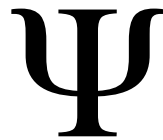




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Fra selvkritikk til selvaksept:  
En hermeneutisk-fenomenologisk kasusstudie av selvopplevelse og  
endringserfaringer i mindfulness-basert stressreduksjon for sosial angstlidelse*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Ylva Jansen**

Vår 2015

Veileder  
Aslak Hjeltnes

### Abstract

The aim of this explorative qualitative case study was to investigate the sense of self and change experiences of a university student participating in a mindfulness-based stress reduction program (MBSR) for young adults with social anxiety disorder. This case study was part of a larger clinical trial at the University of Bergen. In-depth interviews with the participant were conducted prior to and after participation in the MBSR-program. The interviews were analyzed using an interpretative phenomenological analytical approach (IPA). Six themes were identified: “Not feeling good enough for others”, “Living with high expectations”, “Avoiding difficult emotions”, “Finding room for self-acceptance”, “Experiencing emotions as manageable” and “Feeling less lonely”. I discuss the findings in relation to existing theory and research, as well as the relationships between the themes, in order to understand the subjective process of change. I also consider the process of reflexivity and possible limitations of the study. Finally some implications for clinical practice and suggestions for future research are made.

*Keywords:* qualitative analysis, case study, young adults, self-concept, self, hermeneutics, phenomenology, lived experience, social anxiety disorder, social phobia.

## Sammendrag

Denne eksplorerende kvalitative kasusstudien undersøker selvopplevelse og endringserfaringer hos en student med sosial angst før og etter deltakelse i en klinisk utprøving av mindfulness-basert stressreduksjonskurs (MBSR) for unge voksne med sosial angstlidelse. Kasusstudien var del av en større behandlingsstudie ved Universitetet i Bergen. Dybdeintervjuer ble gjennomført før og etter deltakelse på MBSR-kurset. Intervjuene ble analysert med utgangspunkt i fortolkende fenomenologisk analyse (IPA). Funnene ble organisert i seks tema: ”Å ikke føle seg god nok for andre”, ”Å leve med høye forventninger”, ”Å unngå vanskelige følelser”, ”Å finne rom for selvaksept”, ”Å oppleve følelser som mer håndterbare” og ”Å kjenne seg mindre alene”. Funnene drøftes i relasjon til eksisterende teori og forskning, i tillegg til forholdene mellom de ulike temaene, for å forstå den subjektive prosessen av endring. Refleksivitet og mulige begrensninger ved studien blir drøftet, samt implikasjoner for klinisk bruk og spørsmål for videre forskning.

*Nøkkelord:* kvalitativ forskning, kasusstudie, unge voksne, selvopplevelse, selv, hermeneutikk, fenomenologi, levd erfaring, sosial angstlidelse, sosial fobi.

## Forord

Jeg vil gjerne benytte anledningen til å takke min veileder, Aslak Hjeltnes, for at jeg fikk delta inn i hans doktorgradsprosjekt, og for all tillitt og tiltro han har vist meg gjennom dette. Det at jeg også fikk anledning til å skrive min hovedoppgave i tilknytning til deler av dette materialet har vært utrolig spennende og lærerikt. Det har betydd mye å bli møtt med hans engasjement, trygghet og oppmuntring gjennom hele denne prosessen. Jeg vil også få rette en stor takk til min far, Peder Jansen, som tålmodig har tatt seg tid til å lese oppgaven, og kommet med gode og konstruktive tilbakemeldinger.

I oppgaven har jeg valgt å oversette de fleste sitater til norsk, men har valgt å bevare enkelte sitater på originalspråket for å ivareta viktige nyanser i disse kildene.

## Innholdsfortegnelse

<b>INNLEDNING</b>	<b>s. 1</b>
Sosial angstlidelse	s. 1
Sosial angstlidelse hos unge voksne	s. 2
Kjennetegn ved sosial angstlidelse	s. 2
Konsekvenser av sosial angstlidelse	s. 4
Psykologiske behandlingsmetoder for sosial angstlidelse	s. 5
Selvopplevelse og sosial angstlidelse	s. 5
Mindfulness	s. 7
Mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR)	s. 8
Forskning på mindfulness-basert behandling og sosial angst	s. 10
Kvalitativ forskning på erfaringene til personer med sosial angstlidelse	s. 12
Mål for denne oppgaven	s. 14
Forskningsspørsmål	s. 15
<b>METODE</b>	<b>s. 15</b>
Metodisk tilnærming	s. 15
Kasusstudie	s. 15
Fortolkende fenomenologisk analyse	s. 16
Deltakere	s. 18
Bakgrunnsinformasjon om deltakeren i denne kasusstudien	s. 19
Forskerne	s. 19
Datainnsamling	s. 20
Dataanalyse	s. 20

Etikk .....	s. 21
<b>RESULTATER .....</b>	<b>s. 22</b>
Intervju før deltakelse .....	s. 23
”Fake it till you make it”: Å ikke føle seg god nok for andre .....	s. 23
”Det er viktig å få det til”: Å leve med høye forventninger .....	s. 25
”Det er vel et element av flukt i mye av mine mestringsstrategier”: Å unngå vanskelige følelser .....	s. 27
Intervju etter deltakelse .....	s. 30
”Det har vært viktig å slutte å kjempe”: Å finne rom for selvaksept .....	s. 30
”Vi er ikke våre tanker og følelser”: Å oppleve følelser som mer håndterbare .....	s. 34
”Det er ikke bare meg”: Å kjenne seg mindre alene .....	s. 36
<b>DISKUSJON .....</b>	<b>s. 38</b>
Funnene sammenliknet med eksisterende teori og forskning .....	s. 38
Erfaringene av endring i løpet av behandling .....	s. 45
Fra selvkritikk til selvaksept .....	s. 45
Fra isolasjon til felles menneskelighet .....	s. 46
Fra unngåelse til å håndtere vonde følelser .....	s. 48
Hvordan kan vi forstå disse endringene i lys av eksisterende teori og forskning? .....	s. 49
Repersepsjon .....	s. 49
Eksponering .....	s. 51
Selvmedfølelse .....	s. 51
Selvfølelse, selvmedfølelse og psykisk helse .....	s. 52

Metodiske begrensninger ved studien .....	s. 54
Refleksivitet .....	s. 55
Implikasjoner for forskning og klinisk praksis .....	s. 56
Konklusjon .....	s. 57
Referanser .....	s. 59
Appendiks A: Intervjuguide 1 .....	s. 74
Appendiks B: Intervjuguide 2 .....	s. 77



Hvordan er det å være ung og oppleve angst eller usikkerhet i relasjoner til andre mennesker? Hvordan kan erfaringene av å leve med symptomer på sosial angst være med på å forme hvordan en ser på og opplever seg selv? På hvilken måte kan mindfulness-basert gruppebehandling være til hjelp for unge mennesker som strever med sosial angstlidelse? Hvilke personlige erfaringer beskriver deltagere etter å ha deltatt i et mindfulness-basert stressreduksjonsprogram? Denne oppgaven vil undersøke og drøfte disse spørsmålene med utgangspunkt i en hermeneutisk-fenomenologisk kasantalyse, som vil utforske hvordan en deltaker i en klinisk studie av mindfulness-basert stress reduksjon (MBSR) for sosial angstlidelse beskrev sine erfaringer før og etter behandling.

### **Sosial angstlidelse**

Angstlidelser er en samlebetegnelse for psykologiske tilstandsbilder som innebærer overdreven angst og frykt (American Psychiatric Association, 2013; Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Epidemiologiske undersøkelser tyder på at sosial angstlidelse (SAD) eller sosial fobi (SP) er blant de mest prevalente angstlidelser i befolkningen, med prevalenstall på 11-13% (Kessler, 2003; Kessler et al., 2005; Kessler et al., 1994; Lecrubier et al., 2000; Mykletun et al., 2009). Karakteristisk for lidelsen er en ”markert frykt for sosiale situasjoner der personen risikerer å bli negativt evaluert av andre”, og mange med lidelsen frykter å bli oppfattet som engstelige, kjedelige, dumme eller ikke å bli likt (American Psychiatric Association, 2013). Dette medfører at individer med sosial fobi, som er begrepet som brukes om lidelsen av Verdens Helseorganisasjon (Verdens Helseorganisasjon, 1992), ofte unngår sosiale situasjoner. Personer som har sosial angstlidelse beskriver negative tanker om seg selv, og beskriver ofte et negativt selvfokus i interaksjoner med andre mennesker (McGinn &

Newman, 2013). Meta-analyser indikerer at individer med SAD ofte har så uttalt unngåelse av ubehagelige sosiale situasjoner at de lever i sosial isolasjon, noe som kan bidra til å forsterke psykiske og sosiale problemer (Teo, Lerrigo, & Rogers, 2013). I oppgaven vil begrepene sosial angstlidelse, sosial angst og SAD bli benyttet om hverandre.

**Sosial angstlidelse hos unge voksne.** Sosial angstlidelse har tidligere debut enn andre angstlidelser (Lecrubier et al., 2000), og debuterer ofte i ungdomsårene eller i tidlig voksen alder (American Psychiatric Association, 2013; Grant et al., 2005; Ruscio et al., 2008; Simon et al., 2002; Verdens Helseorganisasjon, 1992; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000). Undersøkelser antyder at symptomer på sosial angstlidelse er spesielt utbredt blant unge voksne (Lecrubier et al., 2000; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998). Mange unge voksne befinner seg i en periode av livet der sosialisering til voksenlivet står sentralt, og der endringer knyttet til personlig identitet, interpersonlige relasjoner og tilpasning til en ny livssituasjon som student kan være utfordrende (Arnett, 2000). Dette kan bidra til at unge voksne er ekstra sårbare for utvikling av sosial angstlidelse, i tillegg til akkumulering av kompliserende faktorer og kroniske psykologiske vansker (Stewart & Mandrusiak, 2007; Wittchen et al., 1998). På tross av denne livsperiodens betydning for utvikling av sosial angstlidelse, hevder flere at forskningslitteraturen er mangelfull når det kommer til fokus på behandling av individer med sosial angstlidelse i denne aldersgruppen (Piet, Hougaard, Hecksher, & Rosenberg, 2010; Tillfors et al., 2008).

**Kjennetegn ved sosial angstlidelse.** Et viktig kjennetegn ved sosial angstlidelse er at det forekommer lite spontan bedring hos mennesker som ikke mottar aktiv behandling. Det er en lidelse som ofte følger et kronisk forløp i ubehandlet form, og

mange personer oppgir å ha hatt problemer med SAD i mange år før de kommer i kontakt med helsevesenet (Clark & Wells, 1995; Davidson, Hughes, George, & Blazer, 1993; Wittchen & Beloch, 1996; Wittchen et al., 2000). Likevel, på tross av betydelige konsekvenser for personene som rammes, ser det ut til at mange ikke oppsøker behandling (Feldman & Rivas-Vazquez, 2003; Wittchen et al., 2000). I en epidemiologisk undersøkelse fra USA er det funnet at så mange som 80% av personer med sosial angstlidelse går ubehandlet (Grant et al., 2005), og SAD ser ut til ofte å bli oversett og forbli ubehandlet i helsevesenet (Wittchen et al., 2000). Det er mulig at lidelsens iboende natur bidrar til at det blir vanskelig for mange å søke hjelp, på tross av at det finnes behandling med dokumentert effekt (Grant et al., 2005; Simon et al., 2002). I noen undersøkelser rapporterer personer med sosial angstlidelse gjennomsnittlig å ha hatt symptomplager i rundt 20 år. Denne perioden ser ut til å være noe kortere for personer med andre komorbide psykiske plager (Wittchen et al., 2000).

Livstidsprevalensen for sosial angstlidelse varierer mellom ulike epidemiologiske studier, men flere større amerikanske undersøkelser rapporterer en livstidsprevalens på 11-13%. I disse studiene er prevalenstall for de siste 12 måneder funnet til å ligge på rundt 6-9% (Kessler et al., 2005; Kessler et al., 1994; Ruscio et al., 2008). Epidemiologiske data fra 2001 viser at 7,9% i den norske befolkningen oppgav å ha hatt en sosial angstlidelse de siste 12 måneder, mens 13,7% vil oppleve å ha sosial angst i løpet av livet (Hougaard, 2012; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001; Mykletun et al., 2009). Lidelsen er noe mer prevalent blant kvinner enn blant menn (American Psychiatric Association, 2013).

Epidemiologiske undersøkelser viser at 46% av personer med sosial angstlidelse oppgir å lide av en eller flere komorbide psykiske lidelser. Denne andelen øker til 71%

når livstidsprevalensen undersøkes (T. A. Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001). Forekomsten av sosial angstlidelse kommer ofte forut for utvikling av andre komorbide psykiske lidelser (Grant et al., 2005; Wittchen et al., 2000). Studier har videre vist at pasienter med sosial angstlidelse sammen med komorbide tilstander har enda større funksjonsnedsettelse (Wittchen et al., 2000).

**Konsekvenser av sosial angstlidelse.** For mange mennesker innebærer sosial angstlidelse negative konsekvenser for flere viktige livsområder. Personer med sosial angst som ikke lider av komorbide lidelser viser betydelige funksjonsnedsettelser med hensyn til nære relasjoner, yrkesvirksomhet og psykisk helse, sammenliknet med den generelle populasjon (Simon et al., 2002). I en undersøkelse av Wittchen (2000) rapporterte også personer med subkliniske sosial angstsymptomer å oppleve betydelige funksjonsnedsettelser. Personer med sosial angstlidelse rapporterer større vansker med gjennomføring av høyere utdanning, økonomi, yrkesdeltakelse og etablering av mellommenneskelige relasjoner (Katzelnick et al., 2001; Stein & Kean, 2000). De har lavere sannsynlighet for å fullføre høyere utdanning, tjener gjennomsnittlig mindre, er oftere arbeidsledige og er oftere mottagere av velferdsordninger, sammenliknet med den generelle populasjonen (Katzelnick et al., 2001). Personer med SAD oppgir også problemer i mellommenneskelige relasjoner, og oppgir generelt å føle seg utilstrekkelige i sine relasjoner med andre. Mange rapporterer høyere grad av ekteskapelige konflikter og større vanskeligheter med å finne livspartner. Personer med sosial angstlidelse rapporterer også flere problemer med seksuelle relasjoner og seksuelle dysfunksjoner (Bodinger et al., 2002), i tillegg til å oppleve større vansker med å innfri forventninger til sosiale roller og yrkesvirksomhet (Moitra, Beard, Weisberg, & Keller, 2011).

**Psykologiske behandlingsmetoder for sosial angstlidelse.** Det finnes flere empirisk støttede behandlingsformer for sosial angstlidelse (Jazaieri, Goldin, Werner, Ziv, & Gross, 2012), og kognitiv atferdsterapi (KAT) er en av behandlingsformene som ofte benyttes i behandlingen av SAD (Hougaard, 2012; McGinn & Newman, 2013). Behandlingen innebærer bruk av ulike teknikker, som kognitiv restrukturering, eksponeringsterapi, selvinstruksjon og avspenningstrening. Meta-analyser støtter opp under KAT som en effektiv form for behandling for sosial angstlidelse (Acarturk, Cuijpers, Van Straten, & De Graaf, 2009; Canton, Scott, & Glue, 2012). Likevel er det funnet at prosentandelen av personer med SAD som opplever bedring ved hjelp av behandling med kognitive tilnærminger varierer fra rundt 50% (E. J. Brown, Heimberg, & Juster, 1995) opp til 65-75% (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004). Dette innebærer at selv om mange har nytte av behandling gjennom kognitive behandlingsformer, er det fortsatt en betydelig andel pasienter som ikke oppnår bedring gjennom disse behandlingstilnærmingene. Det er derfor viktig å utvikle andre psykologiske behandlingsalternativer for mennesker med sosial angstlidelse.

### **Selvopplevelse og sosial angstlidelse**

Selvopplevelse er viktig for å forstå de personlige konsekvensene av det å leve med SAD. Forskning tyder på at personer med sosial angstlidelse ofte har lav selvfølelse (Lecrubier et al., 2000; Rasmussen & Pidgeon, 2011). Selvfølelse defineres i Oxford Dictionary of Psychology som "Ens holdning ovenfor, mening om eller evaluering av seg selv" (Coleman, 2006, s. 679, egen oversettelse). Mange med SAD rapporterer negative selvoppfatninger og å bli overdrevent selvfokuserte i interaksjoner med andre mennesker (McGinn & Newman, 2013; Spurr & Stopa, 2002), å være sensitive for kritikk, og å ha vanskeligheter med selvhevdelse i mellommenneskelige

relasjoner (Lecrubier et al., 2000). I tillegg oppgir mange problemer med følelser av skam, samt å kjenne seg mindreverdige i sosiale situasjoner (Lecrubier et al., 2000).

Selvkritikk er funnet å ha en robust sammenheng med sosial angst (Cox, Fleet, & Stein, 2004), og høye nivåer av selvkritikk er også fremhevet i kognitive behandlingsmodeller for sosial angstlidelse (Clark & Wells, 1995; Hoffart, Borge, Sexton, & Clark, 2009). Blatt (1974, s. 117 i Cox et al., 2004) beskriver selvkritikk som:

En form for selvevaluering som innebærer følelser av verdiløshet og skam, og som i stor grad er relatert til å ha en opplevelse av å ikke å evne å leve opp til andres forventninger, noe som igjen vil føre til avvising og kritikk (s. 228, egen oversettelse).

Skam er og en viktig emosjon som ofte forekommer hos personer med sosial angstlidelse (Gilbert, 2000). Skam er et resultat av en indre evaluering av handlinger i henhold til ytre standarder, regler og mål, og en global evaluering av selvet (Lewis, 2011). Lewis (1992) argumenterer for at manglende evne til å leve opp til andre sine standarder fører til frykt, angst og tristhet hos individet. Etter utviklingen av objektiv selvbevissthet blir skam lagt til følelser av tristhet, angst og frykt. Tangney, Wagner og Gramzow (1992) poengterer at når det kommer til skam er hele selvet gjenstand for bekymring. Negative erfaringer oppleves som en refleksjon av ”et dårlig selv”, og selvet blir smertelig gransket og negativt evaluert.

