

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Gitta Starckjohann

Masteroppgave

Bedre selvfølelse i hverdagen - Et middel til bedre psykisk helse?

Improved self-esteem in everyday life – A means to better mental health?

4PM791 Master i psykisk helsearbeid

Vår 2021

Antall ord: 8215

Forord

To år med masterstudier på deltid er over. Det har vært en lærerik, men til tider vel arbeidsom prosess å kombinere med 100% jobb som psykisk helsearbeider. I tillegg har det siste året vært preget av Covid-19 pandemien som har gjort oppmøte, samhandling og sosialisering med medstudenter og lærere vanskeligere enn ellers. I løpet av de få «fysiske» samlingene vi rakk å få med oss, ble jeg godt kjent med Inger og Christian. De har etter dette «med digitalt nærvær» tatt imot frustrasjon, gitt inspirasjon og glede i prosessen. Akkurat denne masteroppgaven kunne ikke blitt gjennomført uten at ledelsen ved VPA Vinderen hadde troen på at et kurs for «bedre selvfølelse i hverdagen» kunne være nyttig for pasientene. Både utarbeidelse og gjennomføring av kurset har gitt meg ny kunnskap som jeg tar med meg videre.

Det er mange personer som på forskjellige vis har bidratt til at denne masteroppgaven med tilhørende pilotstudie nå er ferdig. Det er flere som skal takkes; en stor takk til min veileder professor Anne Landheim for gode innspill og tilbakemeldinger. Takk til prosjektleder, kollega og psykologspesialist Nasrettin Sønmez for et gjennomarbeidet kursprogram, og for at du alltid er positiv. Takk til min arbeidsplass for å ha gitt meg muligheten til å videreutdanne meg. Spesielt takk til pasientene som har deltatt på kurset. Til slutt ♥-lig takk til Lena for uvurderlig hjelp og støtte, for kontinuerlige heiarop og gode faglige- og ikke faglige innspill.

Haslum, 01.05.21

Gitta

Sammendrag

HENSIKT:

Hensikten med denne pilotstudien var å evaluere nytteverdien av et psykoedukativt kurs for bedre selvfølelse i hverdagen hos unge voksne pasienter ved VPA, Vinderen. Samt å se på eventuell endring i selvfølelse, selvoppfattelse og symptomtrykk på depresjon.

METODE:

Utvalget bestod av 26 pasienter rekruttert gjennom deres behandlere ved VPA, Vinderen. Pilotstudien ble gjennomført som en prospektiv ikke-kontrollert intervensjonsstudie med før- og ettermålinger. Målingene ble gjennomført ved hjelp av standardiserte spørreskjemaer for selvfølelse (RSES), selvoppfattelse (SASB) og depresjon (BDI II). For evaluering av kurset ble to egenutviklede spørreskjemaer besvart. I tillegg ble det muntlig stilt spørsmål til 5 av pasientene.

RESULTATER:

Hovedresultatene fra pilotstudien viste signifikant positiv endring i selvfølelse, Σ selvoppfattelse, samt for kategoriene selvfrigjøring, selvaksept, selvomsorg og selvanklaging innen SASB. Det samme gjaldt endring i depresjonsskår, hvor pasientene som helhet gikk fra en skår som tilsa alvorlig deprimert til en skår på moderat deprimert. Pasientenes evaluering av kurset viste at de opplevde å dra nytte av å være en del av en gruppe, som sammen gjennomgikk psykoedukasjon med mål om bedre selvfølelse i hverdagen.

KONKLUSJON:

Designet av pilotstudien, samt et lite utvalg, gjør at en ikke kan si noe om resultatene skyldes kurset eller andre forhold. Allikevel ble det oppdaget statistisk signifikans, som indikerte interessante sammenhenger mellom variablene, i tillegg til nytteverdi for pasientene. Pasientene selv fremhevet betydningen av kurset, og at endring i selvfølelse oppleves som en prosess som foregår over tid. Signifikant endring i depresjonsskår fra før til etter kurs er et resultat som må fremheves. Dette uavhengig av hvilke utenforstående påvirkningsvariabler som eventuelt kan tilskrives endringen, da vi ikke kan forklare funnene med det studiedesignet som er benyttet.

Abstract

PURPOSE:

The purpose of this pilot study was to evaluate the usefulness of a psychoeducational course aimed at improved self-esteem in everyday life among young adult patients. In addition, looking at any change in self-esteem, self-perception and symptoms of depression.

METHOD:

The sample consisted of 26 patients recruited through their therapists. The pilot study was conducted as a prospective uncontrolled intervention study with pre- and post-measurements. Variables were measured using standardized questionnaires for self-esteem (RSES), self-perception (SASB) and depression (BDI II). For evaluation of the course, two self-developed questionnaires were answered. In addition, questions were asked orally to five of the patients.

RESULTS:

The main results from the pilot study showed a significant positive change in self-esteem, self-perception, as well as for the categories self-liberation, self-acceptance, self-care and self-blame within SASB. The same applied to changes in depression, where patients went from a score that indicated severely depressed to moderately depressed. The patients' evaluation of the course showed that they benefited from being part of a group undergoing psychoeducation where the goal was achieving better self-esteem in everyday life.

CONCLUSION:

The design of the pilot study as well as a small sample-size, makes it difficult to conclude if the results are down to the course or other factors. Nevertheless, statistical significance indicated interesting correlations between the variables, in addition to utility value for the patients. Significant change in depression scores from before to after the course is a result that must be emphasized. This is independent of which external influencing variables can possibly be attributed to the change, as we cannot explain the findings with the study design used.

Forkortelser

VPA:	Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
DS:	Diakonhjemmet Sykehus
RSES:	Rosenberg selvfølelses skala
SASB:	Structural Analysis of Social Behaviour
BDI II:	Beck Depression Inventory-II

Liste over tabeller og figurer

Tabeller

Tabell 1: Forskjeller i antall, gjennomsnittlig alder samt selvfølelse, selvoppfattelse og depresjon mellom de som har fullført/ikke startet opp. s. 13

Tabell 2: Fordeling av høyeste fullførte utdanning mellom de som har fullført/ikke startet opp. s. 13

Tabell 3: Korrelasjon og signifikansnivå mellom depresjon og selvfølelse og depresjon og selvoppfattelse, før og etter kurs, (N=26). s. 19

Figurer

Figur 1: Flytskjema. s. 12

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Forkortelser	iv
Liste over tabeller og figurer	v
Innholdsfortegnelse	
1.0 Introduksjon og bakgrunn	1
1.1 Om kurset «bedre selvfølelse i hverdagen».....	2
1.2 Formål og problemstillinger	2
1.3 Psykisk helsearbeid	3
2.0 Teoretisk bakgrunn.....	4
2.1 Avgrensninger	4
2.2 Psykoedukativt kurs som intervensjon for «bedre selvfølelse i hverdagen»	4
2.3 Forekomst psykiske lidelser	5
2.4 Depresjon og angst	6
2.5 Selvfølelse	6
2.6 Selvpoppfattelse	8
2.7 Psykoedukasjon.....	9
2.8 Behandling av depresjon og angst.....	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Studiedesign	11
3.2 Rekruttering og utvalg til kurs og pilotstudien.....	11
3.4 Datainnsamling.....	14
3.4.1 Selvfølelse – RSES.....	14
3.4.2 Selvpoppfattelse – SASB	15
3.4.3 Depresjon – BDI II	16
3.4.4 Pasientenes evaluering av kurset	16
3.5 Statistiske analyser	17
3.6 Etske betraktninger.....	18
4.0 Resultater.....	19
4.1 Korrelasjoner mellom BDI II og RSES/SASB.....	19
4.2 Evaluering av kurset	19

5.0 Diskusjon.....	20
5.1 Korrelasjon og signifikansnivå mellom depresjon og selvfølelse og depresjon og Σselvoppfattelse	22
5.2 Studiedesign og metode.....	22
5.3 Klinisk relevans og konsekvenser for praksis	23
6.0 Konklusjon	24
7.0 Videre forskning.....	25
8.0 Litteraturliste	26
9.0 Vedlegg	34

Vedlegg 1: Artikkel tilhørende rammeberetning «Er det en nytteverdi bed å styrke selvfølelsen og selvoppfattelsen til unge voksne mennesker? Evaluering av et psykoedukativt kurs».

Vedlegg 2: Bakgrunnsvariabler

Vedlegg 3: Rosenberg selvfølelsesskala (RSES)

Vedlegg 4: Structural Analysis of Social Behaviour (SASB)

Vedlegg 5: Beck Depression Inventory II (BDI II)

Vedlegg 6: Evaluering av kurset som helhet

Vedlegg 7: Evaluering av kurstemaer

Vedlegg 8: Informasjon til pasientene

Vedlegg 9: Samtykkeskjema

Vedlegg 10: Behandling REK

Vedlegg 11a: Tilrådning fra personvernombudet Diakonhjemmet sykehus

Vedlegg 11b: Fotnote til tilrådning fra personvernombudet Diakonhjemmet sykehus

1.0 Introduksjon og bakgrunn

Globalt er omfanget av psykiske lidelser stort. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) kan depresjon alene tilskrives hele 4.4% av den psykiske sykdomsbyrden, hvor kvinner representerer en større andel (5,1%) enn menn (3,6%) (WHO, 2017). Dette er også tilfelle i Norge til tross for at vi i 2017 ble kåret til verdens lykkeligste land (Sachs, Layard, & Helliwell, 2018). Her beskriver også at Norge skårer høyest både på levestandard, forventet levealder og utdanning. Det er allikevel ikke slik at forventet levealder nødvendigvis er knyttet til bedre helse (IHME, 2016). Norge beskriver psykiske lidelser som en av våre ti store folkehelseutfordringer og disse lidelsene er belastende både for den enkelte og samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2018). Både depressive lidelser og angstlidelser var i høy grad årsak til ikke-dødelig helsetap i 2016 og har siden 2006 vært økende (Tollånes et al., 2018). Tall fra Folkehelseinstituttet viser at mellom 16 og 22 % av den voksne befolkningen har en psykisk lidelse i løpet av en 12 måneders periode, og det er lidelser relatert til angst og depresjon som er hyppigst forekommende (Reneflot et al., 2018).

I min arbeidshverdag møter jeg mange unge voksne som trenger hjelp til å mestre sin psykiske helse i hverdagen. I tillegg har vi gjennom vår behandlingskontakt med unge voksne pasienter ved Voksenpsykiatrisk Avdeling Vinderen, (VPA) Diakonhjemmet sykehus (DS), sett at lav selvfølelse utgjør et problem for mange unge voksne som søker hjelp hos oss. Selvfølelsen vår er av stor betydning for hvordan vi forholder oss til oss selv og andre, og defineres som den verdien vi legger oss selv (Fennell, 2007, s. 11; Øiestad, 2009, s. 18). Man kan ha varierte holdninger til sin selvfølelse. Positiv selvfølelse er for eksempel nøkkelen til en sunnere psykisk helse, bedre livskvalitet og et vellykket sosialt- og arbeidsliv. Selvoppfattelse er et begrep som inneholder mange aspekter, men blir oftest beskrevet som det overordnede bilde en person har av seg selv (Fennell, 2007, s. 11). Selvfølelse og selvtilitt er beslektede begreper, og blir gjerne omtalt i forbindelse med selvoppfattelse (Andreassen, 2008, s.13). Selvfølelse og selvoppfattelse er altså to domener med noe forskjellig betydning, men som allikevel har en del felles trekk. Psykiske lidelser, som depresjon og angst, er derfor antatt begge å være assosiert med dårlig selvfølelse og dårlig selvoppfattelse både for utvikling- og eller vedlikeholdelse av disse lidelsene (Sowislo & Orth, 2013; Korrelboom, Maarsingh, & Huijbrechts, 2012; Orth, Robins, & Widaman, 2012; Choi et al., 2019).

Utviklingen i samfunnet tyder på at lav selvfølelse gir seg uttrykk lenger ned i aldersgruppene enn tidligere antatt, og at problemet er økende (Reneflot et al., 2018; Bakken, 2018). Forebygging og behandling av psykiske lidelser gjennom bedring av selvfølelse i hverdagen er et viktig fagområde innen psykisk helsearbeid.

1.1 Om kurset «bedre selvfølelse i hverdagen»

VPA ved DS ønsket å gi sine unge voksne pasienter mulighet for å bedre sin egen mestring av lav selvfølelse gjennom et psykoedukativtkurs- og undervisningstilbud i gruppe. Da vi ikke kunne finne et standardisert eksisterende tilbud, fikk vi mulighet til å utvikle et behandlingskurs tilpasset pasientgruppen. Dette ble gjort under ledelse av psykologspesialist Nasrettin Sönmez, med undertegnede som prosjektmedarbeider. Kurset bygger på kognitiv atferdsterapi som er en godt dokumentert metode for selvhjelp og behandling, både ved psykiske vansker, kroppslig sykdom, smerter og søvnproblemer (Berge & Repål, 2015). Gjennom vitenskapelige studier har man vist at kognitiv atferdsterapi også kan bidra til en bedret selvfølelse (Rigby & Waite, 2006). Tidligere dokumentasjon om betydningen av bedret selvfølelse for bedret psykisk helse var bakgrunnen for denne pilotstudien.

Resultatet av denne prosessen endte med et psykoedukativt kurs over 8 uker med oppmøte en gang ukentlig á to timer per gang, inkludert 15 minutters pause. Det ble også lagt opp til hjemmearbeid mellom hvert oppmøte. Målet var å bedre selvfølelsen hos unge voksne mennesker for om mulig å forebygge utvikling av psykiske lidelser og bedre prognosen hos de som allerede hadde en psykisk lidelse.

1.2 Formål og problemstillinger

Hensikten med denne pilotstudien var å evaluere nytteverdien av dette kurset hos unge voksne pasienter ved VPA, samt å se på eventuell endring i selvfølelse, selvoppfattelse og symptomtrykk på depresjon. Pasientenes evaluering og tilbakemelding etter endt kurs ble antatt å kunne bidra til videreutvikling av dette kurstilbudet ved VPA. Pilotstudien ble gjennomført som en prospektiv ikke-kontrollert intervensjonsstudie med før- og ettermålinger ved hjelp av standardiserte spørreskjemaer. Selvfølelse ble målt med Rosenberg selvføleleseskala (RSES) (Rosenberg, 1965), selvoppfattelse med The Structural Analysis of Social Behavior (SASB)

(Benjamin, 1974), og depresjon med Beck Depression Inventory (BDI II) (Beck, Steer & Brown, 1996).

For å evaluere nytteverdien av det psykoedukative kurset «Bedre selvfølelse i hverdagen» ble følgende problemstillinger utarbeidet:

1. Hvilken nytteverdi har kurset hatt for pasientene når det gjelder eventuell endring i selvfølelse, selvoppfattelse og depresjonsskår?
2. Er det en sammenheng mellom selvfølelse og depresjonsskår, og selvoppfattelse og depresjonsskår hos pasientene, før og etter kurset?
3. Er det en assosiasjon mellom eventuell endring i selvfølelse, selvoppfattelse og depresjonsskår kontrollert for kjønn, alder og utdannelsesnivå?
4. Hvilken nytte opplevde pasientene av kurset?

1.3 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er under stadig utvikling og defineres på noe ulike måter, men Eriksson & Hummelvoll (2015) viser til følgende definisjon: «Psykisk helsearbeid innebærer å bistå mennesker med ulike psykiske problemer og lidelser, og/eller særlige behov, til å oppleve mening og mestring i sin hverdagsvirkelighet. Dette innebærer at den psykiske helsearbeideren, sammen med personen, arbeider for å skape, utvikle og forandre og bevare livsstrategier for og i ulike samfunnskontekster og stadier i livet». Uansett definisjon ligger det underforstått at man går bort fra en spesifikk diagnose og er mer opptatt av å få hvert enkelt menneske til å oppleve mestring og utnytte sine ressurser i den konteksten de befinner seg i (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008). Som helseminister B. Høye uttalte: «God psykisk helse handler om å mestre hele livet, det handler om tilhørighet og inkludering i samfunnet» (Helse og omsorgsdepartementet, 2017).

Å kunne hjelpe flere pasienter med psykiske lidelser samtidig, slik at de bedre kan mestre sin hverdag, er betydningsfullt og relevant for fagfeltet psykisk helsearbeid. Hvis et psykoedukativt kurs med mål om bedret selvfølelse kan bidra til økt mestring i hverdagen vil dette være en viktig kunnskap å ta videre. Nytteverdien av dette kurset evaluert gjennom en prospektiv ikke-kontrollert intervensjonsstudie med før- og ettermålinger vil eventuelt kunne bidra til kunnskap som kommer flere pasienter samtidig til gode.

2.0 Teoretisk bakgrunn

2.1 Avgrensninger

Denne masteroppgaven inneholder en rammeberetning og et utkast til artikkel. Artikkelen er tenkt publisert i Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid og forfatterveiledning til tidsskriftet er fulgt. Enkelte avsnitt skrevet i artikkelutkast, spesielt resultater med tilhørende diskusjon, vil dermed ikke kunne leses i sin helhet i rammeberetningen, men i vedlegg 1. Rammeberetningen vil derimot inneholde noe mer utfyllende teoretiske betraktninger om temaet, samt en mer overordnet diskusjon. Til disposisjonen i rammeberetningen ble «Håndbok for 4PM791, Studieåret 2020/2021» brukt som mal.

2.2 Psykoedukativt kurs som intervensjon for «bedre selvfølelse i hverdagen»

Årsaken til søkelys på bedre selvfølelse i hverdagen var flerdelt. Det bunner i en felles erfaring hos behandlerne, at unge voksne har behov for å styrke sin selvfølelse for å kunne mestre utfordringer knyttet til hverdagens krav. I tillegg til pasientenes eget behov for behandling av sin psykiske tilstand. Tanken var at pasientene gjennom læring, mestring og holdningsendring om mulig kunne oppnå en bedre selvfølelse. Ved å delta på kurs fikk pasientene anledning til å møte andre som hadde samme mål, og de kunne dermed ta fordel av hverandres erfaringer. Gjennom samtaler og øvelser fikk pasientene mulighet til å dele metodene i praksis.

Det faglige innholdet i kurset ble basert på flere bøker: «Å bekjempe lav selvfølelse» (Fennell, 2007; «Self -Esteem» (Mc Ray & Fanning, 2016), «Banish Your self -esteem Thief» (Collins-Donnelly, 2014) og «Compassion» (Gilbert, 2005). Kognitiv adferdsterapi og psykoedukasjon danner grunnlaget for behandlingstilnærmingen.

Følgende temaer ble inkludert i kurset:

1. Ulike sider av vår forståelse av oss selv: selvfølelse, selvbilde og selvtillit.

Begrep som selvfølelse, selvbilde og selvtillit brukes om hverandre, men refererer til forskjellige sider av en selv som er viktig å differensiere.

2. Forholdet mellom tanker og følelser

Forståelsen av en selv handler om tanker og følelser man har om seg selv, og hvordan forholde seg til disse.

3. Hvordan du kan forholde deg til dine tanker og følelser

Kunnskap og bevissthet rundt forholdet mellom tanker og følelser kan ha store konsekvenser for forståelsen av seg selv, andre og verden ellers.

4. Du kan bli klar over din kritiske stemme

Repeterende negative tanker kan over tid ta en form av relativt forskjellige kritiske stemmer. Det er viktig å legge merke til de kritiske stemmene og erstatte dem med mer vennlige stemmer.

5. Du kan lære deg å innta en ny holdning til deg selv

Repeterende negative tanker og følelser blir etter hvert en «vane» som farger holdninger til seg selv. Denne holdning kan bli automatisert, og det er viktig med bevisstgjøring og innarbeiding av en ny og mer hensiktsmessig vane som fremmer bedre selvfølelse

6. Atferd og holdninger som påvirker selvfølelsen

Innlærte negative vaner utformer atferd og handlinger som kan opprettholde og forsterke lav selvfølelse. Kunnskap og bevissthet kan hjelpe kan fremme mer effektive og hensiktsmessige vaner for bedre selvfølelse.

7. Du kan bli mer selvhevdende og bedre få fram dine meninger og behov.

Når man har lært om tanker og følelser, vil man være i stand til å rette oppmerksomheten sin utad for å styrke sin selvfølelse gjennom samhandling med andre.

