

# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Tittel: Hvordan kan sykepleier bruke kognitiv terapi for å hjelpe pasienter med depresjon?**

**Forfatter: Ina-Karen Lianes**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 27**

**Molde, 22.04.2022**

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato: 19.04.2022

**Antall ord: 7599**

## Sammendrag

Mange kan oppleve en eller flere perioder med nedstemthet eller depresjon i løpet av livet. Som sykepleier på akuttpsykiatrisk avdeling møter man flere pasienter som er deprimerte. Etter min praksisperiode i kommunehelsetjenesten møtte jeg også flere pasienter som sliter med depresjon. Det kan være utfordrende å hjelpe pasienter som sliter med depresjon. En depresjon er som en ond sirkel som er vanskelig å bryte ut av. Under min praksisperiode ble det anvendt mye av kognitiv terapi til denne pasientgruppen. Oppgaven handler om hvordan kognitiv terapi kan hjelpe pasienter som sliter med depresjon. Oppgavens problemstilling ble derfor «Hvordan kan sykepleier bruke kognitiv terapi for å hjelpe pasienter med depresjon?»

I oppgaven blir det brukt en narrativ fra min praksisperiode som er anonymisert. Narrative handler om Truls som har blitt deprimert for første gang, han oppsøker selv hjelp. Historien til Truls finnes det flere faktorer som forårsaker en depresjon. Under diskusjonsdelen blir teori om sentrale elementer fra kognitiv terapi diskutert med narrative og hvordan sykepleier kan hjelpe en deprimert pasient. En av hovedtrekkene fra oppgaven er at det finnes flere nyttige elementer fra kognitiv terapi som kan hjelpe en deprimert pasient, men det er viktig å understreke at pasienten må være motivert for å ta imot hjelp.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>8</b>
1.1	Litteratursøk .....	9
1.2	Kort oppsummering om forskning .....	9
1.3	Problemstilling .....	10
<b>2.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>11</b>
2.1	Depresjon.....	11
2.1.1	Årsaken til depresjon.....	12
2.2	Kognitiv terapi.....	13
2.2.1	Beck depresjonsmodell .....	13
2.2.2	Automatiske tanker .....	14
2.2.3	Grunnantakelser/leveregler .....	15
2.2.4	ABC modellen.....	16
2.2.5	Kognitiv terapi ved depresjon .....	17
<b>3.0</b>	<b>Empiri .....</b>	<b>18</b>
3.1	Narrativ.....	19
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>20</b>
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>25</b>
<b>6.0</b>	<b>Litteratur .....</b>	<b>27</b>

## 1.0 Innledning

Etter jeg startet å jobbe som sykepleier på akuttpsykiatrisk avdelingen har jeg møtt mange mennesker som er nedstemt og deprimert. Mange kan oppleve å få en eller flere perioder med nedstemthet eller depresjon i løpet av livet. Det er omtrent en av seks som får en klinisk depresjon i løpet av livet (Børve og Nævra 2020). Depressive lidelser er svært utbredt. Berge og Repål (2018) skriver at verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti sykdommene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Som sykepleier på akuttpsykiatrisk avdeling opplever jeg å møte mange mennesker som er deprimerte. De pasientene er ikke alltid innlagt så lenge, før det enten blir utskrevet eller overført til annen avdeling. Medisinering og grunnleggende behov står ofte i fokus. I praksisperioden min i kommunehelsetjenesten opplevde jeg å møte mennesker som var deprimerte. Det var en annen erfaring å møte disse menneske i hjemmet. Veilederne mine hadde videreutdanning innenfor kognitiv terapi og var spesialiserte innenfor angst og depresjon. I praksisperioden min fikk jeg delta på KID-kurs (kurs for depresjonsmestring) og delta på andre type undervisninger de hadde til andre yrkesgrupper, de hadde fokus på kognitiv terapi. I løpet av praksisperioden min ble jeg ekstra inspirert av kognitiv terapi og hvordan bruke ulike verktøy i møte med pasienter. Med å bruke verktøy fra kognitiv terapi erfarte jeg å etablere gode relasjoner til pasienter, det var enklere å finne ut hva pasienten ønsket å ha fokus på og konkrete mål å jobbe med. Som terapeut følte jeg meg til nytte for pasienten, jeg tenker at kognitiv terapi kan gi mestringsfølelse både til pasienten og terapeut. I denne oppgaven har jeg derfor valgt å skrive om kognitiv terapi som psykoterapeutisk perspektiv.

Berge og Repål (2018) skriver at kognitiv terapi er den formen for psykologisk behandling av depresjon som er mest undersøkt. Det er gjort over 75 kontrollerte studier, og resultatene viser at kognitiv terapi hjelper mot depresjon og bidrar til å forebygge tilbakefall. Som terapeut er det ofte lett å tenke og komme med råd man tror er for pasientens beste, men alle mennesker er ulike og det er ikke noe fasit på hva som er rett. I kognitiv terapi er det pasienten som står i sentrum, det er fokus på hva pasienten føler er problemet og opplevelse av sin situasjon. Det er viktig at pasienten og terapeut har felles forståelse for problemene de samarbeider om å løse (Berge og Repål 2018). I kognitiv



terapi er det derfor viktig å være bevisst over sin rolle i møte med pasienter. Terapeuten er ekspert på metoden, og kan foreslå oppgaver og tips til pasienten. Det er en strukturert terapiform der veiledning er vanlig (Haugsgjerd m.fl 2010). I denne oppgaven vil jeg komme med eksempler fra min praksisperiode i kommunehelsetjenesten der jeg bruker verktøy fra kognitiv terapi som kan bidra til en bedre hverdag for et menneske med depresjon.

