

# KOGNITIV TERAPI OG DEPRESJON

*Hvordan egner kognitiv terapi seg som en sykepleieintervensjon i behandling av depresjon?*



Kandidatnummer: 1050  
Diakonhjemmet Høgskole  
Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: 11SYKHEL  
Antall ord: 9757

13. Mars 2014

"Våre liv er det tankene gjør det til"

- Marcus Aurelius

## Sammendrag

**Tema:** Kognitiv terapi i behandling av depresjon.

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om sykepleierollen egner seg til å bruke kognitiv terapi i en travel arbeidshverdag og hvilke elementer som er med på å fremme kognitiv terapi som en sykepleieintervensjon for behandling av depresjon.

**Problemstilling:** Hvordan egner kognitiv terapi seg som en sykepleieintervensjon i behandling av depresjon?

**Metode:** Litteraturstudie som presenterer funn fra fire forskningsartikler.

**Funn:** Den terapeutiske alliansen, individuell behandling, kombinasjonsbehandling og forebygging av tilbakefall, er alle viktige elementer som er med på å fremme kognitiv terapi som en sykepleieintervensjon i en travel arbeidshverdag.

**Konklusjon:** Kognitiv terapi egner seg godt som en sykepleieintervensjon i behandlingen av depresjon

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>3</b>
	1.1 Begrunnelse og valg av tema og problemstilling	3
	1.2 Presentasjon, avgrensing og presisering av problemstillingen	4
	1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted	4
	1.4 Definisjon av begreper	5
	1.5 Oppgavens formål og disposisjon	5
<b>2</b>	<b>Teori</b>	<b>6</b>
	2.1 Depresjon	6
	2.1.1 Symptomer, diagnose og årsaker	6
	2.1.2 Forebygging av tilbakefall	7
	2.1.3 Hvordan møte pasienter med depresjon	8
	2.2 Kognitiv terapi	11
	2.2.1 Kognitiv terapi i behandling av depresjon	12
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>15</b>
	3.1 Litteraturstudie som metode	15
	3.2 Valg av databaser og søkeord	16
	3.3 Inkluderings- og relevanskriterier	16
	3.4 Inkluderings- og ekskluderingsprosessen	17
	3.5 Pensumbøker og selvvalgt pensum	17
	3.6 Kildekritikk	18
<b>4</b>	<b>Litteraturgjennomgang</b>	<b>19</b>
	4.1 Utvalg	19
	4.2 Funn	19
	4.2.1 A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments.	19
	4.2.2 Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance.	20
	4.2.3 Moderators of continuation phase cognitive therapy's effects on relapse, recurrence, remission, and recovery from depression	21
	4.2.4 The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behaviour therapy	23
<b>5</b>	<b>Drøfting</b>	<b>25</b>
	5.1 Den terapeutiske alliansen	25
	5.2 Individuell-/gruppeterapi	27
	5.3 Forebygging av tilbakefall	27
	5.4 Sykepleierrollens egnethet	28
	5.5 Kombinasjonsbehandling	30
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturhenvisninger</b>	<b>33</b>

## 1 Innledning

Depresjon er en svært vanlig lidelse. Omtrent 350 millioner mennesker lider av dette på verdensbasis (WHO 2012). Angst og depresjon er de to vanligste psykiske lidelsene og de er de to største årsakene til arbeidsuføre i Norge. Depresjon øker dødeligheten like mye som røyking, og øker også dødeligheten for de store sykdomsgruppene som hjerte og kar sykdommer, kreft og infeksjonssykdommer (Mykletun, Knudsen og Mathiesen 2009:10-11). Rundt 15-25% av alle kvinner og 7-12% av alle menn får en behandlingstrengende depresjon i løpet av livet (Norsk helseinformatikk 2013). Det finnes flere former for behandling av depresjon. Kognitiv terapi er de siste årene blitt en svært populær og etterspurt form (Berge og Repål 2010:9). Det er forsket mye på denne terapiformen, og forskning viser at den har like god effekt som antidepressive legemidler, og 60-70% av pasientene vil bli mye bedre eller helt bra etter behandling. Tilbakefallstallene er også lavere etter kognitiv behandling i forhold til legemidler (Aarre, Bugge og Juklestad 2009:91).

### 1.1 Begrunnelse og valg av tema og problemstilling

Gjennom alle praksisperiodene jeg har hatt som sykepleiestudent, både i hjemmesykepleien, sykehjem, medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk praksis har jeg møtt pasienter med depresjon i større eller mindre grad. I dagens samfunn opplever jeg at mange streber etter det ”perfekte liv” gjennom blant annet sosiale medier og ukeblader. En mulig medvirkende faktor er at medias økende fokus på ”det perfekte liv” har negativ innvirkning på selvbilde og generell psykisk helse, noe som kan være en forløper for å utvikle depresjon hos enkelte.

Jeg hadde en veldig interessant psykiatri praksis, og dette gjorde at jeg fikk mersmak på psykiatrien. Jeg var i praksis i et ambulerende team. Her møtte jeg mange mennesker med forskjellige psykiatriske diagnoser. Et tverrfaglig team bestående av blant annet sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, hjelpepleiere og familierapeuter, arbeidet her. Brukerne som led av depresjon fikk ofte sykepleiere som ”behandlere”. En behandlingsmetode som ble brukt her var kognitiv terapi. Jeg synes dette er interessant og undres over hvorfor ikke vi lærer mer om denne behandlingsformen i utdanningen, dermed fikk jeg lyst til å sette meg inn i dette i denne oppgaven.

Kognitiv terapi er en behandlingsmetode sykepleiere også kan bruke. Jeg tenker at det er viktig for sykepleiere å ha kunnskap om depresjon og kognitiv terapi i og med at vi nettopp møter denne pasientgruppen i de fleste ulike behandlingssituasjoner. Før jeg begynte å skrive

denne oppgaven hadde jeg lite kunnskap om kognitiv terapi, men hadde hørt at det kunne være en effektiv behandlingsmetode for pasienter med angst og depresjon. Jeg visste at depresjon ofte henger sammen med mange andre diagnoser og at dette er en lidelse som er svært utbredt. Derfor valgte jeg å skrive om depresjon og kognitiv terapi. Noe som er interessant er hvordan tankene vi tenker kan brukes som behandling av depresjon og dette er noe jeg ønsker å utforske nærmere.

## 1.2 Presentasjon, avgrensing og presisering av problemstillingen

Fokuset i denne oppgaven er kognitiv terapi i behandling av depresjon. Jeg vil se nærmere på hvordan sykepleier kan bruke dette i en travel hverdag og om det egner seg som en sykepleieintervensjon. Problemstillingen jeg ønsker å finne svar på blir derfor:

*”Hvordan egner kognitiv terapi seg som en sykepleieintervensjon i behandling av depresjon?”*

Spørsmål jeg ønsker å finne svar på for å belyse problemstillingen er: 1. Hvilke elementer er med på å fremme kognitiv terapi som en sykepleieintervensjon i behandling av depresjon? 2. Er sykepleierollen egnet til å kunne bruke kognitiv terapi i arbeidshverdagen for å behandle pasienter som lider av depresjon?

Pasientgruppen jeg tar for meg er pasienter med depresjon fra 18-65 år. Jeg tar ikke for meg pasienter med én spesifikk type depresjon, men depresjon generelt. Avgrensningene vil bli mer beskrevet i metodedelen. Problemstillingen vil bli svart på ut i fra fag- og forskningsartikler og relevant pensum.