Clark og Wells (1995) beskriver selv-fokusert oppmerksomhet som en sentral opprettholdende faktor i sosial angstlidelse, ettersom det øker tilgang til negative tanker og følelser, i tillegg til at det kan påvirke prestasjoner og forhindrer individet fra å ta inn ytre informasjon som kan avkrefte personens negative forestillinger. Kognitive modeller

av sosial angstlidelse foreslår at lidelsen har opphav i kognitive prosesser hos den rammede, ettersom flere kognitive prosesser karakteriserer lidelsen (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997), som frykt for negativ evaluering, uhensiktsmessige selvrefererende kognisjoner og overdreven selvfokus. Modellene innenfor den kognitive tradisjon hevder at personer med sosial angst ser verden på en måte som innebærer særlig fokus på overdreven negativ selvevaluering (Rapee & Heimberg, 1997; Werner et al., 2012).

Negativ selvfokusert oppmerksomhet (self-referential processing) øker ofte i sosiale situasjoner og prestasjonssituasjoner for personer med SAD (Spurr & Stopa, 2002), og negativ selvfokusert oppmerksomhet forvrenger fortolkninger av sosiale signaler og opprettholder frykt for sosiale situasjoner (Bögels & Mansell, 2004). Goldin, Ramel og Gross (2009) antar at negativ selvfokusert oppmerksomhet i sosial angstlidelse bidrar til økt negativ emosjonell reaktivitet og vansker med kognitiv regulering av emosjoner. Dysregulering av emosjonelle tilstander (Jazaieri, Morrison, Goldin, & Gross, 2015) og overdreven selvfokusert oppmerksomhet (Spurr & Stopa, 2002) er også fremhevet som medvirkende faktorer til problemene personene med sosial angstlidelse opplever. Goldin et al. (2010) foreslår derfor kliniske intervensjoner rettet mot disse selvrefererende prosessene som en mulig tilnærming for å modulere grunnleggende psykologiske mekanismer i sosial angstlidelse, og foreslår mindfulness-basert behandling som en mulig måte å arbeide med å redusere selvrefererende prosesser hos personer med sosial angst.

### **Mindfulness**

Mindfulness er blitt beskrevet som en særegen form for bevisst oppmerksomhet, som involverer en bestemt måte å forholde seg til erfaringer på (Germer, 2005;

Goldstein & Kornfield, 1987). Kabat-Zinn (2003) har definert mindfulness som "the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and non-judgmentally to the unfolding of experience moment by moment" (s. 145). Germer (2009) har videreført denne definisjonen og beskriver mindfulness som "oppmerksomhet i øyeblikket med aksept" (s. 4, egen oversettelse). Det er en måte å være oppmerksom og tilstede i øyeblikket som ikke er dømmende, men vennlig, og uten ønske om å endre noe i erfaringen. På norsk benyttes gjerne begrepet "oppmerksomt nærvær" (Binder & Vøllestad, 2010). Binder og Vøllestad (2010) har definert "oppmerksomt nærvær" som:

En tilstand eller holdning av oppmerksomhet på det som erfares her og nå, både av kroppslige sansninger, følelser, ønsker og tanker, med iaktakelse av disse mentale tilstandenes forgjengelighet – de kommer og går, hvor en er åpen for både det som kjennes behagelig, ubehagelig og nøytralt, og hvor en kan møte det som dukker opp i en selv med vennlig akseptering (s. 112).

Mindfulness har tradisjonelle røtter fra buddhistiske meditasjonstradisjoner (spesielt Theravada-Buddhisme), men har de senere årene fått økende grad av oppmerksomhet innenfor vestlig medisin- og atferdsfag (McCown, Reibel, & Micozzi, 2010). Interessen for Østens filosofiske og meditative praktiseringer har likevel vært tilstede lenge, blant annet blant tidlige psykoanalytikere (Germer, 2005). I nyere tid er det blitt økende fokus på integrasjon mellom mindfulness og psykoterapi gjennom vitenskapelig forankrede mindfulness intervensjoner, slik som mindfulness-basert stress reduksjon (MBSR).

**Mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR).** MBSR ble utviklet av Jon Kabat-Zinn og kollegaer på slutten av 1970-tallet (Kabat - Zinn, 2003). Programmet



innebar en integrasjon av buddhistiske meditasjonsøvelser inn i en vestlig medisinsk kontekst, og er i dag en av de mest brukte behandlingsmodellene innenfor mindfulness-feltet. I MBSR, som er et gruppeprogram, ligger fokuset på den gradvise utviklingen av oppmerksomhet her og nå, eller mindfulness. Brantley (2005) beskriver tre sentrale prinsipper gjennom kurset: 1) ”uavhengig av din tilstand, i MBSR-programmet tror vi det er mer rett med deg enn galt”, 2) ”være, ikke gjøre” og 3) ”å ikke vite”. Det første prinsippet oppsummerer troen på alle menneskers iboende evne for medfølelse og aksepterende tilstedeværelse, og at en gjennom denne tilstedeværelsen kan oppnå dyperegående læring, bedring og transformasjon. Det andre prinsippet innebærer målet om å gjenkjenne vaner av stress og streben, og heller lære bare ”å være”. Dette innebærer å stoppe opp, og være oppmerksom på erfaring slik det utfolder seg, uten å forsøke å endre noe ved erfaringen. Det tredje prinsippet innebærer å gi slipp på ideer, fordommer og tanker om erfaring, og være villig til å flytte oppmerksomheten og åpne bevisstheten for erfaringen slik den forekommer her og nå.

Strukturelt er MBSR-programmet lagt opp til å gå over 8 uker, med møter på 2-2,5 timer per uke, én gang i uken. Aktivitetene i timene inkluderer ofte instruksjon, formell praksis av ulike mindfulness-øvelser og enkle yogaøvelser. I tillegg legges det ofte opp til mulighet for drøfting blant deltakere for å fremme deltakernes meditasjonspraksis, bruken av mindfulness i den gitte situasjon, og å se sammenhenger mellom sinn-kropp, helse og stress. I tillegg til de ukentlige møtene er det én fulldags sesjon, der man praktiserer hele dagen, med mulighet for lengre perioder meditasjon uten avbrekk. Utover dette bes ofte deltakere om å forplikte seg til å praktisere formell mindfulness i 45 minutter til en time om dagen, hver dag de 8 ukene kurset foregår (Brantley, 2005). Programmet ble i utgangspunktet utviklet for å fremme økt helse og

økt mestring av helseplager blant pasienter med alvorlige og kroniske somatiske sykdommer (Brantley, 2005). De siste tiårene har imidlertid bruken av MBSR-programmet blitt utvidet til nye kontekster, og anvendes i dag for et økende antall ulike pasientgrupper, inkludert pasienter med psykiske vansker (Baer, 2003; Kabat - Zinn, 2003).

**Forskning på mindfulness-basert behandling og sosial angst.** Det er de senere årene blitt publisert en rekke forskningsstudier på MBSR som tilnærming til å redusere stress og fremme psykisk og somatisk helse (Brantley, 2005; De Vibe et al., 2012; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Forskning tyder på at MBSR har moderate og konsistente effekter på en rekke mål på psykisk og somatisk helse, for en rekke kliniske og ikke-kliniske populasjoner. Videre ser det også ut til at MBSR kan fremme personlig utvikling, eksempelvis gjennom økt empati og mestring, samt øke oppmerksomt nærvær og generell livskvalitet (De Vibe et al., 2012).

Det er publisert flere studier som tar for seg effekten av mindfulness-baserte intervensjoner når det kommer til angstlidelser (Bögels, Sijbers, & Voncken, 2006; Craigie, Rees, Marsh, & Nathan, 2008; Evans et al., 2008; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Hofmann et al., 2010; Vøllestad, Nielsen, & Nielsen, 2012), og flere kliniske studier støtter opp om mindfulness-baserte intervensjoner for denne gruppen lidelser (Goldin & Gross, 2010; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995; Vøllestad, Sivertsen, & Nielsen, 2011). Kabat-Zinn et al. (1992) fant i en studie av 22 pasienter med generalisert angstlidelse og/eller panikk-lidelse signifikante positive endringer på målinger av angst- og depressive symptomer etter gjennomføring av MBSR-behandling. De positive endringene ble funnet både etter behandlingsslutt, samt ved tre måneders oppfølging (Kabat-Zinn et al., 1992). Ved oppfølging tre år senere ble

det funnet at behandlingseffektene hadde blitt opprettholdt (Miller et al., 1995). Hofmann et al. (2010) fant i en meta-analyse av mindfulness-basert behandling for pasienter med angst og depresjon store effektstørrelser for bedring av angst- og depresjonsplager (Hedges  $g$  0,97). En annen, nyere meta-analyse av mindfulness-baserte intervensjoner spesifikt rettet mot angst-lidelser fant liknende effektestimater (Hedges  $g$  1,08 within-group pre-post; 0,83 i kontrollerte studier between-group) (Vøllestad et al., 2012). Kocovski, Flemming og Rector (2009) fant i sin studie av mindfulness-basert behandling for sosial angstlidelse at deltakerne hadde signifikante reduksjoner i symptomer på sosial angst og depresjon etter å ha gjennomført behandling. Goldin et al. (2009) fant i en studie redusert negativ selvfokusert oppmerksomhet og øket positiv selvfokusert oppmerksomhet hos en gruppe med sosial angstlidelse etter gjennomføring av et MBSR-kurs for sosial angst. Goldin og Gross (2010) fant liknende i sin studie reduksjoner i angst- og depresjonssymptomer, samt øket selvfølelse, blant en gruppe personer med sosial angstlidelse som hadde gjennomgått MBSR-behandling. Jazaieri og medarbeidere (2012) fant i en sammenlikning av MBSR og fysisk trening for sosial angstlidelse positive resultater på ulike mål, som angst- og depresjonssymptomer og subjektiv velvære, av begge disse tilnærmingene sammenliknet med en kontrollgruppe. De konkluderte med at mindre tradisjonelle tilnærminger, som MBSR og treningsterapi, kan være viktige fokus for videre forskning for å styrke behandlingstilbudet for personer med sosial angst som ikke profitterer på eller ønsker tradisjonell behandling.

Funnene i forskning på mindfulness-baserte intervensjoner i behandling av angst er positive (Baer, 2003; Hofmann et al., 2010; Vøllestad et al., 2012). Tilgjengelig forskning tyder på at terapeutiske intervensjoner som retter seg mot å fremme

mindfulness og øke aksept er effektive i å redusere plager relatert til angst og angstlidelser (Hofmann et al., 2010; Vøllestad et al., 2012). Goldin et al. (2009) foreslår mindfulness-basert behandling som en mulig måte å arbeide med å redusere selvrefererende prosesser hos personer med sosial angst. De antar at personer med sosial angstlidelse gjennom mindfulness-trening kan lære seg å skifte fra kognitivt fordreide bilder av selvet i sosiale situasjoner til mer adaptive og realistiske måter å se og oppleve seg selv (Goldin et al., 2009). Forskningslitteraturen tyder på at mindfulness-baserte tilnærminger kan være et viktig bidrag i behandlingen av angstlidelser, og sosial angstlidelse mer spesifikt (Goldin & Gross, 2010; Hofmann et al., 2010; Vøllestad et al., 2012). I behandlingslitteraturen er det etterlyst fokus på de psykologiske prosessene som bidrar til endring i mindfulness-baserte behandlingsformer (Baer, 2003). Kvalitativ forskning muliggjør å undersøke prosess- og endringsmekanismer i psykoterapi (Binder, Holgersen, & Moltu, 2012), og vil kunne bidra til å avdekke nettopp slike endringsprosesser som det etterlyses fokus på.

### **Kvalitativ forskning på erfaringene til personer med sosial angstlidelse**

Malterud (2011) definerer kvalitative metoder som ”forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres” (s. 26). Kvalitative forskningsstudier brukes innenfor i psykoterapifeltet for å utforske hvordan pasienter og terapeuter opplever ulike prosesser i psykologisk behandling (Binder et al., 2012), og brukes ofte til å belyse hvorfor noen terapier er virksomme for noen, men ikke for andre (McManus, Peerbhoy, Larkin, & Clark, 2010). Kvalitative forskningsmetoder blir i økende grad anerkjent som forskningsmetoder som er nyttige for å undersøke den erfaringsmessige virkeligheten til både pasienter og terapeuter (Binder et al., 2012), og de senere årene har man innenfor

klinisk psykologiforskning sett en gradvis økning i antallet kvalitative forskningsartikler (Rennie, Watson, & Monteiro, 2002). Spørsmål om prosess og endring i terapi kan gi nyttig og meningsfull informasjon i tillegg til undersøkelser som fokuserer på terapiens effekt, som gjerne undersøkes gjennom kvantitative undersøkelser (Binder et al., 2012).

På tross av en økning i forekomsten av forskning på sosial angstlidelse de senere årene, er det gjort få kvalitative studier av erfaringene til mennesker som opplever eller mottar psykologisk behandling for SAD. Én kvalitativ kasusstudie av Brady og Whitman (2012) beskriver et behandlingsforløp av en pasient med sosial angst ved bruk av aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en terapiform som bruker mindfulness som en del av behandlingen. Denne studien analyserer et vellykket behandlingsforløp av en student med sosial angst ved bruk av ACT. Et annet unntak er McManus et al. (2010), som utførte en kvalitativ studie der de undersøkte psykologiske endringserfaringer av en gruppe voksne klienter etter å ha gjennomført kognitiv atferdsterapeutisk gruppebehandling for sosial angst. I analysene av deltakernes erfaringer av behandlingen fant de flere faktorer som er antatt å være sentrale med tanke på opprettholdelsen av sosial angstlidelse i kognitive modeller, og disse faktorenes betydning for endringsprosessene i kognitiv behandling for sosial angstlidelse.

Metasynteser av kvalitative forskningsstudier på mindfulness-basert behandling antyder at det så langt ikke foreligger publikasjoner av kvalitative undersøkelser av erfaringene til unge voksne i behandling for sosial angst gjennom mindfulness-basert gruppebehandling (Malpass et al., 2012; Wyatt, Harper, & Weatherhead, 2013). Det foreligger heller ikke studier som har sett nærmere på beskrivelser av selvopplevelse hos unge voksne som søker behandling for sosial angst.

**Mål for denne oppgaven**

Flere forskere har beskrevet viktige sammenhenger mellom lav selvfølelse, høye nivåer av selvkritikk og sosial angst (Cox et al., 2004; Cox et al., 2000; Rasmussen & Pidgeon, 2011). På bakgrunn av dette er arbeid med selvopplevelse og selvkritikk foreslått som potensielle effektive tiltak i behandlingen av SAD (Allen & Leary, 2010; Neff, 2003b). Pauly og McPherson (2010) påpeker at eksisterende forskning i liten grad gir innsikt i og forståelse for individuelle erfaringer knyttet til selvopplevelse.

Mindfulness-baserte tilnærminger er foreslått som potensielle virksomme behandlingsformer for sosial angstlidelse (Baer, 2003; Hofmann et al., 2010; Vøllestad et al., 2012), og MBSR er den mest utbredte behandlingsintervensjonen bygget på mindfulness-prinsipper (Neff & Vonk, 2009). Baer (2003) påpeker samtidig et behov for flere empiriske forskningsstudier for å kartlegge det bredere spekteret av individuelle endringer i mindfulness-intervensjoner. I tillegg etterlyser Baer (2003) fokus på endringsprosessene mindfulness-baserte behandlingsformer virker gjennom. Mace (2008) argumenterer for at kvalitative studier kan bidra til systematisk utforskning av endringsprosessene i mindfulness-baserte tilnærminger, og påpeker at det er behov for flere kvalitative studier i den eksisterende litteraturen på mindfulness-baserte intervensjoner. I forskningslitteraturen er undersøkelser av erfaringer etter deltakelse i mindfulness-basert behandling for sosial angst manglende (Malpass et al., 2012; Wyatt et al., 2013). I den eksisterende litteraturen foreligger det ikke kvalitative kasusstudier som har undersøkt selvopplevelse hos deltakere i mindfulness-basert behandling for sosial angstlidelse.

### **Forskningsspørsmål**

Denne oppgaven vil undersøke hvilken personlig betydning mindfulness-basert behandling kan ha for hvordan unge mennesker med sosial angstlidelse opplever seg selv og forholder seg til sine vansker. I oppgaven vil jeg gjennomføre en kasantanalyse av hvordan en deltaker i en større klinisk studie av MBSR for sosial angstlidelse beskrev sine erfaringer før og etter deltakelse på kurset. Den overordnede problemstillingen for oppgaven vil være: Hvordan beskriver en deltaker i et 8-ukers MBSR-kurs for sosial angst sine endringer i selvopplevelse før og etter deltakelse?.

### **Metode**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i kvalitative data fra en større naturalistisk behandlingsstudie av mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR) for unge voksne med sosial angstlidelse, som ble gjennomført ved Universitetet i Bergen (UiB) i perioden 2013-2014 (Hjeltnes et al., 2012). De kvalitative dataene består av to dybdeintervjuer som ble gjennomført med en deltaker før og etter deltakelse i denne studien. Målet med dette prosjektet var å undersøke endringserfaringer og brukererfaringer gjennom deltakelse i et MBRS-kurs som en tidlig intervensjon for unge voksne med sosial angstlidelse. For å analysere dataene benyttet jeg en kvalitativ forskningsmetodologi, fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) (J. A. Smith, Flowers, & Larkin, 2009), for å undersøke erfaringene til denne deltageren før og etter gjennomføring av behandling.