## 1.1 Litteratursøk

Søkene etter forskningsartikler har vært basert på problemstillingen til oppgaven. For å finne relevant litteratur til oppgaven, brukte jeg SveMed+ for å finne forskningsartikler. Målet var å finne artikler som omhandlet både “cognitive therapy” og “depression”, disse to søkeordene kombinerte jeg med “AND”. Søket ble avgrenset ved å søke etter “peer reviewed”, “full text” og artikler publisert fra 2012-2022. Dette ga meg 58 treff på artikler. Videre avgrenser jeg til norske artikler, da jeg ønsket å finne forskning som er relatert til helsevesenet vi er kjent med. Der var 16 artikler. Av disse artiklene synes jeg 3 var relevante for oppgaven.

## 1.2 Kort oppsummering om forskning

Forskningsartiklene viser at kognitiv terapi har effekt mot mennesker som har depresjon. Studien «Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) og forebygging av depressive tilbakefall» viser at MBCT tilhører den moderne kanonen av effektive psykologiske behandlingsmetoder for tilbakevendende depresjon, både når det gjelder virkning og kostnadseffektivitet. Studien viser og det er en rekke mulige mekanismer kan tenkes å ligge til grunn for programmets forebyggende effekt: desentrering, økt hukommelsesspesifitet, redusert diskrepansbasert prosessering og økt selvomsorg (Gjelsvik og Fennel 2012). Studien «Veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon» er en pilotstudie av Nordgreen m.fl (2015). Resultatet av studien viser at internettbehandling for mild og moderat depresjon viser relativt store effekter på gruppe-

og individnivå. Studien viser at før behandling hadde 15 av 22 moderat depresjon og 7 av 22 mild depresjon, etter behandling var dette endre til 4 med moderat depresjon og 11 med mild depresjon, og 4 med ingen depresjon (Nordgreen m.fl. 2015). «Kognitiv atferdsbehandling av generalisert angstlidelse og depresjon hos eldre» er en studie av Solem m.fl (2018). Denne studien har som hensikt å undersøke effekten av KAT for generalisert angstlidelse og depresjon samt sammenligne dette med funn fra studier på metakognitiv terapi. Studien viser at KAT gir signifikant bedring også for eldre med angst og depresjon.

### **1.3 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier bruke kognitiv terapi for å hjelpe pasienter med depresjon?

## 2.0 Teori

### 2.1 Depresjon

Martinsen (2018) skriver at begrepet depresjon brukes både som adjektiv (depressiv/deppa) for å beskrive en sinnstilstand på linje med å være litt nedpå, sliten, ute av slag, og som substantiv for å betegne en gruppe psykiske lidelser eller sykdommer. Ifølge Børve og Nævra (2020) er det en naturlig del av vårt følelsesliv å føle på tristhet eller nedstemthet. Dette kan være reaksjoner på belastninger, tap eller skuffelser en opplever i livet. Disse reaksjonene kjennetegnes en endring i stemningsleie som ikke varer lenge og funksjonsnivået er lite nedsatt. Når denne tristheten og nedstemtheten varer over tid og utvikler seg til en depresjon, er det vanlig å kjenne på energitap, betydelig ubehag og tap av positive følelser. Mange kan oppleve det utfordrende å komme i gang med planlagte oppgaver og vanskelig å fullføre det en har begynt på. Det blir altså krevende å håndtere forpliktelser og være sammen med andre. Menneske kan oppleve en depresjon ulikt. Vanlig symptom ved nedstemthet og depresjon beskrives som en strøm av negative tanker som bidrar til tristhet og en negativ opplevelse av seg selv. Det å føle seg sliten er ofte til stede, og man kan ikke hvile følelsen vekk. Andre symptomer kan være uro, søvnvansker, irritabilitet, redusert interesse for andre og manglende evne til å glede seg, grubling og negative tanker. Mange som har depresjon opplever også mye indre uro og angst. Noen opplever dette før depresjonen, mens andre opplever at den kommer sammen med nedstemtheten (Børve og Nævra 2020).

Berge og Repål (2020) skriver at depresjon i sin mest alvorlige form arter seg som en tiltakende opplevelse av håpløshet. Man kommer inn i en ond sirkel som man makter å bryte ut av. Nettopp tap av håpet er et viktig bindeledd mellom depresjon og selvmordstanker (Berge og Repål 2020). Det er en nær sammenheng mellom depresjon og å ha selvmordstanker eller ta sitt eget liv. De fleste deprimerede mennesker tar imidlertid ikke livet av seg, og ikke alle selvmord har sin årsak i en depressiv lidelse. Mange deprimerede personer har i perioder tanker om å ta sitt eget liv. Noen kan også ha konkrete planer. Bare et fåtall blir drevet så langt at de gjør et aktivt forsøk. Også deprimerede mennesker kan i perioder ha selvmordstanker uten av de av den grunn har ønske om å ta

livet av seg. Tankene kommer og går avhengig av hvordan man opplever sin hverdag (Berge og Repål 2020).

### **2.1.1 Årsaken til depresjon**

Depresjon og nedstemthet kan ha flere årsaker. Berge og Repål (2018) skriver at depresjon er knyttet til et mangesidig samspill mellom arv, biologi, kultur og samfunn. Ulike typer av depresjoner kan ha forskjellige årsaker. Et gjentakende trekk for mennesker med depresjon er at de har en urimelig negativ oppfatning av seg selv. Livet kan oppleves meningsløst og at det ikke er håp for fremtiden. Andre ting som kan ha stor betydning for at mennesker blir deprimerte er tap og livspåkjenninger (Berge og Repål 2018). Børve og Nævra (2020) skriver at det å bli deprimert kan skyldes en konsekvens av fysisk sykdom, vitaminmangler og jernmangel. Det er viktig å utelukke fysisk sykdom ved en depresjon. Gener har en viss betydning for å utvikle en depresjon. Mange beskriver å ha opplevd tap eller en stor belastning. Andre beskriver erfaringer fra oppvekst som kan bidra til en depresjon. Det kan også være en kombinasjon av flere årsaker, som stort arbeidspress over lang tid, kombinert med utfordrende parforhold (Børve og Nævra 2020). Berge og Repål (2020) skriver at årsak til depresjon kan variere fra menneske til menneske. Det finnes flere veier inn en depresjon. Forskere har vært bestemt på at det er bestemte årsaker for en depressiv lidelse. Berge og Repål (2020) deler forhold som kan utvikle depresjon inn i tre ulike kategorier;