## 1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted

Jeg er en ung sykepleiestudent som har jobbet noen år på sykehjem, litt på sykehus og litt i hjemmesykepleien i tillegg til praksisene jeg har hatt på skolen. Gjennom erfaringene jeg har fått her har jeg lært at det mellommenneskelige og det å skape en god relasjon og få tillit til pasientene er en viktig del av arbeidet med mennesker.

## 1.4 Definisjon av begreper

### **Sykepleieintervensjon:**

En sykepleieintervensjon er en overordnet betegnelse for ”sykepleiehandlinger”, ”sykepleietiltak” og ”sykepleiebehandlinger”. Altså de konkrete handlingene sykepleier gjør (Skaug og Andersen 2005:212).

### **Depresjon:**

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking (Hummelvoll 2004:171).

”Depresjon er en tilstand kjennetegnet av senket sinnsstemning, redusert energi og nedsatt interesse og gledefølelse (Aarre m.fl. 2009:80). ”

### **Kognitiv terapi**

”Kognitiv terapi er en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre (Berge og Repål 2010:9).”

## 1.5 Oppgavens formål og disposisjon

Oppgavens formål er å finne svar på problemstillingen ved å undersøke om sykepleierollen egner seg til å bruke kognitiv terapi i en travel arbeidshverdag og hvilke elementer som er med på å fremme kognitiv terapi som en sykepleieintervensjon for behandling av depresjon. Antallet pasienter med depresjoner øker og sykepleiere møter disse pasientene i de fleste behandlingssituasjoner som for eksempel på sykehjem, hjemmesykepleie, sykehus og i psykisk helsearbeid.

I denne oppgaven vil jeg først begynne med å legge frem teori om temaet jeg skriver om. Det jeg har valgt å fokusere på depresjon generelt, forebygging av tilbakefall, hvordan sykepleier kan møte pasienter med depresjon, litt om kognitiv terapi generelt og hvordan man kan bruke kognitiv behandling av depresjon. Deretter beskrives den valgte metoden for å undersøke temaet og funnene presenteres. Videre drøftes funnene opp mot teorien og det avsluttes med en konklusjon.

## 2 Teori

### 2.1 Depresjon

#### 2.1.1 Symptomer, diagnose og årsaker

”Depresjon er en tilstand kjennetegnet av senket sinnstemning, redusert energi og nedsatt interesse og gledefølelse (Aarre m.fl. 2009:80). ” Mellom vanlig tristhet, sorg og depresjon finnes det ingen klar grense. Diagnosen blir stilt når symptomene har vart over lengre tid og er så mange og så intense, eller når funksjonsnivået svikter og går ut over de daglige gjøremålene. Da må man tilby behandling (2009:80). For å stille en depresjonsdiagnose må andre årsaker til symptomene først utelukkes (Krüger m.fl. 2000:14). Alle mennesker kan gå igjennom tyngre perioder i livet hvor de kjenner på en grad av tristhet eller tomhet, men depresjon er noe større enn dette. Depresjon blir ikke nødvendigvis oppfattet som en sykdom av verken lege eller personen det gjelder. Mange mennesker som lever med depresjon, velger av ulike grunner å ikke søke hjelp (Norsk helseinformatikk 2013).

Det mest vanlige tegnet på depresjon er senket stemningsleie. Andre symptomer er interesse- eller gledeløshet, lite energi, psykomotorisk aktivering eller hemming, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker eller problemer med å bestemme seg, redusert eller økt appetitt, pessimisme, dårlig selvtilit, skyldfølelse og mindreverdigfølelse, noen ganger vrangforestillinger, døds- eller selvmordstanker og selvmordsforsøk (Aarre m.fl. 2009:80).

Det finnes tre forskjellige grader av depresjon, lett, moderat og alvorlig. Disse stilles ut i fra symptomene (Krüger m.fl. 2000:14). I praksis er det ikke så ofte man finner ”rene” depresjonsdiagnoser, de fleste har også andre tilleggsdiagnoser som for eksempel angst. Ikke bare de med andre psykiske lidelser, men også de med somatiske sykdommer som for eksempel kreft, revmatisme, diabetes, hjertelidelser, og de som har vedvarende smerter sliter med depresjoner. I tillegg til depresjon eller depressiv episode finnes dystymi som er en mindre intens form, men som varer lengre enn en depressiv episode. Det finnes også vinterdepresjoner og manisk depressive lidelser (Berge og Repål 2002:17).

Det kan være flere årsaker til en depresjon. Noen finner et klart svar på hvorfor de er deprimerte, mens andre ikke skjønner hva som skjer. Årsakene vil variere og det er flere forhold som kan føre til lidelsen (Berge og Repål 2002:26). I tillegg til andre psykiske og

somatiske diagnoser, er det flere årsaksforhold som kan utvikle en depresjon. Det kan for eksempel være opplevelser fra barndommen, negative livshendelser som dødsfall, skilsmisser eller langvarige konflikter, stress, traumer og tap, genetisk sårbarhet og tap av sosial status. Det å finne en konkret årsak til en depresjon kan være vanskelig. Depresjon ser ut til at det som oftest har flere årsaker, både sosiale, psykologiske og biologiske (Aarre m.fl. 2009:83). Forekomsten av depressive lidelser hos kvinner er høyere enn hos menn (Mykletun m.fl. 2009:10).

Behandlingen av depresjon kan være vanskelig og krevende for begge parter, både for terapeuten og pasienten. Effektive behandlinger mot depresjon har vist seg å være fysisk trening, interpersonlig terapi, atferdsterapi, korttids psykodynamisk psykoterapi, medikamenter, elektrokonvulsiv terapi og kognitiv atferdsterapi (Aarre m.fl. 2009:86).

### **2.1.2 Forebygging av tilbakefall**

Definisjonen på et tilbakefall er i følge store medisinske leksikon er: ”Tilbakefall, gjenoppblussing av sykdom som synes helbredet (u.å.)”. ”Tilbakefall ved depresjon er et av vår tids største helseproblemer (Berge og Repål 2010:245)”. Forskning viser at depresjon er preget av en høy risiko for tilbakefall, spesielt blant personer hvor den første depressive episoden oppstår i ungdomsårene (Craighead m.fl. 2011). Det er to ting det er viktig å skille mellom, tilbakefall og tilbakeskritt. Et tilbakeskritt skjer for de aller fleste og bør ventes, ikke fryktes. Tilbakefall er derimot større og for dette er det viktig med en god forebygging (Berge og Repål 2010:248).

Risikoen for å utvikle nye tilbakefall av depresjon øker dersom man tidligere har hatt en depressiv episode. Jo flere tidligere depressive episoder, jo større er sannsynligheten for et nytt tilbakefall. For personer med tre tidligere episoder er risikoen 70-80 prosent for en ny episode. Andre viktige risikofaktorer for å utvikle tilbakefall kan være hvor tidlig depresjonene startet, hvor lange tidligere depresjoner har vart før behandling og symptomer som fortsatt sitter igjen etter behandling. Andre faktorer som kan spille inn er økonomiske og sosiale problemer. Risikoen øker også ved andre tilleggsproblemer som rusmiddelavhengighet og angstlidelser (2010:245).

