



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Mobbing i arbeidslivet/Bullying at work**

**Forfatter(e) Katarina Thoresen Vik**

**Totalt antall sider inkludert forside: 25**

**Molde, 14.4.10**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Mobbing i arbeidslivet**

**Tittel på engelsk: Bullying at work**

**Forfatter(e): Katarina Thoresen Vik**

**Fagkode: VPH705**

**Studiepoeng:**

**Årstall: 2010**

**Veileder: T. Tveiten**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 10.4.10**

**Antall ord: 7484**

### **Forord / Sammendrag**

I denne oppgaven drøftes det hvordan jeg som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid kan få til en god effekt av kognitiv terapi hos personer som har vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen. Dette innebærer blant annet at jeg kommer inn på tema som viktigheten av empati, evne til god kommunikasjon, viktigheten av å forholde seg til klientens motivasjon og samarbeidsvillighet og det å gi klienten kunnskap og håp om behandling når den kognitive terapiformen utøves. Frem for alt så fokuseres det på viktigheten av sykepleierens forforståelse kombinert med kunnskap om mobbing i arbeidet med klienten for å oppnå en god behandlingseffekt. I oppgaven gis det en kort orientering om mobbeprosessen, faktorer som influerer på at mobbing oppstår, og mulige konsekvenser av det å bli utsatt for mobbing. Dette er viktig bakteppekunnskap når man kommer over i drøftingsdelen som tar for seg et case, hentet fra klinisk praksis. Her møter vi en person som har fått store problemer, i form av post-traumatiske stress symptom, som resultat av mobbingen hun har vært utsatt for. I oppgaven reflekteres det over kompleksiteten knyttet til praktiseringen av kognitiv terapi. Betydningen av en helhetlig tilnærming til klientens problemer og viktigheten av den gode alliansen mellom terapeut og klient vektlegges for å oppnå en god effekt av kognitiv terapi hos personer som har vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen.

## Innhold

<b>1 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Tema og problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>3 Teori</b> .....	<b>3</b>
3.1 Det vitenskapelige grunnlaget.....	3
3.2 Mobbing i arbeidslivet .....	4
3.3 Kognitiv teori .....	8
3.3.1 Kognitiv teori og kognisjon .....	8
3.3.2 Utøvelsen av kognitiv terapi .....	9
<b>4. Empiri/Casebeskrivelse</b> .....	<b>14</b>
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>15</b>
<b>6 Konklusjon og videre arbeid</b> .....	<b>19</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>20</b>



## 1 Introduksjon

Forskning viser, i følge Einarsen, Hoel og Birkeland Nielsen (2007) at mobbing er meget utbredt og kan medføre en rekke post-traumatiske stress symptomer. Dette gjør temaet interessant å studere ut i fra et terapeutisk synspunkt.

Ettervirkinger av mobbing kan ytre seg i form av angst, depresjon og søvnløshet med mer. Dette er typiske lidelser kognitiv terapi har vist seg å ha god effekt på (Berge og Repål, 2005). Dette medfører at det blir ekstra interessant å se på mobbing med utgangspunkt i kognitiv terapi.

I henhold til Berge og Repål (2005) kan behandling av klienter med sammensatte problemer kreve lengre tid enn ved mindre komplekse tilstander. Dette skulle tilsa at det å behandle et mobbeoffer kan by på mange utfordringer for terapeuten. Hvilken av symptomene skal man behandle først? Hva opplever klienten som tyngst å bære av de ettervirkningene mobbingen har resultert i?

Det er ikke gitt at alle vet hva som er utgangspunktet for at mobbing oppstår, ei heller vet noe om mobbingens konsekvenser. For å kunne gi adekvat behandling er det selvsagt nødvendig å ha kunnskap om området som danner utgangspunkt for klientens problemer, ved siden av kunnskap om den enkelte klients helt spesifikke situasjon. På den måten unngår man å farges av sin egen forforståelse, som i følge Thüren (2001) kan føre oss på ville veier. Nå må det likevel understrekes at forforståelsen er viktig og selvsagt alltid vil være der, i følge Thüren (2001), forutinntatte meninger i bokstavlig forstand, men den må suppleres av konkret kunnskap og erfaring. Erfaring og forforståelse forutsetter hverandre i et evig kretsløp, hvor større erfaring gir bedre forståelse, som i sin tur gjør at man oppfatter finere nyanser. Forforståelsen vil utvikle seg fra fordom til virkelig forståelse, understreker Thüren, og således blir det viktig å jakte på et høyt kunnskapsnivå for å kunne få en god effekt av den kognitive terapibehandlingen.

Som hjelpemiddel i terapisisituasjonen anvender terapeuten en rekke teknikker. Disse må velges ut i fra de spesifikke symptomer som avdekkes hos det enkelte individ. Noen teknikker passer i forhold til behandling av angst, for eksempel for å håndtere selvmordsrisiko, mens andre anvendes for eksempel ved depressive tilstander. For depressive tilstander er det aktuelt med trygghetsskapende strategier og ulik trening for eksempel ved panikkangst (Berge og Repål, 2005).

Forskning omkring terapi viser, sier Berge og Repål (2005), at en god allianse mellom terapeut og klient er viktig forutsetning for bedring av klientens situasjon. En god allianse

innebærer at man som terapeut er engasjert i og har forståelse for klientens problemer, at man, som nevnt, har kunnskap og ferdigheter om klientens situasjon, og at man har respekt for klienten og utviser menneskelighet og omtanke. Med andre ord så er også terapeutens personlige egenskaper av avgjørende betydning for å oppnå en god effekt av behandlingen.

I oppgaven poengteres således betydningen av en helhetlig tilnærming i relasjonen mellom terapeut og klient.

## **2 Tema og problemstilling**

Tema for denne fordypningsoppgaven er mobbing i arbeidslivet, mens selve problemstilling er:

**Hvorledes kan jeg som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid få til en god effekt av kognitiv terapi hos personer som har vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen?**

I fordypningsoppgaven tas det utgangspunkt i en casebeskrivelse av kvinnen som jeg nevnte innledningsvis som var utsatt for mobbing på arbeidsplassen. Hun opplevde både latterliggjøring og utfrysing i en slik grad at hun fikk psykiske problemer av det hele.

Oppgaven diskuterer betydningen av kunnskap om mobbing i terapiprosessen slik at personer som har vært utsatt for mobbing, eksemplifisert gjennom denne kvinnen, blir møtt på en konstruktiv måte. Som utgangspunkt for drøftingen blir blant annet en teoretisk modell som viser mulige faktorer som influerer på mobbing og mulige konsekvenser av mobbing presenteret. Denne modellen er utarbeidet ut i fra litteraturstudier. Modellen viser et bilde på status quo med hensyn til hva litteraturen sier om mobbingens utgangspunkt og konsekvenser, og er således viktig innsikt i terapeutens arbeide, som supplement til forforståelse og tidligere erfaring.