### **Metodisk tilnærming**

**Kasusstudie.** Yin (2013) beskriver at en klassisk kasusstudie består av "an in depth inquiry into a specific and complex phenomenon (the "case"), set within it real-world context" (s. 321). En kasusstudie søker å undersøke et fenomen i dybden fremfor å generalisere eller trekke større slutninger om sammenhenger på gruppenivå (Thomas,

2011). Kasusstudier vektlegger å studere fenomenets egenart og kompleksitet, i tillegg til de naturlige kontekster som fenomenet inngår i, og er nyttige for å se fenomener i sin helhet. Et viktig formål med kasusstudier er å kunne analysere det karakteristiske ved fenomenet som studeres, men med en større detaljrikdom og helhetsforståelse enn det som er mulig i studier med større utvalg. Thomas (2011) fremhever at styrkene til kasusstudier er muligheten til å gi et rikt og fylldig bilde av fenomenene som undersøkes.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i en kvalitativ kasantalyse av endringserfaringer hos en deltager i denne større behandlingsstudien ved UiB, for å undersøke hvordan denne personen beskrev sine endringer i selvopplevelse før og etter deltakelse i mindfulness-basert behandling. I oppgaven valgte jeg å fokusere på selvopplevelse for å utforske hvordan mindfulness-basert gruppebehandling potensielt kan innvirke i hverdagen til mennesker som strever med sosial angstlidelse, og undersøke hvordan mennesker erfarer og forholder seg til sine vansker etter å ha gjennomgått slik behandling. Kasantalyser kan blant annet bidra til å generere hypoteser og nye forskningsspørsmål for større forskningsstudier (Thomas, 2011). Det foreligger ingen tidligere publiserte kasusstudier i forskningslitteraturen som tar for seg endringsprosesser hos personer med sosial angst som deltar i mindfulness-basert gruppebehandling, og valget av en kvalitative kasantalyse ble gjort for potensielt å undersøke et nytt og utforsket kunnskapsområde.

**Fortolkende fenomenologisk analyse.** Analysene i denne oppgaven tok utgangspunkt i fortolkende fenomenologisk analyse (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA) (J. A. Smith et al., 2009; J. A. Smith & Osborn, 2003). Målet med denne metoden er å utforske hvordan mennesker forstår og skaper mening til egne erfaringer,



og betydningene disse tillegges av den enkelte (J. A. Smith et al., 2009; J. A. Smith & Osborn, 2003). IPA bygger på tre teoretiske grunnsteiner: Fenomenologi, hermeneutikk og idiografi (J. A. Smith & Shinebourne, 2012). Fenomenologi kan defineres som "the study of structures of consciousness as experienced from the first-person point of view" (D. W. Smith, 2011). IPA-tilnærmingen er fenomenologisk i det at målet for undersøkelsen innebærer et forsøk på å beskrive, og ønske om å komme så nær den personlige opplevelsen (førstepersonsperspektivet) til deltakeren som mulig. J. A. Smith, Flowers og Larkin (2009) påpeker samtidig at analysene av kvalitative data i denne forskningsmetoden er en dynamisk og fortolkende prosess, hvor forskeren selv har en viktig og aktivt fortolkende rolle i møtet med datamaterialet, noe som henspiller til det hermeneutiske i tilnærmingen. Hermeneutikk kan defineres som "kunsten eller vitenskapen om fortolkning" (Oxford English Dictionary, 2013, egen oversettelse). Dette innebærer at man som forsker forsøker å forstå gjennom å gi en fortolkning av hva deltakeren formidler, samtidig som denne forskerposisjonen også vil være formet av egne faglige og personlige perspektiver og forståelsesstrukturer (J. A. Smith & Osborn, 2003). Den tredje sentrale komponenten i IPA-metodologien er den ideografiske forskningstilnærmingen, som vektlegger betydningen av å studere det individuelle, unike og spesielle, fremfor nomotetisk forskning, der målet og ønsket er å generalisere på gruppenivå gjennom å etablere universelle lover for menneskelig atferd. Gjennom bruk av IPA-metodologi søker man å forstå hvordan ulike fenomener blir erfart og forstått gjennom å studere perspektivet til mennesker som befinner seg innenfor en gitt kontekst. J. A. Smith et al. (2009) fremhever at dybde i analysene er sentralt for å få frem detaljene i fenomenet en studerer. En hermeneutisk-fenomenologisk forståelse antar at det ikke vil være mulig å løsrive seg fullstendig fra

sin egen forforståelse og antagelser, og det er viktig med en åpen og refleksiv holdning gjennom forskningsprosessen. Analysen vil derfor være informert av forskerens egen forforståelse, ettersom vi forstår ny informasjon og kunnskap i lys av eksisterende forståelsesstrukturer (J. A. Smith et al., 2009).

IPA er en fleksibel forskningsmetode som muliggjør utforskning av opplevelse og erfaring i studier med færre deltakere, og har derfor blitt valgt som metodisk tilnærming for denne oppgaven. Chapman og J. A. Smith (2002) fremhever at åpne forskningsspørsmål ofte blir brukt i forskningsstudier med IPA-metodologi, ettersom man gjennom denne metoden søker å undersøke individers erfaringer relatert til ulike fenomen, mer enn å teste spesifikke hypoteser. Jeg vil redegjøre nærmere for analyseprosessen i denne oppgaven nærmere under ”dataanalyse”.

### **Deltakere**

Deltakere til den større kliniske behandlingsstudien ble rekruttert gjennom annonsering ved Universitetet i Bergen, Studentrådgivningen og Studentenes Psykiske Helsetjeneste ved Studentsamskipnaden i Bergen (Hjeltnes et al., 2012). Rådgivere og psykologer ved disse institusjonene ble informert om undersøkelsen og praktiske henvisningsrutiner til studien. Aktuelle studenter fikk da et innledende skriv med orientering rundt studien, og hvor de fikk forespørsel om å delta. Studenter som var interessert kunne selv ta kontakt eller bli henvist fra sin behandler ved Studentenes Psykiske Helsetjeneste. Målgruppen for studien var studenter i aldersgruppen 19-26 år. Inklusjonskriterier for deltakelse var sosial angstproblematikk, da også subkliniske tilfeller etter DSM- og ICD-kriterier. Videre måtte en være immatrikulert som student ved Universitetet i Bergen eller Høyskolen i Bergen og være motivert for å delta. Eksklusjonskriteriene i studien var manglende norskforståelse og alvorlige komorbide

psykiske lidelser som kan gi økt risiko for negative behandlingseffekter, herunder aktiv psykose, bipolar lidelse, alvorlig depresjon, alvorlig traumehistorie, primær rusproblematikk, aktiv suicidalitet eller selvskadende atferd. Et tredje eksklusjonskriterium var manglende motivasjon for deltakelse. Deltakeren for denne kausstudien ble valgt fordi hun i etter-intervjuet beskrev viktige endringer etter behandling, og dermed var antatt å kunne bidra til å avdekke mulige subjektive endringsprosesser i mindfulness-basert gruppebehandling. Antakelsen for å gjøre en kausanalyse var at en nærmere kvalitativ undersøkelse av hennes erfaringer i løpet av kurset potensielt kunne gi viktig informasjon om hvilke erfaringer som oppleves som viktig for deltakere som opplever endring i mindfulness-basert gruppebehandling for sosial angstlidelse, og at hennes beskrivelser av sine erfaringer kunne illustrere potensielle psykologiske endringsprosesser i mindfulness-basert behandling for SAD.

### **Bakgrunnsinformasjon om deltakeren i denne kausstudien**

Deltakeren i kausanalysen var en kvinne på 24, fra et mindre tettsted i Nord-Norge. Av anonymitetshensyn vil hun i oppgaven bli omtalt som Marie. Før kursets begynnelse slet hun med generalisert angst, sosial angst og panikkangst, samt noe med depressive symptomer. Marie hadde tidligere erfaring fra behandling for angstproblematikk og depresjon, da gjennom kognitiv terapi. Hun var på tidspunktet for behandling i ferd med å avslutte en mastergrad ved en høyere utdanningsinstitusjon.

### **Forskerne**

Denne kausanalysen er som nevnt gjennomført med utgangspunkt i et større doktorgradsprosjekt ved Universitetet i Bergen (Hjeltnes et al., 2012). Forskerne i dette prosjektet har eksplisitt oppgitt forskningsinteresser for mindfulness-basert psykologisk behandling, humanistiske-eksistensielle perspektiv og kvalitativ forskning på

endringsprosesser i terapi. Undertegnede har arbeidet som forskningsassistent i dette behandlingsprosjektet.

### **Datainnsamling**

Intervjuene før og etter behandling tok utgangspunkt i semi-strukturerte intervjuguider som ble utviklet for å fremme en systematisk, men samtidig åpen utforskning av deltakernes erfaringer i løpet av MBSR-kurset (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguidene inkluderte også spørsmål ment å fange opp tema rundt selvopplevelse, selvmedfølelse og selvkritikk. Eksempler på spørsmål i for-intervjuet var: ”Hva tenker du om deg selv når du kjenner sosial angst?”, ”Hva er det du sier til deg selv når du tenker negative ting om deg selv?” og ”Hva gjør du for å ta vare på deg selv når du har det vanskelig?”. Eksempler på spørsmål i etter-intervjuet var: ”Hvordan opplever du at kurset har påvirket hvordan du opplever og tenker om deg selv?”, ”Hvordan er det for deg å håndtere vanskelige eller vonde følelser?” og ”Har du opplevd at noe har endret seg for deg i løpet av eller etter kurset?” (se Appendiks A og B for fullstendig oversikt). For-intervjuet av den aktuelle deltakeren ble gjennomført individuelt av forskningsleder før MBSR-kursets begynnelse, med en varighet på 72 minutter. Etter-intervjuet ble gjennomført av en annen forsker etter at behandlingskurset var ferdig, og hadde en varighet på 88 minutter.

### **Dataanalyse**

Intervjuene ble transkribert til skriftlig tekstmateriale, og analysert med IPA-metodologi. Temaene ble utviklet gjennom en iterativ prosess konsistent med IPA (J. A. Smith & Osborn, 2003). Innledende analyse begynte med gjentatte gjennomlesninger av intervjuene for å bli kjent med materialet, og ved samtidig å notere ned umiddelbare refleksjoner rundt interessante ting deltakeren formidlet. Deretter fortsatte prosessen

gjennom å beskrive de temaene som fremstod som sentrale og viktige i intervjumaterialet. Eksempler på tema som ble navngitt i de innledende analysene var ”ensomhet/tristhet”, ”ikke være seg selv/maske/late som”, ”fasit/rett gal måte å være på” og ”skam/skjule/ikke god nok” fra for-intervjuet. Fra etter-intervjuet var eksempler på navngitte tema ”stå i det vanskelige”, ”skille mellom ”meg” og angsten”, ”være grei med seg selv”, ”gi slipp på kontroll” og ”ha det bedre med seg selv”. De innledende notatene ble deretter omgjort til fraser ment å fange det essensielle i hva som ble funnet i tekstmaterialet. Denne transformeringen av notater ble gjort for hele transkriptet i begge intervjuene. Etter hvert som kategoriseringen av datainnholdet fremskred, ble temaene kontinuerlig modifisert og revidert. Temaene som fremkom ble deretter listet opp, og det ble sett etter og forsøkt å kartlegge sammenhenger mellom de ulike temaene, samtidig som det opprinnelige transkriptet ble gjennomgått igjen for å se at temaene og sammenhengene gav mening i lys av det opprinnelige datamaterialet. Sluttresultatet munnet ut i tre ulike tematiske kategorier for hvert intervju, seks tema totalt. Disse temaene vil bli nærmere beskrevet under ”Resultater”.

### **Etikk**

Hovedprosjektet som denne kasestudien var en del av ble godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sør-Øst: 2013/221). Lagring og oppbevaring av data ble gjennomført i samsvar med etiske og juridiske retningslinjer for konfidensialitet. Deltakerne skrev under skjema for informert samtykke, der det ble informert om praktiske opplysninger, formål og innhold i studien. Her ble de også informert om rett til å trekke tilbake sitt samtykke på et senere tidspunkt dersom ønsket, uten å måtte oppgi nærmere begrunnelse for hvorfor, og uten at dette ville ha konsekvenser for vedkommende sine muligheter til å oppsøke behandling ved institutt

for klinisk psykologi, Studentenes Psykiske Helsetjeneste eller noen andre institusjoner. Deltakerne hadde mulighet til å få individuell oppfølging med kursledere dersom noen opplevde sterkt ubehag eller emosjonell aktivering som det var vanskelig å håndtere underveis. Kursleder var også ansvarlig for å henvise til individuell behandling dersom noen av deltakerne oppga psykiske vansker som krevde mer intensiv behandling. Deltakerne ble spurt om vansker knyttet til selvopplevelse og generelle livsproblemer, og ivaretagelse av deres integritet og verdighet stod sentralt gjennom forskningsprosessen.

Gravey og Braun (1997) påpeker at etterfølging av prinsippene om konfidensialitet og informert samtykke er spesielt viktig i kasusstudier, ettersom kasusstudier gir mer inngående og utfyllende beskrivelser og analyser av personer sine problemer og historier, i tillegg til de terapeutiske intervensjonene og personens respons til disse. Slike beskrivelser og analyser muliggjør rikere og mer inngående forståelse for prosesser og mekanismer som er hjelpsomme eller nyttige i terapi. Detaljrikdommen som nettopp gjør kasusanalyser nyttige gjør også at det blir ekstra viktig å ta hensyn til konfidensialitet (Gavey & Braun, 1997). For å sikre konfidensialitet for deltageren ble deler av bakgrunnsinformasjon og andre identifiserende opplysninger om henne endret i gjennomføringen av denne kasusanalysen.

### **Resultater**

I resultatdelen presenteres først de tre temaene som ble identifisert i intervjuet før behandlingskurset, deretter de tre temaene som ble identifisert i intervjuet etter deltakelse. Disse var ”Å ikke føle seg god nok for andre”, ”Å leve med høye forventninger”, ”Å unngå vanskelige følelser” i for-intervjuet. I etter-intervjuet var

temaene ”Å finne rom for selvaksept”, ”Å oppleve følelser som mer håndterbare” og ”Å kjenne seg mindre alene”.

### **Intervju før deltakelse**

**”Fake it till you make it”: Å ikke føle seg god nok for andre.** Det første temaet i det første intervjuet handlet om hvordan Marie opplevde seg selv i relasjon til andre mennesker. Hun gav uttrykk for en gjennomgripende opplevelse av å ikke føle seg god nok, ikke strekke til eller ha egenverdi. Marie beskrev at hun ofte opplevde å ”ikke være seg selv” i møtet med andre. Hun fortalte at hun brukte mye tid og krefter på å jobbe for å fremstå som mer selvsikker, trygg og veltilpasset enn hun selv kjente seg: ”Altså det blir litt sånn ”fake it till you make it””. Hun beskrev at hun gjennom å imitere selvsikkerhet håpet at ingen ville oppdage hvor sårbar hun faktisk følte seg. Marie uttrykte at hun stadig bar på en frykt for at andre skulle se gjennom denne ”fasaden”, og at hun skulle bli avslørt: ”Jeg blir jo på en måte litt redd for at folk skal se gjennom det der ”fake it till you make it””. Marie beskrev at hun opplevde et behov for å opprettholde en ytre fasade overfor andre. Hun gav uttrykk for at det derfor ble viktig for henne at dette ikke skulle komme frem for andre: ”Jeg trenger ikke å være perfekt, men hvis jeg kan fremstå sånn så blir jeg glad. Det er viktig”. Den sosiale angsten ble for Marie en kilde til skam og mindreverdighetsfølelse, og noe hun var svært opptatt av å skjule overfor andre: ”Altså jeg har fortalt til noen at jeg sliter med angst og sånt, men den sosiale siden har jeg egentlig ikke sagt til... til noen egentlig”. Den sosiale siden ved angsten opplevdes som vanskeligere å forholde seg til for Marie, og hun beskrev at det ofte bidro til behovet for å ”late som”. ”Jeg greide noen ganger å ikke være nervøs før jeg skulle spille skuespill. Men så fort jeg skulle være meg selv, så fikk jeg helt angst”. Marie beskrev at det var vanskeligere å skulle ”være seg selv” enn å late som

hun var en annen, mer selvsikker person. Hun forklarte dette med å beskrive at hun var opptatt av å opprettholde en fin fasade ovenfor andre mennesker. Hun gav uttrykk for at det var viktig for henne at andre oppfattet henne som en person som hadde kontroll og som var veltilpasset eller velfungerende:

Jeg er alltid opptatt av den fasaden, av at.. ja, jeg vil at ting skal se ut da. Med meg selv, for eksempel at jeg får gode karakterer, skal se pen ut og oppføre meg fint og, og sånn. Og det er viktig. Må holde fasade da. Presentasjon er viktig.

Marie gav imidlertid selv uttrykk for at det ofte ikke var samsvar mellom hvordan hun følte seg, og hva hun valgte å vise til andre. Hun fortalte at hun gjennom oppveksten hadde lært at vanskelige følelser eller personlige problemer ikke var noe som kunne deles med andre: ”Jeg tror på en måte at jeg ble litt opplært til at problemene de holder man for seg selv, innad i familien, man skal ikke.. andre skal ikke få se det da”. Dette kravet hadde over tid gjort det vanskelig for henne å kunne vise sårbarhet og negative følelser ovenfor andre. Hun opplevde at mye krefter og energi gikk til å opprettholde illusjonen om at alt var bra til enhver tid. For Marie var det ekstra viktig at ting fremstod bedre overfor omverdenen, nettopp fordi hun ikke kjente det slik på innsiden: ”Tror det er viktig for meg å fremstå ok, fordi jeg føler meg ikke sånn”.