Forebygging av tilbakefall er integrert i den kognitive terapien (2010:184). Terapeuten kan være med på å kartlegge risikosituasjoner og faresignaler, og lage en beredskapsplan. Hvis de



som har hatt tidligere depressive episoder kjenner symptomene og er forberedt på hva som kommer til å skje, vil dette gi en større mulighet for å forebygge og dempe skadene som vil komme (2010:245-252).

### 2.1.3 Hvordan møte pasienter med depresjon

En sykepleier vil i de fleste arbeidssammenhenger møte en pasient med depresjon. Ikke bare i psykiatrien, men også på somatiske sykehus finner vi disse pasientene (Hummelvoll 2004:184). I følge Hummelvoll er hovedmålene for en sykepleier i forhold til pasienter som lider av depresjon å hjelpe pasienten til å uttrykke og gjenkjenne følelser, møte og bearbeide følelsen av meningsløshet, styrke vedkommende sin opplevelse av det å ha kontroll over sin egen situasjon og hjelpe med å finne måter en kan håndtere konsekvensene av depresjonen. Sykepleier skal også styrke pasientens selvaktelse og tilknytning til andre mennesker (2004:185). Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee definerer sykepleie slik:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene (Travelbee i Kristoffersen 2005:27)”.

Et viktig utgangspunkt for å kunne arbeide med en pasient som lider av depresjon er å møte han eller hun med respekt, og bidra til å identifisere og bearbeide problemene i den nåværende situasjonen. En viktig forutsetning for å kunne hjelpe den deprimerte er å samle data for hele situasjonen (Hummelvoll 2004:185). En datasamling er en innsamling av opplysninger om pasienten (Skaug og Andersen 2005:194). Sykepleieren trenger kunnskaper om både psykiske, sosiale, fysiske og åndelige aspekter for å kunne få et helhetlig bilde av pasienten. Dette får sykepleier gjennom samtale, observasjoner og informasjon fra andre enn pasienten selv. Som i andre former for sykepleie kan vi også bruke en sykepleieplan i denne sammenhengen. Denne planen inneholder problemer, ressurser, tidligere problemløsning og et ønsket mål. Dette kan hjelpe pasienten og terapeuten med å komme frem til en felles forståelse av situasjonen til pasienten. Ved en slik plan vil også pasienten selv kunne være med på en aktiv deltakelse (Hummelvoll 2004:185).

Å lage en god samarbeidsrelasjon kan være en stor utfordring når man skal samarbeide med pasienter som lider av depresjon. Mange sykepleiere vil kunne føle seg hjelpeløse i en situasjon med mennesker som er så nedtrykket og ikke ser noe lys eller håp for fremtiden. Hjelperen bør tilnærme pasienten med en varm, rolig og aksepterende holdning. Dette kan

også oppleves vanskelig fordi det kan være pasienten ikke er i stand til å gi en positiv respons (Hummelvoll 2004:186).

Selv om pasientene sier lite er det viktig å sette av tid til dem. Ved å vise en pasient med depresjon at du har tid og vil være hos ham viser du at du ser personen som et verdifullt menneske. Mennesker med depresjon bruker lengre tid til å oppfatte og reagere på henvendelser enn vanlig, dette er det viktig å huske på. Derfor er det lurt å snakke rolig, ha korte setninger og vente på svar. Ved å finne ut hvilke interesser pasienten har kan man skape meningsfylte samtaler. Den deprimerte ser ofte ingen håp og har derfor behov for at noen forteller ham at dette er en forbigående tilstand. Det er viktig at sykepleier sier ofte og tydelig at det kommer bedre dager enn de som er nå (Hummelvoll 2004:186). I Travelbee`s sykepleiefilosofi er håp et sentralt begrep i forhold til sykepleierens mål og hensikt. Sykepleieren hjelper pasienten til å mestre lidelsen ved å understøtte håpet. Et mennesket som har et håp, har en tro om at fremtiden endres til det bedre (Kristoffersen 2005:27).

En undertrykking av å få satt ord på følelsene kan ha bidratt til depresjonen. Derfor er det viktig at pasienten får uttrykt følelser i terapien, disse følelsene kan for eksempel være skyld, sinne, hjelpeløshet, anger, håp og lettelse. Intensiteten til følelsene kan bli mindre etter de er blitt uttrykt. Sykepleier må vise en forståelse og akseptasjon av pasientens følelser, uten at man trenger å støtte pasienten i de. Det er også viktig å holde pasientens tempo (Hummelvoll 2004:187).

Den fysiske omsorgen vil være en viktig del av behandlingen. Når ikke ordene strekker frem kan man formidle varme, bekreftelse og omsorg med berøring. For pasienter som lider av dyp depresjon kan personlig hygiene og stell være et ork i hverdagen. I en slik situasjon må sykepleier se om pasienten klarer å dekke sine grunnleggende fysiske behov og eventuelt hjelpe til hvis ikke. Sykepleieren må også være med på å sikre at de andre grunnleggende behovene som ernæring og væske, søvn, fysisk aktivitet og eliminasjon også dekkes og eventuelt sette i gang tilpassende tiltak (Hummelvoll 2004:188).

Fysisk aktivitet har vist seg å være en effektiv behandling for depresjon (Aarre m.fl. 2009:86, Hummelvoll 2004:188). Det å motivere pasienten med depresjon til fysisk aktivitet eller deltakelse kan bidra til å styrke selvfølelsen og troen på at situasjonen kan forbedres hvis han/hun lykkes med det. Grunnet den manglende motivasjonen og initiativet kan sykepleier

foreslå aktiviteter som er tilpasset pasienten. Aktivitetene bør ikke være for krevende eller for langvarige. Arbeidet med selvhevdelsestrening vil være nyttig for deprimerte. Personer med depresjon har oftest en lav selvaktelse og har ikke vanskelig for å finne sider ved en selv hvor en ikke strekker til. Ved å finne ut hva personens sterke sider er og hvilke mestringsmåter han har kan en hjelpe pasienten med å styrke selvaktelsen (Hummelvoll 2004:189-191).

Selv mord kan for noen være eneste veien ut av depresjonen. Når den deprimerte ikke ser noen håp eller lys for fremtiden trenger den en person som forteller at livet er verdt å leve, selv om det strider med pasientens følelse av å være verdiløs. Meningsløshet og det å ha mistet kontrollen på livet er følelser personer med depresjon kjenner på. Hjelperen må prøve å hjelpe pasienten til å holde ut og håndtere den følelsen av meningsløshet, samt hjelpe med å styrke hans opplevelse av kontroll og styring i livet. Medlevelse, tilstedeværelse og samtale kan føre til at pasienten ser håp om at å bli frisk. Hjelperen må også være tålmodig (Hummelvoll 2004:90).

Sosial støtte er viktig i arbeidet med den deprimerte. Pårørende bør bli invitert i samtale og samarbeid med hjelperen. Respekt, nærhet og fortrolighet er noe pasienten lengter etter hos de som står han nær- og fra de profesjonelle hjelperne. For å kunne forebygge tilbakefall trenger både pasienten og pårørende å vite at stress eller livssituasjoner kan føre til tilbakefall. Derfor er det lurt å lage en beredskapsplan sammen for å unngår dette. I rehabiliteringsprosessen er det forskjell på menn og kvinner for hva som vil være nyttig. Man må se situasjonen an og tilrettelegge ut i fra dette. For eksempel blir ofte kvinner anbefalt å ta en lang sykemelding, mens mennene anbefales å gå fortest mulig tilbake til arbeid til tilpassende arbeidsoppgaver. Det trengs støtte fra familie og mennesker rundt i begge situasjonene for både menn og kvinner (Hummelvoll 2004:193).