I oppgaven gjennomgås ulike teknikker terapeuten må ha i verktøykassen i samspillet med sin klient. Denne gjennomgangen er ment som en helt generell innføring. Når det gjelder konkret bruk av adekvate teknikker tilpasset de spesifikke symptomer som avdekkes hos kvinnen i caset, i form av post-traumatiske stress symptomer, så går oppgaven ikke nærmere inn på disse. I stedet vises det til Berge og Repål (2005) som gir en fyldig

gjennomgang av bruken av kognitive terapiteknikker relatert til spesifikke psykiske lidelser. Dette valget er gjort ut i fra de begrensninger som ligger i omfanget av oppgaven, og ut i fra Berge og Repål (2005) sin understreking av at forskning viser at ingen faktor er av større betydning for å oppnå et godt behandlingsresultat enn klientens eget engasjement og involvering. Dette er noe som hundrevis av studier viser, sier de. På det viset opplever jeg det som særdeles betydningsfullt å fokusere på det som bidrar til en mest mulig god relasjon mellom terapeut og klient. Dette for å oppnå en god terapieffekt ved å trigger frem det nødvendige engasjement og involvering fra klientens side. I følge Berge og Repål (2005) er det å gi klienten en opplevelse av terapeuten som varm, empatisk og positivt imøtekommende som det som utgjør det viktigste bidraget til den gode relasjonen. I denne sammenhengen understreker Berge og Repål (2005) det interessante i at både etisk og vitenskaplig sett er kjernen i den terapeutiske prosessen det at man behandler klienten ordentlig og med størst mulig respekt for vedkommendes integritet og individualitet.

Metoden jeg har valgt i denne fordypningsoppgaven er et litteraturstudium. Problemstillingen blir belyst og drøftet ut i fra innhentet litteratur, hvor hovedfunnene fra litteraturstudiet er viktig for å få oppnå god effekt i terapibehandling rettet mot mobbingens konsekvenser.

## **3 Teori**

### ***3.1 Det vitenskapelige grunnlaget***

I følge Svartdal (1999) foreligger psykologisk fagkunnskap i form av forskningsresultater og teorier. Dette gjelder da også kunnskap og teorier knyttet til effekter og utgangspunkt for mobbing, post-traumatisk stresslidelse og de tilnærminger som ligger innbakt i kognitiv terapi.

Kognitiv terapi er en form for psykoterapi som opprinnelig ble utviklet av den amerikanske psykiateren Aaron Beck som jobbet innen psykoanalysen. Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet for ulike psykiske lidelser som depresjon og angstlidelser. Beck ble i sitt arbeid spesielt inspirert av den amerikanske psykologen Albert Ellis som noen år tidligere hadde dannet viktige teoretiske fundamenter for kognitiv adferdsterapi. Den kognitive teorien ble utviklet som en strukturert, tidsbegrenset her og nå orientert psykoterapi ved depresjon i følge Kråkvik (2006). I følge Berge og Repål (2005) rettes

søkelyset i kognitiv terapi seg mot hva klienten faktisk tenker, og ikke hva terapeuten tror at denne tenker eller hva terapeuten synes at klienten burde tenke. I aktivt samarbeid med klienten søker terapeuten å avdekke klientens særegne holdninger og tenkemåte, sier Berge og Repål (2005) videre. I følge Thomassen (2006) blir individets bidrag i erkjennelsesprosessen fremhevet i perspektiver som hviler på en ”deltakerteori” om kunnskap: erkjennelse skjer ikke ved at et subjekt passivt registrerer et ytre objekt og dets egenskaper, men ved en aktiv samhandling mellom subjekt og verden. Forskjellige varianter av konstruktivismen som erkjennelsesteoretisk retning viderefører slike synspunkter, fremholder Thomassen, noe som indikerer en nærhet mellom kognitiv terapi og konstruktivisme som vitenskapsteoretisk retning.

Når det gjelder mobbing som begrep, så har dette røtter tilbake til sosialpsykologisk forskning på 1920 tallet, i følge Matthiesen m.fl (1989). I opprinnelig betydning innebærer mobbing at en gruppe mennesker (mobb) psykisk eller fysisk angriper en person, offeret. Denne opprinnelige forståelsen er i følge Matthiesen m.fl. (1989) imidlertid noe søkt, og også i utakt med den som kan sies å være den folkelige oppfatningen av begrepet jobbmobbing hvis en ikke omfatter situasjoner hvor én arbeidstaker angriper eller trakasserer en annen.

Det finnes ulike undersøkelser som knytter seg til konsekvensene av mobbing i form av post-traumatisk stresslidelse, og til kognitiv terapi i forhold til behandling av ulike post-traumatiske stresssymptomer. Spesielt kan jeg nevne en studie gjennomført av Mikkelsen og Einarsen (2002) som rapporterer at 76% av de som er mobbet på jobben opplever posttraumatiske stress-symptomer i form av blant annet angst og depresjoner. Videre viser jeg til Berge og Repål (2005), som henviser til en rekke undersøkelser hvor kognitiv terapi har vist gode behandlingsresultater. Særlig er effekten i forhold til angstlidelser særlig godt dokumentert, mens ved depressive tilstander er resultatene minst like bra, sier Berge og Repål (2005); typiske post-traumatiske stresssymptomer som finnes hos mobbeofre iht Mikkelsen og Einarsen (2002).

### ***3.2 Mobbing i arbeidslivet***

Arbeidsmiljøloven slår fast at arbeidsmiljøet i en virksomhet skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Ved planlegging og utforming av arbeidet skal det legges vekt på å forebygge skader og sykdommer (§ 4-1). Videre stilles

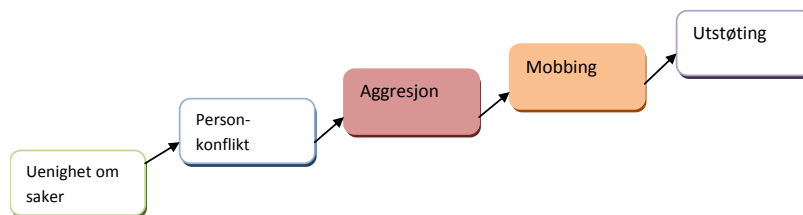


det krav til det psykososiale arbeidsmiljøet i form av at det skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas (§ 4–3). Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten. Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden, og arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

Mobbing kan forstås som en situasjon der en eller flere personer gjentatte ganger utsettes for negative handlinger på en slik måte at offeret vanskelig kan forsvare seg.

Det finnes ulike typer mobbing, bestemt av kontekst: direkte mobbing, indirekte mobbing, arbeidsrelatert mobbing og personrelatert mobbing (Mikkelsen & Einarsen, 2002).