8. Oppsummering og evaluering av kurset

2.3 Forekomst psykiske lidelser

Reneflot og medarbeidere (2018) påpeker at psykiske lidelser rammer hele befolkningen uavhengig av alder og kjønn. Kort fortalt kan både genetikk og miljø øke risikoen for å utvikle en psykisk lidelse. Samtidig kan samfunnsmessige faktorer som et godt lokalmiljø og et godt oppvekstmiljø påvirke den psykiske helsen i riktig retning. Det vil si at årsaken til psykisk lidelse vil variere fra menneske til menneske (Norsk Forening for kognitiv terapi, 2021) og

antallet som opplever en psykisk lidelse er oppgitt til mellom 17 til 25% i løpet av ett år. De to vanligste psykiske lidelsene i Norge er vist å være depresjon og angst (Reneflot et al., 2018).

2.4 Depresjon og angst

Depresjon er en psykisk lidelse som kjennetegnes ved en sterk og vedvarende nedstemthet, likegyldighet, tap av glede og et energitap som går utover fungering i hverdagen. Depresjonstrykket kan gi symptomer som varierer fra milde til alvorlige. Symptomene kan i tillegg inkludere vektendringer, søvnvansker, psykomotoriske problemer, økt skyldfølelse, dårlig konsentrasjon og i noen tilfeller selvmordstanker (Berge & Repål, 2015, s. 207). Mellom 6-12% uavhengig av aldersgruppe, har depresjon til enhver tid og betydelig flere rammes en gang i løpet av livet (Norsk Forening for kognitiv terapi u.å.). Betydelig flere kvinner (15-25%) enn menn (ca.10%) diagnostiseres i løpet av livet med depresjon som trenger behandling (Norsk helse informatikk, u.å.).

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor symptomer kan beskrives som irrasjonell frykt. Det 5 vanligste angstlidelsene er generalisert angstlidelse, panikklidelse, fobier, posttraumatisk stresslidelse, og tvangslidelser. Symptomene på angst merkes ofte som en ukontrollerbar redsel og mange utvikler unngående atferd i forhold til steder eller situasjoner som man tror forårsaker angsten (Norsk Forening for Kognitiv terapi u.å.) Angst er den vanligste psykiske lidelsen i Norge og kan ramme inntil 30% av befolkningen i løpet av livet. Angstlidelsene forekommer ofte i kombinasjon med depresjon (Rådet for psykisk helse, 2020).

Både arv og miljø regnes som årsaksfaktorer til utvikling av depresjon og angst. Den genetiske påvirkningen for disse to psykiske lidelsene beskrives som moderat, men en persons medfødte sårbarhet kan bidra til utvikling av depresjon eller angst. Miljømessige belastninger i form av samlivsbrudd, sykdom i familien, økonomiske bekymringer eller andre negative erfaringer vil kunne trigge den sårbarheten en person innehar, og dermed utløse en av disse psykiske lidelsene. Det vil si at det er samspillet mellom flere faktorer som er årsaken til utvikling av disse lidelsene (Røssberg, 2017).

2.5 Selvfølelse

Selvfølelse beskriver hvordan vi ser på oss selv, hvordan vi bedømmer oss selv og hvordan vi verdsetter oss selv (Fennell, 2007 s. 29; Øiestad, 2009 s.137). En definisjon er egen

«følelsmessig vurdering av å være verdifull og viktig» (Soest, 2005). I RSES blir ord som fornøyd, god nok, gode kvaliteter, stolt, ubrukelig, verdifull, respekt og mislykket brukt for å danne et bilde av pasientens generelle selvfølelse (Soest, 2005; Fennell, 2007 s.12). Det handler også om medfølelse for seg selv, hvor det engelske uttrykket «compassion» brukes. I boken Compassion (Gilbert, 2005 s. 140) beskrives det at tiltak for å bedre selv-medfølelsen kan undertrykke tankene om en persons stadige nederlag og ubrukelighet. Dette igjen vil kunne utgjøre en forskjell for personer med depressive symptomer. Det finnes flere studier som har sett på sammenhengen mellom selvfølelse og depresjon, hvor de fleste konkluderer med at lav selvfølelse er relatert til både depresjon og angst, og at en bedret selvfølelse mulig vil kunne føre til reduksjon i symptomtrykk for pasienter med depressive symptomer (Sowislo & Orth, 2013; Choi et al., 2019; Kolubinski, Frings, Nikčević, Lawrence, & Spada, 2018). Dette er blitt beskrevet av flere å kunne ses på som en sirkulær sammenheng (Kolubinski et al., 2018; Orth & Robins 2013; Rieger, Göllner, Trautwein & Roberts 2016; Sowislow & Orth 2013). Selvfølelse er en avgjørende faktor for unge voksnes psykiske helse fordi den representerer følelsen av lykke, evnen til selvverd og hvordan man håndterer livets utfordringer (Wang & Veuvgelers, 2008; Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004). Lav selvfølelse var tidligere hovedfokus i forskjellige psykoterapi-tilnærminger, men ble rundt millenniumskiftet også inkludert i kognitiv terapi (Fennel, 1998). Fennel og andre utviklet en kognitiv behandlingsmodell med formål å forandre pasienters kjerneantakelser som er antatt underliggende ved lav selvfølelse (Padesky, 1994; Beck, 1995; Fennel, 1998). Flere kasusstudier (Fennel, 1998; McManus, Waite, Shafran, 2009) og kliniske undersøkelser (Rigby & Waite, 2006; Waite, McManus & Shafran, 2012) har dokumentert betydningen av kognitive metoder for å oppnå en bedre selvfølelse.

I 2019 gjennomførte en gruppe forskere i Sør-Korea (Choi et al., 2019) en tverrsnittstudie for å undersøke om ulike grader av selvfølelse kunne utgjøre en risikofaktor for depresjon hos unge voksne (gjennomsnittsalder=24,5år). Selvrapporterte data om selvfølelse (RSES) og depresjon (Patient Health questionnaire-9 (PHQ-9)) ble samlet inn. De konkluderte med at lav selvfølelse var en risikofaktor for depresjon.

Moksnes og Reidunsdatter (2019) gjennomførte en kohort studie (n=351) med to målinger på en gruppe elever i alderen 15 til 21 år i begynnelsen og på slutten av et skoleår. Hensikten var å undersøke grad, stabilitet og kjønnsforskjeller i selvfølelse og psykisk helse i løpet av et skoleår, samt å predikere betydningen av selvfølelse for psykisk helse hos elevene. Selvfølelse ble målt med RSES og psykisk helse ble målt med Warwick-Edinburgh Mental Well-Being

Scale (WEMWBS) ved begge tidspunkt. Forfatterne konkluderte med at selvfølelsen var stabil i løpet av et skoleår i dette utvalget. Derimot økte nivåene av depresjon/angst og stress signifikant mens opplevelsen av tilfredshet ble redusert. Regressionsanalyser viste at bedre selvfølelse predikerte lavere grad av depresjon/angst og høyere tilfredshet.

En amerikansk longitudinell studie hadde som mål å utforske sammenhengen mellom angst og selvfølelse hos unge voksne personer i deres utviklingsfase fra tidlig i tenårene (13 år) til ung voksenalder (22 år) (Maldonado et al., 2013). Selvfølelsen ble målt ved 13, 16 og 22 års alder hos 821 deltakere (49% kvinner og 51% menn). Ved 13 års alder ble også angst målt. Forskerne fant at selvfølelse økte fra tidlig i tenårene til tidlig voksen alder. Deltakerne som rapporterte angst utviklet i gjennomsnitt lavere selvfølelse enn resten av populasjonen.

Nylig undersøkte Nederlandske forskere hvorvidt selvfølelse i tidlige tenår predikerer depressive symptomer senere i tenårene og i tidlig voksen alder (Masselink, Roekel, & Oldehinkel 2018). I tillegg undersøkte forskerne iboende faktorer relatert til selvfølelse og utviklingsperioder i ungdomstiden. Disse faktorene var tilnærmings- og unngåelsesmotivasjon, sosial kontakt, sosiale problemer og sosial støtte. Studien benyttet seg av data fra en stor nederlandsk studie med 2228 deltakere, hvorav 51% var jenter. Dataen var samlet fra tidlig ungdom til ung voksen alder (gjennomsnittlige måletidspunkt var ved 11, 14, 16 og 22 års alder). Resultatene viste at lav selvfølelse utgjorde en vedvarende sårbarhet for utvikling av depressive symptomer. Lav selvfølelse i tidlige ungdomsår predikerte depressive symptomer så vel i 16-års alder som i ung voksen alder.

2.6 Selvoppfattelse

Selvoppfattelse blir oftest beskrevet som det overordnede bilde en person har av seg selv (Fennell 2007, s.11). Psykolog Øyvind Kvellø (Kvam, 2016) mener at når vi vurderer vår egen selvoppfattelse sier det noe om at «du selv synes at du er en bra nok person - at du har en bra selvaksept». Å stadfeste den virkelige sammenhengen mellom selvfølelse og selvoppfattelse er ut fra litteraturen vanskelig. Benjamin (1974) velger å kategorisere selvoppfattelsen i 8 ulike temaer: selvfrigjøring/impulsivitet, selvaksept/selvbekreftelse, selvomsorg, selvivaretagelse, selvkontroll, selvanklagelse og selvnedvurdering/selvangripende og selvignorerende. Som eksempel benytter selvfrigjøring/impulsivitet utsagn som «jeg er fri og trygg til å la meg selv gjøre det jeg finner naturlig», selvaksept/selvbekreftelse viser bl.a. til «jeg gir meg selv

anledning til å være glad og fornøyd med den jeg er» og selvomsorg viser som en av 5 til «helt naturlig og uten videre har jeg omsorg for og tar vare på meg selv». Flere av disse temaene kan oppfattes å overlappe med spørsmål som blir brukt i RSES (Rosenberg, 1965) som et eksempel kan ordene god nok, gode kvaliteter og respekt knyttes til temaet om selvaksept/selvbekreftelse. Det blir også på engelsk brukt Self-Image eller Self-Perception i forbindelse med forskning hvor SASB er benyttet (Halvorsen, 2006; Seiertun, 2007).

I kurset «bedre selvfølelse i hverdagen» inkluderte vi selvbilde og selvtillit som en del, men samtidig adskilt fra begrepet selvfølelse. Det vil si at å definere helt tydelige forskjeller mellom selvfølelse og selvoppfattelse er vanskelig, og det er også ulike meninger om dette i litteraturen (Heatherton & Wyland, 2003). Ofte oppfattes dette som at noen bruker samme begrep om ulike fenomener, mens andre bruker ulike begreper om samme fenomen. En persons selvoppfattelse er og forblir et sammensatt begrep som omfatter både selvbilde, selvkonsept, selvoppfattelse, selvtillit, selv vurdering, selvaksept, selvrespekt, selvaktelse og selvfølelse (Fennel, 2007 s.11). Flere studier støtter opp under sammenhengen mellom et negativt selvbilde og ulike psykiske lidelser (Halvorsen, 2006 s.11).

2.7 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er en behandlingsform med fokus på terapeutisk kunnskapsformidling, undervisning og informasjon hvor hensikten er å gi en realistiske forventninger til endring i forhold til pasientens behov (Skjelstad, Norheim, Reiersen, & Mjøsund, 2015). Kognitiv terapi har en lang tradisjon med psykoedukative kurs hvor mestring og kontroll over sin egen lidelse er av stor betydning (Kolubinski et al., 2018). Normalisering og reduksjon av stigma knyttet til lidelsen er en del av psykoedukasjonen (Mental Helse, u.å.). Kunnskapsformidling og kunnskapstilegnelse som fører til større forståelse hos pasientene vil kunne gi pasientene en mulighet til å mestre og å ta kontroll over lidelsen, og derigjennom oppleve symptomreduksjon (Berge & Wright, 2016).

Spesielt nyttig vil det være å utføre dette i grupper, hvor man når flere samtidig, i tillegg til at kurs og undervisning gir mulighet til samhandling med andre (Norheim, Nilsen & Biong, 2015; Skjelstad et al., 2015; Lecomte, Leclerc, & Wykes, 2018).

Kognitiv atferdsterapi er mye brukt til selvhjelp og i behandling og retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser.

Psykoedukasjon er systematisk, strukturert og didaktisk læring som skal føre til bedre mestring av en tilstand (Helsebiblioteket, u.å.).

2.8 Behandling av depresjon og angst

Depresjon behandles vanligvis med samtaleterapi og/eller antidepressive legemidler. Ved mild til moderat depresjon anbefales samtaleterapi som første valg fremfor legemidler, og ved en alvorlig depresjon gis en kombinasjon av disse to (Helsedirektoratet, 2009).

Det finnes flere behandlingsmetoder for angstlidelser, dette kan innebære kognitiv terapi eller annen psykoterapi og/eller medikamentell behandling som antidepressiver. Kognitiv terapi er vist å være vel så god som medikamentell behandling. En av de viktigste faktorene er at pasienten deltar aktivt i prosessen (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2015).

En nederlandsk-britisk randomisert kontrollert studie undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT) og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og disse to metodenes mulighet til å bedre selvfølelsen hos allmennpsykiatriske pasienter i spesialisthelsetjenesten (Griffioen, Vegt, Groot & Jongh, 2017). Studien inkluderte 30 pasienter som ble randomisert til de to behandlingsmetodene. Deltakerne ble vurdert med Rosenberg Selvfølelse Skala (RSES), Credibility og Core Beliefs (CNCB), Brief Symptom Inventory (BSI) og Inventory of Interpersonal Situations (IIS). Begge behandlingsmetodene viste signifikante positive endringer i deltakernes selvfølelse. I tillegg viste resultatene signifikant nedgang i allmennpsykiatriske symptomer. Effekten ble opprettholdt ved målinger 3 måneder etter behandlingsslutt. Ingen gruppeforskjeller ble registrert.

En skotsk eksperimentell studie, som inkluderte 37 voksne kvinner med lav selvfølelse, evaluerte effekten av kognitiv gruppeterapi (Morton, Roach, Ried & Stewart, 2012). Fennells (1998) behandlingsmanual «Bekjempe lav selvfølelse» ble brukt i behandlingen. Foreløpige resultater viste at kognitiv gruppebehandling, både statistisk og klinisk, bedret selvfølelsen og reduserte depressive symptomer og angst. Til tross for manglende kontrollgruppe konkluderte de med at gruppebehandling var en effektiv metode for bedring av selvfølelse, men at ytterligere forskning om temaet var nødvendig.

Tidligere intervensjonsforskning som har sett på sammenhengen mellom depresjon og selvpoppfattelse som utfallsmål, er det etter min viten få eller ingen av. De fleste har benyttet seg av selvfølelse og selvbylde. Selvfølelse er beskrevet i kapittel over, mens selvbylde ofte er

direkte knyttet til fedme og spiseforstyrrelse (Benn, Webb, Chang, & Harkin, 2016) og er derfor ikke et tema for denne masteroppgaven.

Studier har vist gode resultater av kognitive gruppebehandlingsmetoder ved å bruke hovedsakelig Fennels behandlingsmanual (Fennel, 1998), med signifikant positiv behandlingseffekt i forhold til selvfølelse og reduksjon av depressive symptomer og angstsymptomer. (Rigby & Waite, 2006; Morton et al., 2012; Pack & Condren, 2014).

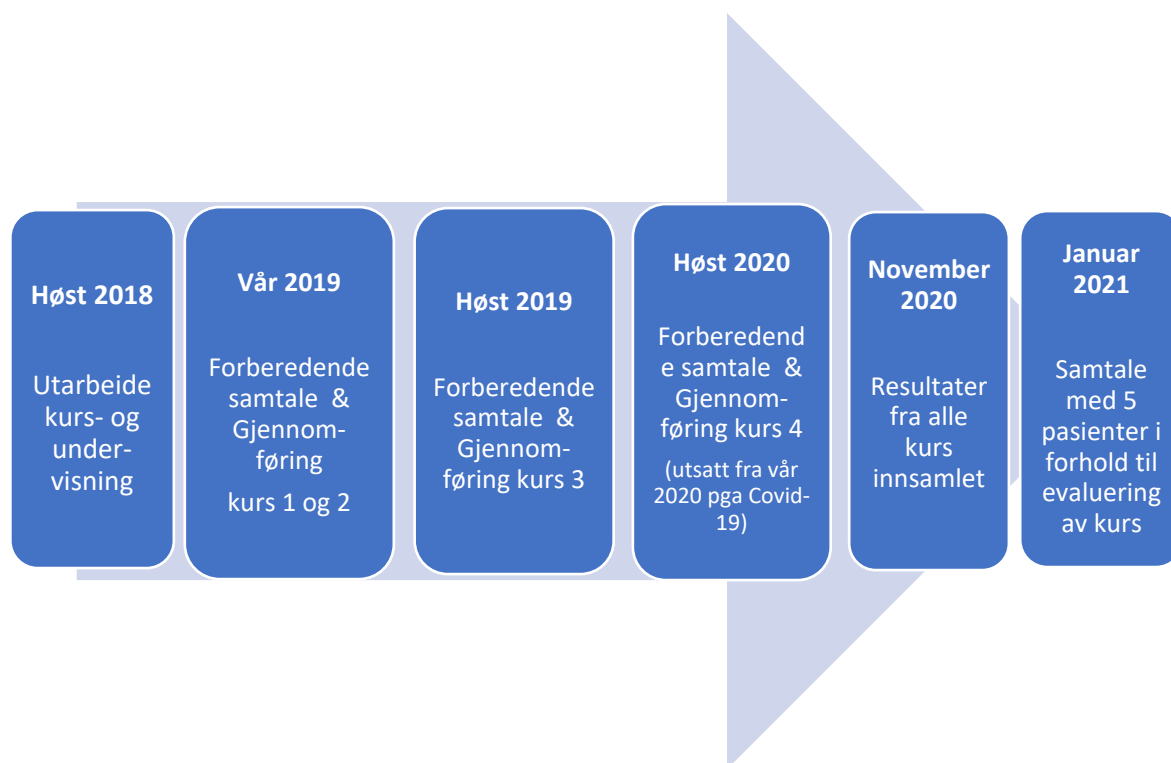
3.0 Metode

3.1 Studiedesign

Kurset «bedre selvfølelse i hverdagen» var ikke tidligere blitt gjennomført i behandlingen av pasienter ved VPA. Derfor var det viktig å dokumentere pasientenes nytteverdi av kurset, og deres eventuelle endringer i selvfølelse, selvoppfattelse og depresjonsskår. Studien ble derfor utført som en pilotstudie. Pilotstudien ble gjennomført som en prospektiv ikke-kontrollert intervensjonsstudie med før- og ettermålinger. Målingene ble gjort med de standardiserte spørreskjemaene RSES, SASB og BDI II ved oppstart av kurs og etter endt kurs. Evaluering og tilbakemeldinger fra pasientene etter endt kurs ble undersøkt.

3.2 Rekruttering og utvalg til kurs og pilotstudien

Kurs og pilotstudien ble gjennomført etter følgende flytskjema (Figur 1).



Pasientene i studien ble rekruttert til kurset via VPA hvor alle var i behandling. Informasjon om kurset ble på forhånd sendt ut til alle behandlere per mail, samt at kursholderen informerte om kurset på et personalmøte. Deres behandlere videreformidlet informasjon om, og muligheten for å delta på kurset. Behandlerne rekrutterte pasienter ut fra følgende eksklusjons og inklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

1. Alder mellom 18 år og 35 år.
2. Er ved henvisningstidspunkt i behandling ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.
3. Hører til de tre bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker som hører til Diakonhjemmet sykehus sektor.

Eksklusjonskriterier:

1. Alvorlig psykisk lidelse (schizofreni, bipolar 1 lidelse)
2. Har diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Det var 45 pasienter som fra sine behandlere ble rekruttert til en forberedende samtale med kursledere, hvor de samtidig besvarte de standardiserte spørreskjemaene for RSES, SASB og BDI II samt at demografiske variabler (vedlegg 2) ble samlet inn. I tillegg fikk pasientene mer utdypende informasjon om tiltaket for å vurdere sin egen motivasjon for gjennomførelse. Av de 45 pasientene som møtte til den forberedende samtalen var det 26 pasienter som valgte å starte opp. De 26 pasientene som fullførte ett av de 4 kursene utgjør utvalget som danner grunnlaget for denne pilotstudien. Antall pasienter som fullførte fra kurs 1 var 8, fra kurs 2 var 8, fra kurs 3 var 6 og fra kurs 4 var 4 (tidspunkt for gjennomføring av kurs vises i fig.1). Herav 18 kvinner og 8 menn med en gjennomsnittlig alder på 27,1år. Forskjeller mellom de som har fullført/ikke valgt å starte opp vises i tabellene under. Alle pasientene i utvalget hadde i ulik grad samtidig oppfølging fra egen behandler.