- Forhold som gjør oss sårbare for å utvikle depresjon senere i livet
- Forhold som bidrar til at depresjon utløses
- Forhold som bidrar til å opprettholde problemer

Berge og Repål (2018) hevder at mennesker som sliter med depresjon, har ofte vært utsatt for belastninger og tap. Ifølge studiene til George Brown og medarbeidere kan årsaker til depresjon handle om å mangle et nært og fortrolig forhold, oppleve store ekteskapelige konflikter, miste mor i barne- og ungdomsårene, ha ansvar for yngre barn og ikke ha arbeid utenfor hjemmet (Berge og Repål 2018). Andre ting Brown og medarbeidere la vekt på var tapsopplevelser som fører til depresjon. Det kunne handle om tap i vid betydning, fra det å miste noen nære eller miste jobben. Det kan eksempelvis være å pensjonere seg eller bli uføretrygdet (Berge og Repål 2018). Forskning viser at et godt fungerende samliv

gir mindre risiko for depresjon. Depresjonen blir forverret når det er en konflikt i familien. Mennesker som har et parforhold der de føler seg respektert og forstått, står sterkere enn de som ikke har en støttespiller ved sin side ved en depresjon. Ca halvparten av deprimerte kvinner sier de opplever store problemer i ekteskapet. Det er ingen studier som viser at ekteskapelige problemer forårsaker klinisk depresjon. Det kan også være depresjon som bidrar til ekteskapelige vansker (Berge og Repål 2018).

## **2.2 Kognitiv terapi**

Børve og Nævra (2020) skriver at kognisjon betyr erkjennelse, og det er knyttet til hvordan vi oppfatter, tenker og forstår. Videre skriver Børve og Nævra (2020) at kognitiv terapi er opptatt av at forståelse er et resultat av tankene våre. Når en tenker ulikt, fører det til forskjellige følelser. Mennesker kan ha ulik oppfatning av den samme hendelsen fordi de ser etter ulike ting og forstår ulikt (Børve og Nævra 2020). Ifølge Berge og Repål (2018) er kognitiv terapi en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålsteget ved fastlåste tankemønstre. Kognitiv terapi har blitt en populær tilnærming siste årene og det er en etterspurt terapiform (Berge og Repål 2018). Videre skriver Berge og Repål (2018) at i kognitiv terapi tar form av et samarbeid mellom pasienten og terapeuten, hovedsakelig rette inn mot hvordan problemene fremtrer i pasientens hverdag her og nå, og det er pasientens opplevelse av situasjonen og pasientens behov som står i sentrum. Det er hele tiden viktig at både pasienten og terapeuten har en felles forståelse om problemet de samarbeider om. Løvaas og Johansen (2012) hevder at behandlingsalliansen er sentral i kognitiv terapi, og pasienten må være engasjert og aktivt delta i behandlingen hvis man skal oppnå resultater.

### **2.2.1 Beck depresjonsmodell**

I kognitiv terapi finnes det flere ulike former. En av dem er utviklet av Aron T. Beck og hans medarbeidere. Nielsen og Lippe (2002) hevder at Becks kognitive terapi begynte å ta form i begynnelsen av 1960-årene som et resultat av hans forskning på depresjon. Videre skriver de at med sin psykoanalytiske utdanningsbakgrunn var Beck opptatt av å bekrefte

Freuds antakelse om at depresjon skyldtes aggresjon vendt innover mot en selv. Beck studerte blant annet depressive pasienters tanker og drømmer, han oppdaget at teamet som ikke gikk igjen var sinne, men det var en opplevelse av nederlag. Beck utviklet en kognitiv psykopatologimodell som omhandler vårt kognitive system når ulike psykiske problem utvikler seg. Det er fire teoretiske tilnærminger som påvirker Becks modell. Den fenomenologiske tilnærmingen har hatt en sentral betydning i denne modellen. Det omhandler individets syn på seg selv og omverden i vesentlig grad bestemmer atferd. Videre skriver Nielsen og Lippe (2002) om Becks modell at den andre påvirkningskilden er strukturell teori. Her er Freuds hierarkiske inndeling i primære og sekundære prosesser sentrale. Den tredje påvirkningskilden omhandler kognitiv psykologi. Det er flere forskere som tester holdbarheten av Becks modell. Den siste er den fjerde påvirkningskilden som omhandler atferdsterapeutisk tenkning og behandling. Dette handler om at en må kunne slå fast at atferdsterapi og kognitiv terapi har påvirket hverandre. Kognitiv terapi er opprinnelig kortvarig, tidsbegrenset, strukturert, dirigerende og problemorientert form for psykoterapi (Nielsen og Lippe 2002).

### **2.2.2 Automatiske tanker**

Børve og Nævra (2020) skriver at automatiske tanker er raske (automatiske), korte og ureflekterte tanker. Ulike situasjoner kan utløse negative automatiske tanker og forestillingsbilder. Dette kan være tanker som trigges av en situasjon, forventning eller en følelse. Det kan være tanker som "jeg er dum" eller "ingen liker meg". Slike negative tanker har en kraft i å utløse en negativ tankestrøm, slik at reaksjonene blir sterkere enn situasjonen skulle tilsi (Børve og Nævra 2020). Nielsen og Lippe (2002) hevder at å lære klientene å identifisere negative tanker er en viktig del av kognitiv terapi. Terapeuten må informere klienten om hva automatiske tanker er. Nielsen og Lippe (2002) skriver videre at den vanligste måten å identifisere negative tanker på er å ta utgangspunkt i en nylig relevant situasjon hvor problemet som er i fokus manifesterte seg. For å identifisere negative tanker må terapeut be klienten om å gi en kort og konkret beskrivelse av en situasjon. Bruke spørsmål som «hva skjedde?» «hva sa han?» «hva gjorde du?» (Nielsen og Lippe 2002). Børve og Nævra (2020) skriver at ved en depresjon farges tankene av stemningen slik at det kan oppstå negative automatiske tanker, evnen svekkes for å