I Einarsen m.fl. (2007, s. 16) beskrives mobbing som en opptrappende prosess, gjennom følgende figur:



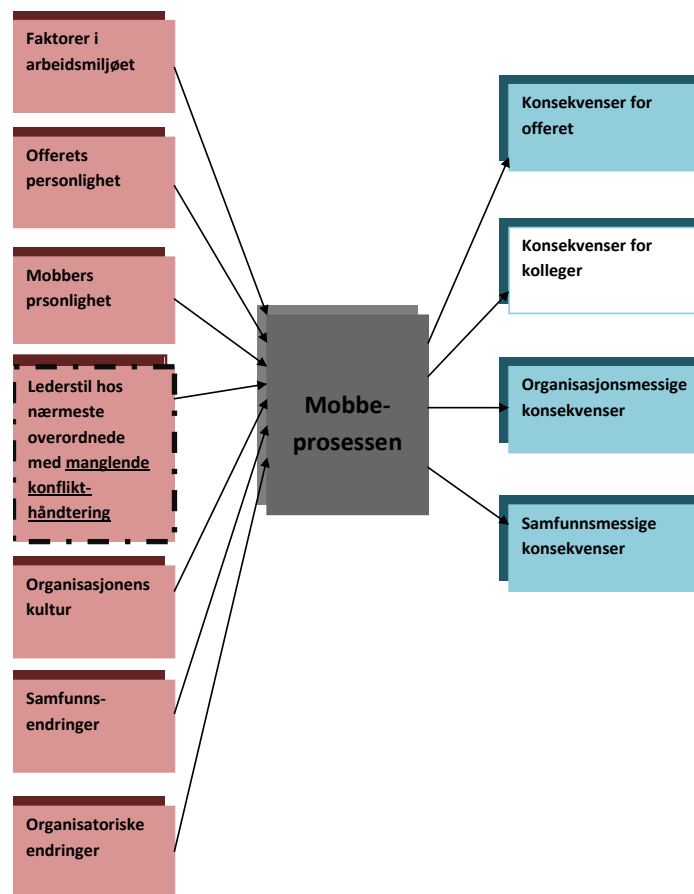
Figur 1

Figuren illustrerer at uenighet om saker kan trigge det som ender opp med utstøting av et individ i ytterste konsekvens. At uenighet utvikler seg til en personkonflikt er kontekstavhengig i følge Mikkelsen & Einarsen (2002) og Einarsen m.fl. (2007).

Figuren av mobbing som en opptrappende prosess viser videre at det som er uenigheter i enkeltsaker kan vokse frem til en ren personkonflikt. I en personkonflikt blir det vanskelig å skille mellom person og sak, og problemet blir ”personen”. Problemene vil etter hvert knyttes til samarbeidsproblemer, negative følelser ovenfor den andre i stedet for ”saken” som gjerne utgjorde utgangspunktet. Man havner over i en periode hvor aggresjonen tar overhånd. Deretter følger selve mobbingen kjennetegnet ved at mobbeofferet systematisk utsettes for krenkende og utilbørlig atferd som vedkommende finner det vanskelig å forsvare seg mot. Konfliktene utvikler seg gjerne gjennom fasene aggressive handlinger, mobbing, stigmatisering og utstøting, hvor de initielle fasene gjerne er diskrete i den forstand at det er vanskelig for offeret å forstå hva det utsettes for, mens man som offer etter hvert opplever mer direkte og tydelige aggressive handlinger, isolering og unngåelse,

ydmyking, offentlig kritisering og latterliggjøring i følge Leymann (1990) i Einarsen m.fl. (2007).

Figuren om mobbing som en opptrappende prosess kan videre suppleres av følgende oversiktsfigur, figur2, basert på Einarsen m.fl. (2005) og Mikkelsen & Einarsen, S. (2002). Figuren viser at der er en rekke ulike faktorer som influerer på mobbeprosessen, og at mobbing likeledes kan gi ulike konsekvenser.



Figur 2

I det følgende redegjøres det nærmere for årsakene til og konsekvensene av mobbing i arbeidslivet. Årsakene til mobbing kan være mange. Einarsen m.fl. (2007) viser til forskning som peker på at både faktorer i arbeidsmiljøet, personlighet hos offer og mobber, lederstil hos nærmeste overordnede og organisasjonens kultur kan være av betydning for at mobbing forekommer. De understreker at i all hovedsak så er det manglende konflikthåndtering og manglende fokus på arbeidsmiljøet hos ledelsen i organisasjonen som er hovedforklaringsfaktorene til at samarbeidsproblemer, konflikter eller et elendig

arbeidsmiljø får utvikle seg til mobbing på arbeidsplassen. Samtidig påpeker Einarsen m.fl. (2007) at det er et kontroversielt standpunkt i den faglige debatten å hevde at mobbing har sammenheng med offerets personlighet. Når det gjelder de som mobber viser forskningen at man ikke vet så mye om dem som mobber heller. Det man kan konkludere med er at langvarig mobbing kan føre til store personlighetsendringer hos mobbeofrene, og at personlighets- og atferdsforandringer kan sees som en normal reaksjon på en ekstrem opplevelse. Når det gjelder mobbere kan det være vanskelig for dem å vedkjenne hvordan de oppleves av andre, de er kanskje ikke klar over hvordan andre opplever dem eller de vil faktisk ikke stå frem om hvorfor de mobber hevder Einarsen m.fl. (2007). Noen mobber nok med viten og vilje for å fremme egne interesser på arbeidsplassen, fordi de er sulten på å hevde seg, fordi de har et lavt selvbilde eller fordi de generelt er stresset og frustrerte og derfor lar innebygget aggresjon gå utover en kollega foreslår Einarsen m.fl. (2007).

I henhold til Einarsen m.fl. (2007, s. 21) kan man sette opp en liste over noen forklaringsfaktorer på mobbing:

- Både samfunnsendringer, arbeidsforhold og organisatoriske endringer kan utløse konflikter og mobbing.
- Samfunnsendringer som fører til større konkurranse, nedskjæringer og omlegginger kan gi næring til mobbeprosesser.
- Arbeidsmiljøforhold er ofte en viktig årsak til konflikter og mobbing
- Den viktigste faktoren er imidlertid manglende eller dårlig utført konflikthåndtering

Når det gjelder effekter av mobbing påpeker Glasø et al. (2009) at forskning har vist at mobbing på arbeidsplassen har skadelige effekter på helsen og velværet til de som rammes av slike negative handlinger og at spesielt depresjoner og angst synes å forekomme hyppig. På grunnlag av symptomatologi hos hardt rammede er det blitt hevdet at noen ofre kan lide av posttraumatisk stresslidelse (Leymann & Gustafsson, 1996; Mikkelsen & Einarsen, 2002; Tehrani, 2004 i Glasø et al.,2009) eller i alle fall at mennesker som utsettes for mobbing kan få ulike symptomer som i karakter er lik post-traumatiske stress-symptomer som man finner hos volds- og krigsofre (Bjørkqvist m.fl., 1994).

Glasø m. fl (2009) referer også til et studie i Danmark hvor mobbeofre skilte seg signifikant fra en gruppe ikke-mobbede på seks av åtte subskalaer på World Assumptions Scale (WAS). WAS er en skala som måler menneskers grunnleggende antagelser. Ofrene i

denne studien så på seg selv som mindre verdifulle, mindre dyktige og mindre heldige enn kontrollutvalget. Ofrene oppfattet videre verden som mindre god og andre mennesker som mindre støttende og omsorgsfulle, og de så på verden som mindre kontrollerbar og rettferdig sier Glasø m.fl. (2009)

En konklusjon som kunne trekkes på bakgrunn av studiet var Van der Kolk m.fl. (1996) understreker at det som skiller mennesker som opplever posttraumatiske stress-symptomer fra mennesker som bare er temporært stresset er at de begynner å organisere livene sine omkring traumat dem har opplevd. Van der Kolk m.fl. (1996, s. 5) understreker at det som svikter hos mennesker med posttraumatiske stress-symptomer ligger i “the replaying of the memories of the trauma. Instead of allowing the person to heal, the memories serve only to re-arouse the person to a level that they feel they must defend against them, and the avoidance begins. Eventually the defensive avoidance behaviors become habitual, and the person's life is fundamentally altered”.