Marie beskrev at det å skjule sine opplevelser fra andre var forbundet med en følelse av at noe ikke kjentes riktig for henne: ”Det blir feil ... For jeg er jo ikke meg. Og så er det jo himla strevsomt å måtte late som hele veien”. Hun beskrev at hun kjente det som ubehagelig å ikke være ”seg selv”. Likevel var denne væremåten blitt gjennomgående i hennes relasjoner med andre mennesker. På tross av at hun beskrev at denne måten å være på ikke kjentes riktig for henne i mange situasjoner fortsatte hun å holde på denne fasaden.



Marie beskrev at hun hadde mye selvkritiske tanker, og at disse ofte handlet om en frykt for å bli avvist hvis hun viste hvor sårbar hun kjente seg til andre. Blant personer hun kjente godt, opplevde hun imidlertid at de selvkritiske tankene var mindre fremtredende:

Og sånn når jeg er med venner og folk jeg stoler på, så er jeg ikke så kritisk til meg selv, for da kan jeg være meg selv og si det jeg vil og sånn uten at jeg blir altså.. Så kritisk da. Så da er det på en måte herlig å være sammen med de i forhold til det å være sammen med nye mennesker, for da kan jeg på en måte slappe av og være meg selv og ikke være redd for at noen...

Marie beskrev at hun i tidligere perioder av livet hadde opplevelser av å mangle tilhørighet til andre, som på videregående: ”Jeg følte jo at jeg ikke passet inn, rett og slett”. Marie beskrev at hun hadde vært mye alene, ettersom det var vanskelig for henne å ta kontakt med andre hun ikke kjente seg så trygg på: ”Jeg tok kontakt med noen noen ganger, men det var kvelder jeg på en måte satt alene når jeg ikke hadde trengt å sitte alene”. Marie ga uttrykk for at det var trist for henne å tenke på disse situasjonene:

Det blir jo tungt, for jeg skulle ønske at det ikke var sånn da. At jeg på en måte kunne hatt litt, altså, greie å bli litt mer sosial, så jeg kunne dannet meg litt større nettverk, ha flere venner og sånn, for jeg synes det er veldig kjekt å være sosial med de vennene jeg trives med.

Vanskene med å være trygg nok til å ”være seg selv” skapte en distanse for Marie i møtet med andre, noe som gjorde at hun opplevde å være mye isolert og ensom med sine erfaringer, uten mulighet til å søke støtte hos andre mennesker.

**”Det er viktig å få det til”:** Å leve med høye forventninger. Det andre temaet i for-intervjuet handlet om hvilke forventninger Marie hadde til seg selv, og hvordan

hun tenkte om seg selv i vanskelige situasjoner. Marie beskrev at hun hadde indre oppfatninger om hvordan hun ønsket å være og fremstå, og beskrev det som om hun hadde egne standarder for hva som var rette og gale måter å være, tenke og føle på. Det var viktig for henne å fremstå på en måte som gikk overens med hva hun opplevde som ytre forventninger: ”For det forventes jo at man skal være sosial, og trives med, å være i sosiale situasjoner”. Gjennom disse indre standardene beskrev Marie at hun hadde lite rom for sine egne tilbøyeligheter. Det var for eksempel vanskelig for henne å innfinne seg med det å trives best med færre og nære venner, eller å ta hensyn til egne behov og grenser.

Marie beskrev at situasjoner der hun måtte prestere ofte kunne være ekstra vanskelige for henne: ”I alle fall prestasjonssituasjoner i forhold til skolen. Det er viktig. Fordi jeg tar det seriøst og jeg vil få det til”. Hun beskrev høye krav til egne prestasjoner, og fikk ofte selvkritiske og negative tanker i slike situasjoner, noe som gjerne ble forsterket av fysiske angstsymptomer:

Så har jeg jo objektivt gjort det veldig bra (på universitetet), men jeg klarer ikke ta det til meg. Så det er akkurat som det blir sånn: ”greit, så du dreit deg ikke ut denne gangen”. For jeg forventer nederlag på et vis.

Marie beskrev at det var vanskelig for henne å føle at hun hadde gjort det bra, selv når hun fikk gode resultater på akademiske eksamener og oppgaver. Hun gav uttrykk for at hun ofte tilskrev suksess til de ytre omstendighetene, mens nederlagsopplevelser ble tilskrevet hennes egen tilkortkommenhet. Marie uttrykte at hun ofte ble svært skuffet, sint og frustrert på seg selv dersom hun ikke presterte ”perfekt”, mens hun i liten grad klarte å ta det til seg og glede seg over det dersom hun

presterte bra. Marie fokuserte mer på hvem hun ønsket å være enn hvem hun ”var”, og hennes oppmerksomhet var rett mot hvor hun burde være.

Marie oppgav at hun generelt var lite aksepterende ovenfor hva hun anså som sine egne ”svakheter”. Hun kunne ofte bli selvkritisk i situasjoner sammen med andre, og var rask til å dømme sine egne tanker og handlinger som tåpelige, dumme eller på andre måter ”feil”:

Jeg begynner jo på en måte å hakke ned på meg selv, ahhh.. nå svarte du feil, nå gjorde du det igjen, mja.. Altså, jeg kan være veldig hard med meg selv, sånn sett, det kan jeg. Det er litt som ”tosk, nå vet alle at du er dum” eller noe sånn..

For Marie var det å være dømmende og kritisk ovenfor seg selv svært innarbeidet i hennes indre tankeverden: ”Ganske vanskelig å komme på en situasjon da jeg ikke var kritisk til meg selv. For jeg tror jeg er det. Mye i alle fall”.

Oppmerksomheten hennes var store deler av tiden fokusert mot sider ved seg selv hun ikke var fornøyd med. Marie opplevde at den sosiale angsten var skamfullt for henne, noe som betydde at hun var skilte seg negativ ut og var grunnleggende annerledes enn andre. Det var vanskelig for henne å akseptere at hun kunne bli engstelig i sosiale situasjoner: ”Jeg blir jo kritisk da, for jeg tenker at: Ok, sånn skal det ikke være, på et vis. Man føler seg litt unormal”. Hun beskrev at hun ofte gikk rundt med en følelse av at noe var ”feil” med henne: ”Det er jo ikke meningen at jeg skal reagere sånn”. Hun brukte selv begrepene ”utskudd” og ”misfoster” knyttet til det å ha sosial angst. Marie sine utfordringer med å være åpen om sine vansker bidro til at hun opplevde å være en del alene med sine vonde følelser, uten mulighet til å søke støtte hos andre mennesker.

**”Det er vel et element av flukt i mye av mestringsstrategiene mine”: Å unngå vanskelige følelser.** Det tredje temaet var knyttet til Marie sine opplevelser når

hun ble engstelig, og hvordan hun forsøkte å håndtere sin egen angst i slike situasjoner. Marie beskrev at hun benyttet seg mye av unngåelsesstrategier for å håndtere vanskelige situasjoner: ”Det er vel et element av flukt i mye av mestringsstrategiene mine nå, tror jeg”. Marie gav uttrykk for at det var enklere for henne å forsøke å unngå sine vonde følelser, og gjennom å gjøre dette beskrev hun at hun kunne slippe å forholde seg til dem: ”Det er lettere på en måte å flykte fra det enn å håndtere de følelsene. Og når jeg først har den store aktiveringen, så sitter man jo med en følelse av at man ikke har kontroll”. Hun forsøkte ofte å distrahere seg selv for å komme unna egne følelser, og for å gjenvinne kontroll over egen kropp og angst: ”Jeg har veldig masse strategier for å holde de i sjakk, for eksempel tror jeg ikke at jeg satt i ro et eneste sekund siste halvår omtrent”. Marie beskrev at tendensene til å stadig være opptatt med ytre aktiviteter var en måte for henne til å holde tankene og følelsene på avstand. Gjennom å holde tankene og følelsene ”i sjakk”, kunne hun til en viss grad oppleve at hun klarte å kontrollere sine egne følelsesmessige reaksjoner. Marie gav imidlertid uttrykk for at hun likevel ofte kjente seg overveldet av vonde følelser. Hun kunne gå lang tid å frykte slike situasjoner som skulle komme: ”Så fort jeg får vite at jeg skal ha en presentasjon. Fikk vite at jeg skal ha en presentasjon i oktober, og begynte å grue meg bare jeg så det på timeplanen”. Når det hun fryktet begynte å nærme seg, beskrev hun at hun kunne bli fysisk dårlig ved tankene på det som skulle komme: ”Da kan jeg være kvalm og skjelve i dagevis omtrent...”. De negative følelsene fikk da oppta stor plass i henne, og hun beskrev at hun måtte bruke mye krefter på å forsøke å skyve tankene og følelsene vekk. Hun opplevde at hun delvis kunne klare å holde disse opplevelsene på avstand, men at det kostet mye av henne:

Det har jo vært en strategi for å komme seg gjennom dritten og sånn og, hvis du får lov til på en måte late som det ikke eksisterer og andre ikke vet at det er som det er.. kan du ignorere det litt, da. Og da er det fint. Men det er slitsomt.

Marie beskrev at det ble truende for henne da hun opplevde at hun ikke klarte å styre de mange tankene, fornemmelsene og følelsene som oppstod i disse situasjonene. Denne opplevelsen av å mangle kontroll og effektive strategier for å håndtere kroppslige angstreaksjoner kjentes frustrerende og utmattende for henne:

Det jeg kan kanskje unngå å gå på fester, eller at jeg tenker at ”ok, nå er jeg invitert på fest, å herregud det er et slit for nå må jeg late som alt er bra i fire timer” liksom.

Marie uttrykte selv at det var vanskelig for henne å legge merke til innholdet i tankene hun fikk i situasjoner der hun opplevde angst. Hun gav uttrykk for at det var vanskelig for henne å ta i bruk angstdempende teknikker hun hadde lært gjennom tidligere erfaringer fra kognitiv terapi, da det ble utfordrende å ta stilling til tanker som var så automatiske og flyktige at hun ikke fikk tak i tankenes faktiske innhold: ”Jeg føler at så mange tanker er så automatiske og sånn.. at jeg får ikke ta på de. Og jeg – de der motangrepene på de tankene blir ikke troverdige nok”. Det ble vanskelig for Marie å få med seg hva hun faktisk tenkte ettersom hun opplevde at en ny tanke overtok for den forrige før hun rakk å registrere hva som skjedde: ”Jeg har nok mange sånne ubevisste tanker, de er kanskje ikke ubevisste men at de går så fort at jeg klarer egentlig ikke å registrere hva som foregår”. Dette gjaldt for eksempel de selvkritiske og negative tankene som hun ofte fikk i sosiale situasjoner og i prestasjonssituasjoner, der spesielt pusten var vanskelig. Hun beskrev flere tidligere opplevelser med panikkangst, noe som hadde vært skremmende for henne. I disse situasjonene måtte de kroppslige

fornemmelsene dempe seg før det gikk for Marie å legge merke til hvilke tanker som kom. Hjelpeløshet og frustrasjon gjorde da ofte at de selvkritiske og negative tankene ble enda mer fremtredende. Marie beskrev at hun hadde et anstrengt forhold til fornemmelsene av sin egen pust. Hun hadde tidligere hatt opplevelser av panikkangst, og dette kom tydelig frem for henne i situasjoner som var angstpregede. Hun følte ofte et veldig trykk i brystområdet i tilknytning til puls og pust. Hun beskrev disse fornemmelsene som en opplevelse av en ”tung mann (som) sitter på brystet mitt, den følelsen går jeg veldig mye med”. Det var vanskelig for henne å kjenne på pusten, og pusten var tydelig forbundet med angsten i vanskelige situasjoner.

Marie uttrykte før kurset en forhåpning om å få flere praktiske verktøy eller teknikker for å kunne kontrollere sine angstopplevelser, og håndtere sine egne reaksjoner i utfordrende sosiale situasjoner. Hun gav uttrykk for at hun så frem til kurset, og var innstilt på å gi en innsats for å få endret sin situasjon. Gjennom kursperioden var Marie tilstede på alle de 8 samlingene, og gav også uttrykk for at hun hadde vært opptatt av å gjennomføre mindfulness-øvelsene hjemme slik deltakerne ble oppfordret til gjennom kurset. Etter gjennomføring av kurset ble Marie intervjuet igjen av et medlem i forskergruppen knyttet til den kliniske behandlingsstudien, denne gangen om sine erfaringer og opplevelser i løpet av kursperioden og selve behandlingskurset.

### **Intervju etter deltakelse**

**”Det har vært viktig å slutte å kjempe”:** Å finne rom for selvaksept. Det første temaet i intervjuet etter avslutningen av behandlingskurset handlet hvordan Marie beskrev viktige endringer i måten hun opplevde seg selv når hun fikk angst. Marie beskrev etter-intervjuet flere opplevelser av endring som hadde vært viktige for henne.

Hun beskrev selv at den viktigste for henne var opplevelsen av å kunne kjenne en økt aksept for egne tanker og følelser:

Det viktigste for meg har vært den aksepten, altså det å, altså at jeg har sluttet å rakke like mye ned med meg selv, og det med... ja. hm. Jo, på en måte, det på en måte det å på en måte slutte å kjempe mot ting.

Hun beskrev at hun etter kurset ikke lenger var like rask til å bli selvkritisk, og uttrykte at hun opplevde en endring når det kom til sin tilbøyelighet til å forsøke å kontrollere eller skyve unna ubehagelige tanker og følelser. I løpet av kurset beskrev Marie å ha sett betydningen av det å ikke lenger være så opptatt av å skulle endre på følelsene sine i situasjoner der hun ble engstelig, men heller fokusere på å akseptere at slik var det akkurat da:

Det er lett å begynne å skylde på seg selv.. ”hvorfør er jeg så livredd for denne presentasjonen? Hvorfor opplever jeg det her, og jeg er så dum og jeg er så bla. Bla. Bla...” men det er akkurat som det gikk en sånn prosess over flere uker der jeg fant ut at:... ”ja, vel så har jeg angst, altså jeg har generell angst og jeg har litt sosial angst, men jeg er på en måte ok likevel”.

Marie beskrev at hun etter kurset kunne forstå og forholde seg til seg selv og sine erfaringer på en annen måte. Hun uttrykte at hun tidligere hadde vært rask med å dømme og kritisere seg selv når hun ble engstelig. Etter kurset hadde det blitt lettere for henne å være aksepterende ovenfor seg selv og sin egen angst. Hun beskrev at hun i løpet av kurset hadde lært at ved å akseptere tanker og følelser slik de fremstod i ulike situasjoner, kunne hun også erfare at angsten lettere kunne slippe taket:

Det er akkurat som om jeg har det bedre med meg selv. Og når jeg har det bedre med meg selv så har jeg bedre energi til å være i sosiale situasjoner som jeg synes er vanskelige.

Gjennom kursdeltakelsen opplevde Marie en viktig endring i hvordan hun behandlet seg selv når hun hadde det vanskelig. Selv om ikke alle symptomene på sosial angst var borte, fikk de ikke den samme betydningen for henne, ettersom hun kunne møte seg selv på en annen måte:

Jeg er fremdeles sjenert og synes.. altså når jeg skal holde en presentasjon så blir jeg kvalm og har lyst til å spy først, det har ikke endret seg sånn. Men kanskje indirekte, fordi jeg er flinkere til å møte sånne situasjoner, og kanskje flinkere til å ikke dømme, ikke være hard med meg selv når jeg er litt.. er litt engstelig.

Marie sluttet å kjempe mot seg selv når hun sluttet å arbeide mot sine tanker og følelser. Det ble enklere for henne å ha det bedre med seg selv når hun ikke lenger stadig fokuserte på at tankene og følelsene hennes var ”feil” og burde endres:

Altså så mye energi jeg har brukt på å kjempe mot ting når jeg bare kunne latt det være der. Også bare fortsette med livet og la det være i bakhodet, og la det være, og så går det sin gang. Den har vært veldig viktig.

Gjennom å slutte å streve etter kontroll, opplevde Marie paradoksalt nok at ble det lettere for henne å kjenne at hun hadde kontroll. Hun beskrev at hun opplevde et skifte fra å ønske å kontrollere selve angsten og når den kommer, til å innse at det som var mulig å kontrollere var hvordan å forholde seg til det da angsten kom. Dette ble lettere gjennom å slippe litt taket, og å akseptere de angstfylte tankene og følelsene.

Marie gav uttrykk for at hun begynte å legge merke til hvilke tanker og følelser som dukket opp. Gjennom å tillate disse opplevelsene å være der, beskrev hun at de de



negative tankene og følelsene ikke fikk den samme innvirkningen på henne, og ikke opptok like mye plass som tidligere. Det gjorde det mulig for Marie å fortsette hverdagen uten å bli oppslukt av vanskelige tanker eller følelser:

Men nå har du for eksempel den ene øvelsen der du skal observere tankene dine uten å bli dratt inn i de. Altså litt sånne ting har gjort... Og eller bare det fokuset på en måte bare la tankene være der... fare forbi. Det har gjort at jeg på en måte får mer tak på de negative tankene. Og at jeg kan tenke at: ”nei, det her er ikke sant”, eller eventuelt begynne å motbevise de sånn da.

En annen viktig endring som Marie beskrev bestod i å kjenne etter egne grenser og behov, og i større grad kunne ta mer hensyn til disse:

Tidligere så har jeg på en måte bare peiset på og sånn, men nå har jeg.. Jeg er flinkere, kanskje litt flinkere til å se mine egne grenser bedre. Og da, altså, jeg prøver liksom ikke å overskride de like mye som jeg gjorde tidligere. Kanskje jeg er litt greiere. Når jeg har en dårlig dag, så kanskje jeg er litt greiere med meg selv i de situasjonene også.

Når ting ble vanskelig kunne hun gi seg selv litt mer rom, samt tillate seg å kjenne på vonde eller vanskelige følelser. Dersom hun hadde en dårlig dag kunne hun eksempelvis ta grep for å gjøre dagen litt bedre, som å sove litt lenger, ta seg en ekstra lang dusj, eller gjøre andre små, men snille ting for seg selv.