beskytte seg mot slike tanker. Børve og Nævra (2020) skriver videre at en negativ tanke kan utløse en indre dialog, der en hendelse kan være med å påvirke resten av dagen. Dette kan være tanker som «jeg er mislykket», videre kan disse tankene utløse en tankestrøm med tilhørende følelser og fysiske reaksjoner (Børve og Nævra 2020). Det kan være vanskelig å finne automatiske tanker da de er flyktige. For å finne automatiske tanker og kartlegge dem kan man ifølge Holmbe (2017) spør seg selv «hva tenker du på nå? Hva er det verste som kan skje?». Nielsen og Lippe (2002) hevder at å lære klientene å identifisere negative tanker er en viktig del av kognitiv terapi. En viktig del i kognitiv terapi er å undersøke alternativer til negative indre samtaler. For å få til dette kan man drøfte mulighetene for aktivt å oppsøke situasjoner som forbundet med angst (Berge og Repål 2018)

### **2.2.3 Grunnantakelser/leveregler**

Kennair og Hagen (2014) skriver at skjema og grunnleggende leveregler er mentale representasjoner av virkeligheten; som betyr at vi lagrer vår kunnskap om oss selv og omverden i våre sinn. Berge og Repål (2018) skriver at i kognitiv terapi vil en ofte rette oppmerksomheten mot grunnantakelser (også betegnet som primære leveregler) knyttet til tidligere ubehagelige, skremmende eller deprimerende opplevelser. Grunnantakelser kan utgjøre selve kjernen i ens oppfatning av både seg selv og andre mennesker.

Kjerneoppfatninger kan være dannet i barndommen og i oppveksten, og blir en viktig del av personligheten og selvbildet. Videre skriver Berge og Repål (2018) at den kognitive terapeut søker å løse opp i dysfunksjonelle tanker, holdninger, forventninger og grunnantakelser, ved å bruk av sokratiske spørsmål, ved å foreslå alternativer og ved at pasienten etter hvert prøver ut ulike tenke- og handlemåter. I kognitiv terapi er oppmerksomheten ofte rettet mot grunnantakelser som er knyttet til tidligere ubehagelige eller skremmende opplevelser (Berge og Repål 2018). Grunnantakelser kan bidra til at spesifikke leveregler blir påvirket av hvordan vi forholder oss til ulike situasjoner. Det kan være situasjoner som at “hvis jeg ikke blir sint, så sårer jeg ingen”, eller “hvis jeg ikke har meninger eller står for noe, så liker folk meg bedre”. Kompensering handler om hvordan en forholder seg til grunnantakelser og leveregler på. En vanlig kompensering kan være å unngåelse av enkelte situasjoner, det kan være situasjoner som fører til angst

(Holmbe 2017). Et eksempel på en leveregel er: jeg er ikke bra nok, jeg er unormal. Alle mennesker kan risikere å havne i utfordrende situasjoner i løpet av livet, som å miste jobben, gjennomgå skilsmisse eller miste et nært familiemedlem/venn. Løvaas og Johansen (2012) skriver at i slike situasjoner kan de negative grunnleggende levereglene tre tydeligere frem og medvirke til negative automatiske tanker. Slike tanker utløser ubehagelige følelser og kan bidra til å låse eller forsterke en uheldig situasjon eller atferd (Løvaas og Johansen 2012).

## 2.2.4 ABC modellen

Børve og Nævra (2020) skriver at ABC-modellen illustrerer måten vår forståelse styrer hvordan vi reagerer. Vår reaksjon er en konsekvens av hva vi tror. Hjernen vår gjetter ofte hva som skal skje, antagelsen om hva som kom til å skje eller forståelsen av hva som skjedde styrer reaksjonene. Den aller første reaksjonen vi kjenner er gjerne en følelse eller noe vi kjenner i kroppen. Tanker er ikke fakta, tanker er bare tanker. I kognitiv terapi øver en seg på å se tankene og ikke bare gjennom dem. Tanker kan både være konstruktive eller nedbrytende. For å kunne klare å gjøre en endring i tankemønsteret, er det nødvendig med systematisk arbeid. I kognitiv terapi brukes ABC-modellen som inneholder følgende punkter:

A Hendelsen

B Tanker omkring hendelsen

C Følelser knyttet til tolkningen av hendelsen

Et eksempel på dette kan være:

A (Hendelse) Du får ikke svar på meldingen fra vennen din

B (Tanker/tolkning) Du forstår det som du blir oversett med vilje

C (Følelse) Du blir irritert

Her viser A en utløsende hendelse, videre er B tanker rundt hendelsen, og C er følelsen hendelsen gir oss. Hvis en venn avlyser et kafèbesøk i siste liten, kan du reagere med å bli irritert, trist, såret eller bli engstelig for at noe alvorlig har skjedd. En kan også oppleve det



som en lettelse, fordi du egentlig kunne tenkt deg å gjøre noe annet den dagen. Hvordan en reagerer, er avhengig av hva du tror årsaken er, våre følelser har sammenheng med den meningen vi tillegger en gitt hendelse (Berge og Repål 2018). ABC-modellen viser tydelig at en situasjoner utløser tanker som styrer hva vi tror. Denne forståelsen er grunnlaget for hvordan en reagerer. Det er et skille mellom hva som objektivt skjer og hver enkelt forståelse av en situasjon (Børve og Nævra 2020).