Tabell 1: Forskjeller i antall, gjennomsnittlig alder samt selvfølelse, selvoppfattelse og depresjon mellom de som har fullført/ikke startet opp

	Fullført $\bar{x}$ (Std.)	Ikke valgt å starte opp $\bar{x}$ (Std.)	Forskjeller $\bar{x}$ (p-verdi)
Antall (n)	26	19	
Alder	27,1 ($\pm 5,4$)	25,5 ($\pm 3,8$)	-1,6 (0,024)
Selvfølelse	13,4 ($\pm 2,2$)	14,6 ($\pm 1,4$)	1,2 (0,027)
Σ Selvoppfattelse	-111,7 ($\pm 193,5$)	-103,6 ($\pm 190,2$)	8,1 (0,983)
Depresjon	28,9 ($\pm 11,3$)	27,7 ($\pm 9,9$)	-1,2 (0,988)

Tabell 2: Fordeling av høyeste fullførte utdanning mellom de som har fullført/ikke startet opp

Høyeste fullførte utdanning N, (%)		
Utdannelsesnivå	Fullført 26, (58)	Ikke valgt å starte 19, (42)
Folkeskole/ungdomsskole/noe videregående skole	2, (4,45)	4, (8,9)
Videregående skole eller tilsvarende/ Noe utdanning over videregående skole	13, (28,9)	13, (28,9)
4-årig eller mer høyskole/universitet	11, (24,4)	2, (4,45)
Antall totalt 45, (100)		

Statistiske analyser viste signifikant forskjell i utdannings nivå mellom de som fullførte kurset og de som ikke valget å starte opp ($p < 0,001$).

Tabell 1 og 2 viser at det er en gjennomsnittlig signifikant forskjell i alder, utdanning og selvfølelse mellom de som har fullført og de som ikke valgte å starte på kurset. De som har fullført er i gjennomsnitt 1,6 år eldre, har noe høyere utdanning, samt skårer noe lavere på RSES enn de som kun deltok på den forberedende samtalen. I henhold til RSES grensenivå ≤ 15 , har begge grupper i gjennomsnitt lav selvfølelse ved oppstart. Skår for Σ Selvoppfattelse (se affilasjon kap. 3.4.2) og depresjonsskår viser ingen signifikante forskjeller mellom de som har fullført/ikke valgt å starte opp. Den gjennomsnittlige depresjonsskåren var høy i begge grupper. Pasientene som valgte å ikke starte opp på kurset hadde personlige grunner til dette. Det ble bl.a. gitt muntlige tilbakemeldinger om at det ikke passet i forhold til jobb og skole, samt at de ikke opplevde kurset som relevant slik deres situasjon var på det tidspunkt.

3.4 Datainnsamling

Datainnsamling før kurs ble som beskrevet over gjennomført samtidig med den forberedende samtalen innfor kurset. De samme spørreskjemaene (RSES, SASB, BDI II) ble fylt ut på siste kurssamling. Ved siste kurssamling evaluerte 20 av 26 pasienter også sin opplevelse av kurset, gjennom å besvare to spørreskjemaer. Det ble noen uker etter endt kurs stilt muntlige spørsmål til 5 av pasientene for å få utfyllende informasjon om deres egenoppfattede nytteverdi og opplevelse av kurset.

3.4.1 Selvfølelse – RSES

RSES (Rosenberg, 1965) er et mye brukt og validert spørreskjema. Et stort antall forskjellige skalaer er blitt brukt for å måle selvfølelse, men den internasjonalt mest brukte er RSES (Rosenberg, 1965). Den mest brukte norske oversettelsen av RSES (Dieserud, Røysamb, Ekeberg, & Kraft, 2001; Finnøy, 2000) ble bearbeidet og validert i forbindelse med WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide (Bille-Brahe et al., 1996). Skjemaet består av 10 spørsmål for å måle generell selvfølelse som kan besvares på en 4-gradig skala fra helt enig til sterkt uenig (vedlegg 3). De positive utsagnene (1,2,4,6 og 7) og de negative (3,5,8,9 og 10) blandes. Poengsum lavere enn 15 tyder på en svært lav selvfølelse. Skår på mellom 15 og 25 gjenspeiler en sunn selvfølelse, og skår på over 25 viser en sunn og sterk person. En poengskår over 25 kan derimot også være problematisk i forhold til hvordan man ser på virkeligheten, det kan indikere en for sterk fornøydhet med seg selv. Det optimale er en skår mellom 15 og 25. RSES brukes av behandlere i klinikk for å få en oppfattelse av pasientens selvverderte

selvfølelse, men bør ikke brukes som et klinisk verktøy (Soest, 2005). Soest oppgir i psykologtidsskriftet (2005) en Cronbachs- α på 0,86.

3.4.2 Selvoppfattelse – SASB

Den amerikanske psykologen Lorna Smith Benjamin utviklet SASB modellen tidlig på 1970 tallet. Det er både en teoretisk modell om selvet, dets innhold og dets utvikling, og det er en empirisk modell for forskning og terapeutisk praksis. Teoretisk sett bygger modellen på to sentrale perspektiver; Harry Stack Sullivans interpersonlige psykoanalyse og John Bowlbys tilknytningsteori (Seiertun, 2007 s.12). Ideene fra Sullivan og Bowlby videreføres inn i SASB modellen for selvoppfattelse (Benjamin, 1974; Benjamin, Rothweiler & Critchfield, 2006) ved at pasienten gir svar på i hvilken grad de identifiserer seg med 36 ulike påstander om hvordan de forholder seg til seg selv. De 36 påstandene ender opp i 8 kategorier som hver inneholder summen av 4 til 5 spørsmål (vedlegg 4).

De 8 kategoriene representerer selvfrigjøring/impulsivitet, selvaksept/selvbekreftelse, selvomsorg, selvivaretagelse, selvkontroll, selvanklagelse og selvnedvurdering/selvangripende og selvignorerende. I tillegg beregnes to Σ skårer av selvoppfattelse: den ene affilasjon representerer tilknytning og går fra fiendtlighet til vennlig tilknytning, den andre autonomi representerer gjensidig avhengighet og går fra kontroll til autonomi (Seiertun, 2007, s.12). Grad av affilasjon er tidligere vist å ha en sterk sammenheng med ulike psykiske lidelser (Halvorsen, 2006 s.11). Videre i rammeberetningen vil Σ selvoppfattelse gjengis som affilasjon og er beregnet gjennom følgende vektete formel:

$$\Sigma \text{selvoppfattelse (affilasjon): } 0 \times \text{kategori1} + 4.5 \times \text{kategori2} + 7.8 \times \text{kategori3} + 4.5 \times \text{kategori4} + 0 \times \text{kategori5} - 4.5 \times \text{kategori6} - 7.8 \times \text{kategori7} - 4.5 \times \text{kategori8}.$$

Reliabilitets tester viser en Cronbachs α på 0,5-0,86, $\bar{x} = 0,75$ (Lorr & Strack, 1999). SASB gir ikke en definert grenseverdi for dårlig eller god selvoppfattelse, men er godt egnet til å oppdage en endring i selvoppfattelse hos personer hvor man bruker dette verktøyet før og etter en intervensjon (Halvorsen, 2006 s. 32).

3.4.3 Depresjon – BDI II

BDI II ble utgitt i 1996 (Beck et al., 1996) og er en revidert utgave av det opprinnelige Beck Depression Inventory fra 1961. Depressive symptomer ble målt med BDI II, som er laget for å måle affektive, kognitive, motivasjonelle og fysiske symptomer på depresjon. Spørreskjemaet inneholder 21 grupper av utsagn om hvordan pasientene har følt seg de siste to ukene ved å sette ring rundt tallene 0 til 3, hvor 0 indikerer at det ikke er noen symptomer til stede (vedlegg 5).

Resultatet tolkes i forhold til følgende fastsatte grenseverdier

- 0 – 13 poeng: ingen til minimal depresjon
- 14 – 19 poeng: mild depresjon
- 20 – 28 poeng: moderat depresjon
- 29 – 63 poeng: alvorlig depresjon

Norsk utgave kom i 2005 (Siqueland & Kornør, 2011), hvor de rapporterer en Cronbachs- α på 0,91. I Norge må skåren fra BDI II allikevel tolkes med forsiktighet da de viktigste spørsmålene omkring klinisk nytteverdi ikke er undersøkt ved den norske utgaven (Siqueland & Kornør, 2011). Det vil si at en diagnose ikke kan fastsettes kun ut fra skår på BDI II, men ved å samtidig gjennomføre en klinisk vurdering av pasientens tilstand.

3.4.4 Pasientenes evaluering av kurset

To egenutviklede spørreskjemaer, ett med søkelys på kurset som helhet (vedlegg 6) og ett med søkelys på hvilke temaer pasientene oppfattet var viktigst i arbeidet mot bedre selvfølelse (vedlegg 7) ble besvart av 20 av de 26 pasientene som fullførte kurset. Kurset som helhet ble besvart på en skala fra 1-5, hvor 1=veldig dårlig og 5=veldig bra.

De ulike temaene ble evaluert fra 0 til 10 hvor 0=minst utbytte og 10=mest utbytte. Temaene var som følger:

1. Ulike sider av vår forståelse av oss selv; selvfølelse, personfakta og selvtillit
2. Du kan lære om forholdet mellom følelser og tanker og hvordan forholde seg til dette
3. Du kan lære å bli klar over dine kritiske stemme
4. Atferd og handlinger som påvirker selvfølelse

5. Du kan lære å innta en ny holdning til deg selv
6. Du kan bli mer selvhevdende og få bedre frem dine meninger og behov
7. Du kan lære å forbedre forholdet til din familie og dine venner
8. Oppsummering og evaluering (ikke evaluert)

For utfyllende informasjon ble det gjennomført samtaler med 5 av pasientene om deres erfaring av kurset 2-10 uker etter endt kurs. Følgende spørsmål ble stilt muntlig til de fem pasientene:

1. Har kurset hatt betydning for deg, i så fall på hvilken måte?
2. Kan du nevne en til tre punkter/ting fra kurset som du husker og vil ta med deg videre framover
3. Hvilket av temaene gjorde mest inntrykk/ var mest lærerikt?
4. Er det noe ved kurset som har påvirket din selvfølelse negativt – mer negativt overfor deg selv?
5. Om du skulle gått dette kurset på nytt- hadde du deltatt/benyttet deg av kurset på en annen måte?
6. Ville du anbefalt dette kurset videre til andre? Og hvorfor?
7. Oppfatter du selv at du har fått en bedre selvfølelse etter kurset – og på hvilken måte merker du dette?

3.5 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser ble utført i IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS) versjon 26. Utvalget (N=26) ble kontrollert for uteliggere og normalfordeling som tilsa bruk av ikke-parametrisk statistikk i de fleste analysene. Signifikansnivået ble gjennomgående satt til $p \leq 0.05$. For å oppdage endring etter 8 ukers kurs ble Wilcoxon Two-Related-Samples Tests brukt. For å finne korrelasjonskoeffisienten mellom depresjonsskår og selvfølelse, og depresjonsskår og Σ selvoppfattelse, før og etter kurs ble Spearmans rho for kontinuerlige variabler beregnet. Lineær regresjon ble brukt for å finne eventuelle faktorer som var assosiert med endring i depresjon etter endt kurs. De uavhengige variablene kjønn, alder og høyeste fullførte utdanning ble valgt på bakgrunn av fordeling mellom kjønn i utvalget, samtaler med andre behandlere og egenerfaring med alders betydning for selvoppfattelse, samt sammenhengen mellom kunnskapstilegnelse og utdannelsesnivå. Dette i tillegg til utfallsvariablene selvfølelse og Σ selvoppfattelse. Korrelasjonskoeffisienten mellom selvfølelse og Σ selvoppfattelse ved oppstart var 0,161 med $p=0,431$. Heller ikke noen av de enkelte 8

kategoriene av selvoppfattelse var signifikant korrelert med selvfølelse. Ved evaluering av kurset ble det kun brukt gjennomsnitts svar for de ulike svaralternativene på evalueringsskjemaene, samt utfyllende muntlig informasjon fra 5 pasienter.

3.6 Etiske betraktninger

Deltakelse i prosjektet var frivillig. Pasienter som ønsket å delta fikk omfattende informasjon om deltakelsen og ga skriftlig samtykke til dette (vedlegg 8 og 9). Pasientene kunne til enhver tid trekke seg uten noen form for begrunnelse, og eventuell samtidig behandling ved VPA ble heller ikke påvirket av dette. Informasjon registrert om hver enkelt kursdeltaker skal kun brukes slik som beskrevet i tråd med studiens hensikt.

Alle opplysningene ble behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte identifiserbare personopplysninger. Hver enkelt pasients identitet ble erstattet med et studie-spesifikt løpenummer. All databehandling ble utført på datasettet uten personidentifikasjon. Kun autorisert prosjektpersonell vil ha adgang til navnelisten knyttet til den enkelte pasient. Informasjon samlet inn vil bli anonymisert/slettet ved prosjektets slutt, senest 1. februar 2030. Alle resultater vil rapporteres på gruppenivå og det vil aldri være mulig å identifisere den enkelte pasient. Resultater fra prosjektet vil bli publisert i egnet fagtidsskrift. Informasjon og resultater fra prosjektet vil formidles til relevante brukerorganisasjoner via deltakelse på møter, konferanser og via Diakonhjemmets webside.

Aidentifiserte pasientopplysninger er lagret på sykehusets forskningsserver i henhold til sikkerhetsrutiner ved DS. Koblingsnøkkel oppbevares innelåst og adskilt fra anonymisert forskningsfil. Øvrig datamateriell blir lagret på bruker- og passord beskyttet område på DS.

Prosjektet ble søkt til Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskning, REK, og ble behandlet 13.06.2019 (Referansenummer fra behandling i REK: 2019/928/REK sør-øst). Vedtak fra REK: *Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde jf. §10* (vedlegg 10), og godkjenning fra REK er dermed ikke nødvendig så lenge pasientene har samtykket til deltakelse. Personvernombudet tilknyttet DS har tilrådet studien «Bedre selvfølelse i hverdagen» 17.02.202 (vedlegg 11a og 11b).

4.0 Resultater

Kort oppsummering av hovedresultatene fra pilotstudien viste signifikant positiv endring i selvfølelse, og en skår opp mot en gjennomsnittlig sunn selvfølelse ble funnet etter endt kurs. Signifikant endring vises også for Σ selvoppfattelse samt kategoriene selvfrigjøring, selvaksept, selvomsorg og selvanklaging innen SASB. Det samme gjelder endring i depresjonsskår, hvor pasientene som helhet gikk fra en skår som tilsa alvorlig deprimert til en skår på moderat deprimert. Regresjonsanalysen viste at Σ selvoppfattelse var den uavhengige variabelen som signifikant bidro med endring av depresjonsskår. De uavhengige variablene samlet sett forklarer 25% variasjonen i endring av depresjonsskår. 75% av variansen tilskrives dermed variabler utenfor denne modellen (for fullstendige resultater se vedlegg 1).

4.1 Korrelasjoner mellom BDI II og RSES/SASB

Tabell 3. Korrelasjon og signifikansnivå mellom depresjon og selvfølelse og depresjon og selvoppfattelse, før og etter kurs (N=26).

	Spearman's rho, før kurs	Spearman's rho, etter kurs
Selvfølelse	-,597**	-,411*
Selvoppfattelse	-,490*	-,710**

**p $\leq$ 0.01, *p $\leq$ 0.05

Tabell 3 viser en signifikant negativ korrelasjon mellom depresjon og selvfølelse på -0,597 før kurs (p<0,001), og etter kurs på -0,411 (p=0,037). For selvoppfattelse viser resultatene før kurs en signifikant (p=0,011) negativ korrelasjon på -0,490 og etter kurs på -0,710 (p<0,001).

4.2 Evaluering av kurset

Etter samtale med 5 av pasientene som også har besvart evalueringen presentert i artikkel (vedlegg 1), gav alle uttrykk for at kurset har hatt betydning for dem. De trakk spesielt fram at de har fått kunnskap om selvfølelse og tilhørende tema, samt at de så at de ikke er alene om å ha tanker og følelser som kan gi dem en dårlig selvfølelse. Alle opplevde at det å være en del av en gruppe, med i dette tilfelle et felles mål, ga dem en mulighet til å tørre å dele sine erfaringer og utfordringer.

(...) Likte godt å være samlet en gjeng, Være flere sammen og dele erfaring - merker hvor urasjonelt ting kan være, det er en veldig fin ting å høre om andres erfaring.

Flere poengterte også at de ble tryggere når det kommer til å håndtere spesifikke situasjoner i hverdagen. De oppgav å ha fått flere verktøy de kan benytte seg av når situasjonene oppstår.

(...) Tenker kritisk om meg selv, men når jeg opplever noe som minner om det vi har lært vet jeg at jeg nå skal tenke annerledes.

(...) Kan ikke skryte av at jeg har fått det så veldig mye bedre, men blitt mer bevisst på ting, tenker mer over en hendelse i etterkant, og forsøker å gjøre noe med det.

Kursdeltakerne fremhevet alle at de er i en prosess, hvor de selv mente at det å oppnå en bedre selvfølelse ligger lenger fram i tid.

(...) Jeg har er kunnskap om ting, når de tanken kommer vet hva jeg skal gjøre, men opplever at det er en prosess.

Også i samtalene kom det fram at pasientene var veldig positive til å anbefale kurset videre. Noen oppgav også at de kunne tenke seg å gjennomføre kurset på nytt for å blant annet få mer psykoedukasjon om temaet.

(...) Ville gjerne anbefalt videre, flere, hørte andres opplevelser, vi gjorde hverandre trygge, lett å kjenne seg igjen i andre, samme opplevelser få anerkjennende nikk fra en annen, alle snakket, folk var trygge på hverandre, alle kjente seg igjen hos de andre.

5.0 Diskusjon

Definisjonen av psykisk helsearbeid som Eriksson og Hummelvoll (2015) refererer til rommer den hverdagen jeg som psykisk helsearbeider opplever. Det å bistå mennesker med ulike psykiske lidelser for å hjelpe dem til å mestre og å oppleve mestring i sin hverdag er en viktig del av dette arbeidet. Det å jobbe sammen med pasientene i en prosess for bedre livsmestring og helse, uavhengig av diagnose, er både en utfordring og en glede. Å samtidig kunne nå flere med samme ståsted gjennom et gruppebasert psykodeukativt kurs for bedre selvfølelse kan gjennom vitenskapelig dokumentasjon og erfaring være et viktig bidrag til fagfeltet psykisk helsearbeid. Hensikten med denne pilotstudien var derfor å evaluere nytteverdien av dette kurset hos unge voksne pasienter ved VPA, samt å se på eventuell endring i selvfølelse,

selvoppfattelse og symptomtrykk på depresjon. Pilotstudien gav oss i tillegg pasientenes tilbakemeldinger på nytteverdien av kurset. Sammen vil de tre elementene forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap kunne føre til en nyttig kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, u.å.) for fagfeltet psykisk helsearbeid.

Selvfølelse handler om den verdien vi legger oss selv og selvoppfattelse det overordnede bilde vi har av oss selv. Som skrevet i avsnitt under selvfølelse brukes både selvfølelse, selvilde og selvtillit om hverandre til tross for at de referer til forskjellige sider av en selv som er viktig å differensiere. De 8 kategoriene som kommer til uttrykk gjennom besvarelse av SASB kan også til dels oppfattes å overlappe med verdien vi har til oss selv og dermed ikke kun det overordnede bilde vi har av oss selv. Dette gir en pekepinn på at det kan være vanskelig å skille selvfølelse og selvoppfattelse helt fra hverandre når begrepene skal beskrives. Temaene inkludert i kurset «bedre selvfølelse i hverdagen» målt med RSES og SASB har derfor sannsynligvis også hatt en påvirkning på de 8 kategoriene av selvoppfattelse og Σ selvoppfattelse like mye som på selvfølelse. I henhold til resultatene antyder dette at temaene presentert på kurset og kursets eventuelle påvirkning kan være nærmere opp mot selvoppfattelse enn mot selvfølelse. Det kan også tenkes at det å endre sin egen selvfølelse er en lenger prosess, noe som bekreftes av tilbakemeldingene fra pasientene etter gjennomgått kurs.

Gjennom korrelasjonsanalyse av variablene selvfølelse og selvoppfattelse var det en lav ikke signifikant korrelasjon, både mellom RSES skår og Σ selvoppfattelse, og RSES skår og alle kategorier av selvoppfattelse ($r=0,161$, $p=0,431$). Det vil si at de to standardiserte spørreskjemaene har validitet innfor det de er tiltenkt å måle, og at de oppfattes å bringe to ulike variabler inn i sammenhengen.