Bare det å få seg fri, det opplevde jeg i løpet av kurset – selv om jeg har hatt eksamener, og jeg har vært stresset, så litt sånne ting.. så akkurat den timen der så har jeg fått fri. Altså det er greit hvis jeg kjenner på litt tyngde også. Men det er på en måte en kilde til.. ok, nå, greit, du har eksamen, men akkurat de 45 minuttene her så skal jeg sette det til side.

Marie gav uttrykk for at hun opplevde de daglige mindfulness-øvelsene hun lærte på kurset som en viktig pause i en hektisk hverdag. Det å gi seg selv dette rommet, uavhengig av andre ting som opptok plass i hverdagen, ga overskudd og ro. Dette beskrev hun at hun igjen kunne ta med seg videre, enten flere timer eller bare der og da: ”Av og til har det jo en effekt som varer lenge, gjerne flere timer, og noen ganger bare der og da. Men likevel har du fått den pausen”. I denne tiden gav hun uttrykk for at hun opplevde å få et avbrekk fra omverden, fra vanskelige situasjoner og fra egne og andres krav og forventninger. Marie fortalte at hun gjorde disse øvelsene daglig, selv i perioder der ytre faktorer og forventninger til seg selv tidligere ville gjort at hun hadde prioritert annerledes, eksempelvis i eksamenstiden.

**”Vi er ikke våre tanker og følelser”:** Å oppleve følelser som mer håndterbare. Det andre temaet i etter-intervjuet handlet om Maries endrede måte å forholde seg til sin egen angst. Marie beskrev i for-intervjuet at hun opplevde at det var vanskelig ikke å la seg rive med av tanker og følelser når hun ble engstelig, noe som var både utmattende og en kilde til ytterligere selvkritikk og negative tanker. Gjennom deltakelse på kurset beskrev Marie at hennes forhold til angsten forandret seg. Hun kunne i større grad enn tidligere kjenne på skillene mellom tanker, følelser og ”hvem jeg er”:

I veldig stressende situasjoner så har jeg... det kom så mye automatiske negative tanker, og jeg har ikke.. tak i de egentlig. Og så har jeg på en måte ikke visst at det her var tanken som førte til det. Men nå har jeg mer trent meg mer opp til at ”der var det en tanke, ja. Den får bare gå den” Eller at ”er dette her egentlig noe å tenke over?”. Ja. Jeg kan observere det mer da.

Marie beskrev at hun etter kurset hadde oppnådd en større distanse til sine tanker og følelser i situasjoner der hun ble stresset og kjente på ubehag. Hun kunne på en annen måte enn tidligere reflektere over tankenes innhold, og gjøre bevisste valg om hun ønsket å bruke tid på disse tankene. Marie gav uttrykk for at hun gjennom kurset kunne erfare at hun ikke lenger følte seg like styrt av de negative tankene sine, og opplevde at de ikke lenger hadde den samme negative innvirkningen på henne:

Men kanskje de er blitt mindre automatiserte også, for jeg kan begynne å motbevise de, eller de har ikke fått like stor makt over meg. Og de har prøvd å lære oss at vi ikke.. vi har tanker og følelser, men er ikke nødvendigvis tankene og følelsene.

Denne indre distansen til de negative tankene og følelsene gjorde det lettere for henne å vurdere hvor gyldige eller sanne disse tankene var. Å fokusere på og øve på å akseptere og tillate tankene være der uten å prøve å endre erfaringene bidro til dette, og bevisstheten rundt tankene og følelsene hun hadde ble styrket. Hun beskrev erfaringer fra tidligere terapi der målet var å utfordre og endre i tankene sine:

For tidligere så har jeg gått til en type sånn terapi der de sier at du skal motbevise tanker, men problemet var at mye av tankene mine var så automatiserte at jeg fikk ikke tak på de..

Noe Marie beskrev som viktig var det å kjenne på og stå i de vanskelige opplevelsene underveis i kurset. Gjennom intervjuet ble det tydelig at Marie hadde utfordret seg selv i flere av øvelsene. Det var viktig for henne ikke å gi opp når det ble ubehagelig, og gjennom dette fikk hun mange nye erfaringer rundt muligheten for å kunne tåle og håndtere sine kroppslige reaksjoner, tankeprosesser og følelser. En ting hun trakk særlig frem, var det å bli kjent med og få tillitt til sin egen pust, noe som hun

har hatt et vanskelig forhold til tidligere. Marie hadde tidligere opplevd vansker med panikkangst, og pusten var sentral i den ubehagelige erfaringen av å få panikkanfall. Hun beskrev erfaringen av å kunne stå i det, og det å få tillitt til at pusten ikke forsvinner, som et stort steg og en betydelig endring fra hvordan det har vært tidligere. Hun beskrev hvordan disse opplevelsene fra kurset hadde vært for henne:

I begynnelsen skulle vi bare sitte og kjenne på pusten i ti til femten minutter.

Akkurat der og da i begynnelsen hadde jeg et veldig anstrengt forhold til pusten min, for det var mye der jeg kjente angst, både i sosiale situasjoner og ellers, at jeg følte som jeg ikke fikk puste. Så det var egentlig en øvelse jeg ikke likte i det hele tatt til å begynne med. Men jeg tror det er en av øvelsene som har hjulpet meg mest. Uansett. For jeg har på en måte blitt.. mer venner med pusten min, jeg vet at på grunn av de øvelsene så vet jeg at den er der, den forsvinner ikke selv om det kanskje kan føles sånn.

Hun gav uttrykk for at det å ikke gi opp eller trekke seg unna da det ble vanskelig eller ubehagelig var viktige erfaringer for henne. Hun ble gjennom disse opplevelsene trygg på at pusten ikke ville forsvinne, selv i situasjoner med mye angst. Gjennom denne erfaringen med eksponering for pusten, beskrev Marie en ny opplevelse av hvordan hun kunne møte vanskelige følelser og ubehagelige fornemmelser og erfare disse situasjonene på en ny og mer frigjørende måte: ”Selv om jeg ofte har kjent, ofte de første fem minuttene vært veldig anstrengt og sånn, så har jeg på en måte opplevd at det bedrer seg når du står i det”.

**”Det er ikke bare meg”:** Å kjenne seg mindre alene. Et tredje viktig tema i oppfølgingsintervjuet var hvordan Marie beskrev hvordan hun opplevde seg selv i relasjoner med andre mennesker. Marie trakk frem at selve møtet med de andre

kursdeltagerne var en viktig erfaring for henne. Etter at hun hadde deltatt i gruppen fikk hun en ny opplevelse av ikke å være så alene om å ha det vanskelig: ”Det var jo på en måte litt en følelse av at nå sitter vi alle i samme båt. Det var liksom ikke bare jeg som var nervøs, men at det var folk der som stirret ned i bakken og...”. Hun åpnet også opp for at det ikke bare var hun som syntes ting kunne være vanskelige eller ubehagelige:

Tidligere så har jeg tenkt at ”nei, det er kanskje bare jeg som ikke får det her til”, og ”jeg er så dum og bla bla bla..” . men jeg har tenkt litt mer at, altså.. jeg tror alle i kullet mitt, sliter med denne her (oppgaven) bortsett fra noen få.

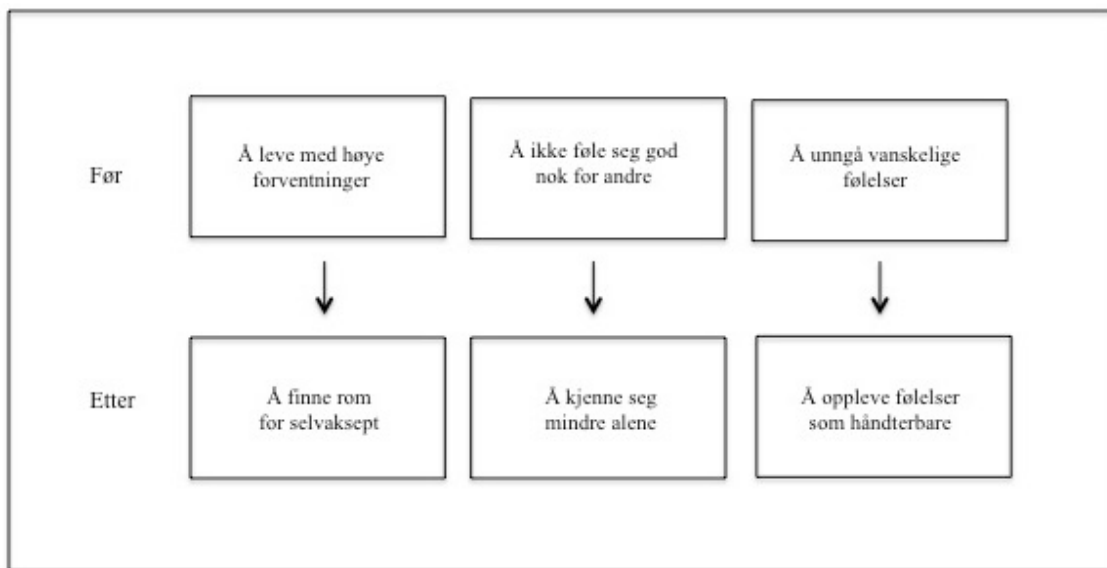
Marie trakk også frem en erfaring fra kurset som hun kunne ønske hadde vært annerledes. Hun beskrev at hun gjerne kunne tenkt seg at deltakerne kunne blitt oppfordret til å oppsøke sosiale situasjoner på egen hånd i større grad, slik at hun hadde fått flere erfaringer med samspill med andre mennesker og situasjoner hun ikke følte seg så trygg på:

Men det har ikke vært noen, altså enorm bedring på akkurat på det området (sosial angst), selv om jeg kan merke stor bedring på andre områder.. Men kanskje hvis i den perioden jeg hadde hatt bedre tid, eller på en måte våget meg mer ut i sosiale situasjoner.

Gjennom kursperioden beskrev hun at hun opplevde generelle bedringer i form av mindre bekymringer og generelt angstnivå, og at hun opplevde noen indirekte effekter relatert til hvordan hun opplevde og forholdt seg til seg selv. Hun gav uttrykk for at hun trodde det ville kunne gitt et enda bedre utgangspunkt for å bli mer komfortabel med seg selv i situasjoner sammen med andre utenfor kurset dersom det hadde vært mer fokus på å trene seg på slike situasjoner utenfor kurssettingen.

## Diskusjon

Denne oppgaven har analysert hvordan en deltaker i en behandlingsstudie av mindfulness-basert stress reduksjon beskrev endringer i måtene hun opplevde seg selv og sine vansker. Funnene fra intervjuene før og etter behandling har blitt presentert i seks ulike tema. Jeg vil her først diskutere de enkelte funnkategoriene i lys av eksisterende teori og forskning, og deretter drøfte sammenhenger mellom temaene i de to intervjuene. Avslutningsvis i diskusjonen vil jeg drøfte mulige forståelser av endringsprosessene som deltageren beskrev i disse intervjuene. Figur 1 illustrerer sammenhenger mellom temaene som ble identifiserte i disse intervjuene.



Figur 1. Relasjoner mellom temaene

### Funnene sammenliknet med eksisterende teori og forskning

Det første temaet i analysen, ”Å ikke føle seg god nok for andre”, illustrerer hvordan Marie beskrev at hun forsøkte å skjule seg og sin egen sårbarhet ved å sette opp en fasade overfor andre. Marie gav uttrykk for at hun slet med lav selvfølelse, og var utrygg på om hun ville bli godtatt av andre som følger av å være seg selv. Det å være

student, flytte til et nytt sted og skaffe seg nye venner, skjer også i en psykologisk utviklingsfase hvor løsrivelse fra familierelasjoner, etablering av en personlig identitet og nye personlige og profesjonelle relasjoner med andre mennesker står sentralt (Arnett, 2000; Erikson, 1968, 1993). Denne prosessen fremstod som vanskelig for Marie, som i utgangspunktet var usikker på om hun var god nok og hadde noe verdifullt å tilby andre mennesker. Fasaden som Marie har satt opp har sannsynligvis fungert som en beskyttelse fra å bli avvist av andre, men bidro samtidig til å skape en distanse som gjorde det utfordrende for henne å få nye venner og å oppleve dypere kontakt i samspill med andre. Ifølge Horney (1992) kan det å distansere seg fra andre mennesker forstås som en psykologisk forsvarsmekanisme. Marie beskrev at hun ofte ikke søkte emosjonell støtte fra andre, ettersom hun var opplært gjennom sine tidlige familierelasjoner til at sårbarhet ikke var noe som kunne eller burde uttrykkes i møtet med andre mennesker. Marie kan slik ha hatt mindre rom og mulighet til å regulere sine vanskelige følelser i relasjoner med andre. Dette kan ha bidratt til å gjøre henne mer sårbar for negative effekter av disse følelsene, som eksempelvis gjennom angstsymptomer. Forskning på emosjonsregulering indikerer at mellommenneskelige relasjoner er en viktig arena for regulering av emosjonelle tilstander (Ryan, La Guardia, Solky-Butzel, Chirkov, & Youngmee, 2005).

Det andre temaet i analysen, ”Å leve med høye forventninger”, kan sees i sammenheng med eksisterende forskning på negativ selvbevissthet, selvkritikk og skam hos mennesker med sosial angstlidelse. Lecrubier et al. (2000) beskriver at personer med sosial angst konsekvent rapporterer lavere selvfølelse, følelser av underlegenhet og skam, og Newman og McGinn (2013) fremhever at personer med sosial angst ofte har negative selvoppfatninger. Kognitive modeller for sosial angstlidelse vektlegger også

den sentrale betydningen av selvkritiske tankeprosesser i lidelsen (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). Marie sine beskrivelser av sin selvopplevelse før deltakelse på kurset sammenfaller slik med eksisterende forskning og teori på skam og selvkritikk hos mennesker med sosial angstlidelse. Marie sitt fokus på å opptre i tråd med ytre forventninger, og vanskelige følelser knyttet til opplevelsene av ikke å strekke til, kan sees i sammenheng med psykologisk forskning på betydningen av diskrepansbasert prosessering (Williams, 2008). Diskrepansbasert prosessering innebærer vektlegging av gapet mellom nåværende situasjon og ønsket tilstand, og fokuset ligger på strategiene for å redusere avstanden mellom disse (Williams, 2008). Williams (2008) omtaler dette som ”gjøremodus” (doing mode) (s. 727). Denne evnen til å analysere og løse problemer kan være uhensiktsmessig når den blir anvendt om emosjonelle tilstander, som tristhet eller angst, eller ved prosessering av negative, selvrefererende tankemønster (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007). Mindfulness-trening tillater gjenkjenning av negative prosesseringsmønster, som grubling, unngåelse, perfeksjonisme og uhensiktsmessige selvinstrueringer (Williams, 2008), og kan slik representere et nyttig bidrag til behandlingen av sosial angstlidelse.

Marie beskrev i det tredje temaet, ”Å flykte fra vanskelige følelser”, en tendens til å unngå negative følelser i hverdagen. De vonde følelsene ble ofte forsterket av hennes tendens til å prøve å unngå eller undertrykke ubehaget. Paradoksalt nok fører unngåelse og forsøk på å undertrykke ubehagelige tanker og følelser ofte til at hyppigheten av påtrengende tanker øker heller enn reduseres (Williams, 2008). Tendensen til å flykte fra og forsøke å unngå vanskelige og ubehagelige følelser, overlapper med eksisterende psykoterapeutiske modeller som beskriver ”affektforber”, emosjonell unngåelse og erfaringsmessig unngåelse som transdiagnostiske prosesser på



tvers av psykiske lidelser (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; McCullough et al., 2003). Jazaieri, Morrison, Goldin og Gross (2015) beskriver i en litteraturgjennomgang på feltet hvordan vansker med emosjonsregulering fremstår som sentralt hos mennesker med SAD. Unngåelsesatferd forekommer hyppig hos personer med sosial angstlidelse (Teo et al., 2013). Allen og Leary (2010) beskriver flukt og unngåelse som de minst hensiktsmessige mestringsstrategiene i møtet med påkjenninger og stress. Marie sin tendens til å prøve å unngå sine vanskelige tanker og følelser, og utfordringer med å regulere sine vanskelige følelser, sammenfaller slik med typiske karaktertrekk som beskrives i eksisterende litteratur på sosial angstlidelse. Tendensene til å forsøke å unngå vanskelige emosjonelle erfaringer som mange med sosial angst beskriver så ut til også å ha vært fremtredende for Marie.