### **2.2.5 Kognitiv terapi ved depresjon**

Ifølge Martinsen (2018) tar kognitiv terapi utgangspunkt i at psykiske lidelser påvirker hele mennesket – følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og adferd. Til dømes et menneske som er deprimert, han føler seg trist og nedstemt, mye negative tanker om seg selv, andre rundt seg og fremtiden, har i tillegg dårlig søvnmønster, dårlig matlyst og isolerer seg fra andre. Et menneske har ikke direkte evne til å påvirke følelser eller kroppslige reaksjoner. For å få til ei forandring må en se på tanker og atferd. Tanker som ikke er bevisstgjort må bevisstgjøres. Atferden kan også endres, med å bli klar over de negative tanker og endre uhensiktsmessig atferd. Dette kan påvirke følelsene og kroppslige reaksjoner, og være med på at depresjonen heves (Martinsen 2018).

Ifølge Nielsen og Lippe (2002) er kognitiv terapi vist seg å være en effektiv behandling av klienter som er alvorlig deprimerte. De skriver videre at studier om kognitiv terapi er mer effektiv behandling av klinisk depresjon enn medikamentell behandling, atferdsterapi og psykodynamisk terapi. Nilsen og Lippe (2002) hevder at i kognitiv terapi blir det lagt stor vekt på at terapeuten skal være ekte, empatisk og ubetinget aksepterende. Ifølge Berge og Repål (2018) er empati et sammensatt begrep, med både kognitive, emosjonelle og kommunikasjonsmessige aspekter. Empati innebærer at terapeuten prøver å forstå hvordan pasienten ser seg selv og sin verden, også må terapeuten forsikre seg om at en har oppfattet det rett (Berge og Repål 2018). Videre hevder Nilsen og Lippe (2002) at terapeuten skal vise tålmodighet, varme og nærhet, men skal også formidle at han er kompetent til å hjelpe klienten med problemer han eller hun har. Ifølge Hallberg og Ørbeck (2009) er kognitiv terapi vist seg å være effektiv i forhold til depresjon. Videre hevder de at behandlingens

mål er å utvikle evnen til å tenke realistisk og analyserende med henblikk på å øke mestring og bedre kvaliteten på de emosjonelle opplevelsene (Hallberg og Ørbeck 2009).

Berge og Repål (2018) hevder at depresjon kan hemme fleksibel problemløsning. Konsekvensen av dette er at det vil forsterke opplevelsen av å ikke strekke til, og dermed virke tilbake på og forsterke depresjonen. Problemløsning involverer ulike stadier og oppgaver. Berge og Repål (2018) beskriver disse punktene om hvordan vi

- Beskriver problemet
- Finner alternative løsningsforslag
- Bestemmer oss for hvilke alternative vi vil prioritere
- Gjennomfører tiltak
- Evaluerer resultat

Ved en depresjon kan det være utfordrende å klare alle disse oppgavene. Videre skriver Berge og Repål (2018) at kognitiv terapi er rettet mot mestring av problemer i hverdagen som bidrar til å holde depresjonen ved like, og som kanskje også har bidratt til å utløse depresjonen i utgangspunktet. Problemløsning er en metode deprimerte pasienter kan lære seg å bruke i hverdagen, det kan være til god hjelp for å håndtere problemer og vanskeligheter (Berge og Repål 2018). Det finnes mange ulike teknikker i kognitiv terapi. Vanlige mestringsstrategier ifølge Børve og Nævra (2020) er:

- Kognitiv reformulering (Kan jeg forstå problemet på en annen måte?)
- Løsningsorientert mestring (Løse problemet slik at belastningen avtar)
- Emosjonsfokustert mestring (Å dele følelser uten at det leder frem til handling)
- Unngåelse (Unngå å tenke eller bli involvert i situasjonen/problem. Avlede gjennom annen aktivitet)

Mestring er en prosess der målet er å håndtere, tolerer og minimere belastning (Børve og Nævra 2020). Det finnes mange kognitive teknikker som kan brukes for å endre fokus, oppleve økt mestring og endre tanke- og handlingsmønstre. Man kan gjerne kombinere flere teknikker og tilpasse dem og endres slik det passer (Børve og Nævra 2020).

### **3.0 Empiri**

I denne oppgaven har jeg valgt å fremstille empiri gjennom et narrativ, jeg har valgt et case fra min praksisperiode i kommunehelsetjenesten. Historien om Truls er anonymisert.

### 3.1 Narrativ

Truls er en mann i starten av 50 årene. Han bor alene, skilte seg fra sin kone for ca 5 år siden, og har tre sønner som bor ca en time unna. For et par år siden flyttet han til en liten bygd, Truls er oppvokst i en storby og har bodd der i mange år. Truls ble uføretrygdet for 10 år siden. Han plages mye med smerte i kroppen, spesielt i knær og rygg. Andre somatiske plager han har er overvekt og somatiske sykdommer som diabetes og står på hjertemedisiner mot høyt blodtrykk. I tillegg røyker han mye og har et dårlig kosthold for tiden på grunn av sin depresjon. Truls har siste tiden isolert seg mye hjemme. Fastlege har henvist Truls til psykiatritjeneste i kommunen. Første møte med Truls var et kartleggingsmøte sammen med veileder. Truls fremstår nedstemt, gir lite blikkontakt og er gråtlabil under samtale. Under kartleggingsmøte blir det tatt en depresjonstest, som viser at han scorer til alvorlig deprimert. Truls reagerer med å bli svært gråtlabil når han får vite dette. Han begynner å fortelle om suicidale tanker, at dette er noe han har hatt siste tiden, han sier videre at på grunn av barna kommer han ikke til å gjøre det. Han forteller også flere negative tanker om seg selv. Videre forteller han at han ikke har energi til å forlate huset og har derfor isolert seg siste tiden. På grunn av bosituasjon er det ingen turmuligheter i nærheten av der han bor, han orker ikke å ta buss for å oppsøke turmuligheter heller. Truls er glad i være i å gå turer til vanlig, han ønsker derfor å flytte mer sentralt, slik han kan være mer sosial og gå turer. Han håper at dette kan være med å løse sine problemer. Han ønsker mest mulig oppfølging fremover og ønsker hjelp til å få det bedre. Etter første møte med Truls der veilederen min er til stede, er det jeg som skal fortsette å følge han opp.