Uansett om Norge i 2017 ble kåret til verdens lykkeligste land (Sachs et al., 2018), ser man at psykiske lidelser er økende i alle aldersgrupper (Reneflot et al., 2018). Både selvfølelse og selvoppfattelse er viktige elementer når det gjelder utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser (Orth et al., 2012; Sowislov & Orth, 2013). Hvordan utviklingen etter dagens pågående pandemi vil se ut fremover er uklar, men foreløpig fokus i media antyder at ungdom og unge voksne opplever reaksjoner på stress og sårbarhet knyttet til ensomhet, usikkerhet og redsel (Soest, Bakken, Pedersen & Sletten, 2020). Uansett er psykisk helsearbeid, både for forebygging og behandling av psykiske lidelser viktig, og bedret selvfølelse kan gi inntrykk av å være en nyttig brikke for å bidra til «å skape, utvikle og forandre og bevare livsstrategier for og i ulike samfunnskontekster og stadier i livet» (Eriksson & Hummelvoll, 2015).

5.1 Korrelasjon og signifikansnivå mellom depresjon og selvfølelse og depresjon og Σ selvoppfattelse

Korrelasjon og signifikansnivå mellom depresjon og selvfølelse og depresjon og Σ selvoppfattelse både før og etter kurs er vist i tabell 5. Ved begge måletidspunkt ble det oppdaget en signifikant negativ korrelasjon mellom depresjon og selvfølelse og Σ selvoppfattelse. Funnene er i tråd med tidligere forskning på området (Sowislo & Orth, 2013; Korrelboom et al., 2012; Orth et al., 2012; Choi et al., 2019). Til tross for at resultatene viser en signifikant endring til det bedre for både selvfølelse, selvoppfattelse og depresjon, var korrelasjonen mellom depresjon og selvfølelse noe svakere etter kurs enn før kurs. Årsaken til dette er vanskelig å forklare, men vil sannsynligvis ikke for den enkelte pasient utgjøre en klinisk forskjell. Igjen kan det derimot se ut til at kurset treffer muligheten til endring i Σ selvoppfattelse bedre enn det gjør for selvfølelse.

5.2 Studiedesign og metode

Denne studien er en prospektiv ikke-kontrollert intervensjonsstudie med før- og ettermålinger med de begrensninger en slik metode har. Allikevel innehar en slik studie den styrken at vi kan ha kontroll på intervensjonen ved gjennomføring av det psykoedukative kurset med oppmøte (Tuftes, 2019, s. 110), i dette tilfelle gjennom at alle kurssamlingene ble ledet av de samme kursholderne. Derimot er det uten kontrollgruppe vanskelig å si noe om direkte årsak - virkning på funnene da vi ikke har kontroll på alle forstyrrende variabler (Johannessen, Tuftes & Kristoffersen, 2004, s. 261). I en klinisk setting er det diskutert om det er etisk riktig å randomisere pasienter til en kontrollgruppe som da ikke vil få behandling som mulig kan påvirke deres helse i riktig retning. Metoden vi har benyttet innebærer at vi ikke kan si om det er kurset i seg selv, tiden fra før til etter kurset, annen samtidig behandling eller andre hendelser i pasientens hverdag som forklarer resultatene. Antall pasienter som gjennomførte det psykoedukative kurset var 26, noe som regnes som et lite utvalg, og type 2 feil vil kunne forventes. (Johannessen et al., 2004, s.305). Imidlertid antyder de preliminare resultatene at så ikke er tilfelle, da de signifikante funnene indikerte en sterk sammenheng mellom målevariablene. Dette er også prøvd tatt hensyn til ved bruk av ikke-parametrisk statistikk i beregningen av funnene, da gjennomgang av dataene viste at disse ikke var normalfordelt. I

tillegg kan en seleksjonsskjevhet ha forekommet på flere nivåer, det første er at behandlerne selv henviste de pasientene de mente kunne ha nytte av kurset ut fra samtale med pasientene. Det andre er at de som fullførte kurset var noe eldre, hadde noe høyere utdanning, og samtidig skåret noe lavere på selvfølelse sammenlignet med de som etter den første samtalen takket nei til å delta på kurset. En gjennomsnittlig lavere skår på selvfølelse hos de som fullførte kurset kan i seg selv ha bidratt til en større mulighet for endringspåvirkning av kurset. Imidlertid poengteres igjen at både de som fullførte kurset og de som valgte å takke nei til å delta før oppstart hadde en selvfølelsseskår under 15, slik at forskjellen mellom gruppene sannsynligvis ikke er klinisk signifikant. De tre utfallsvariablene, selvfølelse, selvoppfattelse og depresjon ble alle målt med standardiserte og validerte måleinstrumenter for om mulig å redusere feiltolkning av resultatene til tross for styrker og svakheter ved disse. Uansett om man da kan tolke den interne validiteten som tilfredsstillende så kan den eksterne validiteten diskuteres. Med et lite utvalg var den eksterne validiteten begrenset. For å få kunnskap om de positive resultatene fra pilotstudien skyldes kurset eller andre forhold, bør det gjennomføres en ny studie med et annet design. Gullstandarden tilsier at det bør være en randomisert kontrollert studie der de pasientene som randomiseres til kurset ikke får annen behandling i tillegg til kurset, hvor resultatene sammenlignes med pasienter som får standard behandling. Det er allikevel trolig at man kan si noe om tendenser og forståelse vedrørende bedre selvfølelse i hverdagen hos pasienter i behandling ved VPA, da utvalget representerer en spesiell gruppe.

5.3 Klinisk relevans og konsekvenser for praksis

De foreløpige resultatene fra denne pilotstudien, med de begrensningene som allerede er beskrevet, gjør at det å hevde en eksakt klinisk relevans er vanskelig. Allikevel viste intervensjonen en positiv endring for selvfølelsseskår på 10,4%, for Σ Selvoppfattelsseskår på 102% og for depresjonsskår på 29,3%. Ifølge tidligere forskning vil man gjennom en bedret selvfølelse kunne forvente at risikoen for å utvikle, og eller opprettholde, symptomtrykk for spesielt angst og depresjon (Sowislo & Ort, 2013) vil kunne avta. Det å oppnå en høyere selvfølelse kan sees i sammenheng med å mestre hverdagen sin bedre og dermed muliggjøre deltakelse i arbeidsliv så vel som sosialt liv (Sowislo & Orth, 2013). Dette samlet vil kunne gi en høyere livskvalitet (Dufner, Gebauer, Sedikides, & Denissen, 2019; Orth et al., 2012). Det kan muligens også være tilfelle for de pasientene som har deltatt i denne pilotstudien. Den forholdsvis store endringen i selvoppfattelse kan antyde at pasientene opplevde en overordnet

positiv endring i retning av et mer aksepterende, frigjort og mindre kritisk forhold til seg selv (Seiertun, 2007 s.12). Når det kommer til depresjon må det fremholdes at den norske versjonen av BDI II ikke er undersøkt for direkte klinisk anvendelse, og at de eksakte skårene derfor må behandles med forsiktighet (Siqueland & Kornør, 2011). Det er derfor vanskelig å med sikkerhet si om pasientene rent klinisk har beveget seg fra alvorlig depresjon (BDI II skår>28) til moderat depresjon (BDI II skår mellom 20-28). Uavhengig av dette er en reduksjon med 29,3% i depresjonsskår et resultat som for den enkelte pasient vil kunne oppleves positivt i hverdagen. Dette uansett om reduksjonen kan tilskrives kursdeltakelsen eller den eventuelle samtidige standard behandlingen (psykoterapi og/eller antidepressive) mottatt under kursperioden.

Pasientenes evaluering av kurset viste at de opplevde å dra nytte av å være en del av en gruppe som sammen gjennomgikk psykoedukasjon med mål om bedre selvfølelse i hverdagen. De trakk spesielt fram at de fikk kunnskap om selvfølelse og tilhørende tema, samt at de så at de ikke var alene om å ha tanker og følelser som kan gi dem en lavere selvfølelse. Det å delta i en gruppe med samme mål gav mulighet til å tørre å dele sine erfaringer i et fellesskap med andre i samme situasjon. Dette understøttes blant annet av Norheim og Skjelstad i Tidsskrift for Norsk psykologforening i 2015 (Norheim et al., 2015; Skjelstad et al., 2015; Morton et al., 2012).

I evalueringen fremkom det også at pasientene opplevde å ha startet endringen i løpet av kursperioden, men at det å vurdere enn bedring i egen selvfølelse er en prosess. I samtaler etter endt kurs fortalte flere at de hadde ønsket å kunne gå kurset en gang til med et nytt utgangspunkt, noe som også Skjelstad og medarbeidere (2015) poengterer i sin artikkel.

Som et overordnet perspektiv innen psykisk helsearbeid, kan det å hjelpe flere pasienter samtidig gjennom et slikt tilbud, kunne bidra til mening og mestring i hverdagsvirkeligheten deres.

6.0 Konklusjon

Til tross for at denne pilotstudien kun har 26 pasienter med i utvalget oppdages allikevel statistisk signifikans i forhold til problemstillingen, som foreløpig er søkt svar på. Med et lite utvalg, et strengt krav til signifikansnivå og standardiserte måleinstrumenter, indikerte funnene interessante sammenhenger mellom variablene. Designet av pilotstudien gjør at en ikke kan si noe om resultatene skyldes kurset eller andre forhold. Pasientene fikk annen samtidig

behandling, og pilotstudien var uten kontrollgruppe. Pasientene selv fremhever betydningen av kurset, og at endring i selvfølelse oppleves som en prosess som foregår over tid. Signifikant endring i depresjonsskår fra før til etter kurs, hvor pasienten i gjennomsnitt går fra alvorlig depresjon til moderat depresjon, er et resultat som må fremheves. Dette uavhengig av hvilke utenforstående påvirkningsvariabler som eventuelt kan tilskrives endringen, da en ikke kan forklare funnene med det studiedesignet som er benyttet.

7.0 Videre forskning

For å bedømme kursets betydning ytterligere fordres at kurset gjennomføres med et større utvalg samt med kontrollgruppe, og at de som deltar på kurset ikke får samtidig annen behandling. En slik studie vil kunne bidra til å belyse verdifull kunnskap, og eventuelt muliggjøre standardisering av en behandlingsmetode for bedret selvfølelse som kan benyttes av andre og/eller for andre målgrupper.

8.0 Litteraturliste

- Andreassen, M. (2008). Slik kan det oppleves: *på hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?* (Masteroppgave) . Universitetet i Oslo. Oslo
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater* (8278946728). Hentet fra <https://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2018.%20Nasjonale%20resultater.pdf>
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio. TX; Psychological Corporation.
- Beck, J. S. & Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond* Guilford press New York.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological review*, 81(5), 392.
- Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C. & Critchfield, K. L. (2006). The use of structural analysis of social behavior (SASB) as an assessment tool. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 83-109.
- Benn, Y., Webb, T.L., Chang, B.P.I & Harkin, B. (2016). What is the psychological impact of self-weighing? A meta-analysis. *Health Psychology Review*, [https://doi:10.1080/17437199.2016.1138871](https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1138871)
- Berge, T. Repål. A. (Red.) (2015).. *Håndbok i kognitiv terapi*. (2. utg.). (Red.) Oslo Gyldendal Akademisk
- Berge, T. & Wright, D. (2016). Kombinert psykoedukasjon og jobbedukasjon: Forberedende kurs for pasienter til kognitiv terapi. *Tidsskrift for kognitiv terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/kombinert-psykoedukasjon-og-jobbedukasjon-forberedende-kurs-for-pasienter-til-kognitiv-terapi/>

Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Lönnqvist, J., ... Egebo, H. (1996). A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Crisis*, 17(1), 22-31.

<https://doi.org/10.1027/0227-5910.17.1.22>

Choi, Y., Choi, S. H., Yun, J. Y., Lim, J. A., Kwon, Y., Lee, H. Y. & Jang, J. H. (2019). The relationship between levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. *Medicine*, 98(42), e17518.

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017518>

Collins-Donnelly, K. (2014). *Banish Your Self-Esteem Thief*. London: Jessica Kingsley Publishers

Dieserud, G., Røysamb, E., Ekeberg, Ø. & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 153-168.

Dufner, M., Gebauer, J. E., Sedikides, C. & Denissen, J. J. A. (2019). Self-Enhancement and Psychological Adjustment: A Meta-Analytic Review. *Pers Soc Psychol Rev*, 23(1), 48-72. <https://doi.org/10.1177/1088868318756467>

Eriksson, B. & Hummelvoll, J. K. (2015). Psykisk helsearbeid som fagområde: en fremvoksende disiplin. Hentet fra <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/2430550>

Fennell, M. (2007). *Å bekjempe lav selvfølelse*. Trondheim: Tapir.

Fennell, M. J. (1998). Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4(5), 296-304.

Finnøy, O. J. (2000). Job satisfaction and stress symptoms among personnel in child psychiatry in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(6), 397-403.

- Folkehelseinstituttet. (2018). Ti store helseutfordringer i Norge. Hva sier analyse om sykdomsbyrde? Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- Gilbert, P. (2005). *Compassion : conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Griffioen, B. T., van der Vegt, A. A., de Groot, I. W. & de Jongh, A. (2017). The Effect of EMDR and CBT on Low Self-esteem in a General Psychiatric Population: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychol*, 8, 1910. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01910>
- Halvorsen, M. S. (2006). *Self-Image and Psychotherapy: Measurement, Predictor and Outcome Issues* University of Oslo, Oslo.
- Heatherton, T. F. & Wyland, C. L. (2003). *Assessing self-esteem*. IS.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.) *Positive psychological assesment: A handbook of models and measures* (s. 219-233). Washington, DC, US: American Psychological Association. Hentet fra <https://psycnet.apa.org/record/2003-02181-014>
- Helsebiblioteket . (u.å.). Psykoedukasjon til akuttpsykiatriske pasienter. Hentet fra <https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/angstlidelser/>
- Helsedirektoratet . (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksen med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet - regjeringens strategi for god psykisk helse*. Hentet fra www.publikasjoner.dep.no

IHME. (2016). Norway: State of the Nation's Health. Findings from the Global Burden of disease. Hentet fra <https://www.healthdata.org/policy-report/norway-state-nations-health>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 utg.) Abstrakt Oslo.

Kolubinski, D. C., Frings, D., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A. & Spada, M. M. (2018). A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. *Psychiatry Research*, 267, 296-305.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.025>

Korrelboom, K., Maarsingh, M. & Huijbrechts, I. (2012). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Depress Anxiety*, 29(2), 102-110.
<https://doi.org/10.1002/da.20921>

Kvam, M.(2016) Selvtillitt og selvbilde. Hentet fra <https://nhi.no/familie/barn/selvtillit-og-selvbilde/>

Lecomte, T., Leclerc, C. & Wykes, T. (2018). Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. *Psychol Psychother*, 91(1), 15-26. <https://doi.org/10.1111/papt.12139>

Lorr, M. & Strack, S. (1999). A study of Benjamin's eight-facet Structural Analysis of Social Behavior (SASB) model. *J Clin Psychol*, 55(2), 207-215.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199902\)55:2<207::aid-jclp8>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199902)55:2<207::aid-jclp8>3.0.co;2-o)

Maldonado, L., Huang, Y. & Chen, H. (2013). Impact of Early Adolescent Anxiety Disorders on Self-Esteem Development From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 2013, (2) 287-292 .
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.025>

- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P. & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Masselink, M., Roekel, E. & Oldehinkel, A. J. (2018). Self-esteem in Early Adolescence as Predictor of Depressive Symptoms in Late Adolescence and Early Adulthood: The Mediating Role of Motivational and Social Factors. *A Multidisciplinary Research Publication*, 47(5), 932-946. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0727-z>
- McKay, M. F., P. (2016). *Self-Esteem*. Oakland: New Harbinger Publication.
- McManus, F., Waite, P. & Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 266-275.
- Mental Helse. 2019. 26.08. Psykoedukasjon: Normalisering av psykiske vansker. Hentet fra <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/psykoedukasjon-normalisering-av-psykiske-vansker>
- Moksnes U.K., & Reidunsdatter R.J. 2019. Self-esteem and mental health in adolescents -level and stability during a school year. *Epidemiologi*, 28 (1-2). Hentet fra <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/3052>
- Morton, L., Roach, L., Reid, H. & Stewart, S. H. (2012). An evaluation of a CBT group for women with low self-esteem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(2), 221.
- Norheim, I., Nilsen, L. & Biong, S. (2015). Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, , 52, 198-206. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2015/03/psykoedukative-flerfamiliegrupper-anbefales-i-nye-nasjonale>
- Norsk Forening for Kognitiv terapi (u.å.). Årsaker til psykiske lidelser. Hentet fra <https://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/arsaker/>

Norsk Forening for Kognitiv Terapi (u.å.). Hva er fysiske og psykiske lidelser. Hentet fra <https://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/>

Norsk Forening for Kognitiv Terapi (u.å.) Angstlidelser. Hentet fra <https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/angstlidelser/>

Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2015). Hentet fra <https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2015/07/Tidsskrift-Kognitiv-Terapi-03-2011.pdf>

Norsk helse informatikk. (u.å). Forekomst av depresjon. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>

World Health Organization.WHO. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization.
[https://scholar.google.no/scholar?q=who+\(2017\)+depression+and+other+common+mental+disorders+global+health+estimates&hl=no&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.no/scholar?q=who+(2017)+depression+and+other+common+mental+disorders+global+health+estimates&hl=no&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)

Orth, U., & Robins R.W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science*.2013.22(6) 455-460
<https://doi:10.1177/0963721413492763>

Orth, U., Robins, R. W. & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271-1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>

Pack, S. & Condren, E. (2014). An evaluation of group cognitive behaviour therapy for low self-esteem in primary care. *Cognitive Behaviour Therapist*, 7.
[https://doi: 10.1017/S1754470X14000051](https://doi:10.1017/S1754470X14000051)

Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5), 267-278.

- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rieger, S., Göllner R., Trautwein U. & Roberts B.W (2016). Low self-esteem prospectively predicts depression in transition to young adulthood: A replication of Orth, Robins, and Roberts (2008). *J Pers Soc Psychol*. Hentet fra [https:// doi: 10.1037/pspp0000037](https://doi.org/10.1037/pspp0000037)
- Rigby, L. & Waite, S. (2006). Group therapy for self-esteem, using creative approaches and metaphor as clinical tools. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 361.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self - image*: Princeton, NJ:Princeton university press.
- Røssberg, J. I. (2017, 29.12.2017). Hva vet vi om årsakene til psykiske lidelser. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/zLgBOO/hva-vet-vi-om-aarsakene-til-psykiske-lidelser-roessberg-og-andreassen>
- Rådet for psykisk helse (2021, 10.01). Angst. Hentet fra <https://psykiskhelse.no/angst>
- Sachs, J. D., Layard, R. & Helliwell, J. F. (2018). *World happiness report 2018*. Hentet fra <https://worldhappiness.report/ed/2018/>
- Seiertun, Å. H. (2007). Om forholdet mellom selvbilde og interpersonlige relasjoner: En kvalitativ studie av hvordan pasienter med ulike selvbildeprofiler beskriver seg selv og sine relasjoner. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Siqveland, J. & Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory 2. utgave (BDI II). *PsykTestBarn*, 1(5), 1-6.
- Skjelstad, D. V., Norheim, I., Reiersen, G. K. & Mjøsund, N. H. (2015). Psykoedukasjon i gruppe for personer med bipolar lidelse Presentasjon av en kursmodell, deltagerne

- tilfredshet, og implementeringserfaringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(12), 1041-1051
- Soest, T. (2005). Rosenbergs selvfølelsesskala : Validering av en norsk oversettelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(3), 226-228.
- Soest, T., Bakken, A., Pedersen, W. & Sletten, M. (2020). Livstilfredshet blant ungdom før og under covid -19 -pandemien. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 140(10), 999-1004. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2020/06/originalartikkel/livstilfredshet-blant-ungdom-og-under->
- Sowislo, J. F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*, 139(1), 213-240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Tidsskrift for psykisk Helsearbeid (2008, 23.06). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. _ Hentet fra https://www.idunn.no/tpH/2008/02/vi_berer_psykisk_helsearbeid_videre
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 138(15), 1439-1445.
- Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Cappelen Damm.
- Waite, P., McManus, F. & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(4), 1049-1057.
- Wang, F. & Veugelers, P. J. (2008). Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *Obes Rev*, 9(6), 615-623. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00507.x>
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.