Endringene i egenomsorg som Marie beskrev i det fjerde temaet, ”Å finne rom for selvaksept”, fremstår som viktige. Dette med tanke på at hun tidligere var svært fokusert på stadig å mestre, og gjerne undertrykket og ikke klarte å være i kontakt med egne behov. Selvaksept er et begrep som tradisjonelt har hatt en sterk posisjon i den humanistiske tradisjon (Hoffman, Lopez, & Moats, 2013). Begrepet omhandler evnen til å akseptere seg selv og sine tanker og sine følelser, både positive og negative. Sentralt ved selvaksept er å ”la seg selv være den en er” (Rogers, 1995). Marie beskrev at hun brukte mye tid og krefter på å kontrollere sine egne tanker og følelsesmessige reaksjoner før kurset. Hun sa i etter-intervjuet noe viktig om at hun ikke lengre fulgte denne indre standarden for hva hun kunne tillate seg å tenke og føle, og heller kunne la tankene og følelsene være tilstede slik de fremkom. Dette kan tenkes videreført som en nyvunnen opplevelse av å være god nok eller tilstrekkelig, til tross for at hun fremdeles hadde tanker og følelser som var vonde eller negative. Denne endrede erfaringen i

hvordan å møte seg selv når hun opplevde angst har berøringspunkter med teoretiske modeller som beskriver en aksepterende og medfølende holdning til selvet som en viktig endringsdimensjon i psykologisk behandling (Gilbert, 2010). Selvmefølelse (self-compassion) er et relativt nytt begrep innen psykologien, og Neff (2003a, 2003b) beskriver selvmefølelse som evnen til å behandle seg selv med omsorg og omtanke når man opplever å ikke strekke til, gjøre feil, eller opplever noe vondt. Selvmefølelse innebærer å bli berørt av og å være åpen for egen smerte uten å prøve å unngå eller fortrenge den, i tillegg til å ha et ønske om å lindre egen smerte gjennom å være medfølende og omsorgsfull med seg selv (Neff, 2003b, s. 87). Neff (2011) argumenterer for at en aksepterende holdning i møtet med smerte eller motgang representerer en viktig inngang i arbeid med å fremme psykisk helse. Muligheten for å kultivere selvmefølelse gjennom mindfulness-baserte intervensjoner har vært et viktig fokus i forskningslitteratur på mindfulness (Gilbert, 2010), og studier antyder at mindfulness-baserte gruppeintervensjoner kan være virksomme nettopp gjennom å fremme selvmefølelse hos deltakere (Kuyken et al., 2010; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). På tross av at Marie beskrev endringer i hvordan hun møtte seg selv når hun hadde det vanskelig, uttrykte hun likevel at hun fremdeles kunne oppleve angst eller emosjonelt ubehag i sosiale situasjoner. Dette kan sees i sammenheng med mindfulness-tradisjonens tanker om at det ikke er symptomene (her de ubehagelige tankene/følelsene) i seg selv, men hvordan en forholder seg til dem, som er av avgjørende betydning for velvære (Williams, 2008). Et interessant poeng ved de positive virkningene av mindfulness-baserte intervensjoner mot angst- og depresjonsplager er nettopp at disse tilnærmingene i mindre grad fokuserer på symptomreduksjon ("første ordens endring"), men i større grad vektlegger å fremme

endringer i hvordan en forholder seg til plagsomme tanker, følelser og atferdsmessige impulser ("annen ordens endring") (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). Likevel har disse intervensjonene tilsynelatende en paradoksalt effekt i at det ser ut til at dette fører til en reduksjon i plager (Vøllestad et al., 2012; Williams, 2008).

I det femte temaet, "Å oppleve følelser som atskilte og håndterbare" beskriver Marie sin endrede opplevelse av å ikke bli overveldet av sine tanker og følelser. Shapiro, Carlson, Astin og Freedman (2006) har forsøkt å formulere en modell for virkningsmekanismene i mindfulness som består av tre komponenter: Intensjon (intention, I), oppmerksomhet (attention, A) og holdning (attitude, A). Modellen foreslår at "Intentionally (I) attending (A) with openness and non-judgmentalness (A) leads to a significant shift in perspective", (s. 377), noe de har kalt "repersepsjon" (reperceiving). Repersepsjon har flere berøringspunkter med andre psykologiske konsepter, som Safran og Segal (1990) sitt begrep om "desentrering" (decentering), som de beskriver som evnen til å "stille seg utenfor sin umiddelbare opplevelse, og dermed endre selve innholdet av den erfaringen" (s. 117, egen oversettelse). Flere av Marie sine beskrivelser i det femte temaet sammenfaller med beskrivelsene av repersepsjon og desentrering som Shapiro et al. (2006) og Safran og Segal (1990) presenterer. Etter deltakelse på kurset fremstod det som at Marie nettopp hadde oppnådd større evne til å kunne skille seg selv fra sine erfaringer, og se sine opplevelser fra et mer objektivt og nøytralt ståsted, uten å bli overveldet. Det fremkom i etter-intervjuet at Marie hadde en paradoksalt opplevelse av å føle seg mer i kontroll over sine tanker og sine følelser gjennom at hun etter deltakelse på kurset i større grad kunne gi slipp på kontroll. Denne erfaringen har berøringspunkter med endringsforståelsen i Carl Rogers (1995) sin klientsentrerte terapi, og kan illustreres gjennom et sitat av Rogers selv: "Det underlige

paradoks er at når jeg kan akseptere meg selv akkurat som jeg er, først da kan jeg endre meg” (s. 10, egen oversettelse). På samme måte som Rogers anså opplevelsen av aksept som sentral for å kunne fremme endring, fremstod aksept, og med dette muligheten til å gi slipp på behovet for kontroll, som sentralt for Marie sine endringserfaringer med tanke på å oppleve mer kontroll i sitt liv. Gjennom deltakelse på kurset tyder etter-intervjuet på at Marie opplevde endringer i sin evne til å håndtere og regulere seg selv og sine følelser. Dette sammenfaller med funn i litteraturen som indikerer at mindfulness-basert behandling kan ha en innvirkning på emosjonell reaktivitet hos personer med sosial angst (Jazaieri et al., 2015).

Det sjette tema i analysen, ”Å kjenne seg mindre alene”, viste hvordan Marie i etterkant av deltakelse på kurset hadde en opplevelse av å være mindre alene om sine problemer. Teo, Lerrigo og Rogers (2013) konkluderer i en meta-analyse at det er en klar sammenheng mellom sosial angstlidelse og opplevelse av sosial isolasjon. De ser sosial isolasjon som en paraplybetegnelse på opplevelsen av manglende sosiale relasjoner, kontakt eller interaksjon som kan oppstå fra flere underliggende årsaker. Selv om Marie beskrev å ha noen nære relasjoner, fremgikk det at hun i stor grad opplevde seg alene om sine problemer, og at det var vanskelig for henne å søke støtte hos andre. Det fremgikk av etter-intervjuet at Marie gjennom deltakelse på kurset, og gjennom å møte andre med liknende problemer, i større grad opplevde at hennes vansker ikke var unike, og at hun kunne finne støtte i å møte andre som også kunne streve med sosial angst i ulike situasjoner. Gruppeerfaringen i seg selv kan slik tenkes å ha bidratt til å redusere følelser av isolasjon og ensomhet som Marie beskrev i for-intervjuet. En viktig endring gjennom gruppebasert behandling beskrevet i litteraturen er nettopp anerkjennelsen av personlig lidelse som en del av den menneskelige erfaring

(Yalom & Leszcz, 2005). Ifølge Rogers (1995) har selvaksept viktige implikasjoner for interpersonlige relasjoner, ettersom det antas at en person som fullt ut aksepterer seg selv vil være tryggere på seg selv og sine erfaringer, noe som vil bidra til å øke en persons autentisitet. Marie sin evne til å akseptere seg selv i større grad kan ha bidratt til at det ble lettere for henne å fremstå autentisk i sine relasjoner. Dette kan ha gjort at hun opplevde følelser av isolasjon som mindre påtrengende i etterkant av deltakelse.

### **Erfaringene av endring i løpet av behandling**

Marie beskrev at hun hadde opplevd flere endringer i perioden mellom det første og det andre intervjuet. Hvert tema beskriver bestemte erfaringer Marie hadde, og ved å sammenlikne tema 1 til 3 med tema 4 til 6 fremkom det viktige relasjoner mellom disse. Relasjonene mellom temaene i de to intervjuene indikerer viktige endringer i hennes erfaring av seg selv og sine vansker, som er illustrert over i figur 1. Nedenfor vil jeg drøfte hvordan sammenhengene mellom disse korresponderende temaene kan illustrere endringene denne deltageren beskrev i løpet av behandlingen.

**Fra selvkritikk til selvaksept.** Erfaringene i tema to, ”Å leve med høye forventninger”, hadde viktige sammenhenger med erfaringene hun beskrev i tema fire, ”Å finne rom for selvaksept”. Begge temaene omhandlet Marie sine beskrivelser relatert til hvordan hun forholdt seg til seg selv. Marie beskrev at hun selv erfarte et skifte fra selvkritikk og skamfølelse, til å kunne erfare økt medfølelse overfor seg selv og sine tanker og følelser. I for-intervjuet beskrev hun at hun hadde mange selvbevisste tanker og følelser, og gav uttrykk for at det var vanskelig å akseptere disse når de ikke stemte overens med sine indre forventninger om hvordan hun burde tenke og føle i ulike situasjoner. I etter-intervjuet beskrev Marie viktige endringer i hvordan hun behandlet seg selv sammenliknet med tidligere. Fremfor å ignorere, skyve unna eller undertrykke

vonde tanker og følelser, begynte Marie å møte disse erfaringene med holdninger av vennlighet, godhet og varme. Disse endringene har viktige berøringspunkter med ”self-kindness”-begrepet fra psykologisk forskning på selvmedfølelse (Neff, 2003b), som nevnt tidligere i oppgaven. Neff (2003a, 2003b) har utarbeidet en modell for selvmedfølelse, og beskriver i denne tre ulike dimensjoner av begrepet: 1) å være medfølelse mot seg selv (self-kindness) versus å være dømmende (self-criticism), 2) en fornemmelse av felles menneskelighet (common humanity) heller enn isolasjon (isolation), og 3) nærværende oppmerksomhet (mindful awareness) av vanskelige opplevelser fremfor overidentifikasjon (overidentification) med problematiske erfaringer. De tre komponentene i modellen antas å være uløselig sammenknyttet og gjensidig påvirkende. ”Self-kindness” utgjør en sentral komponent i selvmedfølelse ifølge modellen. Når det oppleves vanskelig å innfri egne forventninger, og våre idealbilder av oss selv erfares som uopnåelige, er dette innsikt som kan føre til smerte og frustrasjon over selvet og ens situasjon. Ved å akseptere dette som uløselige realiteter knyttet til vår menneskelige eksistens kan det skapes rom for omsorg (Neff, 2003b, 2012). Gjennom beskrivelsene til Marie så det ut til at nettopp aksept var viktig for å kunne erfare og behandle seg selv på en ny måte. Ved å møte seg selv med større grad av vennlighet når hun hadde det vanskelig begynte Marie på en prosess med å støtte seg selv, heller enn å ”rive seg selv ned”. Hun beskrev selv dette som begynnelsen på en langsiktig endringsprosess som innebar å bryte med innøvde mønstre for hvordan hun hadde behandlet seg selv tidligere.

**Fra isolasjon til felles menneskelighet.** Det korresponderende temaet til ”Å ikke føle seg god nok for andre” var tema seks, ”Å kjenne seg mindre alene”, i etterintervjuet. Begge disse temaene omhandlet hvordan Marie opplevde og forholdt seg til

seg selv i relasjon til andre. En interessant forskjell mellom de to intervjuene var hvor mye plass Marie brukte på å beskrive andre som relevante for sin selvopplevelse. Marie beskrev at måtene hun tenkte om seg selv og andre gjennomgikk viktige endringer mellom disse intervjuene. I etter-intervjuet trakk hun i mye større grad frem seg selv som avgjørende for hvordan hun hadde det med seg selv. Hennes tanker om hva andre tenkte, og forestillinger om å måtte tilfredsstille andre for ikke å bli avvist, så ut til å være mindre fremtredende i intervjuet etter deltakelse. Det sjette tema i analysen, ”Å kjenne seg mindre alene” kan sees i sammenheng med ”felles menneskelighetskomponenten” i definisjonen av selvmedfølelse (Neff, 2003a, 2003b). Dette innebærer å se egne erfaringer i lys av vår felles menneskelighet, og erkjenne at å feile eller å komme til kort er en del av den menneskelige tilstand som vi ikke kommer unna. Å ta inn over seg dette perspektivet vil kunne normalisere opplevelsen av utilstrekkelighet eller feilbarlighet, og bidra til anerkjennelsen av at man ikke er alene. Dette kan også bidra til å lette følelser av skam relatert til opplevelsen av å ikke å strekke til eller være god nok, ettersom man innser at man ikke er ensom i sin tilkortkommenhet (Neff, 2003b, 2012). Dette sammenfaller med mye av det Marie beskrev om sine erfaringer gjennom kursdeltakelsen. Marie opplevde i større grad enn tidligere at hun ikke var alene om å streve med sosial angst. Anerkjennelsen av at følelser av ensomhet og isolasjon også kunne være vanskelig for andre, virket å ha en positiv effekt for henne. Det fremstod dermed som om det ble lettere å akseptere sine egne vansker. Det er mulig at Marie sine følelser av skam ovenfor det å oppleve vansker i sosiale situasjoner ble mindre fremtredende gjennom anerkjennelsen av at det er menneskelig å være utilstrekkelig og feilbarlig.

**Fra unngåelse til å håndtere vanskelige følelser.** Det tredje temaet i analysen, ”Å unngå vanskelige følelser”, hadde viktige sammenhenger med det femte temaet, ”Å oppleve følelser som mer håndterbare”. Begge temaene omhandlet hvordan Marie kunne forholde seg til sine vanskelige følelser. Marie beskrev i for-intervjuet at hennes mestringsstrategier i stor grad innebar elementer av flukt i møtet med situasjoner der hun ble engstelig. Denne måten å forholde seg til angst var noe av det som i løpet av kurset endret seg betydelig for Marie. I etter-intervjuet beskrev Marie at hun nå var i stand til å forholde seg til sin angst på andre måter enn gjennom flukt, som gjennom en nyvunnen evne til å tåle å kjenne på vanskelige følelser. Det fremstod også som lettere for Marie å i større grad differensiere mellom ulike tanker og følelser etter deltakelse på kurset, og disse fremstod som mindre diffuse og uklare for henne. Dette kan ha gjort det lettere for henne å forholde seg til sine tanker og følelser, på tross av at mange fremdeles hadde ubehagelig innhold. Dette femte temaet kan også sees i sammenheng med Neff (2003b) sin modell av selvmedfølelse. Dette gjennom den tredje komponenten ”nærværende oppmerksomhet”, som omhandler evnen til ikke lenger å overidentifisere seg med eget tanke- og følelsesinnhold. En holdning av nærværende oppmerksomhet kan hjelpe oss å legge merke til smerte og gi rom for klarhet og emosjonell balanse (Neff, 2003b, 2012). Dette kan tenkes å ha vært viktig for Marie sin endrede opplevelse av seg selv etter å ha deltatt på kurset. En annen sentralt ting Marie beskrev i etter-intervjuet var viktigheten for henne av å stå i det vanskelige. Det å kjenne på pusten fungerte som en eksponering for noe som var veldig ubehagelig og tøft for Marie. Som det har fremkommet tidligere, hadde Marie hatt symptomer på panikkangst, og pusten var et viktig sted i kroppen hvor hun opplevde ubehag i situasjoner der hun ble engstelig. Gjennom kurset valgte likevel Marie å gjennomføre de



vanskelige og ubehagelige øvelsene. Det så ut til at dette bidro til å øke hennes toleranse for ubehagelige tanker og følelser, men også at det bidro til en mestringsfølelse relatert til det å evne å ”stå i det”. Marie beskrev også før kursets begynnelse at hun var svært motivert, og innstilt på å gjøre en innsats. Dette kan ha bidratt til at Marie ble værende lenger med sine vanskelige opplevelser underveis i kurset, og slik fikk flere og lengre eksponeringserfaringer.

### **Hvordan kan vi forstå disse endringene i lys av eksisterende teori og forskning?**

For å forstå endringene Marie beskrev kan det være relevant å drøfte hvilke psykologiske prosesser og mekanismer som kan ha bidratt til Marie sine endringserfaringer. I den eksisterende litteraturen er potensielle virkningsmekanismer i mindfulness-baserte tilnærminger presentert, både gjennom teoretiske modeller og empiriske studier (Hölzel et al., 2011; Kuyken et al., 2010; Shapiro et al., 2006). Nedenfor vil jeg drøfte hvordan noen av de foreslåtte virkningsmekanismene presentert i litteraturen kan ha bidratt til de endringene Marie beskrev i intervjuene.

**Repersepsjon.** Shapiro et al. (2006) presenterer som nevnt en teoretisk modell som vektlegger repersepsjon som en grunnleggende og overordnet virkningsmekanisme (meta-mechanism) i mindfulness-basert behandling. Gjennom økt evne til repersepsjon, og med det økt evne til å forholde seg mer objektivt til sinnets innhold, antas det at man vil evne å erfare egne opplevelser med større klarhet og objektivitet. Repersepsjon antas å muliggjøre større evne til selvregulering, ”evnen til å opprettholde stabilitet og funksjonalitet, i tillegg til tilpasning i møtet med endring” (Hölzel et al., 2011; Shapiro et al., 2006). Hölzel et al. (2011) beskriver endringer i selvopplevelse gjennom mindfulness som et mulig resultat av øket evne til selvregulering. Oppmerksomt nærværende og ikke-dømmende observasjon fremmer løsrivelse fra identifikasjon med

innholdet i tanker og følelser (Binder & Vøllestad, 2010). Endring i selvopplevelse, utviklingen av et ”observerende selv” (Kerr, Josyula, & Littenberg, 2011) eller et metaperspektiv på erfaring, er beskrevet i en kvalitativ studie av Kerr, Josyula og Littenberg (2011). De fant gjennom analyse av erfaringer beskrevet av en gruppe som hadde deltatt på et MBSR-kurs, endringer i hvordan deltakerne opplevde seg selv. Blant det som ble trukket frem i denne analysen var deltakernes utvikling av en observerende posisjon ovenfor sine egne erfaringer, i tråd med beskrivelsene fra Shapiro et al. (2006). Emavaradhana og Tori (1997) fant i sin studie signifikante endringer i indre og ytre aspekter ved selv-representasjon (self-representation) (målt ved bruk av Tennessee Self-representation Scale) etter gjennomføring av en syv-dagers mindfulness samling. Blant annet fant de at deltakerne etter gjennomføring av samlingen rapporterte mer positiv selvopplevelse, høyere selvfølelse og høyere grad av selvaksept. Funn som dette kan tyde på at mindfulness-trening kan virke gjennom å fremme evnen til å skifte perspektiv, noe som vil gi personen muligheten til å desentrere fra egne erfaringer, og oppleve disse på en mindre reaktiv og dømmende måte. Ramel, Goldin, Carmona og McQuaid (2004) foreslår en mer fleksibel opplevelse av selvet som en av de mulige positive konsekvensene ved mindfulness-trening. Det ovennevnte ser ut til å stemme overens med beskrivelser fra intervjuene med Marie rundt hvordan hun opplevde en øket evne til å observere sine tanker og følelser, og til å stille seg mer nøytral til sine erfaringer. Dette uten det samme behovet for å agere dersom hun opplevde ubehag. Endringer i selvopplevelse kan også sees i sammenheng med forskning av Goldin et al. (2009), som foreslår at mindfulness-baserte intervensjoner muligens virker for personer med sosial angstlidelse gjennom å redusere selvrefererende prosesser ved å redusere vanemessige tendenser til å engasjere seg i overdrevent kritiske selvevalueringer.