## 4.0 Diskusjon

Under diskusjonsdelen vil jeg drøfte det narrative og problemstillingen, samtidig belyse teori som er presentert tidligere i oppgaven. Problemstillingen er:

Hvordan kan sykepleier bruke kognitiv terapi for å hjelpe pasienter med depresjon?

Det kognitive perspektivet har fokus på at forståelsen vår er et resultat av tankene våre. Når en tenker ulikt, fører det til forskjellige følelser (Børve og Nævra 2020). Videre fremkommer det av Berge og Repål (2018) at kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, og samtidig hjelpe til å endre uhensiktsmessige tankemønstre som er forbundet med problemene, og som kanskje har bidratt til dem. Så hvordan kan jeg bruke kognitiv terapi for å hjelpe Truls med sin depresjon? En viktig faktor i starten er å bygge en god relasjon og tillit til Truls. Første møte med Truls oppleves han som noe nedstemt og gir lite blikkontakt, men åpner seg mer under samtalen. I kognitiv terapi er det viktig at pasient og terapeut har en felles forståelse av hvilke problemer de samarbeider om å løse (Berge og Repål 2018). Dette forutsetter at jeg og Truls kommuniserer godt med hverandre for å unngå misforståelser. Det er første gangen Truls oppsøker hjelp for sin psykiske helse. Løvaas og Johansen (2012) hevder at behandlingsalliansen er sentral i kognitiv terapi, og pasienten må være engasjert og aktivt delta i behandlingen hvis man skal oppnå resultater. Truls oppsøker selv hjelp og har et ønske om å få veiledning til å kunne få det bedre.

Første møte med Truls var under et kartleggingsmøte. Truls har oppsøkt hjelp hos sin fastlege for å få hjelp mot sin depresjon. Første møte med Truls så fyller han ut en depresjonstest. Han har krysset av at han har suicidale tanker. Når dette blir tatt opp med Truls, begynner han å gråte. Det er stille lenge. Veilederen min gir Truls et tørkepapir. Veilederen min spør Truls litt omkring disse suicidale tankene, for å kunne kartlegge alvorlighetsgradene og vurdere tiltak videre. Han sier han har familiemedlemmer som er nære og betyr mye for han, dette holder han tilbake fra å gjøre noe slikt. Første møte med Truls oppleves han noe stille og forsiktig. Samtidig virker det som han trenger noe tid før han åpner seg, dette er også første gang han oppsøker hjelp for sin psykiske helse. Under første møte er det viktig å gi han passelig med informasjon om hvilke tilbud han kan få

videre. Samtidig er det viktig å bygge en god relasjon slik han får tillit til oss. I samtale med Truls er det viktig å få han til å tenke over hva han kan gjøre for seg selv for å få det bedre. Det er ikke terapeuten sin oppgave og forteller han hva han skal gjøre. I kognitiv terapi er det pasientens opplevelse av sin situasjon og behov som står i sentrum. Ifølge Hallberg og Ørbeck (2009) er kognitiv terapi vist seg å være effektiv i forhold til depresjon. Videre hevder de at behandlingens mål er å utvikle evnen til å tenke realistisk og analyserende med henblikk på å øke mestring og bedre kvaliteten på de emosjonelle opplevelsene (Hallberg og Ørbeck 2009). I kognitiv terapi er det ofte nødvendig med systematisk arbeid for å endre negative tankemønstre. ABC modellen er sentral i kognitiv terapi. Jeg har tegnet og forklart ABC modellen til Truls. Han har hørt om kognitiv terapi, men ikke ABC modellen. Etter å ha forklart han om dette, er han motivert for å prøve. Det er en forutsetning at pasienten må være motivert for at en slik systemisk arbeid skal ha effekt. Sammen med Truls skriver vi ned en oversikt over hva han ønsker å få hjelp med. Som terapeut er det en viktig oppgave å veilede han og ha fokus på at det er et overkommelig problem, også støtte pasienten hele veien i å mestre sine livsproblemer. Truls er motivert for å gjøre noe med at han kun isolerer seg hjemme og har lite kontakt med familie og venner. Han forteller at på grunn av coronapandemien har han isolert seg mye hjemme, og har blitt vant med å sitte hjemme alene og hatt mindre kontakt med andre. Truls beskriver seg som en sosial type som liker og være sammen med andre, men føler nå at han er til bry om han tar kontakt med familier og venner, og at ingen bryr seg om han lenger. Vi setter oss ned sammen og skriver ned dette problemet.

A Situasjon – unngår å ta kontakt med andre

B Tanker – ingen liker meg

C Følelser – trist

Til neste gang vi møtes avtales det at han skal oppsøke mer kontakt med familie og venner, enten via tekstmeldinger, telefonsamtale eller møte dem. Truls skal registrere hva som skjer når han kommer i disse situasjonene. Hva tenker du, hvilke følelser får du og hva gjør du? Truls er motivert for dette og ønsker å skrive det ned før neste samtale. I kognitiv terapi er «hjemmeoppgave» et varemerke (Berge og Repål 2018).