9.0 Vedlegg

Fornavn og yrkestittel: Gitta Starckjohann, Psykisk Helsearbeider

Fødselsår: 05.03.1964

Nåværende utdanning og arbeidssted: Master i psykisk helsearbeid, Vinderen
Voksenpsykiatriske Avdeling Vinderen, Allmennpsykiatrisk poliklinikk, AllmennFACT Vest

Adresse: Tvetermyra 2D, 1344 Haslum

E-postadresse: gitta.starckjohann@diakonsyk.no

Medforfatter: Anne Signe Landheim, Professor, Høgskolen Innlandet

E-postadresse: anne.landheim@inn.no

Tittel: Er det en nytteverdi ved å styrke selvfølelsen og selvoppfattelsen til unge voksne mennesker? Evaluering av et psykoedukativt kurs.

Sjanger: Vitenskapelig artikkel

Referansenummer fra behandling i REK: 2019/928/REK sør-øst

Personvernombudet ved Diakonhjemmet Sykehus har tilrådet studien «Bedre selvfølelse i hverdagen» 17.02.2020

Antall tegn/ord: 33838/4963

Antall tabeller: 4

Antall figurer: 6

Sammendrag

Hensikten med denne pilotstudien var å evaluere nytteverdien av et kurs for bedre selvfølelse i hverdagen hos unge voksne pasienter ved VPA Vinderen, samt å se på eventuell endring i selvfølelse, selvoppfattelse og symptomtrykk på depresjon. I tillegg til evalueringsskjemaer og muntlig tilbakemelding fra pasientene ble de standardiserte spørreskjemaene RSES, SASB og BDI II brukt. Resultatene fra pilotstudien viste signifikante positive endringer i skår for selvfølelse, selvoppfattelse og depresjon etter endt kurs. Til tross for at denne pilotstudien var uten kontrollgruppe og kun inkluderte 26 pasienter indikerte funnene interessante sammenhenger mellom variablene i tillegg til nytteverdi for pasientene.

Nøkkelord: Selvfølelse, Selvoppfattelse, Depresjon, Psykoedukativt kurs, Psykisk helsearbeid

Summary

Is improving self-esteem and self-perception useful for mental health in young adults?
Evaluation of a psychoeducational course.

The purpose of this pilot study was to evaluate a course in improving self-esteem for young adult patients at VPA, Vinderen. This study also looked at possible changes in self-esteem, self-perception, and symptoms of depression. In addition to written and verbal feedback from patients, standard questionnaires RSES, SASB and BDI II was used. The results showed significant positive changes in self-esteem, self-perception as well as symptoms related to depression after completion of the course. Despite no control-group and a small sample-size, the results from the study indicate a value to the patients as well as an interesting relationship between variables.

Keywords: Self-esteem, self-perception, depression, psycho-educational course and mental health work.

Bakgrunn

I Norge beskrives psykiske lidelser som en av ti store folkehelseutfordringer, og disse lidelsene er belastende både for den enkelte og samfunnet (Reneflot et al., 2018). Både depressive lidelser og angstlidelser var i høy grad årsak til ikke-dødelig helsetap i 2016 og har siden 2006 vært økende (Tollånes et al., 2018). Tall fra Folkehelseinstituttet viser at mellom 16 og 22 % av den voksne befolkningen har en psykisk lidelse i løpet av en 12 måneders periode, og det er lidelser relatert til angst og depresjon som er hyppigst forekommende (Reneflot et al., 2018). Dette til tross for at Norge i 2017 ble kåret til verdens lykkeligste land (Sachs, Layard, & Helliwell, 2018). Her beskrives også at Norge skårer høyest både på levestandard, forventet levealder og utdanning. Det er allikevel ikke slik at forventet levealder nødvendigvis er knyttet til bedre helse (Institute for Health, 2016).

I min arbeidshverdag møter jeg mange unge voksne som trenger hjelp til å mestre sin psykiske helse i hverdagen. I tillegg har vi gjennom vår behandlingskontakt med unge voksne pasienter ved Voksenpsykiatrisk Avdeling Vinderen (VPA), sett at lav selvfølelse utgjør et problem for mange som søker hjelp hos oss. Selvfølelsen vår er av stor betydning for hvordan vi forholder oss til oss selv og andre, og defineres som den verdien vi legger oss selv (Fennell, 2007; Øiestad, 2009).

Selvoppfattelse er et begrep som inneholder mange aspekter. Selvfølelse og selvtillit er beslektede begreper, og blir gjerne omtalt i forbindelse med selvoppfattelse (Andreassen, 2008). Psykiske lidelser, som depresjon og angst, er derfor antatt begge å være assosiert med dårlig selvfølelse og selvoppfattelse både for utvikling- og eller vedlikeholdelse av disse lidelsene (Sowislo & Orth, 2013; Korrelboom, Maarsingh, & Huijbrechts, 2012; Orth, Robins, & Widaman, 2012; Choi et al., 2019). Utviklingen i samfunnet tyder på at lav selvfølelse gir seg uttrykk lenger ned i aldersgruppene enn tidligere antatt, og at problemet er økende (Reneflot et al., 2018; Bakken, 2018). Forebygging og behandling av psykiske lidelser gjennom bedring av selvfølelse i hverdagen er derfor et viktig fagområde innen psykisk helsearbeid.

Melanie Fennell og andre har utviklet en kognitiv behandlingsmodell, med formål om å forandre pasienters kjerneantakelser, som er antatt underliggende ved lav selvfølelse (Padesky, 1994; Beck & Beck, 1995; Fennell, 1998). Flere kasus studier (Fennell, 1998; McManus, Waite, & Shafran, 2009), og kliniske undersøkelser (Rigby & Waite, 2006; Waite, McManus, & Shafran, 2012), har dokumentert betydningen av kognitive metoder. Studier har

vist gode resultater av kognitive gruppebehandlingsmetoder (Fennell, 1998), med signifikant positiv behandlingseffekt i forhold til selvfølelse og reduksjon av depressive- og angst symptomer (Rigby & Waite, 2006; Morton, Roach, Reid & Stewart 2012; Pack & Condren, 2014).

Det er derfor av betydning å, om mulig, kunne påvirke unge voksne til å bedre sin selvfølelse. Spesielt nyttig vil det være å utføre dette i grupper hvor man når flere samtidig. I tillegg til at kurs og undervisning gir mulighet til samhandling med andre. Kognitiv terapi har en lang tradisjon med psykoedukative kurs hvor mestring og kontroll over sin egen lidelse er av stor betydning (Kolubinski, Frings, Nikčević, Lawrence, & Spada, 2018). Normalisering og reduksjon av stigma knyttet til lidelsen er en del av psykoedukasjonen (Berge & Repål, 2015, s. 247).

Kurset «bedre selvfølelse i hverdagen» ble utviklet ved VPA. Det faglige innholdet i kurset er basert på flere bøker om temaet: «Å bekjempe lav selvfølelse» (Fennell, 2007), «Self-Esteem» (McKay, 2016), «Banish Your Self-Esteem Thief» (Collins-Donnelly, 2014) og «Compassion» (Gilbert, 2005). Tanken var at pasientene gjennom læring, mestring og holdningsendring om mulig kunne oppnå en bedre selvfølelse. Ved å delta på kurs fikk pasientene anledning til å møte andre med lignende mål, og at de da kunne dra fordel av hverandres erfaringer (Norheim, Nilsen & Biong 2015; Skjelstad, Norheim, Reiersen, & Mjøsund, 2015). Gjennom samtaler og øvelser fikk pasientene mulighet til å dele metodene i praksis. Årsaken til søkelys på bedre selvfølelse i hverdagen var flerdelt. Blant annet en felles erfaring hos behandlerne at unge voksne har behov for å styrke sin selvfølelse for å kunne mestre utfordringer knyttet til hverdagens krav, samt en utforsket mulighet for om mulig kunne hjelpe pasientene til bedring av sin psykiske lidelse.

Hensikten med denne pilotstudien var å evaluere nytteverdien av dette kurset hos unge voksne pasienter ved VPA, samt å se på eventuell endring i selvfølelse, selvoppfattelse og symptomtrykk på depresjon. Pasientenes evaluering og tilbakemelding etter endt kurs ble antatt å kunne bidra til videreutvikling av dette kurstilbudet.

Problemstillinger:

Hvilken nytteverdi har kurset hatt for pasientene når det gjelder eventuell endring i selvfølelse, selvoppfattelse og depresjonsskår?

Er det en assosiasjon mellom eventuell endring i selvfølelse, selvoppfattelse og depresjonsskår kontrollert for kjønn, alder og utdannelsesnivå?

Hvilken nytte opplevde pasientene av kurset?

Metode

Studiens design

Kurset «bedre selvfølelse i hverdagen» var ikke tidligere blitt gjennomført som en mulighet i behandlingen av pasienter ved VPA. Derfor var det viktig å dokumentere pasientenes nytteverdi av kurset, og deres eventuelle endringer i selvfølelse, selvoppfattelse og depresjonsskår. Pilotstudien ble gjennomført som en prospektiv ikke-kontrollert intervensjonsstudie med før- og ettermålinger ved hjelp av standardiserte spørreskjemaer for selvfølelse, Rosenberg selvfølesesskala (RSES) (Rosenberg, 1965) selvoppfattelse, The Structural Analysis of Social Behavior (SASB) (Benjamin, 1974) og depresjon, Beck Depression Inventory (BDI II) (Beck, Steer & Brown, 1996). Evaluering og tilbakemeldinger fra pasientene etter endt kurs ble undersøkt.

Kurs/intervensjon

Prosessen med utvikling av kurset «bedre selvfølelse i hverdagen» endte opp med et psykoedukativt kurs over 8 uker. Temaene inkludert i det 8 uker lange kurset vises i figur 6. Oppmøte var en gang ukentlig à to timer per gang, inkludert 15 minutters pause. Det ble lagt opp til hjemmeoppgaver mellom gangene. Det første av 4 kurs som er inkludert i pilotstudien startet opp våren 2019 og det fjerde kurset ble avsluttet høsten 2020.

Rekruttering og utvalg

Alle behandlere ved VPA fikk informasjon om hensikten med kurset «bedre selvfølelse i hverdagen», og henviste deretter totalt 45 pasienter ut fra kriterier vist i tabell 1.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før oppstart gjennomgikk alle pasienter en forberedende samtale. I etterkant av samtalen ble de standardiserte spørreskjemaene for selvfølelse, selvoppfattelse og depresjon besvart samtidig med demografiske variabler. Av de 45 pasientene som møtte til forberedende samtale, var det 26 pasienter som startet opp og fullførte kurset. Samtlige pasienter som fullførte kurset er inkludert i pilotstudiens utvalg. De som fullførte var i gjennomsnitt 1,6 år eldre, hadde noe høyere utdanning, samt skåret noe lavere på selvfølelse enn de som ikke startet. Alle pasientene i utvalget hadde i ulik grad samtidig oppfølging fra egen behandler. Hvorvidt noen av pasientene startet opp, eller var i medikamentell behandling med antidepressive i løpet av kursperioden, er ikke monitorert.

Datainnsamling

Ved oppstart av kurset svarte samtlige pasienter på standardiserte spørreskjema som omhandlet selvfølelse, selvoppfattelse og depresjon. Ved siste kurssamling ble de samme spørreskjemaene besvart (N=26), sammen med evalueringen av kurset (N=20). For utfyllende informasjon ble det gjennomført samtaler med 5 av pasientene om deres nytte av kurset.

Følgende standardiserte spørreskjemaer ble benyttet i pilotstudien:

Selvfølelse

RSES (Rosenberg, 1965) består av 10 spørsmål for å måle generell selvfølelse, spørsmålene besvares på en 4-gradig skala fra helt enig til sterkt uenig. De positive og de negative utsagnene blandes. Skår <15 tyder på en svært lav selvfølelse. Skår mellom 15 og 25 gjenspeiler en sunn selvfølelse, og skår >25 viser en sunn og sterk person. RSES er et mye brukt og validert spørreskjema (Dieserud, Røysamb, Ekeberg & Kraft, 2001; Finnøy, 2000), og brukes av behandlere i klinikk for å få en oppfattelse av pasientens selvverderte selvfølelse.

Selvoppfattelse

SASB modellen for selvoppfattelse (Benjamin, 1974) inkluderer 36 spørsmål som ender opp i 8 kategorier, som hver inneholder summen av 4 til 5 spørsmål. De 8 kategoriene representerer selvfrigjøring/impulsivitet, selvaksept/selvbekreftelse, selvomsorg, selvivaretagelse, selvkontroll, selvanklagelse og selvnedvurdering/selvangripende og selvignorering. I tillegg beregnes to sumskårer av selvoppfattelse: Den ene, affiliasjon, representerer tilknytning og går fra fiendtlighet til vennlig tilknytning. Den andre, autonomi,

representerer gjensidig avhengighet og går fra kontroll til autonomi. Videre i artikkelen vil Σ selvoppfattelse gjengis som affilasjon (tilknytning), en utregning av en vektet skår (Seiertun, 2007). SASB gir ikke en definert grenseverdi for dårlig eller god selvoppfattelse, men er godt egnet til å oppdage en endring i selvoppfattelse hos personer hvor man bruker dette verktøyet før og etter en intervensjon.

Depresjon

BDI II er en selvvrderingsskala med 21 ledd, som måler grad av depresjon hos ungdom over 13 år og voksne. De 21 gruppene av utsagn om hvordan personen har følt seg de siste to ukene er laget for å måle affektive, kognitive, motivasjonelle og fysiske symptomer på depresjon. Skalaen går fra 0 til 3, hvor 0 indikerer at det ikke er noen symptomer til stede. BDI II ble utgitt i 1996 (Beck et al., 1996) og er en revidert utgave av det opprinnelige Beck Depression Inventory fra 1961 (Beck et al., 1961). Resultatet tolkes i forhold til fastsatte grenseverdier, mellom ingen til minimal depresjon (0-13 poeng) til alvorlig depresjon (>28 poeng). I Norge må skåren fra BDI II allikevel tolkes med forsiktighet, da de viktigste spørsmålene omkring klinisk nytteverdi ikke er undersøkt ved den norske utgaven (Siqueland & Kornør, 2011).

Evaluerings av kurset

To egenutviklede spørreskjemaer, ett med søkelys på kurset som helhet og ett med søkelys på hvilke temaer som pasientene oppfattet viktigst i arbeidet mot bedre selvfølelse, ble besvart av 20 av de 26 pasientene som gjennomførte kurset. Kurset som helhet ble besvart på en skala fra 1-5, hvor 1=veldig dårlig og 5=veldig bra. De ulike temaene ble evaluert fra 0 til 10 hvor 0=minst utbytte og 10=mest utbytte. Tilleggsinformasjon om pasientenes opplevelse og utbytte av kurset, ble hentet inn gjennom samtaler med 5 av pasientene i utvalget. Samtalene baserte seg på spørsmål stilt i evalueringsskjemaene.

Dataanalyse

Alle statistiske analyser ble utført i IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS) versjon 26. Utvalget (N=26) ble kontrollert for uteliggere og normalfordeling som tilsa bruk av ikke-parametrisk statistikk. Signifikansnivået ble gjennomgående satt til $p \leq 0.05$. For å oppdage endring etter 8 ukers kurs ble Wilcoxon Two-Related-Samples Tests brukt. Lineær regresjon ble brukt for å finne eventuelle faktorer som var assosiert med endring i depresjon etter endt kurs. Korrelasjonskoeffisienten mellom selvfølelse og Σ selvoppfattelse ved oppstart

var 0,161 med $p=0,431$. Heller ikke noen av de enkelte 8 kategoriene av selvoppfattelse var signifikant korrelert med selvfølelse. Ved evaluering av kurset ble det kun brukt gjennomsnitts svar for de ulike svaralternativene på evalueringsskjemaene, samt utfyllende muntlig informasjon fra 5 pasienter.

Forskningsetikk

Deltakelse i studien var frivillig. Informanter som ønsket å delta, fikk omfattende informasjon om studien og gav skriftlig samtykke til deltakelse. Informantene kunne trekke seg fra studien på et hvilket som helst tidspunkt, uten noen form for begrunnelse eller form for ubehag. Manglende samtykke gav ingen konsekvenser for deltakelse på kurs eller annen behandling. Informasjonen registrert om hver enkelt kursdeltaker kan kun brukes slik som beskrevet i tråd med studiens hensikt.

Alle opplysningene ble behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte identifiserbare personopplysninger. Hver enkelt deltakers identitet ble erstattet med et studie-spesifikt løpenummer.

Funn

Under er deskriptive data for utvalget ($N=26$) beskrevet, og deretter belyses mulig nytteverdi for pasientene gjennom å presentere resultater strukturert i henhold til problemstillingene.

Tabell 2: Kjønn og alder for utvalget ($N=26$).

Tabell 2 viser at utvalget bestod av 26 pasienter (18 kvinner og 8 menn) med en gjennomsnittsalder på i overkant av 27 år.

Tabell 3: Høyeste fullførte utdanning fordelt i prosent (%) ($N=26$).

Figuren under viser gjennomsnittlig endring i selvfølelse fra før til etter kurs.

Figur 1. Endring i gjennomsnittlig selvfølelse målt med RSES ($N=26$).

Figur 1 viser at den gjennomsnittlige selvfølelesskåren øker signifikant ($p=0.012$) med 10,4% i løpet av kursperioden.

Endring fra før til etter kurs for Σ selvoppfattelse vises i figur 2.

Figur 2. Endring i gjennomsnittlig Σ selvoppfattelse målt med SASB (N=26).

Figur 2 viser at Σ Selvoppfattelse har en signifikant gjennomsnittlig endring i skår på 114 ($p=0,002$), som tilsvarer en bedring på i overkant 102%. Resultatet antyder en overordnet positiv endring i retning av et mer aksepterende, frigjort og mindre kritisk forhold til seg selv.

Figur 3. Gjennomsnittlig endring i de ulike kategoriene tilhørende selvoppfattelse målt med SASB (N=26).

Figur 3 viser at kategoriene innen selvoppfattelse har en signifikant positiv endring for selvfrigjøring ($p=0,003$), selvaksept ($p=0,001$), selvomsorg ($p<0,001$) og selvanklagende ($p=0,032$). De resterende kategoriene viser ingen signifikant endring mot å ha blitt mer selvbeskyttende, mindre overvåkende og begrenset, samt mindre avvisende og verdiløs mot seg selv.

Figur 4. Endring i depresjon målt med BDI II (N=26)

Resultatene i figur 4 viser en signifikant reduksjon fra før til etter kurs på i gjennomsnitt 8,43 poengskåre, noe som samlet forflytter pasientene fra alvorlig deprimert til moderat deprimert.

Tabellen under viser faktorer som er assosiert med endring i depresjonsskår som avhengig variabel. Her er kursvariablene, endring i selvfølelse og endring i Σ selvoppfattelse, brukt som uavhengige variabler sammen med de demografiske variablene alder, kjønn og høyeste fullførte utdanning. Interkorrelasjon mellom de uavhengige variablene, særlig selvfølelse og selvoppfattelse, ble på forhånd kontrollert.

Tabell 4: Faktorer som er assosiert med endring i depresjon, lineær regresjon (N=26)

Tabell 4 viser at Σ selvoppfattelse er den uavhengige variabelen i modellen som signifikant bidrar med endring av depresjonsskår. De uavhengige variablene samlet sett forklarer 25% variasjonen i endring av depresjonsskår. 75% av variansen tilskrives dermed variabler utenfor denne modellen.

Figur 5 illustrer hvordan 20 av pasientene har evaluert kurset som helhet etter endt kurs.

Figur 5. Evaluering av kurset som helhet (N=20).

Figur 5 viser at kurset som helhet i gjennomsnitt fikk 4,4 av 5 poeng. Der pasientene ga lavest poeng var til egen aktiv innsats. Stort sett alle pasientene ville anbefalt dette kurset til andre som trenger hjelp til bedre selvfølelse i hverdagen (4,9 poeng av 5).

Figuren under viser hvordan pasientene vurderte fra 0=minst utbytte til 10=mest utbytte av de ulike temaene på kurset.

Figur 6. Evaluering av de ulike temaene på kurset (N=20).

Figur 6 viser at temaet «du kan lære å bli klar over dine kritiske stemmer» ble vurdert å være det som ga mest utbytte, tett fulgt av «du kan bli mer selvhevdende og bedre få frem dine meninger og behov», og «du kan lære om forholdet mellom følelser og tanker og hvordan du kan forholde deg til dine tanker og følelser».