### ***3.3 Kognitiv teori***

#### **3.3.1 Kognitiv teori og kognisjon**

I følge Bech (1976) er kognitiv terapi en aktiv, målrettet, strukturert og tidsbegrenset tilnærming for å behandle en rekke psykiske lidelser.

Kognisjon er betegnelsen på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon, for eksempel hvordan vi forestiller oss, tenker på eller minnes en bestemt hendelse sier Berge og Repål (2005), og understreker at måten vi tenker omkring en hendelse vil påvirke følelsene som blir knyttet til denne hendelsen. Hvordan vi tenker omkring en spesiell hendelse, vil ha med vårt personlige tankemønster eller vår personlige stil å gjøre, og vil blant annet være sterkt påvirket av tidligere erfaringer. Ulike følelser er knyttet til bestemte tankemønstre. Angst eller frykt er forbundet med tanker om trussel eller fare, mens depressive følelser er forbundet med tanker om feil, tap, meningsløshet, verdiløshet eller håpløshet (Berge, Repål, 2005). I kognitiv terapi er det et mål å styrke klientens ferdigheter til å identifisere selvdestruktive onde sirkler hvor vedkommendes ubehagelige tanker og forestillingsbilder kan virke troverdige, men ofte er overdrevne eller ugyldige sier Berge & Repål (2005).

Videre fremkommer det i Berge, & Repål (2005) at den kognitive terapi kan beskrives som en sirkulær prosess, hvor elementene Allianse (trygghet og tillit), Innsikt (kartlegging

av problemer, tankemønstre og følelser) og Endring (problemløsning og utprøving av nye ferdigheter eller tankemåter) inngår i et kontinuerlig vekselspill.

I henhold til Stiles i Høstmark Nielsen & von der Lippe (2002), som tar utgangspunkt i Becks kognitive terapi, så opererer Beck primært med tre kognitive begrep: automatiske tanker, feilfortolkninger og skjema. Negative automatiske tanker er ufrivillige tanker og visuelle bilder som strømmer inn i vår bevissthet i en meget begrenset tidsperiode. De verbale tankene har ofte et kort men spesifikt innhold, som for eksempel ”jeg er dum”. Disse tankene dukker opp i spesielle situasjoner eller når vi er i en spesiell sinnsstemning. Vi er ikke vant til å fokusere oppmerksomheten på denne form for tanker, og det gjør at vi aksepterer dem som sanne, uten å vurdere dem mer inngående. Tankene har en direkte innvirkning på vår fysiologiske aktivering, våre følelser og vår adferd (Stiles i Høstmark Nielsen & von der Lippe, red., 2002). Feilfortolkninger beskriver ulike måter et individ kan misoppfatte eller forvrengte informasjon på. Det finnes mange typer feilfortolkninger som trer i kraft når negative leveregler er aktivert: overgeneralisering, svart-hvitt tenkning, tankelesning og følelsesmessig resonnering er fire eksempler på dette. Skjema/leveregler er en helt fundamental komponent i Becks modell, sies Stiles (Høstmark Nielsen & von der Lippe, red., 2002), og forklarer dette ved følgende: Når en hendelse inntreffer, vil skjema, også kalt leveregel, som har relevans for den aktuelle hendelsen bli brukt til å fortolke, klassifisere og analysere hendelsen. Innholdet i de spesifikke levereglene har en direkte innvirkning på personens oppfatning, tenkning og hukommelse, og de vil i tillegg påvirke personens følelser og handlinger. Skjemaene etableres i barndommen, som et resultat av de erfaringer man gjør seg, og i henhold til Beck (Stiles i Høstmark Nielsen & von der Lippe, red., 2002) spiller individet, med sin genetiske utrustning, en aktiv rolle i sin egen utvikling hvor miljøerfaringer forsterker eller reduserer naturlige adferdstendenser. Når en negativ leveregel aktiveres, fortsetter Beck i følge Stiles (Høstmark Nielsen & von der Lippe, red., 2002), vil negative automatiske tanker strømme inn i bevisstheten og personen vil begynne å feilfortolke situasjoner. Slike leveregler er ikke bevisste men man kan ved hjelp av introspeksjon identifisere innholdet dem har.

### **3.3.2 Utøvelsen av kognitiv terapi**

Bærebjelken i kognitiv terapi er i følge Wilhelmsen (2004) samarbeidet mellom pasient og terapeut med tanke på at pasienten skal nå frem til veiledet selvinnsikt, et nøkkelbegrep i kognitiv terapi. Både pasient og terapeut er aktivt på søken etter forståelse. For at

pasienten skal få tak i sine tanker og følelser, er det viktig at vedkommende stimuleres til å observere seg selv, og mange kognitive terapiteknikker er en hjelp nettopp til dette.

Med hensyn på teknikker for å identifisere tanker og holdninger, gir Wilhelmsen eksemplene å gjøre notater, lage hjemmeoppgaver, skrive livshistorien, den sokratiske samtalen, bruken av situasjonsanalyser, avdekking av forventninger, påvisning av katastrofetenkning, eksponering, bruk av video, lydbånd og minidisker, samt avdekking av bilder og drømmer.

Pasienten oppfordres til å skaffe seg en notisbok. Her noteres automatiske tanker, grunnholdninger, hjemmeoppgaver, erfaringer osv. Hjemmeoppgavene utfører pasienten mellom timene og dette kan være noe som skal leses, registreres eller gjennomtenkes, utførelse av et adferdseksperiment eller utfylling av en situasjonsanalyse. Det er ikke det som skjer i timen som er det viktigste, sier Wilhelmsen (2004), men det arbeidet pasienten utfører mellom timene. Med hensyn på skriving av livshistorien, sikter dette mot at man skal kunne avdekke sammenhenger mellom ytre hendelser og vanskene som det ellers kan være vanskelig å få tak i. Selv om man ikke legger hovedvekten av terapien på forhistorie og barndom vil man også i den kognitive terapien forsøke å belyse dagens problemer i lys av historien.

Den sokratiske samtalen har en sentral plass i den kognitive terapi (Wilhelmsen, 2004). Dette er en samtaleteknikk som Repål og Berge (2004) beskriver som at terapeuten ideelt sett skal fremstå som en ledsager eller guide, en instruktør, i sokratiske form. Målet er at pasienten skal reflektere omkring betydningen av ulike måter å tenke på. I et aktivt samarbeid med pasienten forsøker terapeuten å avdekke pasientens særegne holdninger og tenkemåter. Terapeuten skal ikke argumentere mot pasientens tanker, påpeker Repål og Berge (2004), men spørre pasienten om bakgrunnen for vedkommendes vurderinger og konklusjoner. Målet er hele tiden å skape et erfaringsgrunnlag for å kunne vurdere tankenes og holdningenes innvirkninger i pasientens liv, og eventuelt som terapeut kunne hjelpe til å bygge opp alternative fortolkninger hos pasienten (Berge, Repål, 2004).

I tillegg til teknikker for å identifisere tanker og holdninger beskriver Wilhelmsen (2004) ulike teknikker for å teste tanker og holdninger på, da en i kognitiv terapi må teste en holdning, tanke eller forestilling etter at den er identifisert.