Personer med sosial angstlidelse vil gjennom mindfulness-trening muligens kunne skifte fra kognitive fordreininger av det sosiale selvet til en mer hensiktsmessig, og mindre fordreid, selvrefererende holdning.

**Eksponering.** Shapiro et al. (2006) og Hölzel et al. (2011) beskriver også eksponering som en sentral mekanisme for endring i mindfulness-basert behandling. Evnen til å observere tanker og følelser som erfares uten å engasjere seg i dem gjør at personen i større grad kan erfare ubehag med større objektivitet og mindre reaktivitet (Shapiro et al., 2006). Dette kan fungere motvirkende til mer vanemessige tendenser til å unngå eller undertrykke vanskelige emosjonelle tilstander, og slik øke eksponering for slike tilstander. Gjennom direkte eksponering kan personen lære at tanker, følelser og kroppslige erfaringer som er ubehagelige ikke er like overveldende eller farlige. Gjennom oppmerksom tilstedeværelse kan man lære at tidligere fryktede emosjoner eller kroppslige signaler ikke må unngås eller undertrykkes, ettersom de etter hvert vil avta naturlig (Shapiro et al., 2006). Dette sammenfaller med Marie sine beskrivelser av erfaringer gjennom kursdeltakelsen, hvor hun beskrev at hun gjennom kurset valgte å bli værende med de vanskelige tankene og følelsene som oppstod underveis i de ulike øvelsene. Flere av mekanismene som er foreslått som mulige mekanismer for endring i mindfulness-basert behandling fremstod som medvirkende i endringsprosessen for Marie.

**Selvmedfølelse.** Kuyken et al. (2010) beskriver selvmedfølelse som en av de virkningsfulle mekanismene i mindfulness. Dette i tråd med teori (Gilbert, 2009) og forskning (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007) som indikerer at selvmedfølelse er adaptivt i møtet med negative tanker og følelser. Cox et al. (2004) og Neff og McGehee (2010) har foreslått at pasienter med sosial angstlidelse og høy grad

av selvkritikk kan profittere på mer spesifikt fokus rettet mot selvfølelse i behandling. Werner et al. (2012) hevder at selvmedfølelse kan utgjøre en ”logisk motgift” (logical antidote) til vanskene med selvkritikk og skamfølelse som mennesker med sosial angstlidelse opplever. Nyere studier har gitt foreløpig støtte for MBSR som metode for å øke selvmedfølelse (Birnie, Speca, & Carlson, 2010; Shapiro et al., 2005; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Måtene man møter seg selv når man erfarer vanskelige eller ubehagelige følelser kan påvirkes av hvilken holdning man har, og i mindfulness-baserte intervensjoner vektlegges en ”affektiv, medfølende kvalitet i tilstedeværelsen, en følelse av åpenhet, vennlig tilstedeværelse og interesse” i holdningen (Kabat - Zinn, 2003, s. 145, egen oversettelse). Marie beskrev et tydelig skifte i hvordan hun behandlet seg selv før og etter deltakelse på kurset. Alle komponentene Neff (2003a, 2003b) har beskrevet i sin definisjon av selvmedfølelse beveget seg fra før til etter kurset for Marie, og fremstår som sentrale endringsmekanismer hun har fått utbytte av gjennom deltakelse.

### **Selvfølelse, selvmedfølelse og psykisk helse**

Selvfølelse og selvmedfølelse kan være viktig for å forstå hvordan psykisk helse hos unge voksne best kan fremmes og ivaretas. På tross av at denne analysen fokuserer på én person sine erfaringer av endring i selvopplevelse og psykiske vansker, ser disse beskrivelsene ut til å ha viktige berøringspunkter med annen forskningslitteratur på feltet (Cox et al., 2004; Lecrubier et al., 2000; Werner et al., 2012), som fremhever at selvkritiske prosesser og lav selvfølelse forekommer hyppig hos personer med sosial angstlidelse. I lys av funnene presentert her, og litteratur som antyder at unge voksne rapporterer høyere forekomst av symptomer på sosial angst, er det interessant å drøfte dette som et potensielt utviklingsfenomen i dagens samfunn. Stewart og Mandrusiak

(2007) fant i en undersøkelse av sosial angst i en collegepopulasjon at både studenter som søkte hjelp for problemer med sosial angst og studenter som ikke gjorde det skåret det samme på et selvrappoteringskjema for sosial angstlidelse. De presenterer på bakgrunn av dette et utviklingsmessig perspektiv på sosial angst i collegepopulasjonen, og foreslår normalisering av disse symptomene i denne aldersgruppen. I stedet for å behandle alle personer med symptomer på sjenanse eller sosial angst som ”syke”, med terapeutiske intervensjoner direkte mot sosial angstlidelse, kan det muligens være nyttig med bredere, mer generelle tilnærminger for å redusere stress, øke mestring og styrke psykisk helse mer indirekte hos unge voksne i denne fasen av livet (jfr. Mindfulness-baserte intervensjoner og MBSR).

Neff (2009) hevder at det i vesten lenge har vært fokus på betydningen av høy selvfølelse. Over mange år har den rådende kulturelle og vitenskapelige antakelsen vært at høy selvfølelse er synonymt med psykisk velvære og fungering (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt, & Schimel, 2004). De senere årene har flere psykologer og forskere (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Crocker & Park, 2004; Neff, 2009) derimot begynt å problematisere bruken av selvfølelsesbegrepet som et ideal for psykisk helse og fungering i mellommenneskelige relasjoner, blant annet grunnet forskning som tyder på sammenhenger mellom høy selvfølelse og narsissistiske personlighetstrekk (Twenge & Foster, 2008). Dette har også blitt beskrevet som ”bedre-enn-gjennomsnittet”-effekten, behovet for å føle seg bedre enn andre for å føle seg bra med seg selv (Neff, 2009). Forskningsfunn indikerer at selv om både selvfølelse og selvmedfølelse er relatert til positive psykologiske egenskaper som glede, optimisme og positiv affekt, ser det ut til at selvmedfølelse har færre av de negative baksidene (Leary et al., 2007; Neff & Vonk, 2009) Neff og Vonk (2009) fant også i sin studie at

selvmedfølelse så ut til å være mindre sårbar og avhengig av ytre omstendigheter enn selvfølelse. Nyere forskningsfunn støtter opp under en antakelse om fordelene ved å rette fokus mot å fremme selvmedfølelse hos personer som har lav selvfølelse, felles for mange med sosial angstlidelse (Allen & Leary, 2010; Leary et al., 2007; Neff & Vonk, 2009). Dette kan være ekstra viktig i for mennesker i ung voksen alder, ettersom de er i et utviklingsstadium der formingen av identitet er sentralt (Arnett, 2000; Erikson, 1968), og som ofte er assosiert med følelser av isolasjon, sosial konkurranse og angstfylte, negativt selvrefererende evalueringer (Neff & McGehee, 2010).

### **Metodiske begrensninger ved studien**

Denne oppgaven tok utgangspunkt i en kvalitativ kasusstudie, noe som innebærer viktige metodiske begrensninger. Kasusstudier har sin styrke i å kunne gjennomføre dybdeundersøkelser av fenomener i sin naturlige helhet, noe som kan bidra til å generere spørsmål og hypoteser for videre forskning (Thomas, 2011). Kvalitative kasusstudier er mindre egnet til å trekke kausale slutninger om årsakssammenhenger. Det er også problematisk å generalisere funn fra kasusanalyser til generelle eller universelle relasjoner i andre kontekster. Historisk sett har kasusanalyser vært viktige i utvikling av flere sentrale teorier i psykologiens historie, men de metodiske begrensningene gjør at det ikke er gitt at funnene fra denne kasusanalysen vil være generaliserbare for andre personer som gjennomgår mindfulness-basert behandling under andre omstendigheter. Målet har vært å undersøke og få forståelse for hvordan deltakeren i studien har opplevd det å delta i mindfulness-basert behandling for sosial angst, og hvordan hun opplevde seg selv gjennom dette. I oppgaven er det likevel vektlagt å se funnene i sammenheng med annen forskning på mindfulness og sosial angstlidelse, noe som bidrar til å støtte opp under funnenes gyldighet. Funnene i denne

kasusanalysen kan indikere bredden av ulike endringer som deltagere kan oppleve i mindfulness-basert behandling, og kan illustrere viktige erfaringer og endringsprosesser hos mennesker som gjennomfører mindfulness-basert gruppebehandling. På tross av sine begrensninger kan kvalitative kasusstudier bidra gjennom å gi inngående kunnskap om viktige endringsprosesser i mindfulness-basert behandling.

**Refleksivitet.** Refleksivitet innebærer utforskning av hvordan subjektivitet og forforståelse hos forskeren eller forskningsteamet kan påvirke fortolkning av fenomenet som studeres (Finlay, 2003). Et viktig spørsmål i denne refleksive prosessen var hvilket underliggende perspektiv som fikk forme forskningsspørsmålet. Intervjuguidene benyttet i for- og etter-intervjuene inneholdt teoridrevne spørsmål rundt selvkritikk og selvmedfølelse, ut fra i en antakelse om at disse fenomenene ville være relevante for forståelsen av selvopplevelse i sosial angstlidelse. Dette kan være en viktig strategi for å rette fokus mot viktige områder av deltakerens opplevelse etter behandling, men kan også ha medført at funnene er påvirket av at fokuset har ligget på begreper som ligger nært opp mot allerede eksisterende teorier for mekanismer som utspiller seg i mindfulness-basert behandling og sosial angstlidelse. I metodedelen ble forskerne sine perspektiv redegjort for, med ønske om å kontekstualisere hvilke forforståelser som kan ha bidratt til å forme forskningsprosessen (Finlay, 2003). Elliott et al. (1999) fremhever viktigheten av å avdekke verdier og holdninger hos de som undersøker et fenomen, ettersom dette kan hjelpe leseren til å fortolke dataene, og også til å vurdere andre mulige tolkninger. Det er uunngåelig ikke å bringe inn fortolkning og subjektivitet i analysene, og dette anerkjennes også i denne oppgaven. Det er likevel forsøkt, gjennom presentasjon av forskernes perspektiv og selve analyseprosessen, å på en tilstrekkelig transparent måte synliggjøre det bakenforliggende til fortolkningene i denne

forskningsprosessen. I gjennomføringen av intervjuene har det i vært søkt å utforske og beskrive erfaringsmessige kvaliteter ved deltakeren sine levde erfaringer rundt det å leve med sosial angst. I oppgaven er det også reflektert over hvordan gjennomføringen tilfredsstillende ulike kvalitetskriterier for kvalitativ forskning (Elliott, Fisher, & Rennie, 1999; J. A. Smith et al., 2009). For å kontekstualisere betingelsene for undersøkelsen er deltakeren sin bakgrunnsinformasjon presentert i metoddelen. Elliott et al. (1999) påpeker viktigheten av dette for å muliggjøre vurderinger av hvordan funnene kan være relevante i en større kontekst. Både i metoddelen og i resultatdelen er det forsøkt å komme med tilstrekkelige eksempler og beskrivelser av analyseprosessen, for illustrere de analytiske prosedyrene og forståelsen som er utviklet på bakgrunn av disse (Elliott et al., 1999). Funnkategoriene er drøftet underveis i veiledning, og sammenfaller også med eksisterende litteratur, noe som støtter opp under kredibiliteten av kategoriene. I tillegg er det forsøkt å presentere funnene på en koherent og forståelig måte, blant annet gjennom visualisering av funnene i figur 1 (Elliott et al., 1999).

### **Implikasjoner for forskning og klinisk praksis**

Denne kasantalysen har gitt et innblikk i hvordan en deltaker i mindfulness-basert behandling for sosial angst har opplevd seg selv og sine endringer før og etter kursdeltakelse. Det å studere denne deltakeren i detalj kan fortelle noe om hvilke psykologiske prosesser som har vært gjeldende for henne i denne behandlingen på dette tidspunktet, og kan også gi informasjon som kan hjelpe til å forstå hvilke erfaringer som bidrar til endring i mindfulness-basert behandling. Selv om deltakeren opplevde endring i sine symptomer på sosial angst fremkom det som om de viktigste endringene for henne dreide seg rundt endringer i selvopplevelse, selvmedfølelse og selvaksept. Dette indikerer at deltakeren opplevde betydelige endringer som var viktige for hvordan hun



hadde det med seg selv, ut over symptomreduksjon i seg selv. Dette illustrerer den potensielle betydningen av kvalitativ forskning, og med dette også kvalitative kasantalyser, ettersom disse muliggjør undersøkelse av og økt forståelse for endringsprosesser og den fenomenologiske erfaringen av endring (Binder et al., 2012). Mål på symptomendring kan ikke i seg selv nødvendigvis gi det fullstendige bildet av hva som er virksomt eller betydningsfullt for mennesker som søker hjelp gjennom psykologisk behandling. Funnene i denne studien indikerer i tillegg at det kan være meningsfylt i behandling også å fokusere på de utfordringene mange med sosial angstlidelse opplever knyttet til lav selvfølelse og en indre dialog preget av selvkritikk, noe som dermed kan ha implikasjoner for klinisk praksis. Dette vil muligens kunne bidra til ytterligere økning i livskvalitet og bedret funksjon hos personer med en slik problematikk. Funnene indikerer at det kunne være interessant å utforske nærmere hvordan behandling av sosial angst potensielt kan gjøres ytterligere effektivt gjennom fokus på selvopplevelse i behandling. Videre fokus og forskning på selvopplevelse og selvmedfølelse i behandling av sosial angst vil kunne bidra til å utdype vår forståelse for hva som er sentralt i behandling, men også til potensielt å øke effektiviteten av eksisterende behandlingstilbud for personer med sosial angst.

### **Konklusjon**

Denne oppgaven har undersøkt hvilken betydning mindfulness-basert gruppebehandling hadde for hvordan en ung person med sosial angst opplevde seg selv og sine vansker, før og etter deltakelse på et MBSR-kurs for sosial angst. Den har tatt utgangspunkt i en fortolkende fenomenologisk kasantalyse, og undersøkt deltakeren sine endringserfaringer relatert til hennes selvopplevelse. Deltakerens beskrivelser ble delt inn i seks hovedtema, tre for hvert intervju: ”Å ikke føle seg god nok for andre”, ”Å

leve med høye forventninger”, ”Å unngå vanskelige følelser”, ”Å finne rom for selvaksept”, ”Å oppleve følelser som mer håndterbare” og ”Å kjenne seg mindre alene”. Funnene viste sentrale endringsprosesser relatert til deltakeren sin opplevelse av seg selv gjennom kurset. Evnen til repersepsjon, til å møte seg selv med mer medfølelse når ting ble vanskelig, og til i større grad å akseptere seg selv fremstod som sentrale faktorer som bidro til endring i denne kassstudien. Funnene ble presentert i en visuell modell for å illustrere sammenhenger mellom temaene som fremkom, og deretter drøftet i lys av eksisterende teori og forskning. Det er i oppgaven redegjort for metodiske begrensninger ved studien, i tillegg til at noen implikasjoner for forskning og klinisk praksis er trukket frem. Videre forskning på selvopplevelse og endringserfaringer i sosial angst vil kunne utdype vår forståelse for betydningsfulle måter å tilnærme seg behandling av personer med sosial angstlidelse.

## Referanser

- Acarturk, C., Cuijpers, P., Van Straten, A., & De Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(02), 241-254.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self - Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders: DSM-5*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103-117.
- Binder, P.-E., & Vøllestad, J. (2010). Å være tilstede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(2), 112-117.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self - compassion and empathy in the context of mindfulness - based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, 26(5), 359-371.

- Bodinger, L., Hermesh, H., Aizenberg, D., Valevski, A., Marom, S., Shiloh, R., . . . Weizman, A. (2002). Sexual function and behavior in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Brady, V. P., & Whitman, S. M. (2012). An acceptance and mindfulness - based approach to social phobia: A case study. *Journal of College Counseling, 15*(1), 81-96.
- Brantley, J. (2005). Mindfulness-based stress reduction. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 131-145). New York: Springer.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy, 26*(3), 467-486.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 827-856.
- Bögels, S. M., Sijbers, G., & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(1), 33-44.

- Canton, J., Scott, K. M., & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203.
- Chapman, E., & Smith, J. A. (2002). Interpretative phenomenological analysis and the new genetics. *Journal of Health Psychology*, 7(2), 125-130.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Coleman, A. M. (2006). *Oxford dictionary of psychology*. New York: Oxford University Press.
- Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 227-234. doi: 10.1016/j.jad.2003.12.012
- Cox, B. J., Rector, N. A., Bagby, R. M., Swinson, R. P., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 223-228. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00043-9
- Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(05), 553-568.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392-414.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological

- Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23(03), 709-718.  
doi:10.1017/S0033291700025484
- De Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K. T., Kowalski, K., & Bjørndal, A. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning. *Campbell Systematic Reviews*, 3.
- Elliott, R., Fisher, C., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Emavardhana, T., & Tori, C. D. (1997). Changes in self-concept, ego defense mechanisms, and religiosity following seven-day Vipassana meditation retreats. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 194-206.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*: WW Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*: WW Norton & Company.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- Feldman, L. B., & Rivas-Vazquez, R. A. (2003). Assessment and treatment of social anxiety disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 396.
- Finlay, L. (2003). *Through the looking glass: Intersubjectivity and hermeneutic reflection*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Gavey, N., & Braun, V. (1997). Ethics and the publications of clinical case material. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(4), 399.

- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? Why does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. New York & London: The Guilford Press.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion. Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 174-189.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. London: Constable.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- Goldin, P. R., Ramel, W., & Gross, J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 242.
- Goldstein, J., & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom*. Boston: Shambhala.
- Grant, B., Hasin, D., Blanco, C., Stinson, F., Chou, P., Goldstein, R., . . . Huang, B. (2005). The Epidemiology of Social Anxiety Disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1351-1361.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.

- 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*(6), 1152.
- Hjeltnes, A., Binder, P.-E., Moltu, C., Hoffart, A., Nilsen, G. H., & McLeod, J. (2012). *Exploring the roles of self-compassion and interpersonal experiences in promoting mental health among university students with social anxiety*. (Ph.D.), Universitetet i Bergen, Norge.
- Hoffart, A., Borge, F.-M., Sexton, H., & Clark, D. M. (2009). Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: A process-outcome study. *Behavior Therapy, 40*(1), 10-22.
- Hoffman, L., Lopez, A. J., & Moats, M. (2013). Humanistic psychology and self-acceptance. In M. Bernard (Ed.), *The strength of self-acceptance* (pp. 3-17). New York: Springer.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169.
- Horney, K. (1992). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. New York: Norton.
- Hougaard, E. (2012). *Kognitiv behandling av panikangst og socialfobi*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of



- action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Jazaieri, H., Goldin, P. R., Werner, K., Ziv, M., & Gross, J. J. (2012). A randomized trial of MBSR versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 715-731.
- Jazaieri, H., Morrison, A., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K., Pbert, L., . . . Santorelli, S. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat - Zinn, J. (2003). Mindfulness - based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., . . . Helstad, C. P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1999-2007.
- Kerr, C. E., Josyula, K., & Littenberg, R. (2011). Developing an observing attitude: an analysis of meditation diaries in an MBSR clinical trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 80-93.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s417), 19-27.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders

- in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-9.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., . . . Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2 ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H.-U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15(1), 5-16.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- Lewis, M. (2011). The self-conscious emotions. *Emotions*.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science*. London: Routledge.

- Malpass, A., Carel, H., Ridd, M., Shaw, A., Kessler, D., Sharp, D., . . . Wallond, J. (2012). Transforming the perceptual situation: A meta-ethnography of qualitative work reporting patients' experiences of mindfulness-based approaches. *Mindfulness*, 3(1), 60-75.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*: Universitetsforlaget.
- McCown, D., Reibel, D., & Micozzi, M. S. (2010). *Teaching mindfulness: A practical guide for clinicians and educators*. New York: Springer.
- McCullough, L., Kuhn, N., Stuart, A., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- McGinn, L. K., & Newman, M. G. (2013). Status update on social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 88-113.
- McManus, F., Peerbhoy, D., Larkin, M., & Clark, D. M. (2010). Learning to change a way of being: An interpretative phenomenological perspective on cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 581-589. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.03.018
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200.
- Moitra, E., Beard, C., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Occupational impairment and social anxiety disorder in a sample of primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 130(1), 209-212.

- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo, Norge: Folkehelseinstituttet.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211-214.
- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York: HarperCollins.
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self - compassion versus global self - esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
- Oxford English Dictionary. (2013). Hermeneutics *Oxford English Dictionary*: Oxford University Press.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness - based cognitive therapy and group cognitive - behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 403-410.

- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, *130*(3), 435.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, *28*(4), 433-455.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(8), 741-756.
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, *24*(2), 227-233.
- Rennie, D. L., Watson, K. D., & Monteiro, A. M. (2002). The rise of qualitative research in psychology. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *43*(3), 179.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, *24*(7), 883-908.
- Rogers, C. R. (1995). What understanding and acceptance mean to me. *Journal of Humanistic Psychology*, *35*(4), 7-22.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, *38*(1), 15.
- Ryan, R., La Guardia, J., Solky-Butzel, J., Chirkov, V., & Youngmee, K. (2005). On the interpersonal regulation of emotions: Emotional reliance across gender, relationships, and cultures. *Personal Relationships*, *12*(1), 145-163.

- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management, 12*(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*(3), 373-386.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Korbly, N. B., Peters, P. M., Nicolaou, D. C., & Pollack, M. H. (2002). Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services, 53*(6), 714-718.
- Smith, D. W. (2011). Phenomenology. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford University: The Metaphysics Research Lab, Center for the Study of Language and Information.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods*. London: SAGE Publications.
- Smith, J. A., & Shinebourne, P. (2012). Interpretative Phenomenological Analysis. In H. Cooper (Ed.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol 2. Research Designs*: American Psychological Association.

- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review, 22*(7), 947-975.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1606-1613.
- Stewart, D. W., & Mandrusiak, M. (2007). Social phobia in college students: A developmental perspective. *Journal of College Student Psychotherapy, 22*(2), 65-76.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 469-478.
- Teo, A. R., Lerrigo, R., & Rogers, M. A. (2013). The role of social isolation in social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(4), 353-364.
- Thomas, G. (2011). *How to do your case study: A guide for students and researchers*. London: SAGE Publications.
- Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., . . . Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: internet delivered self - help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety, 25*(8), 708-717.
- Twenge, J. M., & Foster, J. D. (2008). Mapping the scale of the narcissism epidemic: Increases in narcissism 2002–2007 within ethnic groups. *Journal of Research in Personality, 42*(6), 1619-1622. doi: doi.org/10.1016/j.jrp.2008.06.014
- Verdens Helseorganisasjon. (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Geneve, Sveits: Verdens Helseorganisasjon.

- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness - and acceptance - based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta - analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 51*(3), 239-260.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(4), 281-288.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*: WW Norton.
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping, 25*(5), 543-558.
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research, 32*(6), 721-733.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: The Guilford Press.
- Wittchen, H.-U., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology, 11*, 15-23.
- Wittchen, H.-U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry, 15*(1), 46-58.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 28*(01), 109-126.



- Wyatt, C., Harper, B., & Weatherhead, S. (2013). The experience of group mindfulness-based interventions for individuals with mental health difficulties: A meta-synthesis. *Psychotherapy Research*, 1-15.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.): New York: Basic Books.
- Yin, R. K. (2013). Validity and generalization in future case study evaluations. *Evaluation*, 19(3), 321-332.

## Appendiks A

**INTERVJUGUIDE 1****SELVOPPLEVELSE****Innledning:**

1. Takk for deltagelse: Hva var det som gjorde at du valgte å delta?
  - a. Instruksjon: Jeg vil gjerne snakke med deg om en del om dine opplevelser, og jeg har en del spørsmål jeg kommer til å stille om hvordan du opplever eller forholder deg til deg selv når du har det vanskelig - det finnes ikke noe rett eller galt svar på disse spørsmålene, det jeg vil høre om er hvordan *du* har opplevd eller opplever det å ha angst eller være usikker i sosiale situasjoner, og *hvordan det er for deg* når du kjenner dette
2. Hvor lenge vil du si at du har kjent det at du kan være engstelig i sosiale sammenhenger?
  - a. Kan du huske en gang fra ganske tidlig der du kjente det på den måten?
  - b. Hva har du gjort for å mestre disse opplevelsene med angst?

**Opplevelse av sosial angst:**

3. Kan du fortelle meg om en konkret situasjon fra den siste tiden som har vært vanskelig for deg?
4. Hvordan er det for deg å møte nye mennesker eller være i sosiale situasjoner?
5. Er det noen situasjoner som er spesielt vanskelige eller mindre vanskelige?
  - a. hva gjør disse situasjonene utfordrende for deg?
6. Er det noen situasjoner som er eller mindre vanskelige
  - a. hva gjør disse situasjonene lettere for deg?

**Opplevelse av selvkritikk:**

7. Hva tenker du om deg selv når du kjenner sosial angst?
  - a. Hva føler du om deg selv når du kjenner dette?
8. Kan du huske en konkret situasjon fra den siste tiden hvor du ble veldig selvkritisk/lite fornøyd med deg selv?
  - a. Kan du beskrive situasjonen litt nærmere for meg: Hvor var du? Hvem var du sammen med? Hva skjedde?
  - b. Hva kjente du inni deg da?/Hvordan reagerte du da?

- c. Når vi tenker er det ofte som om vi snakker for oss selv eller fører en indre samtale med oss selv – kan du forsøke å huske hva du sa til deg selv:
    - i. Mens du var i denne situasjonen?
    - ii. Etterpå når du var ute av denne situasjonen?
9. Hva er det du sier til deg selv når du blir selvkritisk/snakker deg selv ned/snakker nedsettende til deg selv/**tenker negative ting om deg selv**?
- a. Hva med deg selv (evt. hvilke ting eller sider ved deg selv) er du mest kritisk til?
10. Kan du huske en situasjon hvor du var mindre kritisk til deg selv?
- a. Kan du beskrive situasjonen litt nærmere for meg: Hvor var du? Hvem var du sammen med?
  - b. Hva kjente du inni deg da/hva kjente du i kroppen din da?
  - c. Kan du forsøke å huske hva du sa til deg selv:
    - i. Mens du var i denne situasjonen?
    - ii. Etterpå når du var ute av denne situasjonen?

### Opplevelse av medfølelse for deg selv

11. Det er veldig vanlig å kjenne ubehagelige følelser som flauhet eller engstelse når vi ikke har vært fornøyd med oss selv i en sosial situasjon – finner du av og til noen måter å hjelpe deg selv med slike følelser? Noe som gjør dem lettere å håndtere? –
- a. Hva gjør du for å trøste eller støtte deg selv?/hva gjør du da?
  - b. Hvordan kjennes det i etterkant av dette?
12. Hva gjør du for å vare på deg selv når du har det vanskelig? Hva gjør du når du har det vanskelig for å føle deg bedre? Hva er det du gjør for deg selv for at det skal gjøre mindre vondt?/hva sier du til deg når du sier gode eller støttende ting til deg selv?
13. Hvordan er det for deg å vise vennlighet for deg selv når du har det vanskelig?
- a. Hvis ikke, hva: utforske selv-hat/forakt/selvkritikk
14. Mange føler at de kjenner seg alene om å ha det på denne måten når det vanskelig. Tror du at det er andre som sliter med sosial angst? Føler du at du er alene når du kjenner sosial angst? Hva føler du at det sier om deg? Er det av og

til noe som hjelper deg til å tenke at andre også sliter på samme måte som deg selv? (Hvis nei, hva da?)

- a. Hva er det som hjelper deg til å tenke dette? Hva tenker du da?
- b. Hvordan kjennes det å tenke dette?

15. Er det noe du har opplevd som har hjulpet deg til å være mer vennlig med deg selv?

### **Forventinger til kurset**

16. Har du noen forventninger til kurset?

17. Har du noen ting du gleder deg til/gruer deg til? Kan du si litt mer om - hva *tenker* du om dette?

### **Avslutning**

Er det noe annet du tenker er viktig i forbindelse med dette temaet som vi ikke har fått snakket om nå?

Hva synes du er viktig å vite for fagpersoner som jobber med mennesker med sosial angst for å kunne gi god hjelp?

Hvordan har det vært for deg å delta i dette intervjuet?

## Appendiks B

**INTERVJUGUIDE 2****MBSR**

Oppgi gjerne **nummer** og **dato** for intervju på starten av lydopptak

**Introduksjon:**

Takk for deltagelse:

- a. Instruksjon: 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 på kurset – hva du har opplevd, hvilke positive eller negative erfaringer du har hatt under kurset og hvordan du opplever at det har hjulpet eller ikke hjulpet deg i forhold til det å leve med sosial angst. Det finnes ikke noe rett eller galt svar på disse spørsmålene, det som er viktig for meg er hvordan *du* har opplevd det å være med på dette kurset.

**Bakgrunn for deltagelse:**

1. *Hva var det som gjorde at du valgte å begynne på dette kurset?*
  - a. Hva var plagene dine?
  - b. Hva håpet du at kurset ville hjelpe deg til?

**Opplevelse av kurset:**

2. *Hvordan var det for deg å begynne på kurset?*
  - a. Hvordan var det for deg å møte kurslederne og de andre deltagerne?
  - b. Hvordan var det for deg å gå på kurset fra begynnelse til slutt?
3. *Kan du huske en situasjon fra kurset som var **positiv** for deg?*

(hva var situasjonen, hva skjedde, hva kjente/følte/tenkte du, hva betydde det for deg)
4. *Kan du huske en situasjon fra kurset som var **vanskelig** eller **utfordrende** for deg?*

(hva var situasjonen, hva skjedde, hva kjente/følte/tenkte du, hva betydde det for deg)
5. *Hvordan var det for deg å delta i **gruppen** på dette kurset?*

- a. Hvordan var det for deg å dele dine erfaringer med de andre i gruppen?
  - b. Hvordan var det for deg å høre andre fortelle om sine erfaringer?
  - c. Hva synes du ville vært en *optimal størrelse* for en slik gruppe? Hva ville vært anderledes for deg da?
6. *Hvordan har du opplevd **øvelsene** du har blitt introdusert for på kurset?*
7. *Nå er det mange øvelser i kurset som fokuserer på **pust** og **kroppsopplevelse**. Hvordan opplever du at det har vært for deg?*
8. *Hvordan var **heldagssamlingen** for deg?*
- a. Hva opplevde du i løpet av denne dagen – fra begynnelse til slutt?

### **Selvopplevelse (hvordan du opplever og behandler deg selv)**

9. *Kan du fortelle meg om en gang nylig i hverdagen din **hvor du kjente at du hadde det vanskelig** eller at det var **noe du ikke fikk til**?*
- a. Hvordan reagerte du? Hva sa du til deg selv?
  - b. Har du et annet eksempel på dette?
10. *Hvordan vil du si du behandlet deg selv i slike situasjoner **før** kurset?*
11. *Hvordan opplever du at kurset har påvirket **hvordan du opplever og tenker om deg selv**?*
- a. Opplever du at det å delta på dette kurset har forandret hvordan du forholder deg til kroppslige fornemmelser, tanker eller følelser?
12. *Hvordan er det for deg å håndtere **vanskelige eller vonde følelser**? Har kurset påvirket hvordan du møter eller forholder deg til negative tanker eller følelser?*
13. *Mange kjenner seg **ensom** og tenker at de er den eneste som har det på denne måten når de har det vanskelig når de har det vanskelig. Hvordan har det vært å **møte andre** studenter i samme situasjon?*
14. *Hvordan opplever du at det du har lært og opplevd på kurset har påvirket ditt forhold til **andre mennesker**?/Har det å øve på å være oppmerksom og nærværende påvirket forholdet ditt til andre mennesker?*
- For eksempel når det gjelder å:
- a. Være i situasjoner med andre mennesker eller møte mennesker som du ikke kjenner?

- b. Lytte til eller være oppmerksom på hva andre har å si?
- c. Å kunne kjenne deg trygg når du skal si noe til andre?
- d. Legge merke til det som skjer med deg når du er sammen med andre?
- e. Hva du velger å gjøre når du er sammen med andre i hverdagen din?

### **Opplevelse av endring i løpet av kurset:**

Nå vil jeg gjerne spørre deg **litt mer** om hvordan du opplevde noen bestemte typer av endring eller ikke opplevde denne type endring i løpet av kurset. (NB: spørsmål 16-21 er valgfrie, tas ut fra om tema er dekket/tidsramme)

*15. Har du opplevd **at noe har endret seg** for deg i løpet av eller etter kurset?/Har du merket noen endringer i løpet av kurset?*

- a. Gjøre, føle eller tenke ting på en annen måte enn tidligere  
En kan eventuelt spørre mer spesifikt om mestring av:
  - Stress
  - Grubling, bekymring eller selvkritikk
  - Andre negative følelser (frykt, tristhet, sinne, skam, skyldfølelse)
  - Nedstemthet/depresjon
- b. Hvordan det var før du begynte på kurset sammenlignet med hvordan det er nå
- c. Har du blitt overrasket av noen av endringene?
- d. Hva tror du kan ha bidratt til at dette endret seg for deg? (Både ting utenfor terapien og i terapi)

*16. Er det ting som ikke har endret seg siden kurset begynte, selv om du ønsket at de hadde gjort dette?*

*17. Har du opplevd at noe har endret seg til det verre siden kurset begynte?*

*18. Hva har du opplevd som de mest **hjelpsomme** eller **nyttige** sidene ved kurset?*

- a. Kan du gi et eksempel eller beskrive en konkret hendelse som var hjelpsom/nyttig for deg?

*19. Hvilke ting ved kurset har du opplevd som vært lite hjelpsomt, negativt eller skuffende?*

- a. Kan du gi et eksempel eller beskrive en konkret hendelse?

*20. Har det vært noe ved terapien som var vanskelig eller vondt, men som likevel*

*var ok eller kanskje hjelpsomt?*

a. Hvis ja, hva og hvordan?

21. *Var det noen ting du savnet ved kurset, eller som du følte ville gjort kurset bedre?*

a. Hvis ja, hva og hvordan?

22. *Er det noe ut over det vi har spurt deg om **som du gjør annerledes i dag** – kan du eventuelt beskrive **en episode** hvor du gjorde noe annerledes, hvis du kan komme på en?*

23. *Er det andre typer av endringer du opplever i forhold til hvordan du møter vanskene dine eller **hva du gjør for å mestre vanskene dine**?*

**Avslutning:**

24. *Hvis du skulle forklart en annen person **hva du har lært** av å delta på dette kurset – hva ville det være?/ Hva var det viktigste du lærte på kurset? Hva lærte du om deg selv i løpet av dette kurset?*

- Hvordan har du opplevd det å delta på dette intervjuet?

TAKK FOR DELTAGELSE