Etter samtale med 5 av pasientene som også har besvart evalueringen presentert i figur 5 og 6, ga alle uttrykk for at kurset hadde betydning for dem. De trakk spesielt fram at de har fått kunnskap om selvfølelse og tilhørende tema, samt at de så at de ikke var alene om å ha tanker og følelser som kan gi dårlig selvfølelse. Alle opplevde at det å være en del av en gruppe, med i dette tilfelle et felles mål, ga dem mulighet til å tørre å dele sine erfaringer og utfordringer. Flere poengterte også at de ble tryggere når det kom til å håndtere spesifikke situasjoner i hverdagen. De oppgav å ha fått flere verktøy de kan benytte seg av når situasjonene oppstår. Kursdeltakerne fremhevet alle at de er i en prosess, hvor de selv mente at det å oppnå en bedre selvfølelse ligger lenger fram i tid. Også i samtalene kom det fram at pasientene var veldig positive til å anbefale kurset videre. Noen oppgav også at de kunne tenkt seg å gjennomføre kurset på nytt for å blant annet få mer psykoedukasjon om temaet.

Diskusjon

Resultatene fra pilotstudien viste signifikant positiv endring i selvfølelse, og en skår opp mot gjennomsnittlig sunn selvfølelse oppnåddes etter endt kurs. Signifikant endring ble vist også for Σ selvoppfattelse, samt kategoriene selvfrigjøring, selvaksept, selvomsorg og selvanklaging. Det samme gjaldt endring i depresjonsskår, hvor pasientene som helhet gikk fra å være alvorlig deprimert til moderat deprimert.

Selvfølelse ble målt med RSES. Skalaen brukes i dag til utfyllende informasjon om hvordan pasientene har det med seg selv. Totalskår på under 15 kan reflektere utfordringer knyttet til lav selvfølelse. Sowislo & Orth (2013) poengterer at lav selvfølelse er en risikofaktor for både angst og depresjonslidelser. Gjennom kurset økte selvfølelsesskåren med 10,4% og man kan derigjennom forvente at risikoen for å utvikle, og eller opprettholde, symptomtrykk for spesielt disse to psykiske lidelsene vil kunne avta. Det å oppnå en høyere selvfølelse kan sees i sammenheng med å mestre hverdagen sin bedre og dermed muliggjøre deltakelse i arbeidsliv så vel som sosialt liv (Sowislo & Orth, 2013). Dette samlet vil kunne gi en høyere livskvalitet for den enkelte spesielt (Dufner, Gebauer, Sedikides, & Denissen, 2019; Orth, Robins, & Widaman, 2012), og lavere kostnader for samfunnet generelt (Tollånes et al., 2018). Samtidig fremhever pasientene at det å jobbe mot en bedre selvfølelse er en prosess og at det sannsynligvis vil ta noe tid før ønsket bedring er oppnådd, noe som også reflekteres av den gjennomsnittlige skåren på 14,77. Hvorvidt RSES kan brukes i en klinisk setting er uklart, men som instrument for å gjøre en rask bedømming av generell selvfølelse, som for eksempel i forskningsøyemed, er dette et mye brukt verktøy. Med en Chronbachs α på 0,86 viser skalaen at den har en god intern validitet (Soest, 2005). Uansett instrument vil en endring fra et tidspunkt til et annet kunne oppdages så fremt det brukes likt både før og etter intervensjon.

Selvoppfattelse er et mangesidige begrep, og som beskrevet under datainnsamlingen gir SASB en mulighet til å si noe om en persons ideer, følelser og holdninger til seg selv innom ulike domener for selvoppfattelse (figur 3), samt en sumskår på selvoppfattelse (figur 2). Begrepet selvoppfattelse inneholder mange ulike aspekter ved en persons oppfattelse av seg selv. Det er derfor vanskelig gjennom resultatene å vurdere både hva som påvirker endringen, og konkret hvilke domener i Σ selvoppfattelse som er endret fra før til etter kurs. I tillegg er det, som nevnt tidligere, ikke en definert grenseverdi for dårlig eller god selvoppfattelse. Resultatene kan allikevel tolkes dit at selvoppfattelsen hos pasientene bedres, da SASB er godt egnet til å oppdage en endring i selvoppfattelse hos personer etter en intervensjon.

Den norske versjonen av BDI II er ikke undersøkt for direkte klinisk anvendelse, og de eksakte skårene må derfor behandles med forsiktighet (Siqueland & Kornør, 2011). Det er således vanskelig å med sikkerhet si om pasientene rent klinisk har beveget seg fra alvorlig deprimert (BDI II skår > 28) til moderat deprimert (BDI II skår mellom 20-28). Uavhengig av dette er en reduksjon med 29,3% i depresjonsskår et resultat som for den enkelte pasient muligens kan oppleves positivt i hverdagen. Dette uavhengig av om endringen tilskrives kursdeltakelsen, eller den eventuelle samtidige standard behandlingen (psykoterapi og/eller antidepressive) mottatt, men ikke monitorert, under kursperioden. Den vanligste behandlingen for depresjon er antidepressive medikamenter, det har vært diskutert om slike medikamenter virker eller ikke (Cipriani et al., 2018; Munkholm, Pauludan-Müller, & Boesen, 2019). Ofte tilskrives en manglende effekt av medikamentene selve etterlevelsen av pasientene (Solberg, Refsum, & Molden, 2017). Kognitiv behandling er også en foretrukket behandlingsmetode. Denne type behandling er mer tid- og ressurskrevende enn medikamentell behandling og blir derfor ofte ikke et førstevalg, men et tillegg til medikamentell behandling (Berge & Repål, 2015, s. 212).

I modellen kontrollert for kjønn, alder og utdannelsesnivå viste resultatene en signifikant sammenheng mellom endring i depresjonsskår og endring i sum selvoppfattelse. Endring i selvfølelse slo derimot ikke ut signifikant. Det kan tyde på at endring mot en bedret selvoppfattelse kan predikere en lavere depresjonsskår. Hvorfor endring i selvfølelse ikke bidrar signifikant i modellen sammen med endring i selvoppfattelse er uklart. Det kan være at kurstemaene ubevisst treffer de 8 kategoriene av selvoppfattelse på en mer direkte måte enn det de treffer den generelle selvfølelsen målt med RSES. Eller at endring i selvoppfattelse var lettere å detektere enn endring i selvfølelse, målt med de standardiserte spørreskjemaene brukt i denne pilotstudien. I tillegg gav pasientene tilbakemeldinger om at de opplevde endring i selvfølelse som en prosess som vil ta tid, og at endringen derfor ikke kunne oppdages rett etter endt kurs.

Pasientenes evaluering av kurset viste at de opplevde å dra nytte av å være en del av en gruppe, som sammen gjennomgikk psykoedukasjon med mål om bedre selvfølelse i hverdagen. De trakk spesielt fram at de har fått kunnskap om selvfølelse og tilhørende tema, samt at de så at de ikke er alene om å ha tanker og følelser som kan gi dem en lav selvfølelse. Det å delta i en gruppe med samme mål gir mulighet til å tørre å dele sine erfaringer i et fellesskap med andre i samme situasjon. Dette understøttes blant annet av Norheim i Tidsskrift for Norsk psykologforening i 2015 (Norheim et al., 2015). I evalueringen

fremkommer det også at pasientene opplevde å ha startet endringen i løpet av kursperioden, men at det er en lenger prosess å vurdere selvfølelsen som bedret. I samtalene etter endt kurs fortalte flere at de hadde ønsket å kunne gå kurset en gang til med et nytt utgangspunkt, noe som også Skjelstad og medarbeidere poengterer i sin artikkel (2015).

Uansett om Norge i 2017 ble kåret til verdens lykkeligste land (Sachs et al., 2017) ser man at psykiske lidelser er økende. Erfaring fra VPA Vinderen samt tidligere studier har vist at lav selvfølelse bidrar til dårligere psykisk helse. Selvoppfattelse og selvfølelse, herunder også selvtillit må ses i sammenheng når man ser på utviklingen og opprettholdelsen av psykiske lidelser generelt. Begge disse faktorene er vist å være bidragende faktorer til utvikling av depresjon og angst (Orth et al., 2012; Sowislov & Orth, 2013). Til tross for at dette er en prospektiv ikke-kontrollert intervensjonsstudie med få pasienter i utvalget, ses en positiv endring i både selvfølelse og selvoppfattelse i løpet av kurset. Samtidig reduseres depresjonsskåren med nesten 30% noe som, uansett studiens begrensninger, kan gi håp om at det kan være mulig å påvirke utvikling og opprettholdelse av depresjon ved hjelp av et slikt kurs.

Begrensninger

Denne studien var en prospektiv ikke-kontrollert intervensjonsstudie med før- og ettermålinger med de begrensninger en slik metode har. Allikevel innehar en slik studie den styrken at vi kan ha kontroll på intervensjonen ved gjennomføring av det psykoedukative kurset med oppmøte (Tuft, 2019). Derimot er det uten kontrollgruppe vanskelig å si noe om direkte årsak - virkning på funnene da vi ikke har kontroll på alle forstyrrende variabler (Johannessen, Tuft & Kristoffersen, 2004, s.261). I en klinisk setting er det diskutert om det er etisk riktig å randomisere pasienter til en kontrollgruppe, som da ikke vil få behandling som mulig kan påvirke deres helse i riktig retning. Metoden innebærer at vi ikke kan si om det er kurset i seg selv, tiden fra før til etter kurset, annen samtidig behandling eller andre hendelser i pasientens hverdag, som endrer funnene i den ene eller andre retningen. Antall pasienter som gjennomførte det psykoedukative kurset var 26, noe som regnes som et lite utvalg. Dette er prøvd å tas hensyn til ved hjelp av ikke-parametrisk statistikk i beregningen av funnene. I tillegg kan en seleksjonsskjevhet ha forekommet på flere nivåer. Det første er at behandlerne selv henviste de pasientene de mente kunne ha nytte av kurset ut fra samtale med pasientene. Det andre er at de som fullførte kurset var noe eldre, hadde noe høyere utdanning

og samtidig skåret noe lavere på selvfølelse. Det i seg selv kan ha bidratt til en større mulighet for endringspåvirkning av kurset. De tre utfallsvariablene, selvfølelse, selvoppfattelse og depresjon er alle målt med standardiserte og validerte måleinstrumenter for om mulig å redusere feiltolkning av resultatene til tross for styrker og svakheter ved disse.

Konklusjon

Til tross for at denne pilotstudien kun har 26 pasienter med i utvalget oppdages allikevel statistisk signifikans i forhold til problemstillingen, som foreløpig er søkt svar på. Med et lite utvalg, et strengt krav til signifikansnivå og standardiserte måleinstrumenter, indikerte funnene interessante sammenhenger mellom variablene. Designet av pilotstudien gjør at vi ikke kan si noe om resultatene skyldes kurset eller andre forhold. Pasientene fikk annen samtidig behandling, og pilotstudien var uten kontrollgruppe. Pasientene selv fremhever betydningen av kurset, og at endring i selvfølelse oppleves som en prosess som foregår over tid. Signifikant endring i depresjonsskår fra før til etter kurs, hvor pasientene i gjennomsnitt går fra alvorlig depresjon til moderat depresjon, er et resultat som må fremheves. Dette uavhengig av hvilke utenforstående påvirkningsvariabler som eventuelt kan tilskrives endringen.

For å bedømme kursets betydning ytterligere fordres at kurset gjennomføres med et større utvalg samt med kontrollgruppe, og at de som deltar på kurset ikke får samtidig annen behandling. En slik studie vil kunne bidra til å belyse verdifull kunnskap, og eventuelt muliggjøre standardisering av en behandlingsmetode for bedret selvfølelse som kan benyttes av andre og/eller for andre målgrupper.

Referanseliste

- Andreassen, M. (2008). Slik kan det oppleves: *på hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?* (Masteroppgave) . Universitetet i Oslo. Oslo
- Bakken, A. (2018). Ungdata 2018. Nasjonale resultater. (NOVA Rapport 8/18) Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2018.%20Nasjonale%20resultater.pdf>
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio,TX: Psychological Corporation
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, J. S., & Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*: Guilford press New York.
- Benjamin,L.S.(1974). Structual Analysis of Structual Behavior. Psychological Review,81(5),392-425.
- Berge, T. & Repål, A. (2015). Introduksjon til kognitiv terapi. (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg.). Oslo; Gyldendal akademisk
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., . . . Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 391(10128), 1357-1366.
[doi:10.1016/s0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32802-7)
- Collins-Donnelly, K. (2014). *Banish Your Self- Esteem Thief*. London: Jessica Kingsley Publishers

- Dieserud, G., Røysamb, E., Ekeberg, Ø., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 153-168.
- Dufner, M., Gebauer, J. E., Sedikides, C., & Denissen, J. J. A. (2019). Self-Enhancement and Psychological Adjustment: A Meta-Analytic Review. *Pers Soc Psychol Rev*, 23(1), 48-72. doi:10.1177/1088868318756467
- Fennell, M. (2007). *Å bekjempe lav selvfølelse*. Trondheim: Tapir.
- Fennell, M. J. (1998). Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4(5), 296-304.
- Finnøy, O. J. (2000). Job satisfaction and stress symptoms among personnel in child psychiatry in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(6), 397-403.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion : conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- IHME. (2016). Norway: State of the Nation`s Health. Findings from the Global Burden of disease. Hentet fra <http://www.healthdata.org/policy-report/norway-state-nations-health>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4): Abstrakt Oslo.
- Kolubinski, D. C., Frings, D., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A., & Spada, M. M. (2018). A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. *Psychiatry Research*, 267, 296-305. doi:10.1016/j.psychres.2018.06.025
- Korrelboom, K., Maarsingh, M., & Huijbrechts, I. (2012). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Depress Anxiety*, 29(2), 102-110. doi:10.1002/da.20921

- McKay, M. F., P. (2016). *Self-Esteem*. Oakland: New Harbinger Publication.
- McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 266-275.
- Morton, L., Roach, L., Reid, H., & Stewart, S. H. (2012). An evaluation of a CBT group for women with low self-esteem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(2), 221.
- Munkholm, K., Paludan-Müller, A. S., & Boesen, K. (2019). Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open*, 9(6), e024886. doi:10.1136/bmjopen-2018-024886
- Norheim, I., Nilsen, L. & Biong, S. (2015). Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, , 52, 198-206. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2015/03/psykoedukative-flerfamiliegrupper-anbefales-i-nye-nasjonale>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271-1288. doi:10.1037/a0025558
- Pack, S. & Condren, E. (2014). An evaluation of group cognitive behaviour therapy for low self-esteem in primary care. *Cognitive Behaviour Therapist*, 7. doi: 10.1017/S1754470X14000051
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5), 267-278.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra https://scholar.google.com/scholar?hl=no&as_sdt=0%2C5&q=psykisk+helse+i+norge&btnG=

- Rigby, L., & Waite, S. (2006). Group therapy for self-esteem, using creative approaches and metaphor as clinical tools. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 361.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*: Princeton, NJ:Princeton university press.
- Sachs, J. D., Layard, R., & Helliwell, J. F. (2018). *World happiness report 2018*. Hentet fra <https://worldhappiness.report/ed/2018/>
- Seiertun, Å. H. (2007). Om forholdet mellom selvbylde og interpersonlige relasjoner: En kvalitativ studie av hvordan pasienter med ulike selvbyldeprofiler beskriver seg selv og sine relasjoner. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Siqveland, J., & Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory 2. utgave (BDI II). *PsykTestBarn*, 1(5), 1-6.
- Skjelstad, D. V., Norheim, I., Reiersen, G. K., & Mjøsund, N. H. (2015). Psykoedukasjon i gruppe for personer med bipolar lidelse Presentasjon av en kursmodell, deltagernes tilfredshet, og implementeringserfaringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(12), 1041-1050.
- Soest, T. (2005). Rosenbergs selvfølelsesskala : Validering av en norsk oversettelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(3), 226-228.
- Solberg, D. K., Refsum, H., & Molden, E. (2017). hvis du skal gjøre det, gjør det riktig! *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 137(12-13), 854. doi:10.4045/tidsskr.17.0441
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. doi:10.1037/a0028931
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

Tufte, P.A (2019). *Hvordan lese kvantitativ forskning*. Cappelen Damm akademisk

Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(4), 1049-1057.

Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
1. Alder mellom 18 år og 35 år.	1. Alvorlig psykisk lidelse (schizofreni, bipolar 1 lidelse)
2. Er ved henvisningstidspunkt i behandling ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.	2. Har diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse
3. Hører til de tre bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker som hører til Diakonhjemmet sykehus sektor.	

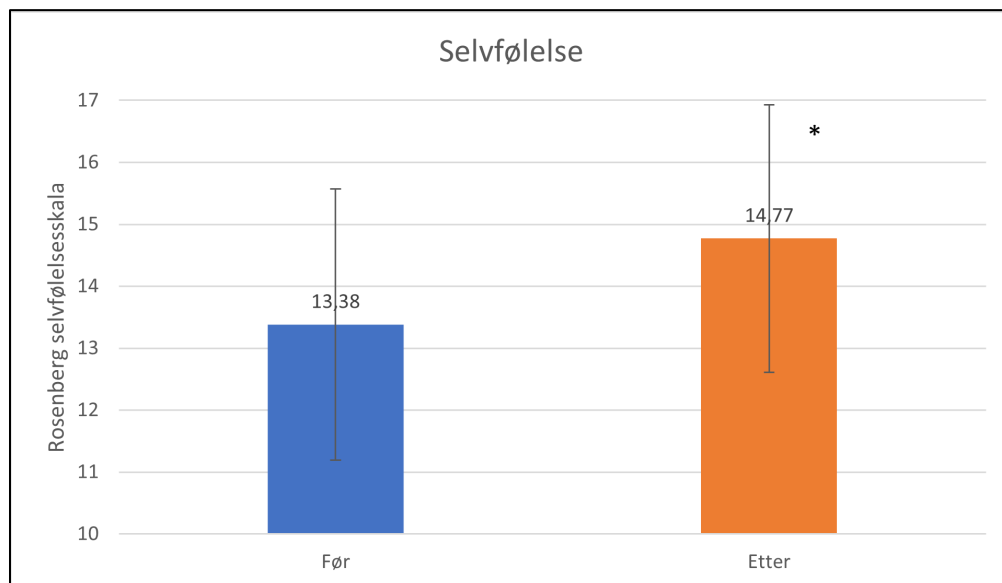
Tabell 2: Kjønn og alder for utvalget (N=26).

Kjønn og alder	
Kjønn n, (%)	18 kvinner, (69,2%) 8 menn, (30,8%)
Alder $\bar{x}$ år ($\pm$ Std.)	27,1 ($\pm$ 5,4)

Tabell 3: Høyeste fullførte utdanning fordelt i prosent (%) (N=26).

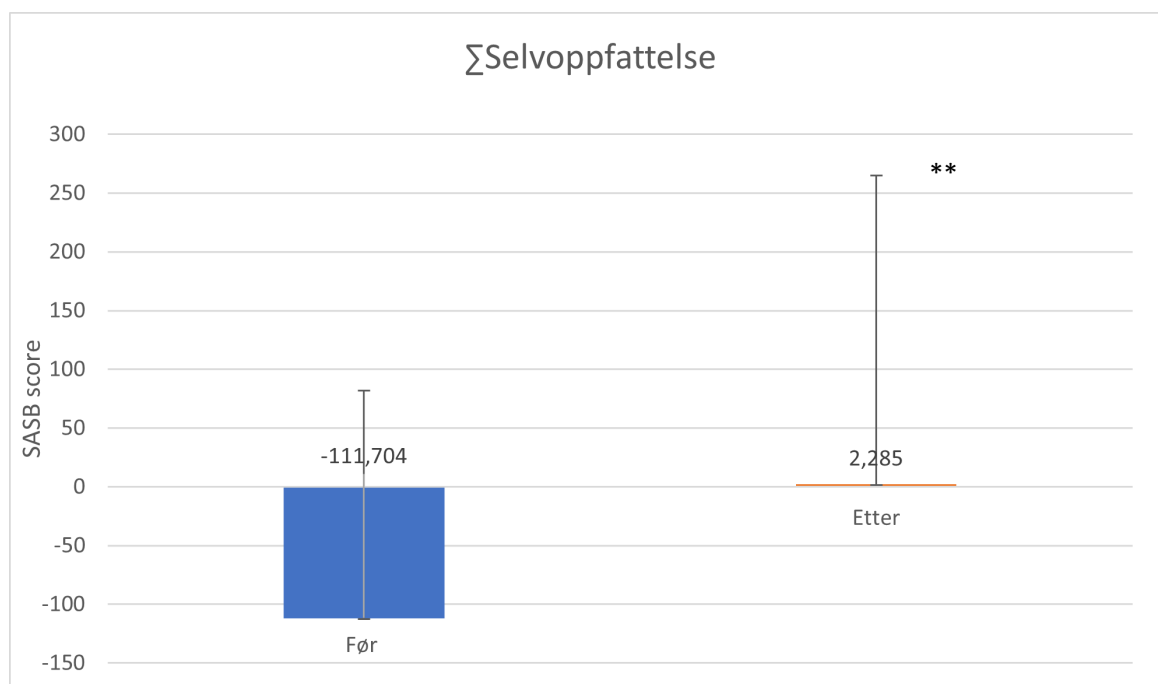
Høyeste fullførte utdanning N, (%)	
Folkeskole/ungdomsskole/noe videregående skole	2, (7,7)
Videregående skole eller tilsvarende/ Noe utdanning over videregående skole	13, (50)
4-årig eller mer høyskole/universitet	11, (42,3)
Totalt	26, (100)

Figur 1. Endring i gjennomsnittlig selvfølelse målt med RSES (N=26).