Dersom tanken, holdningen eller forestillingen veies og finnes for lett, må den erstattes med mer funksjonelle eller hensiktsmessige holdninger som forhåpentligvis vil overleve testing den utsettes for. Det er selvfølgelig pasienten selv som bestemmer hva han vil tenke og hvilke meninger og holdninger vedkommende vil ha. Det som avgjør om en tanke er

hensiktsmessig er hvorvidt den hjelper pasienten å nå målet sitt, eller om den gjeldende tanken på andre måter fungerer slik at hverdagen og fremtiden oppleves som best mulig for vedkommende.

I begynnelsen av terapien er det et mål å få pasienten til å åpne opp for at de tolkninger vedkommende har gjort seg kanskje ikke er så riktige likevel, understreker Wilhelmsen (2004). I en slik situasjon kan det da være adekvat å skaffe til veie informasjon om det pasienten bruker til støtte for sin holdning faktisk er riktig. Som terapeut arbeider man ved å etterlyse begrunnelser for de standpunktene pasienten har inntatt ved å stille ulike spørsmål som for eksempel: Hva bygger du dette på? Hvordan vet du dette? Hvorfor tenker du akkurat dette?

Terapeuten kan deretter komme med informasjon, fortsetter Wilhelmsen (2004) som tyder på at det motsatte av den konklusjonen som pasienten har trukket også kan være mulig, eller riktig i den gjeldende situasjon.

Videre når det gjelder dette med å teste tanker og følelser påpeker Wilhelmsen (2004) at hvis man for eksempel har brukt skjema for situasjonsanalyse, så kan man legge til en ny kolonne til høyre, hvor man skal begrunne sine tanker og holdninger: Hva er beviset? Hvorfor tenker jeg akkurat dette?

Å skape kognitiv dissonans innebærer å få pasienten til å innse at vedkommende har tanker som er i gjensidig konflikt med hverandre eller som utelukker hverandre. Basert på et irrasjonelt eller feilaktig grunnlag kan pasienten bygge en rekke logiske, sammenhengende forestillinger. Inne i pasientens hode virker dette troverdig og forstandig, og er den eneste mulige måten å se saken på. Terapeuten skal her ikke argumentere mot pasienten, men gjennom riktig stilte spørsmål skapes en kognitiv dissonans. Når dette skjer vil pasienten for å bevare sin indre følelse av sammenheng i egen tenkning komme med nye argumenter og begrunnelser. Dette vil føre til at terapeuten får en stadig lettere jobb i å finne nye, passende spørsmål som hjelper pasienten til å se at han nå sier uensartede ting som står i kontrast til hverandre og som taler i mot hverandre, forklarer Wilhelmsen (2004).

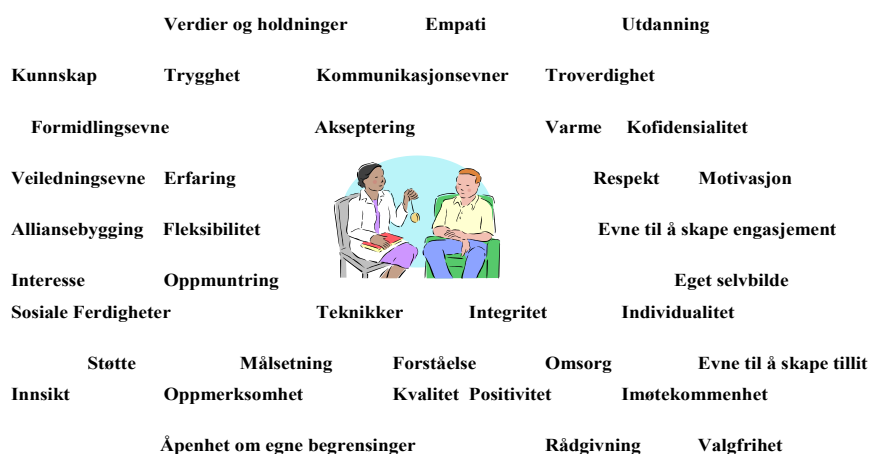
Etter at man som terapeut har arbeidet med pasienten for å få avdekket en tanke, leveregel eller holdning, og deretter har testet denne, er siktemålet å få endret tanken eller holdningen dersom denne gjør mer skade enn gagn.

For å få endret den uønskede tanken eller holdningen, benytter man seg i stor grad av samtale, i følge Wilhelmsen (2004). En vanlig teknikk er å hjelpe pasienten til å komme med alternative forklaringer på noe som er skjedd, eller alternative måter å tolke det på. Dette kan gjøres ganske teoretisk i begynnelsen. Pasienten vil da etter hvert innse at det

faktisk finnes mange alternativer og at kan være lettere å endre gamle, uhensiktsmessige holdninger. Det kan her være en hjelp å skrive dem ned ved såkalte "flash-cards". Disse kan brukes i typiske situasjoner hvor man tidligere henfalt til selvsaboterende og irrasjonelle tanker. En annen metode for å endre tanker og holdninger er i følge Wilhelmsen(2004) såkalte kakediagrammer. Disse er best egnet når pasienten har låst seg fast i en eneste tolkning av noe som faktisk kan vurderes på mange forskjellige måter. Man kan da på en tydelig måte se at man har hengt seg opp i en av mange mulige fortolkninger av situasjonen. Ifølge Wilhelmsen (2004) er konkrete atferdsendringer noe av det mest effektive man kan gjøre for å bekrefte og styrke et ønske om kognitiv endring. Dersom man skal endre seg, må man også gjøre dette i praksis. Det er ikke nok bare å snakke om det. Man må alltid passe på at atferdsendringene er logisk og forståelig avledet av de nye holdningene. En vanlig atferdspreget teknikk er å eksponere seg for noe som man tidligere trodde var farlig for eksempel å gå i selskap, fly, tale i forsamlinger etc,etc. En viktig regel er at alle atferdsendringer som terapeuten og pasienten blir enige om skal være tydelige, kontrollerbare og konkrete, påpeker Wilhelmsen (2004).

I henhold til Berge og Repål (2005) kan kognitiv terapi beskrives som å bestå av ulike faktorer på samme måte som en kake som kan deles opp i ulike kakestykker. Dette gjelder, i henhold til Berge og Repål (2005), den terapeutiske relasjonen, forventninger, forhold ved klienten og dennes livssituasjon i tillegg til de nevnte teknikker.

Følgende figur viser noen av faktorene Berge og Repål (2005) trekker frem med hensyn på det å oppnå god effekt av terapibehandlingen:





Figur 3: Influerende faktorer på terapieresultatet

I det følgende sees det nærmere på noen av disse faktorene basert på hva Berge og Repål (2005) trekker frem som resultater av prosesstudier som er rettet mot hva som skjer under selve terapien. Nøkkelspørsmålet er, sier de, hvilke prosesser som er knyttet til et gunstig terapeutisk resultat. Basert på denne forskningen fremhever Berge og Repål (2005) noen overordnede konklusjoner fra denne forskningen, relatert til klientens bidrag, terapeutens bidrag, den terapeutiske alliansen og betydningen av empati.