Avslutningsvis er det viktig å sette av tid til å vurdere samarbeidet og se på hvilke resultater det hadde. Avslutningen på samarbeidet mellom sykepleier og pasient kan av og til bli en utfordring. Det kan være det har utviklet et avhengighetsforhold, enten fra den ene siden, eller fra begge sider. Derfor er det viktig at pasienten opprettholder kontakten med venner og familie og at disse kan støtte i nyorienteringsfasen hvor han/hun skal være selvstendig (Hummelvoll 2004:193).

## 2.2 Kognitiv terapi

Aron Beck, en amerikansk psykoanalytiker er mannen som utformet terapiformen kognitiv terapi. Han ville undersøke om Sigmund Freuds teori om depresjon var riktig. Freuds teori sa blant annet at depresjon var raseri og aggresjon på grunn av tapsopplevelser som vente innover mot den deprimerte. I de verste tilfellene var sinnet så sterkt at en straffet seg selv ved å ta livet av seg. Da Beck studerte denne teorien fant han ut at depresjon handlet ikke om aggresjon, men om pessimisme. Mennesker med depresjon har negative tanker om seg selv og ser mørkt på verden rundt og framtiden. Beck mente at de negative tankene kan gjøre at man utvikler depresjon og at det er disse tankene som fører til de vonde følelsene og ikke omvendt. Det han kom frem til var at ved å lære de personene med depresjon å se sammenhengen mellom tanker og følelser, og bytte ut de negative tankene med realistiske tanker kunne lindre depresjonen. Gjennom dette laget han en egen form for terapi, kognitiv terapi (Aarre m.fl. 2009:26).

Forskning viser at kognitiv terapi er en effektiv form for behandling av depresjon (McEvoy, Burgess og Nathan 2014, Cuijpers m.fl. 2013, Berge og Repål 2012).

”Kognitiv terapi er en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre (Berge og Repål 2010:9)”.

Kognitiv terapi som også i noen sammenhenger blir kalt kognitiv atferdsterapi har de siste årene blitt en svært etterspurt og populær terapiform (2010:9). Kognitiv atferdsterapi har like stor effekt på depresjon som antidepressive legemidler og interpersonlig psykoterapi (Cuijpers m.fl. 2013, Aarre m.fl. 2009). Depressive tilbakefall er færre ved kognitiv terapi en ved antidepressive legemidler (Aarre m.fl. 2009:31). Innen kognitiv terapi finnes det flere ulike former som er tilpasset de forskjellige vansker pasientene har. Det kan for eksempel være for depresjon, angst, rusproblemer, mani, psykose, spiseforstyrrelser, søvnproblemer, overgrep, mishandling osv. Det brukes også i somatikken som for eksempel ved pasienter med kreft, diabetes og hjertesykdommer. Dialektisk atferdsterapi, metakognitiv terapi, skjematerapi, atferdsaktiverting, ”mindfulness”-basert kognitiv terapi og Acceptance and Commitment Therapy er forskjellige supplerende former som er utviklet for kognitiv terapi. (Berge og Repål 2010:9).

Den terapeutiske alliansen er en viktig del av behandlingen. Kognitiv terapi dreier seg om et godt samarbeid mellom pasienten og terapeuten. Dette samarbeidet dreier seg i hovedsak om hvordan problemene til pasienten framtrer i pasientens hverdag, og det som står i sentrum er

pasientens egen opplevelse av situasjonen og det er dens behov (Berge og Repål 2010:10). Et viktig moment i den terapeutiske alliansen er at begge parter har den samme forståelsen av hva problemet som skal løses er og er enige om hvilke mål enn jobber mot, og hvilke metoder og teknikker som skal benyttes (2010:223).

Norsk forening for kognitiv terapi sier at det er viktig for den kognitive tilnærmingen at overgangen mellom normal fungering og en psykisk lidelse er glidende. Vi vil alle i en viss grad kunne gjenkjenne følelser en person med psykiske problemer føler, det handler om gradforskjeller, ikke vesensforskjeller. Innenfor den kognitive terapien legges det vekt på at symptomene pasienten føler skal normaliseres med et utgangspunkt i forskning som er oppdatert på dette området (Norsk forening for kognitiv terapi u.å).

Innen kognitiv terapi er det tre mål som er sentrale: 1. Få kontroll over problemene. 2. Forstå hva som er grunnen til at disse problemene er blitt opprettholdt. 3. Forebygge nye problemer ved å finne metoder som kan brukes. Ved denne terapiformen skal pasienten lære å bli sin egen terapeut, så dette er en form for hjelp til selvhjelp (Berge og Repål 2010:10).

Hvem er en kognitiv terapeut? ”En kognitiv terapeut er en person som forstår psykiske vansker i kognitive termer og gjør dette til fokus under behandling (Wilhelmsen 2005:13)”. En kognitiv terapeut er ikke en beskyttet tittel, det vil si at hvem som helst kan kalle seg en kognitiv terapeut. I praksis brukes denne tittelen som oftest av psykologer, leger og andre med en treårig høyskoleutdanning og som har spesialisert seg innen kognitiv terapi (2005:12).

### **2.2.1 Kognitiv terapi i behandling av depresjon**

Kognitiv terapi er den formen for psykoterapi som er mest utprøvd på pasienter med depresjon. Denne terapiformen tar utgangspunkt i tankene og følelsene til den deprimerte. Dette gjøres oftest ved terapeuten og pasienten møtes et antall timer over en lengre tid (Aarre m.fl. 2009:91). Ved depresjon rettes denne terapiformen mot endringer i tankene og handlingene. Det dreier seg om kartlegging av aktiviteter i hverdagen, planlegging av praktiske gjøremål, diskutere de vonde tankene og hjelpe pasientene til å se seg selv utenfra (Berge og Repål 2010:67).

Første steg i terapien er å få et godt samarbeid og bli kjent med pasienten. Terapeuten viser respekt og prøver å sette seg inn i situasjonen til pasienten. Deretter henter terapeuten informasjon og danner seg et bilde av pasienten og problemene. Pasienter som lider av

depresjon kan ofte se livet sitt som kaotisk, derfor hjelper terapeuten med å sette opp en lise over de mest uttalte problemene. Terapeuten gir en forklaring av hva kognitiv terapi går ut på og forteller hvordan det vil fungere samt spør etter pasientens forventinger. Terapeuten gjør det han kan for at pasienten skal føle seg bedre allerede etter først møte. Spørsmål som begynner med hva og hvordan er oftest lettere å svare på en spørsmål med hvorfor. Dette må terapeuten tenke på, og prøve å unngå å stille vanskelige spørsmål. Risikoen for selvmord er høy blant personer med depresjon. Det er viktig med en åpen diskusjon rundt dette hvor terapeuten kartlegger om pasienten er suicidal eller ikke. I en slik samtale må hjelperen formidle, trygghet, varme og vise aksept for pasientens beskrivelser (Berge og Repål 2010:68).

