som nå er annerledes?

15. Dere som deltar på kurset har jo opplevd å bli deprimerte flere ganger. Hvordan forholder du deg til muligheten for at depresjonen kan komme tilbake?

Har noe forandret seg ifht måten du forholder deg til muligheten for tilbakefall?

16 Om du i fremtiden skulle merke at du var i ferd med å bli deprimert – hvordan tenker du at du ville først oppdaget det? Hva vil du gjøre for å hindre at depresjonen forsterker seg eller utvikler seg videre? Er noe av dette annerledes enn før kurset?

17 Om vi nå tenker et par år fremover – hva tenker du tar med deg av kurset videre?

18 Og til slutt – er det noen spørsmål vi ikke har stilt, som du tenker at vi burde ha stilt?