Om klientens bidrag påpeker Berge og Repål (2005) blant annet at klientens engasjement og involvering er avgjørende for et positivt resultat av behandlingen. Klienter som er aktive i sin klientrolle og åpent diskuterer tanker og følelser får best resultater. Når det gjelder terapeutens rolle, så fremheves det i Berge og Repål (2005) at terapeuter som oppnår gode resultater beskrives gjerne av klienter som varme, oppmerksomme, forståelsesfulle, erfarne og aktive. Sannsynligheten for et positivt resultat, fremholder Berge og Repål (2005), øker hvis klienter opplever pasienten som engasjert, interessert og respektfull. Det er videre viktig at terapeuten oppleves som å være trygghetsskapende, empatisk og forståelsesfull. Terapeuten må i følge disse studiene, sier Berge og Repål (2005) klare å formidle realistisk optimisme og håp, bidra til ny forståelse, og oppmuntre klienten til å konfrontere det som er vanskelig og krevende. Forhold som utdanning, faglig stimulans og veiledning og tilbakemelding i et godt faglig miljø, terapeutens privatliv, verdier, holdninger, personlige egenskaper er også viktige forhold som influerer på effekten av terapien fortsetter Berge og Repål (2005). Med hensyn på den terapeutiske alliansen, sier Berge og Repål (2005) at denne kjennetegnes ved at terapeut og klient er enige om terapiens mål og hvilke metode som benyttes for å nå målene, og ved kvaliteten på det følelsesmessige båndet mellom dem, som grad av gjensidig tillit, akseptering og forståelse. Kvaliteten på det båndet vil være avhengig av graden av enighet omkring mål og metode og omvendt, sier Berge og Repål (2005). Videre understreker Berge og Repål (2005) at prosesstudiene viser at det først og fremst er klientens opplevelse av en god allianse som er knyttet til et godt resultat, og i mindre grad de vurderinger terapeuten foretar. Når det gjelder empati, som dreier seg om å forstå den andres perspektiv, føle den andres følelser og formidle sin forståelse av den andre tilbake til denne, som Berge og Repål (2005) sier det, er også dette en sentral faktor for å oppnå gode resultater. Igjen er

det først og fremst klientens opplevelse av empati og i mindre grad terapeutens vurdering som er knyttet til et vellykket resultat, understreker Berge og Repål (2005).

#### **4. Empiri/Casebeskrivelse**

Det empiriske grunnlaget for oppgaven er hentet fra mitt arbeid som ved en psykiatrisk avdeling. Der møtte jeg Ingrid, som hadde blitt utsatt for langvarig mobbing på arbeidsplassen. Dette hadde medført angst, at hun var blitt redd for å gå ut sammen med andre, at hun opplevde plutselig sinne, var deprimert og led av søvnløshet.

Ingrid forteller:

*”For et par år siden gledet jeg meg til å gå på jobb hver dag. I de siste to årene har jeg stadig gått rundt med en opplevelse av at hele jobben og arbeidsplassen ”byr meg imot”. Det kommer selvsagt an på hvem som er på vakt da, på sykehusavdelingen hvor jeg arbeider. Laura og Lisa er de to verste, de to største plageåndene. Verst er det når de to går samme vakten; da er de et ordentlig to-spann. Laura er den som kommer med de mest direkte spydige kommentarene. Lisa går mest rundt og tisker og visker mens hun sender nedlatende blikk mot Ingrid.*

*Jeg blir stadig utsatt for kritikk og nedlatende bemerkninger. Jeg jobber ikke raskt nok, får beskjed om at jeg har et dårlig kroppsspråk. Videre får jeg kritikk for måten jeg går på, står på, snakker. Listen er uendelig. I tillegg opplever jeg å bli ekskludert fra fellesskapet. Sist helg kringkastet Laura at hun skulle ha ”jentekveld”. Alle de andre kvinnene på avdelingen ble invitert, unntatt jeg da. Ingen sa noe, ingen spurte”.*

En gang forsøkte Ingrid å nevne for avdelingslederen at hun opplevde så mange spydige og nedlatende bemerkninger i løpet av en arbeidsdag. Hun fikk beskjed om ikke å være så nærtagende. To dager etter fikk hun høre at hun var en sladrehanke. Når hun spurte Laura hvorfor hun kalte henne det, lo Laura hånlig og snudde seg vekk fra henne.

Ingrid tror ikke lenger mye om seg selv. Tidligere var hun en glad og munter person, med mange planer for fremtiden. Nå opplever hun kun å være deprimert og alene. Noen ganger opplever hun å bli hissig helt uten grunn. Hun pleide å ha kontakt med noen av kollegene etter arbeidstid, men nå tør hun ikke oppsøke noen lengre. Om kveldene opplever hun at hun blir så uendelig trist – så trist at det nesten ikke er til å bære. De triste følelsene blander seg ofte med at ligger og grubler på hva hun har gjort galt. Det er blitt nesten umulig å få sove.

## 5. Drøfting

Den følgende drøftingen tar utgangspunkt i Ingrids tilfelle, og teoridelen som danner generell bakteppekunnskap om blant annet mobbing og kognitiv terapi.

Kognitiv terapi dreier seg om, som teoridelen viser, både om teknikker, alliansen mellom terapeut og klient, kunnskap, klientens aktive deltakelse i behandlingen og selvsagt det som er helt spesifikt ved klienten og dennes livssituasjon. Teknikkene er selvsagt nyttige verktøy, hver på sitt vis, men det viktigste innen denne terapiformen er det man kan kalle 'den kognitive tilnærmingen' til psykiske lidelser, hvis man følger Berge og Repål (2005). Så, når man skal besvare hvordan man kan få til en god effekt av kognitiv terapi hos et mobbeoffer bør kjernen i en slik diskusjon være terapeut-klient relasjonen og betydningen av en egnet forståelsesramme i terapisisituasjonen. I det følgende vil jeg klargjøre hva jeg legger i dette.

I kognitiv terapi kan man som tidligere nevnt beskrive terapien som en sirkulær prosess der de tre elementene allianse, innsikt og endring inngår i et kontinuerlig vekselspill. I det følgende kan vi ta for oss hvert av disse prosesselementene, og se på betydningen av en god terapeut-klient relasjon og betydningen av en egnet forståelsesramme for å oppnå en god terapieffekt hos den mobbede.

### Allianse

Uavhengig av teknikk eller metode er målet i dette prosess-steget at man skal oppnå trygghet og tillit i terapeut-klient relasjonen. Tanken bak dette er selvsagt at man antar at endring i tenkemåte mest sannsynlig ikke vil kunne finne sted hvis ikke alliansen mellom terapeut og klient er sterk (Berge og Repål, 2005). Så hva skaper så trygghet og tillit? Stikkord kan være at terapeuten må kunne sine ting, at vedkommende fremstår på en empatisk måte, at vedkommende virker støttende, forståelsesfull mv.

Hvis vi tenker på mobbeofferet vårt, Ingrid, så kan det intuitivt slå en at det er merkelig at hun som sykepleier er et mobbeoffer. Mennesker i helsevesenet mobber vel ikke hverandre? Kanskje hun er en vanskelig person?