Det er flere faktorer som kan bidra til at Truls har blitt deprimert. For å utelukke fysiske sykdom, vitaminmangel og jernmangel, bør Truls ta blodprøver for å sjekke at verdiene ser normale ut. Ifølge Berge og Repål (2018) er et gjentagende trekk for depresjon at mennesker har urimelig negativ oppfatning av seg selv. Dette er noe som vises igjen under

samtale med Truls. Han er gjentagende på at han ikke er bra nok og at ingen liker han. Han føler seg mislykket fordi han er uføretrygdet og bor alene uten å gjøre noe nyttig for samfunnet. Dette er tanker han har hatt over lengre perioder. Det finnes flere veier inn i en depresjon. Truls beskriver siste tiden som mer likegyldig. Han har ikke tatt noe initiativ til familie og venner og ikke tatt vare på seg selv. Andre kjennetegn til depresjon ifølge Berge og Repål (2018) er at aktiviteter som tidligere var tilfredsstillende, oppleves nå som tunge byrder. Truls blei skilt for to år siden. Siden skilsmissen er det første gangen han bor alene. Bruddet i seg selv var ikke uforventet, siden de ikke har hatt det bra sammen siste årene etter ungene flyttet. Truls uttrykker at det er noe nytt for han å bo alene og ikke ha noen rundt seg. Ifølge Berge og Repål (2018) kan livspåkjenninger ha stor betydning for mennesker blir deprimerte. Truls vet ikke om andre i familien som har vært plaget med depresjon. Foreldrene hans og søsken har aldri vært åpne om psykisk helse og det er ikke noe han har snakket med dem om. Børve og Nævra (2020) hevder at gener har en viss betydning for å utvikle depresjon. Truls foreslår selv at han kan snakke med sine foreldre om dette, men det får vente til han føler seg bra igjen. For tiden har han nok med seg selv, men har et ønske om å åpne seg om hvordan han har det til sine nærmeste.

Ifølge teorien er det flere faktorer som har bidratt til at Truls har utviklet en depresjon. Truls har flere negative automatiske tanker om seg selv. Dette har blitt en del av hverdagen hans. Ved depresjon farges tankene av stemningen slik at det oppstår flere negative automatiske tanker og evnen til å beskytte seg mot dem svekkes (Børve og Nævra 2020). En konsekvens av dette er at Truls kan misoppfatte enkelte situasjoner som påfører han mange negative automatiske tanker. Til dømes at Truls unngår å ringe til sine sønner, fordi han har tanker om at han er til bry.

Negative automatiske tanker er raske (automatiske), forhåndslagret og trigges av en situasjon, forventning eller følelse (Børve og Nævra 2020). Truls har flere negative automatiske tanker om seg selv. Dette er tanker som sier «jeg er dum», «ingen liker meg», «ingen bryr seg om meg lenger». Automatiske tanker er vanskelig å finne da tanker er flyktige. Tanker som stadig dukker opp hos Truls er at ingen bryr seg om han lenger. Han forteller at dette er tanker som kommer hyppig når han er hjemme og ikke har noe å gjøre. Ifølge Berge og Repål (2018) er en viktig del i kognitiv terapi er å identifisere de negative automatiske tankene. Som terapeut kan en forklare til Truls hva negative automatiske tanker er. For å hjelpe Truls å identifisere de negative tankene kan han ta utgangspunkt i en

nylig relevant situasjon hvor problemer som er i fokus manifesterte seg. En må da ifølge Nielsen og Lippe (2002) bruke spørsmål som «hva skjedde?» «hva sa han?» «hva gjorde du?». Når Truls har disse negative automatiske tankene kan det utløse en indre dialog, når slike tanker forsetter er det med å påvirke resten av dagen for han. En god start for Truls er å klare å identifisere disse negative automatiske tankene for å gjøre noe med det.

Som er nevnt tidligere i teorien er leveregler påvirket av hvordan vi oppfatter en situasjon og tanker om oss selv. Dette handler om tidligere opplevelser som har våre skremmende, ubehagelige eller deprimerende. Truls har mange negative tanker om seg selv nå etter han ble boende alene. Dette kan ha en sammenheng med Truls sine leveregler. Truls har i sin voksne alder alltid følt han har hatt ting på stell. En utdanning med en jobb han trives i, tre barn sammen med ei kone som har hatt det bra sammen med. Nå har barna flyttet ut, og han har i tillegg skilt seg fra kona og blitt uføretrygdet. I kognitiv terapi har terapeuten en viktig oppgave med å løse opp i dysfunksjonelle tanker, holdninger, forventninger og grunnantakelser. En kan med dette stille sokratiske spørsmål til Truls. Det kan være spørsmål som foreslår alternativer og ved at pasienten etter hvert prøver ut ulike tenke- og handlemåter (Berge og Repål 2018). Terapeuten kan da spør Truls spørsmål som åpner opp for refleksjon. Under samtale forteller Truls at han føler seg til bry når han ringer til sine barn, jeg undrer meg tilbake og spør om dette er noe de har sagt? Og hva grunnlag han har til å ha disse tankene. Truls svarer da at de aldri har sagt det direkte til han, men han tenker det. Ifølge Berge og Repål (2018) er kognitiv terapi rettet mot å undersøke alternativer til negative indre samtaler. Dette er noe man kan gjøre ved å aktivt drøfte muligheter ved å oppsøke dem. Som i Truls sitt tilfelle, kan han snakke om sine følelser og tanker med sine barn for å gjøre noe med problemet hans.

I kognitiv terapi finnes det flere typer kognitive teknikker som kan være til hjelp for å få det bedre med seg selv. Innen kognitiv terapi finnes det mye teori som en kan lære pasienter. For at de skal kunne anvende slike teknikker, er det viktig rolle som terapeut å undervise og veilede. Ved en depresjon kan det hemme fleksibel problemløsning. Berge og Repål (2018) skriver at problemløsning involverer ulike stadier og oppgaver. Videre skriver Berge og Repål (2018) at en depresjon gjør det vanskelig å utføre alle disse oppgavene. Truls beskriver seg som motivert for å ta imot hjelp til å få det bedre. I en samtale har jeg tatt med meg ei KID (kurs i depresjonsmestring) bok, vi ser på kognitive teknikker sammen. Han uttrykker at dette er spennende å lese om og er interessert i å

prøve. Siden Truls scorete til alvorlig depresjon var han ikke kandidat til å delta på kurset i depresjonsmestring, men har et ønske om å delta på dette når han har det bedre og er i stand til å fullføre et slikt kurs. En av de kognitive teknikkene handlet om «støttetanker», en skal spør seg selv: Hvis jeg skulle snakket vennligere til meg selv, hva kunne jeg da ha sagt? Hva er gode støttetanker (Hva ville du ha sagt til andre i samme situasjon)? (Børve og Nærva 2020). En annen teknikk vi snakket mye om var «perspektivforskyvning», en skal stille deg spørsmål: Hvis en venn var i denne situasjonen og spurte om råd, hvilke råd hadde jeg da gitt? (Børve og Nærva 2020). Når vi hadde samtaler rundt disse kognitive teknikkene, fikk Truls reflektere over positive tanker om seg selv og de positive sidene han har. Jeg og Truls snakket mye om det å være deprimert, og satt sammen og reflekterte om hvorfor. Truls ga uttrykk for at han syntes det var nyttig å lære litt teori om depresjon og hva man kan gjøre for å få det bedre. Han syntes det var godt å høre om at han sin situasjon kan være normal uten at det ble bagatellisert.