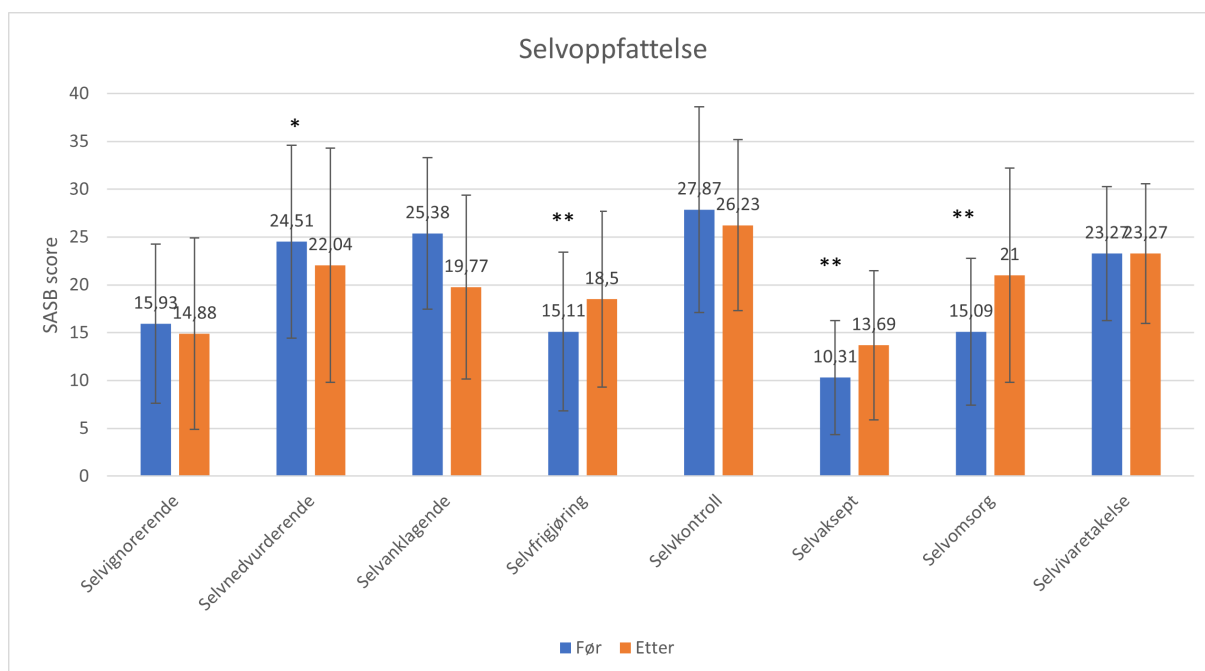
* $p \leq 0.05$

Figur 2. Endring i gjennomsnittlig Σ selvoppfattelse målt med SASB (N=26).



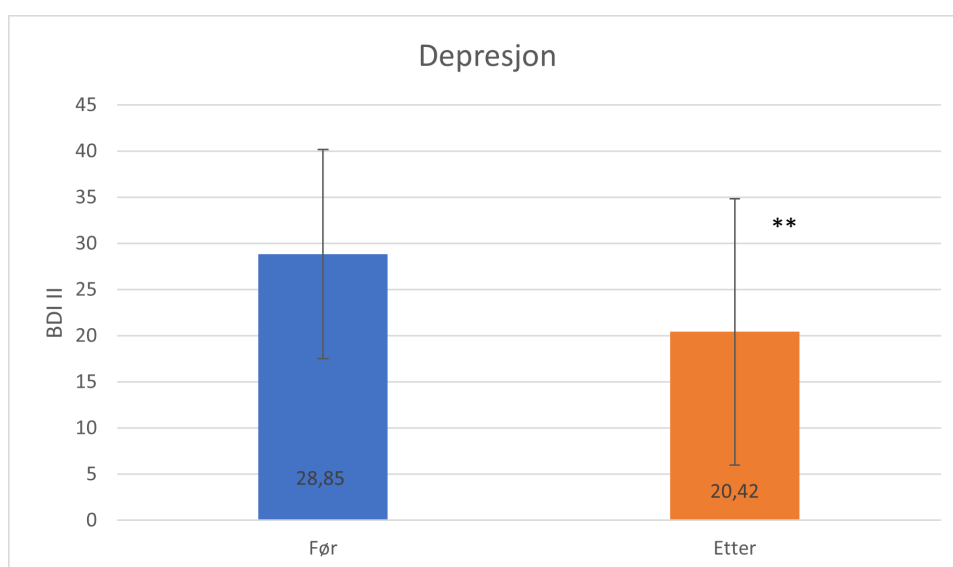
** $p \leq 0.01$

Figur 3. Gjennomsnittlig endring i de ulike kategoriene tilhørende selvoppfattelse målt med SASB (N=26).



* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

Figur 4. Endring i depresjon målt med BDI II (N=26).

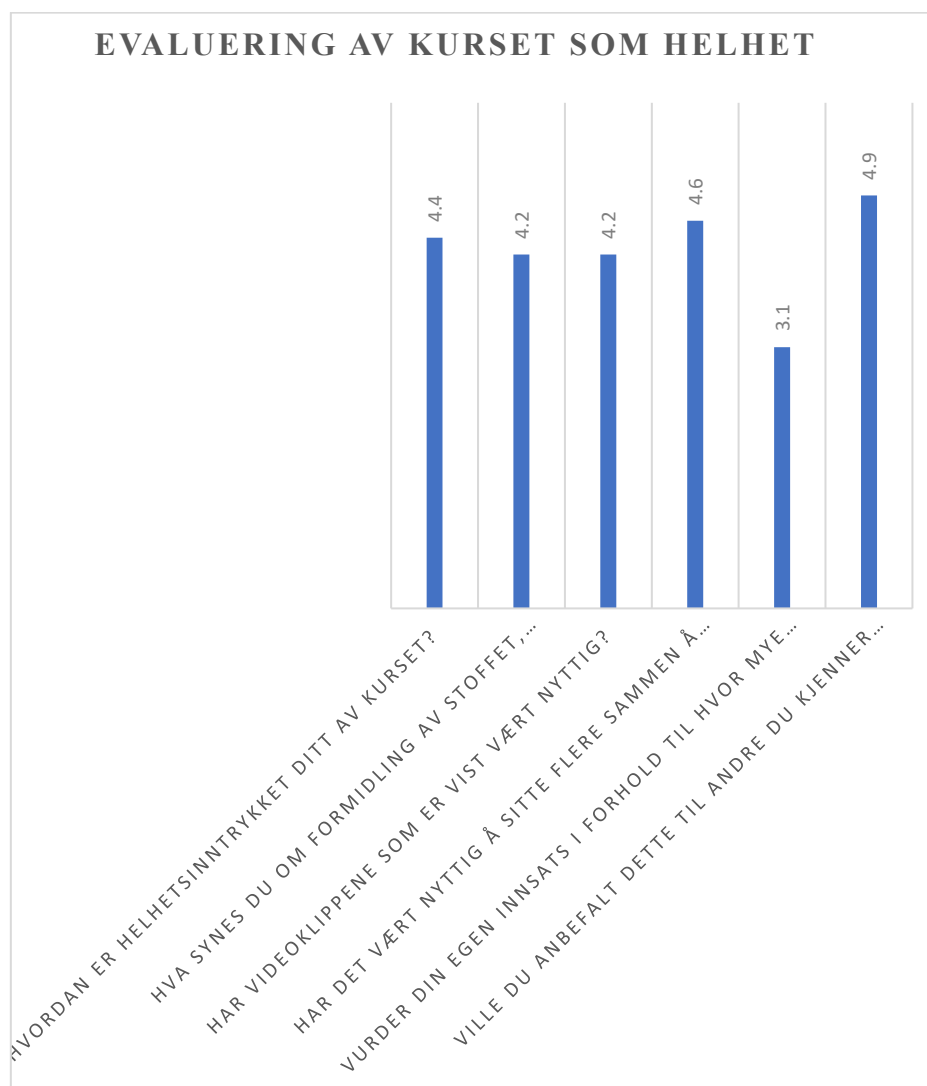


** $p \leq 0.01$

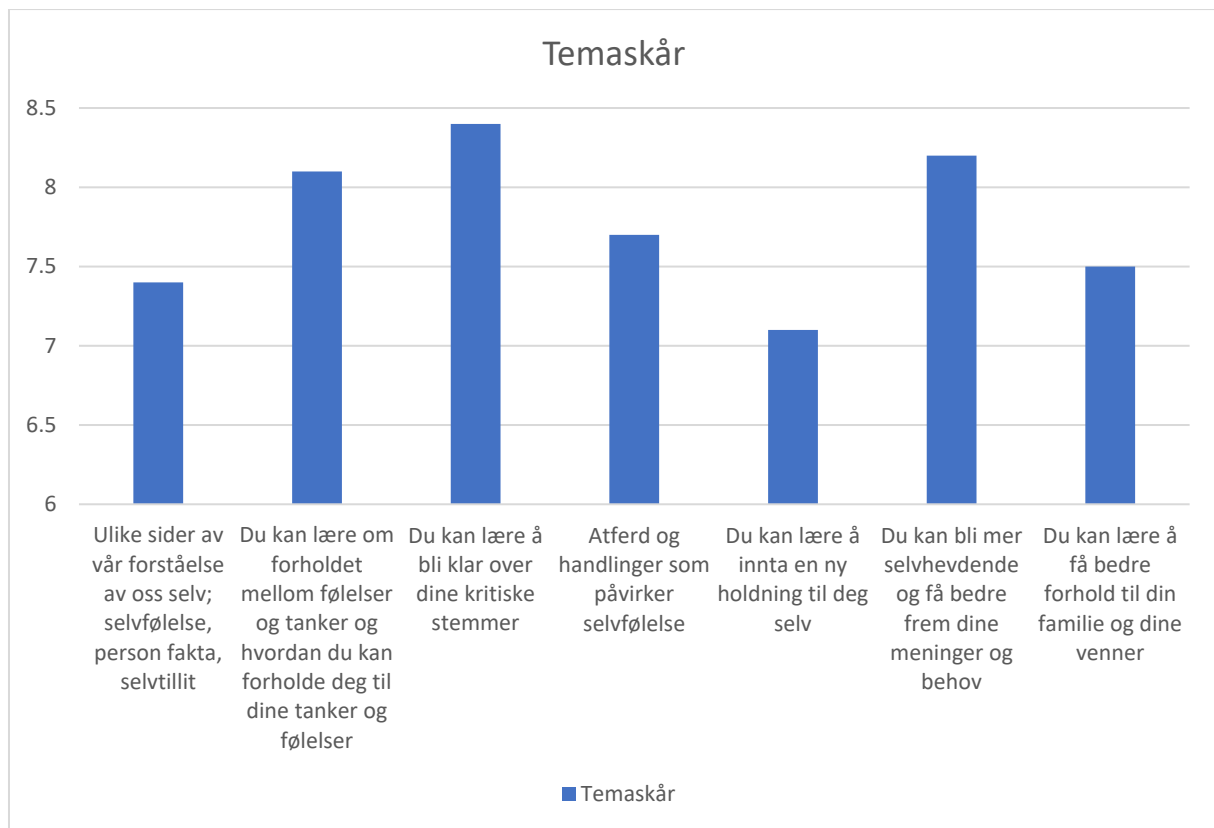
Tabell 4: Faktorer som er assosiert med endring i depresjon, lineær regresjon (N=26).

Avhengig variabel: Endring depresjonsskår				
		beta	R ²	p-verdi
Assosiasjons faktorer	<u>Kursvariabler og demografiske variabler</u>		0,248	0,295
	Endring Selvfølelse	-0,043		0,833
	Endring Σ selvoppfattelse	-0,472		0,028**
	Kjønn	-0,060		0,723
	Alder	0,213		0,302
	Høyeste fullførte utdanning	-0,134		0,505

Figur 5. Evaluering av kurset som helhet (N=20).



Figur 6. Evaluering av de ulike temaene på kurset (N=20).



Vedlegg: 2

Pilotstudie *bedre selyfølelse i hverdagen*

Bakgrunnsopplysninger			
ID:		Deltaker initialer:	
Behandler initialer:			
Dato for intervju: (dd/mm/åå) / /			
Kjønn: Mann ☐ Kvinne ☐			
Fødselsår (åååå):			
Etnisk tilhørighet (hvilken tilhørighet foreldre/omsorgsperson(er) til pasienten har)			
Norsk	☐	Afrikansk	☐
Samisk	☐	Latin-Amerikansk	☐
Nordisk	☐	Nord-Amerikansk	☐
Europeisk	☐	Australsk (Oseania)	☐
Asiatisk	☐		
Født i Norge: ☐ Ja ☐ Nei			
Sivil status			
Ugift	☐	Skilt	☐
Gift	☐	Registrert partnerskap	☐
Enke(mann)	☐	Ukjent	☐
Separert	☐		
Lever i parforhold			
	Ja ☐	Nei ☐	Ukjent ☐
Omsorg for egne barn			
	Ja ☐	Nei ☐	Ukjent ☐
Bor sammen med/alene		Boligtype	
Ektefelle/Samboer	☐	Egen bolig (inkl. leieboli)	☐
Aleneforelder med barn	☐	Kommunal bolig	☐
Hjemme hos foreldre/slektning	☐	Hospits	☐
I bofellesskap (f.eks. studenthjem, hybelhus)	☐	Bolig med tilsyn	☐
Bor alene	☐	Uten fast bolig	☐
		Annen boligtype	☐
Hovedinntektskilde			
Lønnet arbeid	☐	Uførepensjon	☐
Forsørget	☐	Studielån	☐
Sykepeng	☐	Sosialstønad	☐
AAP	☐	Annet	☐
Høyeste fullførte utdanning:			
Folkeskole/ungdomsskole	☐	Yrkesmessig utdanning	☐
Noe videregående	☐	2-årig høyskole, inntil 2 års universitetsutdanning (for eksempel grunnfag og/eller mellomfag), eller teknisk skole	☐
Videregående eller tilsvarende	☐	4. årig høyskole, eller universitetsutdanning	☐
Noe utdanning over videregående	☐	Embetsseksamen, hovedfag eller yrkesutdanning over 4 år	☐

Vedlegg 3

ROSENBERG SELVFØLELSE SKALA

INSTRUKSJON: Sett sirkel rundt det passende tallet for hvert av de 10 utsagnene nedenfor, avhengig om du er; **helt enig** (1), **enig** (2), **uenig** (3) eller **sterkt uenig** (4)

1	Jeger stort sett fornøyd med meg selv	1	2	3	4
2	Noen ganger synes jeg at jeg ikke er god for noen ting	1	2	3	4
3	Jeg synes at jeg har flere gode kvaliteter	1	2	3	4
4	Jeger i stand til å gjøre ting like godt som folk flest	1	2	3	4
5	Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	1	2	3	4
6	Til tider føler jeg meg ubrukelig	1	2	3	4
7	Jeg føler at jeger en verdifull person, i det minste på samme nivå som andre	1	2	3	4
8	Jeg skulle ønske at jeg hadde mer respekt for meg selv	1	2	3	4
9	Alt i alt er jeg tilbøyelig til å føle meg mislykket	1	2	3	4
10	Jeg har en positiv innstilling til meg selv	1	2	3	4

Vedlegg 4

S ASB

Veiledning:

Du skal nå beskrive deg selv slik du vanligvis er. Det skal du gjøre ved å gå gjennom 36 ulike utsagn. Disse utsagn vil være mer eller mindre treffende for deg som person. Du skal gradere hvert utsagn etter hvor godt det passer for deg som person. Du setter ring rundt 10 hvis utsagnet passer

perfekt til deg og ring rundt O hvis utsagnet **ikke passer i det hele tatt** for deg som person. Tallene mellom O og 10 setter du ring rundt hvis utsagnet ligger et sted mellom **perfekt** og **ikke i det hele tatt**. Hvis du setter ring rundt tallene 0-5, betyr det at utsagnet ikke passer for deg (er usant), rundt tallene 6-10 at utsagnet passer for deg (er sant).

		0=passer ikke i det hele tatt	10=passer helt perfekt
1.	Jeg bryr meg ikke om meg selv og prøver ikke å utvikle gode egenskaper og væremåter.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2.	Fordi jeg ønsker å hjelpe meg selv, prøver jeg å finne ut hva som egentlig foregår inne i meg.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.	I stedet for å komme i gang med det jeg trenger for min egen del, lar jeg det heller være og går rundt og dagdrømmer.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4.	Jeg lar alle viktige personlige ting, valg, tanker og spørsmål passere uten å bry meg særlig om det.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5.	Siden jeg kjenner både mine sterke og svake sider, kan jeg slappe av og være som jeg er.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6.	Jeg gir meg selv anledning til å være glad og fornøyd med den jeg er.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7.	Jeg anklager og bebreider meg selv, helt til jeg føler meg skyldfull, skamfull og slem.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8.	Jeg arbeider målbevisst med å utvikle gode og verdifulle egenskaper og væremåter.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9.	Jeg beundrer og er glad i meg selv på en svært kjærlig og øm måte.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10.	Helt naturlig og uten videre har jeg omsorg for og tar vare på meg selv.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11.	Jeg forkaster meg selv som verdiløs på en hensynsløs måte og overlater alt som skjer med meg til skjebnen.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12.	Jeg tar ikke hensyn til og bryr meg ikke om å kjenne mitt "egentlige jeg".	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13.	Jeg liker meg selv svært godt og føler meg vel når jeg har anledning til å være meg selv.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14.	Jeg iakttar meg selv svært nøye, holder meg selv tilbake og legger bånd på meg selv.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15.	Jeg har for vane å ha svært stram kontroll med meg selv	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16.	Jeg lar meg selv bli knust, utslettet og ødelagt og reduserer meg selv til ingenting.	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17.	Jeg sliter meg ut og tømmer meg for krefter ved å legge alt for store byrder på meg selv.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	Jeg kjæler for og setter pris på meg selv for å være den jeg er.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Jeg holder et øye med meg selv for å være sikker på at jeg gjør det som skal og bør gjøres.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.	Jeg prøver veldig sterkt å bli som et ideal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21.	Jeg lytter i trygghet til mine innerste og dypeste følelser og følger disse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22.	Jeg lar mine egne lidelser og plager gå upåaktet hen, selv når det virkelig skader meg.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23.	Jeg bruker alle mine krefter på å forsikre meg om at jeg følger de rette normer og regler og er ordentlig og skikkelig.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24.	Jeg straffer og plager meg selv forferdelig hardt; jeg lar det gå utover meg selv.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25.	Jeg får meg selv til å gjøre ting og å være på måter som alle vet ikke er bra for meg. Jeg narrer meg selv.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26.	Jeg tar dagene som de kommer og legger ikke planer for morgendagen.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27.	Jeg tar vare på mine interesser og beskytter meg selv på en god måte.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28.	Jeg lar meg drive av sted, uten indre styring, mål eller retningslinjer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29.	Jeg bruker mye krefter på å pønske ut hva jeg trenger og behøver, og hvordan jeg skal oppnå det.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30.	Jeg er fri og trygg til å la meg selv gjøre det jeg finner naturlig.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31.	Jeg forstår og liker meg selv slik som jeg er. Jeg føler meg stødig og hel.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32.	Uten bekymring føler jeg meg fri til å bli hva jeg vil.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33.	Jeg er likeglad og uvøren; jeg lar meg selv uten videre havne i selv-ødeleggende situasjoner.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34.	Jeg er åpen for kontakter med andre mennesker, steder og ting som jeg vet er bra for meg.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35.	Jeg nedvurderer meg selv, forteller meg selv at alt jeg gjør er galt og at andre gjør det mye bedre.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36.	Jeg pønsker ut måter for å sære og ødelegge meg selv på. Jeg er min verste fiende.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BDI -II

Denne delen består av 21 grupper av utsagn. Les nøye gjennom hvert utsagn og velg det utsagnet i hver gruppe som best beskriver hvordan du har følt deg i løpet av de siste to ukene, medregnet i dag. Dersom flere utsagn innen en gruppe passer like bra velger du det høyeste tallet. Velg bare ett utsagn i hver gruppe.