Som kognitiv terapeut er det da sentralt at man vet at alle mennesker kan bli mobbet. Det er ikke noe som er forbeholdt enkelte individ med helt spesifikke karakteristikk. At vedkommende faktisk er blitt et mobbeoffer indikerer at dette er noe som sannsynligvis har pågått over lengre tid iht teorien om mobbing som en opptrappende prosess, helt til et punkt hvor det kan ha oppstått ulike post-traumatiske stress-symptomer hos vedkommende. Gjennom denne kunnskapen kan man som terapeut da fremstå som

forståelsesfull på en slik måte at tryggheten og tilliten mellom terapeut og klient kan utvikle seg.

I det neste prosess-steget, Innsikt, hvor man skal kartlegge problemer, tankemønstre og følelser, har man igjen et arsenal av metoder og teknikker man kan dra på, for å få vedkommende til å se de virkelige problemene, tankemønstrene og følelsene. Som terapeut lytter du til hva Ingrid sier, men med kunnskap om post-traumatiske stress-symptomer vet du at for eksempel det å føle at man blir avvist kan være et resultat av den tilstand klienten befinner seg i. Denne kunnskapen kan anvendes til å pense Ingrid inn på et riktig spor. Den sokratiske samtalen står sterkt innen kognitiv terapi, og gjennom samtale med Ingrid kan man som terapeut greie å trigge frem tanker hos klienten som bidrar til endring i vedkommendes syn på situasjonen.

// Eksempel på terapeutisk samtale

Terapeuten (T): Hvordan opplever du kollegene dine?

Ingrid (I): De har snudd ryggen til meg.

T: Hvordan vet du at de har snudd ryggen til deg?

I: De unngår meg.

T: Unngår alle deg?

I: Selvsagt ikke.

T: Kan det være at noen mener at du unngår dem?

I: Jeg orker ikke å forholde meg til noen.

T: Kan det være det at du ikke vil forholde deg til dem som gjør at de ikke tar kontakt?

I: Det har jeg ikke tenkt på...

Ja, slik er et lite utdrag av dialogen med klienten. En samtale er i seg selv ganske åpen. Det som kjennetegner mye av den kognitive terapiformen er den spørrende holdningen til terapeuten. Gjennom å spørre bidrar man til at klienten må tenke selv, sier Berge og Repål (2005). Samtidig, påpeker Berge og Repål (2005) kjennetegnes kognitiv terapi ved at terapeuten vanligvis er aktivt samtalende og ikke utelukkende passivt avventende og lyttende (med mindre det er grunn til å være nettopp det), noe som innebærer at terapeuten må kunne informere, forklare, gi råd og stille mange konkrete spørsmål. I denne sammenheng kan man da igjen peke på hvor viktig det må være at terapeuten har et godt forståelsesgrunnlag knyttet til mobbeprosessen, for å kunne informere på en god måte, for å kunne gi adekvate forklaringer, gode råd og passende spørsmål. Gjennom å gi innsikt i hva mobbing er, hvordan mobbing oppstår og hva mennesker som blir mobbet gjerne kan oppleve, kan man bidra til at klienten ser at dette er ikke bare noe som rammer en selv, at

det vedkommende opplever på ingen måte er noe unikt, og at det vedkommende opplever i form av post-traumatiske stress-symptomer slett ikke er helt uventet. Jo bedre kunnskap terapeuten har om mobbeprosessen, jo bedre skulle man tro at klienten vil bli i stand til å se sin situasjon i et nytt lys, til å kunne gjøre fornuftige resonnementer, og få forståelse for sine egne følelser.

Pasientens nyervervede innsikt legger så grunnlaget for det tredje prosess-elementet Endring, som innbefatter problemløsning og utprøving av nye ferdigheter eller tenkemåter. Igjen ser vi det sentrale i kunnskap om mobbingens utgangspunkt og dens effekter. Kanskje har Ingrid utviklet seg til å lese alle rundt seg som mobbere? Kan hun huske hvor glad hun var i det å gå på jobb tidligere? Kan dette bringes frem igjen?

I møtet med Ingrid slo det meg at hun var så utrolig trist. Dette er kanskje noe av det jeg ville ha grepet fatt i som noe av det aller første. Grunnen er at kognitiv terapi krever aktiv deltakelse, og aktiv deltakelse krever igjen motivasjon. Fra Berge og Repål (2005) ser vi da at alle faktorene de trekker frem som går på viktigheten av gode personlige egenskaper hos terapeuten blir så viktige. Ingrid må finne trøst, slik at hun blir mer motivert, og trøsten kan hun finne i at jeg som sykepleier fremstår på en empatisk og forståelsesfull måte. I følge Berge og Repål (2005) styrker empati klientens evne til selvempati, noe som gjør at klienten i større grad blir i stand til å gi seg selv bekræftelse, støtte, forståelse og trøst.

I følge Berge og Repål (2005) er psykisk lidelse ofte knyttet til selvforakt og selvkritikk, skam og skyldfølelse. Ingrid ligger og tenker på hva hun gjorde galt. Grubling er i følge Berge og Repål (2005) typisk ved depresjon. Kanskje Ingrid er deprimert? I så fall finnes det egnede teknikker som kan avhjelpe dette. Men hva med denne skyldfølelsen? Gjennom samtale kan man jobbe med å få Ingrid til å se at det er ikke hun som har gjort noe galt. Mobbing er ikke tillatt, uansett. Det vil helt sikkert kunne være nyttig at Ingrid får innblikk i bakgrunnen for at mobbing oppstår. Har hun tenkt hvordan ledelsen er på arbeidsplassen, at det som er hendt kanskje skyldes ”noe som ligger i veggene” på arbeidsplassen? Kanskje vil dette kunne medvirke til at hun flytter perspektivet om feil hos seg selv til noe som er ”utenfor henne selv”: organisasjonen, et dårlig arbeidsmiljø.

Dette bringer oss igjen over i det sentrale i at terapeuten må ha god kunnskap om problemområdet til klienten. Men, nå ser vi at terapeutens kunnskap om mobbing er viktig ikke bare for å selv ”forstå seg på” klienten, men også for å kunne dele denne kunnskapen med klienten. På det viset vil forforståelsen til klienten kunne påvirkes til at

vedkommende greier å se situasjonen med andre øyne. Med nye øyne kan man kanskje finne igjen den nødvendige motivasjonen, engasjementet og innsikten hos klienten som må til for å få en god effekt av behandlingsopplegget. Den sokratiske spørreteknikken kan anvendes for å stimulere til refleksjon rundt egen tenkning og problemløsning og ved det å trenge frem tanker om håp og nye muligheter.

Det er et uttrykk som heter "If you can't beat them, join them!". For at den kognitive terapien skal kunne sies å ha en slik form for effekt, så kan tenkes at det jobbe ut mot organisasjonen hvor mobbeofferet har sitt daglige virke, kan ha noe for seg. Sa ikke Ingrid noe om at ledelsen sa hun ikke måtte være så nærtagende, og opplevde hun ikke dagen etter å bli kalt en sladrebank? Gjennom viten om mobbing, vet terapeuten at dårlig ledelse ofte er en sterk årsak til at mobbing skjer. Kanskje bør fagforeningen trekkes inn i bildet? Kanskje Ingrid bør tar en prat med den hovedtillitsvalgte? Eller kanskje enda bedre: utifra god innsikt i mobbingens utgangspunkt og konsekvenser så kan det være en ide at man som terapeut blir med i en samtale hos den tillitsvalgte.