I den kognitive terapien er terapeuten aktiv og strukturert, og formidler tydelig at den respekterer pasientens negative virkelighetsoppfatning. Hvis pasienten for eksempel ser seg selv som dum og verdiløs, er en del av terapeutens jobb å si det motsatte for å få pasienten til å endre tankemønster. Den kognitive terapeuten skal stort sett være en guide eller ledsager, men selvfølgelig også stille spørsmål i starten for å bli kjent med pasienten. Terapeuten stiller spørsmål som får pasienten til å reflektere rundt sin egen tenkning og problemløsning.

Spørsmål kan for eksempel være:

- Hva får du igjen for å ligge i sengen hele dagen?
- Hvis du prøver å gå en tur, hva kan du tape og hva er bra ved det?

I begynnelsen av samtalene setter man opp en plan for hva man skal snakke om den timen. Dette kan innebære et lite sammendrag fra pasienten på slutten hvor terapeuten får tilbakemeldinger. Ved kontinuerlige tilbakemeldinger kan man evaluere samarbeidet (Berge og Repål 2010:69-71).

Terapeuten observerer, og deler disse observasjonene fortløpende med pasienten, dette er for å teste pasientens hypoteser. Eksempel:

- Jeg opplever at du bruker mye tid på å tenke hva de rundt deg tenker om deg, stemmer det?

En tommelfingerregel for terapeuten er å diskutere detaljene i opplevelsene før en snakker om de generelle holdningene pasienten har til livet og seg selv. Realistiske oppfordringer i form av hjemmearbeid er en god form for å gi pasienten med depresjon mer motivasjon, energi og initiativ. Et viktig element i den kognitive terapien er plan- og dagbøker. En dagbok er en bok hvor en skriver ned det en faktisk gjør, og en planbok er en bok hvor en setter seg mål en

skal gjennomføre. Målene ved disse bøkene er å få flere gjøremål i hverdagen, spesielt aktiviteter som kan føre til en mestringsfølelse og tilfredsstillelse (Berge og Repål 2010:72-77).

Personer med depresjon bruker mye tid på å tenke og bekymre seg over mye forskjellig. Terapeuten kan hjelpe og gi noen råd til hvordan en kan få kontroll på denne grublingen. Et viktig mål er å få pasienten til å reflektere rundt tankene sine. Spørsmål her kan være:

- I hvilke situasjoner kommer tankene?
- Hvilke hendelser er det som utløser de?
- Hva påvirker tankene?
- Hva får deg til å slutte å gruble?

Målet ved å sette i gang tiltak mot bekymring er ikke å få pasienten til å slutte å bekymre seg, men redusere varigheten og styrken på bekymringen (Berge og Repål 2010:73-79).

”Depresjon preges av at negative tanker gjentas om og om igjen (Berge og Repål 2010:86)”. I følge Berge og Repål er det vanskelig å kartlegge de automatiske negative tankene og holdningene til pasienten, nettopp fordi de er så automatiske. Jo hyppigere tanker kommer, jo mer tror vi på de. Det er slik vi mennesker er og pasienten må bli informert om dette. Det at terapeuten motiverer pasienten til å registrere disse tankene vil ha en stor betydning for terapien. Dette kan gjøres på forskjellige måter, for eksempel et registreringsskjema av hendelse, tanker, følelser og alternative tanker (2010:85-90).

Avslutningsvis ser vi at det sentrale for denne terapiformen ved behandling av depresjon er å skape en trygg og tillitsfull relasjon gjennom bruken av spørsmål og refleksjoner. Pasienten skal lære å identifisere de negative tankene og drøfte disse i sammenhengen med følelser og handlinger (Berge og Repål 2010:93-94).

### 3 Metode

”Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2007:81).”

Vanligvis deler vi metode inn i kvalitativ eller kvantitativ metode. En kvalitativ metode tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Det er en metode som går i dybden og ser på kvaliteten av få undersøkelsesenheter. Kvantitativ metoder er for å finne gjennomsnitt og prosenter av større mengder undersøkelsesenheter. Denne metoden går i bredden og ser på det som er felles som representativt (Dalland 2007:82-84). Metoden for mitt forskningsprosjekt i denne oppgaven vil jeg si er en kombinasjon av både kvantitativ og kvalitative metoder. Jeg går i dybden av fire artikler, mens de igjen undersøker større mengder.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden jeg har brukt i denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. I en litteraturstudie stilles det forskningsspørsmål til litteraturen i stede for til personer som i et intervju. Det er mange kliniske spørsmål som kan bli besvart gjennom denne metoden. For eksempel spørsmål som ”Hva er effektivt? Hva fungerer best? Finnes det vitenskapelige bevis som støtter opp under det å anbefale en viss type behandling eller handling? (Forsberg og Wengsröm 2012:30)”.

I følge Fredriksen og Beedholm, er den arbeidsprosessen du skal gjennom før du har utarbeidet et godt og kvalifisert systematisk søk, er en prosess. I denne prosessen tydeliggjør du undersøkelsens formål, beskriver hvordan du har søkt på litteratur, hvordan du har valgt ut litteraturen, beskriver hvordan tekstene er analysert, du diskuterer resultatet av funnene i undersøkelsen og beskriver eventuelle anbefalinger av undersøkelsen (2012:49).

Grunnen til at jeg har valgt denne metoden er fordi formålet med undersøkelsen er å finne svar som belyser problemstillingen. En ulempe med denne metoden er at vi ikke får pasientens synspunkter av denne behandlingsformen direkte.



Definisjonen på et systematisk litteraturstudie er at det utgår fra et spørsmål som er tydelig formulert. Dette spørsmålet blir igjen besvart systematisk ved at det blir identifisert, valgt ut, vurdert og analysert i forhold til relevant forskning (Forsberg og Wengström 2012:31).

For å finne svar som belyser problemstillingen har jeg stilt to spørsmål til forskningen:

- Hvilke elementer er med på å fremme kognitiv terapi som en sykepleieintervensjon i behandling av depresjon?
- Er sykepleierollen egnet til å bruke kognitiv terapi i arbeidshverdagen for å behandle pasienter som lider av depresjon?

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg søkt, funnet og gått gjennom flere forskningsartikler, pensumbøker, selvvalgt faglitteratur, tidsskrifter og nettsider.

Met tanke på etikk har jeg vurdert det, men ikke funnet noen etiske betenkeligheter med mitt prosjekt.

### **3.2 Valg av databaser og søkeord**

For å finne relevante forskningsartikler og litteratur har jeg søkt i Cinahl, Academic Search Elite, PubMed, PsycARTICLES, ScienceDirect, SveMed+, PsykINFO, psykNET, tidsskrift for norsk psykologiforening, tidsskrift for norsk legeforening og sykepleien.no. Søkeordene jeg brukte var depresjon, depression, CBT, Kognitiv terapi, Cognitive behavior therapy, relapse, recurrence, prevent, prevention, nurse, nursing og therapeutic alliance. Når det var noen artikler jeg fant i databasene som så interessante ut og jeg ikke fikk fulltekst versjonen søkte jeg på artikkelens tittel i Google Scholar.