1. Tristhet

- 0 Jeg føler meg ikke trist
- 1 Jeg føler meg trist store deler av tiden
- 2 Jeg føler meg trist hele ti den
- 3 Jeg er så trist eller ulykkelig at jeg ikke holder det ut

Pessimisme

- 2.
- 0 Jeger ikke motløs med tanke på fremtiden
 - 1 Jeger mer motløs med tanke på fremtiden enn jeg var før
 - 2 Jeg forventer at ting ikke vil gå i orden for meg
 - 3 Jeg føler at fremtiden min er håpløs, og at alt bare vil bli verre

Mislykkethet

- 3.
- 0 Jeg føler meg ikke mislykket
 - 1 Jeg har mislyktes mer enn jeg burde
 - 2 Når jeg ser tilbake, ser jeg mange nederlag
 - 3 Jeg føler meg som en fullstendig mislykket person

4. Tap av glede

- 0 Jeg får like mye glede ut av ting jeg liker som før
- 1 Jeg får ikke like mye glede ut av ting jeg liker som før
- 2 Jeg får svært lite glede ut av de tingene som jeg pleide å like
- 3 Jeg får ingen glede ut av de tingene som jeg pleide å like

5. Skyldfølelse

- 0 Jeg føler ikke særlig mye skyld
- 1 Jeg føler skyld for mange ting jeg har gjort eller burde gjøre
- 2 Jeg føler skyld mesteparten av tiden
- 3 Jeg føler skyld hele tiden

6. Følelse av å bli straffet

- 0 Jeg føler ikke at jeg blir straffet
- 1 Jeg føler det som om jeg kan bli straffet
- 2 Jeg forventer å bli straffet
- 3 Jeg føler det som om jeg blir straffet

7. Mislike seg selv

- 0 Mitt selvbilde er uforandret
- 1 Jeg har fått mindre selvtillit
- 2 Jeg er skuffet over meg selv
- 3 Jeg misliker meg selv

8. Selvkritiskhet
- 0 Jeg kritiserer eller bebreider **ikke** meg selv mer enn vanlig
 - 1 Jeg kritiserer meg selv mer enn jeg pleide
 - 2 Jeg kritiserer meg selv for alle mine feil
 - 3 Jeg klandrer meg selv for alt leit som skjer
9. Selvmordstanker
- 0 Jeg har ingen tanker om å ta livet mitt
 - 1 Jeg har tanker om å ta livet mitt, men har ingen planer om å gjøre det
 - 2 Jeg ønsker å ta livet mitt
 - 3 Jeg ville tatt livet mitt dersom jeg fikk mulighet til det
10. Gråt
- 0 Jeg gråter ikke mer enn før
 - 1 Jeg gråter mer enn før
 - 2 Jeg gråter for hver minste ting
 - 3 Jeg ønsker å gråte, men klarer det ikke
11. Rastløshet
- 0 Jeg er ikke mer rastløs eller urolig enn vanlig
 - 1 Jeg føler meg mer rastløs eller urolig enn vanlig
 - 2 Jeg er så rastløs og urolig at det er vanskelig å være i ro
 - 3 Jeg er så rastløs og urolig at jeg må bevege meg eller gjøre noe hele tiden
12. Tap av interesse
- 0 Jeg har ikke mistet interessen for andre mennesker eller aktiviteter
 - 1 Jeger mindre interessert i andre mennesker eller ting enn tidligere
 - 2 Jeg har mistet det meste av min interesse for mennesker eller ting
 - 3 Det er vanskelig å bli interessert i noe som helst
13. Ubesluttksomhet
- 0 Jeg tar beslutninger like lett som før
 - 1 Jeg synes det er vanskeligere å ta beslutninger nå enn før
 - 2 Jeg har mye større vanskeligheter med å ta beslutninger nå enn før
 - 3 Jeg har vanskeligheter med å ta enhver beslutning
14. Verdiløshet
- 0 Jeg føler meg ikke verdiløs
 - 1 Jeg opplever meg ikke like verdifull og nyttig som før
 - 2 Jeg føler meg mer verdiløs enn **andre mennesker**
 - 3 Jeg føler meg fullstendig verdiløs
15. Tap av energi
- 0 Jeg har like mye energi som før
 - 1 Jeg har mindre energi enn jeg pleide
 - 2 Jeg har ikke nok energi til å gjøre særlig mye
 - 3 Jeg har ikke nok energi til å gjøre noe som helst

16. Endringer i søvn mønster
- 0 Jeg har ikke merket noen endringer med søvnen min
 - 1a Jeg sover litt mer enn vanlig
 - 1b Jeg sover litt mindre enn vanlig
 - 2a Jeg sover mer enn vanlig
 - 2b Jeg sover mindre enn vanlig
 - 3a Jeg sover mesteparten av døgnet
 - 3b Jeg våkner opp 1-2 timer for tidlig og får ikke sove igjen
17. Irritabilitet
- 0 Jeg er ikke mer irritabel enn vanlig
 - 1 Jeger mer irritabel enn vanlig
 - 2 Jeger mye mer irritabel enn vanlig
 - 3 Jeg er irritabel hele tiden
18. Endringer i matlysten
- 0 Jeg har **ikke** merket noen endringer i min matlyst
 - 1a Min matlyst er litt mindre enn vanlig
 - 1b Min matlyst er litt større enn vanlig
 - 2a Min matlyst er mye mindre enn vanlig
 - 2b Min matlyst er mye større enn vanlig
 - 3a Jeg har ingen matlyst i det hele tatt
 - 3b Jeg føler trang til å spise hele tiden
19. Konsentrasjonsvansker
- 0 Jeg kan konsentrere meg like bra som før
 - 1 Jeg kan ikke konsentrere meg like godt som vanlig
 - 2 Det er vanskelig for meg å konsentrere meg om noe som helst særlig lenge
 - 3 Jeg merker at jeg ikke kan konsentrere meg om noe som helst
20. Tretthet og utmattelse
- 0 Jeg er ikke mer trøtt eller utmattet enn jeg pleier
 - 1 Jeg blir fortare trøtt eller utmattet enn jeg pleier
 - 2 Jeg er for trøtt eller utmattet til å gjøre mange av tingene jeg pleide å gjøre
 - 3 Jeger for trøtt eller utmattet til å gjøre mesteparten av tingene jeg pleide å gjøre
21. Tap av seksuell interesse.
- 0 Jeg har ikke merket noen endring i min interesse for sex i det siste
 - 1 Jeg er mindre interessert i sex enn jeg pleide å være
 - 2 Jeger mye mindre interessert i sex nå
 - 3 Jeg har mistet all interesse for sex

Vedlegg 6

EVALUERINGSSKJEMA 1

Skalering fra 5 «veldig bra» til 1 «veldig dårlig»	5	4	3	2	1
	Gjennomsnitt				
1. Hvordan er helhetsinntrykket ditt av kurset?					
2. Hva synes du om formidling av stoffet, veiledning, hjelp til å løse oppgaver, svar på spørsmål, og annen tilbakemelding?					
3. Har videoklippene som er vist vært nyttig?					
4. Har det vært nyttig å sitte flere sammen å drøfte oppgavene?					
5. Vurder din egen innsats i forhold til hvor mye du har jobbet med kurset (forelesning, arbeidsboken, hjemmeoppgaver)?					
6. Ville du anbefalt dette til andre du kjenner som trenger hjelp til bedre selvfølelse i hverdagen?					

Dine kommentarer til kurset:

Hva har vært mest nyttig for deg ved kurset?

Hva har vært minst nyttig for deg ved kurset?

Har du forslag til forbedring av kurset?

Vedlegg 7

EVALUERINGSSKJEMA 2

Vi ber deg om å hjelpe oss med å forbedre vår kurs ved å svare på noen spørsmål om behandlingen du har fått gjennom kurset bedre selvfølelse i hverdagen. Vi er interessert i dine ærlige svar, uavhengig av om de er positive eller negative. *Svar på alle spørsmålene.* Vi tar gjerne imot dine kommentarer og forslag. Tusen takk. Vi setter stor pris på din hjelp!

SETT EN RING RUNDT SVARENE

Hvilket kurstema har du fått mest utbytte av? Kan du skalere de fra 0 «minst utbytte» til 10 «mest utbytte»:

A. Ulike sider av vår forståelse av oss selv; selvfølelse, selvbilde og selvtillit

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B. Du kan lære om forholdet mellom følelser og tanker og hvordan du kan forholde deg til dine tanker og følelser

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C. Du kan lære og bli klar over dine kritiske stemmer

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D. Atferd og handlinger som påvirker selvfølelse

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E. Du kan lære å innta en ny holdning til deg selv

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F. Du Du kan bli mer selvhevdende og få bedre frem dine meninger og behov

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G. Du kan lære å få bedre forhold til din familie og dine venner

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kurs for bedre selvfølelse i hverdagen
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen



Innhold: Positiv selvfølelse er nøkkelen til en sunnere psykisk helse, bedre livskvalitet og vellykket sosialt og arbeidsliv. De fleste av oss kan tenke oss å forbedre vår selvfølelse. En elev eller student med en positiv selvfølelse vil ha gode forutsetninger for en vellykket skolegang og tilfredsstillende forhold til sine skolekamerater. Positiv selvfølelse kan også forebygge psykiske lidelser, som for eksempel depresjon og angst.

Vi arrangerer kurs for deg i alderen 17 – 35 som ønsker å få en bedre selvfølelse og som bor i en av de tre bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Kurset bygger på kognitiv atferdsterapi som en god dokumentert behandlingsmetode for flere psykiske utfordringer, inkludert lav selvfølelse. Målet med kurset er å forebygge og forbedre psykiske lidelser.

Viktig temaer er:

Hva du selv kan gjøre for å oppnå positiv selvfølelse

- **Hvordan du kan snu negative tankemønstre**
- **Hva du kan gjøre for å ta vare på og støtte deg selv**
- **Hvordan du bedre kan få hevdet deg i møte med andre, enten det er foreldre, venner, lærere eller arbeidsgivere**

Kurset består av 8 ukentlige samlinger à to timer

Du vil i forkant av kurset bli innkalt til en informasjons- og kartleggingssamtale. Kurset arrangeres av Akuttambulant avklaringsteam ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus

Målgruppe: Unge voksne i alderen 17 – 35 som ønsker å få en bedre selvfølelse og som bor i en av de tre bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Er ved henvisningspunkt i behandling ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.

Dato: _____

Tidspunkt: 13:30- 15:30

Sted: [Forskningsveien 7](#), møterom bygg C

Påmeldingsfrist: _____

Henvisning: Gjennom behandler eller direkte kontakt med en av kontaktpersonene.

Betaling: Egenandel etter gjeldene takster inntil frikort er oppnådd.

Parkering på oppmerkede p-plasser. Husk p-avgift fram til kl. 17.00

Kontaktpersoner:

Navn: Gitta Starckjohann

Tlf: 918 42 846

E-post:

Gitta.Starckjohann@diakonsyk.no

Navn: Nasrettin Sønmez

Tlf: 918 48 652

E-post:

Nasrettin.Sonmez@diakonsyk.no

Se våre nettsider for mer informasjon:

www.diakonhjemmetsykehus.no/psykiskhelsevern

Samtykke til deltakelse i Kvalitetsstudie (pilotstudie) av kurs for bedre selvfølelse i hverdagen.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i studien for å evaluere nytteverdien av kurs for bedre selvfølelse i hverdagen. Kurset er for deg som ønsker å styrke selvfølelsen din. Kurset er bygget på kognitiv atferdsterapi, som i flere studier har vist seg å være til hjelp for mange som strever med lav selvfølelse. Diakonhjemmet sykehus ved administrerende direktør er ansvarlig for studien og for databehandling. Kurset gjennomføres av psykolog og psykisk helsearbeider ved Akuttambulant avklaringsteam, og kvalitetsstudien er forankret i Enhet for kunnskapsutvikling, VPA Vinderen.

Hva innebærer studien?

Kurset går over 8 uker og består av en samling á to timer per uke. Du vil få utdelt skjema og tabeller som du prøver ut i hverdagen din. Data vil også bli samlet inn ved at du fyller ut skjemaer før kursstart og ved kursavslutning. Du kan dessuten kunne bli bedt om å delta i et intervju om dine erfaringer med kurset.

Mulige fordeler og ulemper

Dine fordeler av å delta i studien vil være å lære om hva du kan gjøre for å ha en bedre selvfølelse i din hverdag. Dessuten vil du gjennom din erfaring fra studien senere kunne hjelpe andre som strever med lav selvfølelse. Uansett om du deltar i studien eller ikke vil du motta samme behandling. Dersom du deltar i studien, vil de innsamlede dataene om deg lagres og bli brukt for intern kvalitetssikring og videre utvikling av kurset og dessuten i ulike forskningsprosjekter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte identifiserende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autoriserte personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Informasjon som samles inn om deg vil bli anonymisert (navnelisten vil bli slettet) ved avslutning av kvalitetsstudien, senest 1. februar 2030. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Vi ønsker at resultatene fra studien blir publisert i et fagtidsskrift. Dessuten vil vi informere om tiltaket og resultatet til relevante brukerorganisasjoner. Aidentifiserte opplysninger om deg vil også kunne brukes av våre samarbeidspartnere.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede

opplysninger, med mindre opplysningene er allerede inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre deltakelse på kurset eller annen behandling ved sykehuset. Dersom du ønsker å delta, kan du senere trekke ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder Nasrettin Sønmez (tlf. 918 48 652) eller psykisk helsearbeider Gitta Starckjohann (918 42 846).

Samtykke til deltakelse i *Kvalitetsstudie (pilotstudie) ved kurs for bedre selvfølelse i hverdagen*

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i pilotstudien, dato)

Vedlegg 10



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Elin Evju Sagbakken	22845502	25.06.2019	2019/928/REK sør-øst A
			Deres dato:	Deres referanse:
			30.04.2019	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Nasrettin Sönmez
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

2019/928 Bedre selvfølelse i hverdagen

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 13.06.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Forskningsansvarlig: Diakonhjemmet sykehus

Prosjektleder: Nasrettin Sönmez

Prosjektbeskrivelse (revidert av REK)

Hensikten med prosjektet er å utvikle et kurs for bedring av selvfølelse hos unge voksne for å forebygge utvikling av psykiske lidelser og være til hjelp for dem som allerede har utviklet en psykisk lidelse.

Overgangsfasene mellom barn til ungdom og ungdom til voksen er perioder hvor man er ekstra sårbar og utsatt for å utvikle psykisk sykdom. Det er i den daglige behandlingen ved Diakonhjemmet sykehus uttrykt behov for å bedre selvfølelsen hos unge voksne for å forebygge og eventuelt behandle psykiske lidelser.

Kurset skal arrangeres to ganger per semester med ca. 10 deltakere per kurs. Kurset går over ti uker og består av en samling à to timer per uke, i tillegg til en oppsummering og evaluering etter at kurset er avsluttet.

Man skal evaluere effekten av kurset gjennom systematisk måling av variabler forbundet med selvfølelse, som grad av depressive symptomer og symptomer på sosial angst.

I prosjektet skal de rekruttere 30 unge voksne pasienter i alderen 17–28 år som mottar behandling ved Allmennpsykiatrisk poliklinikk, voksenpsykiatrisk avdeling, Vinderen (Diakonhjemmet sykehus). Før inklusjon inviteres alle deltakerne til en kombinert inklusjon- og introduksjonssamtale. Deltakerne fyller ut et spørreskjemaer før og etter kurset, i tillegg til seks måneder etter kursslutt.

Studien er et masterprosjekt innen psykisk helsearbeid.

Vurdering

Slik komiteen forstår søknad og protokoll er prosjektets overordnede mål å forebygge psykiske lidelser og bedre prognosen hos pasienter som har psykiske lidelser, samt å øke deres livskvalitet og mestringsevne for hverdagslige utfordringer.

Den første målsettingen er å forebygge utvikling av psykiske lidelser. Dette blir ikke undersøkt slik prosjektet er lagt opp. Den andre målsettingen, som er den som blir undersøkt i prosjektet, er å undersøke om kurset kan bedre selvfølelse hos personer som per i dag er i behandling.

Komiteen oppfatter derfor prosjektet som en evaluering av et kursopplegg om mestring av lav selvfølelse i hverdagen.

Etter komiteens vurdering vil ikke prosjektet, slik dets formål er beskrevet i søknad eller protokoll, kunne bringe ny kunnskap om helse eller sykdom.

Hva som er medisinsk og helsefaglig forskning, fremgår av helseforskningsloven § 4 bokstav a hvor medisinsk og helsefaglig forskning er definert slik: «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom».

Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst A. Klagefristen er 18. august 2019. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst A, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Til informasjon bytter REK søknadsportal i sommer. Den nye portalen vil være klar i august. Se våre [hjemmesider](#) under «Aktuelle meldinger» for oppdatert informasjon.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med.
Leder

Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver

Kopi til: postmottak@diakonsyk.no

Saksnummer:
00174

Dato:
17.02.2020

Personvernombudets tilråding

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for kvalitetssikrings prosjekt

Bedre selvfølelse i hverdagen

Formål:

Hensikten med dette prosjektet er å utvikle et kurs for bedring av selvfølelse hos unge voksne for å forebygge utvikling av psykiske lidelser og være til hjelp for dem som allerede har utviklet en psykisk lidelse. Vi vil evaluere effekten av kurset gjennom systematisk måling av variabler forbundet med selvfølelse, som grad av depressive symptomer og symptomer på sosial angst. Målet er å arrangere kurset to ganger hvert semester og ha opp til ti deltakere per kurs. Kurset går over åtte uker, og består av en samling à to timer per uke, inkludert en oppsummering og evalueringssamling. Før inklusjon inviteres alle deltakerne til en kombinert inklusjon- og introduksjonssamtale. Deltakerne fyller ut spørreskjemaer før og etter kurset, i tillegg til seks måneder etter kursslutt. Vi planlegger at minimum 30 deltakere skal inkluderes i prosjektet. Målgruppen er unge voksne pasienter i alderen 17–35 år som mottar behandling ved Allmennpsykiatrisk poliklinikk, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.

Vi viser til innsendt melding om innsamling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

1. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende: Databehandlingsansvarlig på DS er Kim E. Karlsen: Voksenpsykiatrisk avdeling, og Daglig behandlingsansvarlig i DS er Nasrettin Sönmez.
2. Behandling av personopplysningene/helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er frivillig og samtykkebasert. Innmeldte samtykke med endrings forslag benyttes. Når registrert trekker samtykke tilbake, må data bli slettet så lenge data kan identifiseres.

4. Data bli pseudonymiserte og lagres på forsknings server. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet. Kun nødvendig data skal lagres.
5. Koblingsnøkkel bevares i forskjellig mappe i forsknings server med begrenset tilgang eller på papir i låsbart skap. Prosjekt leder skal kontrollere at andre forsker i denne prosjekt få ikke tilgang til koblingsnøkkel dersom det ikke er nødvendig.
6. I dette prosjektet er det besluttet at det skal ikke gjennomføres en DPIA, fordi risiko vurderes som lav i følger loven og Datatilsynets veiledning.
7. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
8. Data slettes/makuleres eller anonymiseres seineste inntil 31.12.2030. Når formålet med behandling er oppfylt, sendes melding om bekreftet sletting/makulering til personvernombudet.
9. Denne tilrådingen inkluderer ikke risikovurdering av teknisk løsning som er planlagt å benytte i prosjektet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådingen og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Med hilsen

Personvernombudet for Diakonhjemmet Sykehus

Nancy Yue Liu

Epost: personvern@diakonsyk.no

Web: http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/om-sykehuset/personvern/_8621

Til de det måtte angå

Dato:
28.05.2020

Bekreftelse vedr. prosjektet «Bedre selvfølelse i hverdagen»

Det bekreftes med dette at prosjektet «Bedre selvfølelse i hverdagen», med Nasrettin Sønmez som prosjektleder, er godkjent av forskningsutvalget ved Diakonhjemmet Sykehus. Godkjenningen er gjort på bakgrunn av prosjektbeskrivelse, tilrådning fra sykehusets personvernombud og korrespondanse med Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Det bekreftes også at Gitta Starckjohann har vært med i utviklingen av prosjektet og deltatt sammen med Sønmez i gjennomføring av fire avholdte kurs.

Med vennlig hilsen



I
erg
Sekretær i forskningsutvalget ved Diakonhjemmet Sykehus
Tlf.: 22 45 15 17