Dilemmaet illustrerer at også det som jeg velger å kalle den kognitive terapiprosessen skjer innen for en kontekst, og at resultatet av kognitiv terapi lar seg influere av faktorer utenfor selve terapisettingen. Så for å kunne bedre, ja sågar kunne komme frem til et godt resultat så kan det bli nødvendig å håndtere noen eller flere av disse ytre faktorene. En annen måte å si det på er at den kognitive terapiprosessen ikke kan vurderes innenfor et vakuum. Som terapeut må man selvsagt jobbe med klienten, få vedkommende til å se ting i et nytt perspektiv. Problemet er når man står ovenfor noe så komplisert som mobbing som ikke bare resulterer i en rekke post-traumatiske stress-symptomer, men hvor det som hender like mye er avhengig av settingen omkring. Folk kan være stygge, og selv om terapeuten arbeider for å få klienten til å komme ut av depresjonen, angsten, søvnløsheten etc., så er det kanskje ikke mulig å få til et godt resultat før vedkommende velger å gå over i en annen jobb. Man kan spørre om ikke slike avklaringer bør skje i forkant av terapien. Skal man jobbe mot at vedkommende greier å fri seg fra et sted hun ikke hører hjemme, et sted hvor ledelsen trolig er dårlig, hvor der kanskje finnes mange vanskelige ansatte? Eller skal man jobbe for at vedkommende ser at angsten, depresjonen, de søvnløse nettene er ubegrunnet? Det er selvsagt personen selv som må komme frem til de gode slutningene, men hva da med terapeutens rolle som for eksempel rådgiver? Spørsmålet om hvordan man skal få til en god effekt av kognitiv terapi hos et mobbeoffer leder en ut mot spørsmålet om det i det hele tatt er mulig å få til disse uten at man samtidig fokuserer klart og tydelig på klientens omkringliggende miljø. Og i en mobbesammenheng lar det seg vel

vanskelig komme utenom en nødvendig avklaring om arbeidsstedet er et blivende sted eller ikke. Som sykepleier har Ingrid mange muligheter til å finne seg en annen jobb.

Nå vil sikkert enkelte argumentere med at det ikke er mobbeofferet som skal gi seg. Nå handler vel ikke dette om rett eller galt, men heller om hvordan Ingrid skal kunne få det best mulig. I en slik setting, så synes det intuitivt riktig at effekten av den kognitive terapien hos mobbeofferet må holdes opp mot og vurderes iht det omkringliggende mobbemiljøet, hvor muligens en av de nødvendige endringene må knyttes til et rent jobbskifte, og ikke hos den mobbedes kognitive tankebaner alene.

## **6 Konklusjon og videre arbeid**

At mobbing i arbeidslivet bør være et sentralt og kontinuerlig tema og ansvarsområde både på arbeidsplassen, innen forskning og ellers i det offentlige rom, vises blant annet gjennom kronikker og offentlige debatter. Noe av det folk husker best er kanskje Kjell Magne Bondeviks sin nyttårstale i 2004 som lanserte en kampanje mot mobbing på arbeidsplassen som del av det inkluderende arbeidsliv.

I følge Einarsen m.fl (2007) så er det kun de 15-20 siste årene mobbing har vært et fokusområde i arbeidslivet. Dette aner man også ut i fra den sosiotechniske systemteorien innen organisasjonsfaget. Her er de seks psykologiske jobbkravene som alle medarbeidere har som følger, i følge Jacobsen & Thorsvik (2007):

- Behov for innhold i jobben som krever noe ut over ren utholdenhet, og som gir et visst minimum av variasjon – selv om det ikke inneholder noe nytt.
- Behov for å kunne lære noe i jobben, også over tid.
- Behov for å kunne fatte beslutninger innenfor et avgrenset område som den enkelte kan kalle sitt eget.
- Behov for anerkjennelse for verdien av det arbeidet som gjøres.
- Behov for å kunne se sammenheng mellom arbeidet og omgivelser, slik at arbeidet fremstår som nyttig og har en mening.
- Behov for å se at arbeidet fører til en ønsket situasjon i fremtiden – ikke nødvendigvis avansement.

Behovet for ikke å bli systematisk utsatt for nedvurderende handlinger og lite respektfull behandling på arbeidsplassen nevnes ikke i de psykologiske jobbkravene i det hele tatt. Det bør mane til ettertanke.

I oppgaven kommer det frem at en helhetstankegang i møtet med ens klient; mobbeofferet, må være det mest sentrale i en terapisisuasjon. I dette er terapeutens evne til å skape den gode relasjon sentral, noe som kombinert med faglig kunnskap og valg av teknikker fordrer et spekter av personlige egenskaper hos terapeuten tilpasset pasientens spesifikke problemsituasjon. God effekt av kognitiv terapi handler således mye om at man som terapeut kan vise empati, formidler varme, viser innsikt, har omsorg, er lydhør, har troverdighet og evner å skape engasjement for positiv endring.

## Referanser

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, Guilford Press.
- Berge T., Repål, A (2005). *Den indre samtalen – Kognitiv terapi i praksis*, Gyldendal Akademisk.
- Björkqvist, K., Österman, K. & Hjeltbakk, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20 (3), 173-184.
- Creamer, M., Burgess, P., and Pattison, P. (1992). Reactions to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- Einarsen, S., Hoel, H., Birkeland Nielsen, M. (2007). *Mobbing i arbeidslivet*, Gyldendal Akademisk.
- Follette, V.M., Ruzek, J.L. & Abueg, F.R. (red.). (1998). *Cognitive-behavioural therapies for trauma*. New York: Guilford Press.
- Glasø, L., Nielsen, M. B., Einarsen, S., Haugland, K., Mathiessen, S.B. (2009): Grunnleggende antagelser og symptomer på posttraumatisk stresslidelse blant mobbeofre. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 46, nummer 2, 2009, side 153-160
- Hadas, M. (1962). *Gibbons' the Decline and Fall of the Roman Empire*. Greenwich, CT:Fawcett.
- Havik, O. E. (2003). *MMPI-2: Kartlegging av psykopatologi og personlighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Horowitz, M., (1978). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Jacobsen, D. I., Thorsvik, J. (2007): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karterud, S, & Monsen, J. T. (Red). (1997). *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Ad Notam.
- Kråkvik, B. (2006). Kognitiv teori ved psykoser. *Psykologisk tidsskrift*, nr. 1.
- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at Work and the Development of Post-traumatic Stress Disorder. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 251-275
- Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(3), 335-356.
- Matthiesen, S. B., Raknes, B. I., Røkkum, O. (1989). Mobbing på arbeidsplassen. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 1989, 26, 761-774.
- McFarlane, A.C. (1992). Avoidance . and intrusion in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1 80, 439-445



- Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(1), 87-111.
- Reichborn-Kjennerud, T., Falkum, E (2000): Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 120: 1148-53.
- Stangor, C. (2004). *Social Groups in Action and Interaction* (kap 8-10, pp.183-263). New York: Psychology Press.
- Stiles, Nordahl & Vogel (2003) i Berge et al "Samtaler som forandrer"
- Tehrani, N. (2004). Bullying: A source of chronic posttraumatic stress? *British Journal of Guidance and Counselling*, 32, 357-366.
- Thúren, T. (2001). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Universitetsforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, Kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for he-se- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Other Press.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking. Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175