### **3.3 Inkluderings- og relevanskriterier**

Kriteriene jeg hadde da jeg lette etter forskning var at den skulle si noe om kognitiv terapi i behandlingen av depresjon. Artikkelen skulle ikke være eldre enn 8 år. De artiklene jeg fant som var fra før 2006 ekskluderte jeg. Forskningen skulle være på voksne personer fra 18-65 år, både kvinner og menn. Jeg har i hovedsak tatt for meg forskning av personer med depresjon uten opplyste tilleggs diagnoser. For eksempel ble depresjon i forhold til diabetes eller depresjon hos personer med schizofreni ikke ansett som relevante. Jeg har tatt med depresjon generelt, ulike grader og typer av depresjon ble ikke inkludert som et relevanskriterie. Grunnen til dette er at jeg fant få relevante artikler om samme type og grad av depresjon. Hvilke land artiklene var fra var ikke et inkluderingskriterie.

### 3.4 Inkluderings- og ekskluderingsprosessen

Da jeg lette etter artikler i databasene ble artikler basert på tittel inkludert først, deretter årstallet de var publisert. Videre ekskluderte jeg ut i fra alder og kjønn. Så leste jeg sammendragene til de artiklene hvor tittelen så relevant ut og jeg ekskluderte videre ut i fra sammendragene. Var det noen sammendrag som viste seg å være relevante, lagret jeg artiklene og leste de i fulltekst.

Totalt fant jeg fire internasjonale studier som ble inkludert. Disse artiklene ble valgt på bakgrunn av inkluderings- og relevanskriteriene. Jeg har forkastet en del artikler på grunn av at de ikke omhandlet akkurat det jeg så etter. Flere av artiklene omhandlet for eksempel eldre med depresjon eller depresjon hos pasienter med tilleggs diagnoser.

Da jeg leste og gjennomgikk artiklene brukte jeg IMRAD- metoden. Dette er en metode som er anbefalt å bruke fra Diakonhjemmet høgskole. Skolen selv henviser til wikipedias beskrivelse av metoden og jeg vil derfor presentere IMRAD- metoden på samme måte:

IMRAD er et akronym for Introduction, Methods, Results and Discussion. Strukturen i vitenskapelige artikler følger denne rekkefølgen:

- Introduction- Hvorfor ble undersøkelsen gjort? Hva var forskningsspørsmålet, problemstillingen, hypotesen eller formålet med undersøkelsen?
- Methods- når, hvor, og hvordan ble undersøkelsen gjort? Hvilke materiale ble undersøkt?
- Results- hva var resultatet? Hvilket svar ble funnet på forskningsspørsmålet? Var hypotesen sann? Ble formålet oppfylt?
- Discussion- Hva betyr svaret, og hvor viktig er det? Hvordan stemmer svaret med det andre forskere har funnet ut? Hva betyr svaret med hensyn til framtidige undersøkelser? (Wikipedia 2012)

### 3.5 Pensumbøker og selvvalgt pensum

Pensumbøkene jeg har brukt er de jeg anså som relevante for min oppgave. Selvvalgt litteratur fant jeg ved å lete på skolebiblioteket. Bøkene jeg har brukt omhandler kognitiv terapi, depresjon og valg av metoder. Bøkene er både nyere og eldre.

### 3.6 Kildekritikk

I forhold til bacheloroppgavens omfang, har jeg valgt fire artikler som er funnene i oppgaven. Fire artikler vil ikke være representativt nok i en større sammenheng. Men i denne oppgaven vil det kunne gi et svar på problemstillingen. Det er mulig at det finnes skjevheter i funnene da noen av artiklene har fått mer tid og fokus enn andre, selv om jeg har prøvd å jobbe like mye med alle fire artiklene. Morsmålet mitt er norsk, og jeg ser det utfordrende å lese og forstå artikler skrevet på engelsk. Særlig da dette språket i artiklene har vanskelige faglige begreper og formuleringer. Jeg syntes det kan være vanskelig å oversette poengene til godt norsk fra engelsk. Det er også mulig at noe informasjon er blitt utelatt på grunn av inkluderings- og ekskluderingskriteriene jeg hadde til artiklene. I forhold til problemstillingen ser jeg det kan være en utfordring å presentere dette fra et sykepleiefaglig perspektiv. I og med at jeg ikke fant forskning som gikk direkte på sykepleie og kognitiv terapi i forhold til depresjon har jeg valgt å trekke ut elementer som kan drøftes opp i mot teorien på et sykepleiefaglig nivå.

## 4 Litteraturgjennomgang

### 4.1 Utvalg

Artiklene er inkludert på bakgrunnen av inkluderingskriteriene som er beskrevet i metodedelene. Utvalget er følgende fire artikler:

**1. A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments.**

Forfatter: Cuijpers m.fl. Publisert: 2013. Database: Cinahl.

**2. Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance**

Forfatter: Weck m.fl. Publisert: 2013. Database: ScienceDirect.

**3. Moderators of continuation phase cognitive therapy's effects on relapse, recurrence, remission, and recovery from depression**

Forfatter: Vittengl, J.R., Clark, L.A., Jarrett, R.B. Publisert: 2010. Database: ScienceDirect.

**4. The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behaviour therapy**

Forfatter: McEvoy, P.M., Burgess, M.M., og Nathan, P. Publisert: 2014. Database: ScienceDirect.

### 4.2 Funn

Denne oppgavens funn er innholdet i artiklene. Disse funnene vil jeg presentere ved hjelp av IMRAD metoden.

#### 4.2.1 A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments.

Forfatter: Cuijpers m.fl. Publisert: 2013. Database: Cinahl.

#### **Introduksjon:**

Kognitiv adferdsterapi er den formen for psykoterapi for voksne med depresjon som er mest forsket på. Dette er en oppdatert meta-analyse av effekten av kognitiv terapi som behandling

for depresjon hos voksne. I denne studien ble kognitiv terapi sammenlignet med andre behandlingsalternativer for depresjon.

**Metode:**

Studien ble gjort gjennom flere databaser. De studiene som ble inkludert hadde undersøkt effekten av kognitiv adferdsterapi sammenlignet med kontrollgrupper, legemiddelbehandling og andre psykoterapiformer. Det var til sammen 1237 artikler i full tekst som ble undersøkt.

**Resultat:**

Totalt var det 115 studier som hadde inklusjonskriteriene. Det ble ikke funnet noen indikasjon på at kognitiv terapi var mer eller mindre effektiv enn andre former for psykoterapi eller legemiddelbehandling. Kombinasjonsbehandling viser seg å være mye mer effektivt enn medikamenter alene.

**Diskusjon:**

Effektstørrelsen som ble funnet overvurderer den sanne effektstørrelsen fordi det er blitt funnet klare indikasjoner på skjevhet i publikasjonen av studiene. Noen studier er av god kvalitet og noen dårligere. I denne meta-analysen er det brukt en del av de studiene med dårlig kvalitet og effektstørrelsen blir derfor ikke riktig. Grunnen til at de med dårligere kvalitet ble brukt er fordi det finnes betydelig fler av de enn de med god kvalitet.

**Konklusjon:**

Det er ingen tvil om at kognitiv behandling er en effektiv behandlingsmetode for depresjon, selv om effekten kan ha blitt overvurdert. I og med at dette er den behandlingsformen som det er forsket mest på er det dermed også denne som har størst bevis på effekt.

**4.2.2 Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance.**

Forfatter: Weck m.fl. Publisert: 2013. Database: ScienceDirect.