## 5.0 Konklusjon

Hvordan kan sykepleier bruke kognitiv terapi for å hjelpe pasienter med depresjon?

Depresjon har blitt den nye folkesykdom. Det er en viktig oppgave for helsevesenet og behandle og forebygge depresjon. Forskning viser at kognitiv terapi har hjulpet mennesker med depresjon. Det har blitt en populær terapiform ifølge forskning. Kognitiv terapi har som mål å endre negative tankemønstre som opprettholder depresjonen. Det er i tillegg en systematisk måte å jobbe med mennesker som har depresjon, det har mange ulike verktøy som kan brukes ved ulike behov.

Et svar på min problemstilling er at for å kunne hjelpe mennesker med depresjon er det viktig å vite noe om ulike årsaker til depresjon. Truls har tatt kontakt med hjelpeapparatet angående sin depresjon. I første omgang er det viktig å bygge en god relasjon og allianse med han, for at han skal ønske å fortsette med kognitiv terapi. Truls har flere problemer han ønsker å ta tak i og målet er å få det bedre. Kognitiv terapi er systematisk og oversiktlig å bruke i hans situasjon, det er også en fin måte å samarbeide om hva som er Truls sine problemer og hvordan han ønsker løse dem. I Truls sin situasjon har jeg valgt å ha fokus på ABC modellen og levereregler for å utforske tankene og sette spørsmåltegn ved fastlåste tankemønstre. Denne terapiformen krever en del av pasienten, det er en forutsetning at pasienten er motivert.

Etter min praksisperiode fikk jeg et ekstra godt innblikk og kunnskap av hvordan bruke kognitiv terapi i praksis. Det positive inntrykket jeg fikk av terapiformen var samarbeidet mellom terapeut og pasienten. Det skapte en klarhet i hva pasienten ønsker hjelp til, og det kan være lettere for pasienten å uttrykke sine følelser og tanker.

Kognitiv terapi har flere mestringsstrategier som kan brukes mot depresjon. Jeg tenker at kognitiv terapi er en fin tilnæringsmåte til mennesker med depresjon. Det er viktig å ikke utelukke andre psykoterapeutiske perspektiv som også kan være en fin tilnærming til mennesker med depresjon. Noen kan synes at kognitiv terapi blir for upersonlig på grunn av det systematiske fokuset, for mennesker med alvorlig depresjon som ikke er motivert kan kognitiv terapi være utfordrende å gjennomføre. Etter å ha arbeidet med denne

oppgaven hadde det vært interessant å vite mer om hvor viktig motivasjon til pasienten er for å lykkes med kognitiv terapi. Det hadde også vært interessant med forskning om hvordan kan sykepleier bruke andre psykoterapeutiske perspektiver for å hjelpe pasienter med depresjon.

## 6.0 Litteratur

Berge, T. og Repål, A. 2020: *Lykketyvene - hvordan overkomme depresjon*. Aschehoug 4.utgave, Oslo

Berge, T. og Repål, A. 2018: *Den indre samtalen – lær deg kognitiv terapi*. 3. utgave, Gyldendal Akademisk

Børve, T. og Nævra, A. 2020: *KiD – Kurs i depresjonsmestring*. 3. utgave, Merkus Grafisk

Gjelsvik og Fennell. 2012. Mindfulness -basert kognitiv terapi og forebygging av depressive tilbakefall

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/06/mindfulness-basert-kognitiv-terapi-og-forebygging-av-depressive-tilbakefall?redirected=1>

Hallberg, M. og Ørbeck, A. 2009. *Kognitiv terapi gir gode resultater*. Sykepleien.no DOI-nummer 10.4220/sykepleiens.2006.0018

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J. 2010. *Perspektiver på psykiske lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3.utgave. Gyldendal Akademisk

Holmbe, Mr tnb. 2017. *Hvordan kan vi bruke lærdom fra samtalebehandling i miljøbehandling?* Kompendium H-2021 Del 2. Høgskolen i Molde

Martinsen, E. W. 2018. *Kropp og sinn*. 3.utgave. Fagbokforlaget Bergen

Nielsen, G. og Lippe, A. 2002: *Psykoterapi med voksne – fem perspektiver på teori og praksis*. Tano A.S Otta

Nordgreen, Andersson, Havik. 2015. *Veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon*.

<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2015/08/veiledet-internettbehandling-mild-og-moderat-depresjon-en-pilotstudie?redirected=1>

Løvaas, E. og Johansen, A. 2012. *Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi*. Sykepleien.no  
DOI-nummer 10.4220/sykepleiens.2012.0013.

Kennair, L. E. O. og Hagen, R. 2014. *Psykoterapi – tilnærming og metoder*. Gyldendal  
Oslo

Solem, Hagen, Kennair, Hjemdal. 2018. *Kognitiv atferdsbehandling av generalisert  
angstlidelser og depresjon hos eldre*  
[https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/11/kognitiv-atferdsbehandling-  
av-generalisert-angstlidelse-og-depresjon](https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/11/kognitiv-atferdsbehandling-av-generalisert-angstlidelse-og-depresjon)