**Introduksjon:**

Depressive lidelser er ofte tilbakevendende og for hver depressiv episode man har øker risikoen ytterligere for en ny episode. I kognitiv adferdsterapi er en sentral målsetting å forebygge tilbakefall av depresjon. I denne studien får pasienter med alvorlig tilbakevendende

depressive lidelser en vedlikeholdende kognitiv terapi behandling (M-CBT) hvor målet med behandlingen var å forhindre tilbakefall. Den terapeutiske tilslutningen og den terapeutiske alliansen ble etterforsket som en variabel for å redusere risikoen for tilbakefall ved depresjon. Resultatet ble sett på et år etter at behandlingen ble avsluttet.

**Metode:**

Den vedlikeholdende kognitive behandlingen var av 16 økter som gikk over 8 måneder. I studien var det totalt 180 deltakere, 90 i hvert behandlingsopplegg. Det ble gjort videoopptak av 80 deltakere som ble analysert for å vurdere den terapeutiske tilslutningen og kompetansen. Den terapeutiske alliansen ble vurdert ved hjelp av spørreskjema.

**Resultat:**

Et år etter behandlingen ble det ikke funnet noen sammenhenger mellom den terapeutiske tilslutningen eller kompetansen i forholdt til å forebygge risikoen for nye tilbakefall. Den terapeutiske alliansen ble der i mot heller funnet som en betydelig variabel for å forebygge tilbakefall. Det ble også funnet at antall tidligere episoder av depressive lidelser ( $\geq 5$  vs  $\leq 4$ ) var en betydelig faktor for tilbakefall.

**Diskusjon:**

Det ble funnet at tidligere depressive episoder var en betydelig faktor for tilbakefall. Dette indikerer at forholdet mellom pasienten og terapeuten var spesielt viktig når pasienter med fem eller flere tidligere depressive episoder ble tatt i betraktning, i forhold til pasienter med fire eller færre episoder.

**Konklusjon:**

Tilstrekkelig oppmerksomhet mot den terapeutiske alliansen er viktig for både den psykoterapeutiske behandlingen av tilbakevendende depresjon og forebygging av nye tilbakefall.

**4.2.3 Moderators of continuation phase cognitive therapy's effects on relapse, recurrence, remission, and recovery from depression**

Forfatter: Vittengl, J.R., Clark, L.A., Jarrett, R.B. Publisert: 2010. Database: ScienceDirect.

**Introduksjon:**

Omtrent halvparten av pasientene som responderer på kognitiv terapi i en akutt fase for alvorlig depressive lidelser vil få tilbakefall innen to år. En fortsettende behandling med kognitiv terapi senker denne risikoen. I denne studien ble det studert demografiske, kliniske, kognitive, sosial- menneskelig, og personlighets variabler. Disse variablene ble studert for å avklare hvilke pasienter i fortsettelsesfasen av den kognitive terapien som unngår tilbakefall og gjentakelse, og som oppnår en bedring og utvinning.

### **Metode:**

Det var 156 pasienter med i denne studien, alle hadde en tilbakevendende alvorlig depressiv lidelse. Disse pasientene var med på behandling med kognitiv terapi i akutt fasen av depresjonen. Dette behandlingsopplegget var randomisert til åtte måneders kognitiv terapi i fortsettelsesfasen av depresjonen. Oppfølgingskontroll var 10 planlagte vurderinger over 16 måneder.

### **Resultat:**

Forenelig med en underliggende risikoreduksjonsmodell, ser man at en fortsettelsesfase med kognitiv terapi etter en akutt depresjon var nyttig for å senke risikoen for nye tilbakefall. Det var en større risiko og/eller dysfunksjon for yngre pasienter med tidligere alvorlig depresjon. Disse viser større dysfunksjonelle holdninger og personlighetstrekk som tyder på lav positiv aktivering (for eksempel redusert energi og entusiasme, og ensomhet), og forbigående forhøyet depressive symptomer sent i akutfasen av depresjonen med behandling og restsymptomer etter responsen av behandlingen i den akutte fasen.

### **Diskusjon:**

Alle pasienten er deprimert i forskjellige grader, og har forskjellig behov for en fortsettende behandling. Dette kan påvirke resultatene. Sykdomsbildet til pasienten er også en variabel for utfallet, og de som har hatt depresjoner i ungdomstiden skiller seg ut.

### **Konklusjon:**

En fortsettelsesfase med kognitiv terapi etter en akutfase er nyttig for å forebygge tilbakefall av depresjon og for å oppnå en bedring i lidelsen. Dette ser vi særlig yngre pasienter kan ha nytte av.

#### 4.2.4 The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behaviour therapy

Forfatter: McEvoy, P.M., Burgess, M.M., og Nathan, P. Publisert: 2014. Database: ScienceDirect.

##### **Introduksjon:**

Kognitiv atferdsterapi (CBT) er en effektiv behandlingsform for depresjon, både individuelt og i grupper (CBGT). Men det er fortsatt en betydelig variasjon i behandlingen og dens resultater. Pasientenes interne mellommenneskelige problemer kan påvirke behandlingsresultatene, enten direkte eller gjennom et forhold med den hjelpende alliansen. Mellommenneskelige problemer kan påvirke alliansen og utfallet forskjellig i individuelle- og gruppebehandlinger. Hovedformålet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom menneskelige problemer, allianse, frafall og resultater. Dette ble gjort klinisk med pasienter med angst eller depresjoner, både individuelt og i grupper.

##### **Metode:**

Til sammen var det 199 deltakere med i studien hvorav 69.8 % var kvinner. Det var flere deltakere med depresjon enn angst med. 84 av deltakerne fikk individuell behandling, mens de 115 andre var i grupper. Det ble satt i gang tiltak som gikk på de mellommenneskelige problemene, alliansen, og på symptomendringer. Disse tiltakene ble gjort i starten og i slutten av behandlingen med kognitiv atferdsterapi.

##### **Resultater:**

I gruppeterapien var pre- behandlingen av interne mellommenneskelige problemer assosiert med økt risiko for frafall og dårlige resultater. Dette forholdet ble ikke formidlet av alliansen. I den individuelle behandlingen var de som rapporterte en bedre allianse mer sannsynlig for å fullføre behandlingen.

##### **Diskusjon:**

Pasientene som fikk behandling individuelt og i grupper var ikke tilfeldig, så utvalget vil være med på å gjøre en skjevhet i resultatene. Noen analyser ble bare brukt for å oppdage store effekter. Hjelp alliansens bedømminger var høy, så utvalgets begrensninger kan ha skjult noe i forholdet mellom hjelpealliansen, nedsliting og utfallet.



**Konklusjon:**

Pre- behandling av menneskelige problemer øker risikoen for frafall og spår dårlige resultater i gruppeterapi, men ikke i individuell terapi. En sterkere allianse er assosiert med behandlingens resultater i den individuelle terapien men ikke i gruppeterapien.

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte problemstillingen min i lys av forskningsfunnene, litteratur og egne erfaringer. Problemstillingen er som følger: ”Hvordan egner kognitiv terapi seg som en sykepleieintervensjon i behandling av depresjon?”. Dette er et vidt spørsmål så jeg har stilt noen forskningsspørsmål for å finne svar på dette. Disse spørsmålene er som nevnt tidligere: 1. Hvilke elementer er med på å fremme kognitiv terapi som en sykepleieintervensjon i behandling av depresjon? 2. Er sykepleierollen egnet til å bruke kognitiv terapi i arbeidshverdagen for å behandle pasienter som lider av depresjon?

Det finnes flere interessante temaer å drøfte i denne oppgaven. De temaene jeg har valgt ut er den terapeutiske alliansen, individuell terapi kontra gruppeterapi, forebygging av tilbakefall, sykepleierollens egnethet og kombinasjonsbehandling. Grunnen til at jeg valgte å drøfte disse temaene er fordi de svarer best til min problemstilling.

### 5.1 Den terapeutiske alliansen

Den terapeutiske alliansen innenfor kognitiv terapi har vist seg å være en viktig del i behandlingen av depresjon (Berge og Repål 2012, Weck m.fl. 2013, McEvoy, Burgess og Nathan 2014). Den terapeutiske alliansen dreier seg om et godt samarbeid mellom terapeuten og pasienten (Berge og Repål 2010:10). For å kunne skape denne alliansen det viktig å få en god relasjon og tillit til pasienten allerede fra starten av. Og som sykepleieteoretikeren Travelbee sier, så er sykepleie en mellommenneskelig prosess. Terapi er en iboende menneskelig prosess, og evnen til å danne et samarbeid mellom terapeut og pasient blir sett på som en viktig komponent for effektiv psykoterapi på tvers av alle behandlingsformer og formater (McEvoy, Burgess, Nathan 2014).

Tidligere i oppgaven er den terapeutiske alliansen og hvordan sykepleier kan møte pasienter med depresjon beskrevet. Her kan man se at det finnes mange paralleller. I sykepleierutdanningen er det mye fokus på hvordan sykepleier kan skape en god relasjon og tillit til pasientene. Dette er noe som gjelder i forhold til alle pasienter, enten det er på sykehus, sykehjem, hjemmesykepleien eller i psykisk helsearbeid. Det å skape en god relasjon og få tillit er en stor og viktig del av arbeidet sykepleierne allerede gjør i sin hverdag. Dermed har sykepleiere denne måten å arbeide på i seg og vil egne seg godt til å kunne danne en god terapeutisk allianse.

I mange sammenhenger kjenner sykepleierne pasientene godt fra før og har dannet seg et stort og helhetlig bilde av pasientsituasjonen over lengre tid, som for eksempel på institusjoner og i hjemmesykepleien hvor sykepleiere ser pasientene daglig. Med dette er en stor del av jobben gjort når enn skal skape en terapeutisk allianse. Dette kan være en fordel for å gå videre med å bruke kognitiv terapi i behandling av en depresjon, både for pasienten og sykepleierens del. I følge norsk helseinformatikk er det mange med depresjon som stenger det inne fremfor å søke hjelp (Norsk helseinformatikk 2013). Det kan for mange være et stort steg å innse at en lider av depresjon og for eksempel må gå til psykolog. Også med tanke på symptomene som er beskrevet tidligere. Hvis du allerede har en relasjon og tillit til en sykepleier som kan bruke denne terapiformen kan dette være en enklere vei å gå.

I resultatene til en av forskningsartiklene kom det frem at det ikke var noen sammenheng mellom den terapeutiske tilnærmingen og kompetansen. Det som hadde en stor betydning i den kognitive terapien for å forebygge nye tilbakefall av depresjon var den terapeutiske alliansen (Weck m.fl. 2013). Den terapeutiske alliansen har altså mer å si enn kompetansen til terapeuten. En kognitiv terapeut er i følge Wilhelmssen "... en person som forstår psykiske vansker i kognitive termer og gjør dette til fokus under behandling (2005:13)". Som tidligere nevnt er en kognitiv terapeut ikke en beskyttet tittel (2005:12), og sykepleiere kan dermed også kalle seg for kognitive terapeuter og kan bruke denne formen for terapi. En forutsetning er at de har kunnskaper om metoden og vet hvordan den skal brukes. I teoridelen ble det skrevet at norsk forening for kognitiv terapi sier at vi vil alle i en viss grad vil kunne gjenkjenne følelser en person med psykiske problemer føler, det handler om gradforskjeller, ikke vesensforskjeller (u.å). Vi er alle mennesker, og uavhengig av utdanning og kompetanse vil alle kunne gjenkjenne disse følelsene i forskjellig grad. Men med tanke på utdanningen har sykepleiere større kompetanse innen dette feltet enn mange andre yrkesgrupper.

Utfordringer vil oppstå over alt i sykepleierket. I forhold til den terapeutiske alliansen kan det bli en utfordring å avslutte denne alliansen og et relasjonsbrudd vil oppstå. Kognitiv terapi er en form for hjelp til selvhjelp, hvor pasienten skal lære å bli sin egen terapeut (Berge og Repål 2010:10). Som beskrevet i teoridelen kan det ha utviklet seg et avhengighetsforhold enten fra den ene, eller fra begge sider (Hummelvoll 2004:193). Her er det viktig å være profesjonell i rollen som sykepleier for å unngå dette. Det å være profesjonell er noe som vektlegges i sykepleierutdanningen. Sykepleiere har også som oftest en opptrent evne til å avslutte et slikt forhold i og med at vi møter nye mennesker og avslutter forhold daglig.

## 5.2 Individuell-/gruppeterapi

Når det gjelder terapeutisk allianse i forhold til individuell- og gruppeterapi kommer det frem i en av forskningstudiene at individuell terapi er mer nyttig enn gruppeterapi. En sterkere allianse er assosiert med behandlingens resultater i den individuelle terapien, men ikke i gruppeterapien (McEvoy, Burgess, Nathan 2014). Sykepleiere er en yrkesgruppe som oftest møter pasientene individuelt og kommer dermed mer inn på det enkelte menneske og kan lettere skape en relasjon og en allianse. I en gruppesamling vil det være vanskeligere å se den enkeltes behov og man møter pasientene på en annen måte. Dette vil være gjensidig for pasientene i forhold til å få tillit til terapeutene. I den samme artikkelen ble det også nevnt at ved individuell terapi vil det også være lettere for pasienten å komme med verbale bidrag, og at ikke bare mellommenneskelige problemer mellom terapeut og pasient kan oppstå, men også problemer mellom gruppedeltakerne (McEvoy, Burgess, Nathan 2014). Etter at et behandlingsopplegg med kognitiv terapi er fullført, vil det være en fin mulighet for sykepleier å drive en fortsettende behandling for å forebygge tilbakefall av depresjonen. Denne fortsettende behandling har store muligheter for at det kan skje på individuelt plan.

## 5.3 Forebygging av tilbakefall

Tilbakefall av depresjon er et av de største helseproblemene nå for tiden. (Berge og Repål 2010:245). Det å forebygge disse tilbakefallene er en viktig del av den kognitive terapien (Berge og Repål 2010, Weck m.fl 2013, Vittengl, Clark og Jarrett 2010). Forebyggingen er en del hvor sykepleier kan spille en stor rolle. Det er mange muligheter for sykepleier å være med på å forebygge tilbakefall av depresjon hvis sykepleieren kan bruke den kognitive terapiformen. Forskning viser at tilstrekkelig oppmerksomhet mot den terapeutiske alliansen er viktigere enn kompetansen til hjelperen, dette gjelder både for den psykoterapeutiske behandlingen av tilbakevendende depresjon og forebygging av nye tilbakefall (Weck m.fl. 2013).

Antall tidligere depressive episoder er en av de største risikoene for tilbakefall (Berge og Repål 2010, Weck m.fl. 2013). For hver episode man har, øker risikoen ytterligere for en ny episode (Weck m.fl. 2013). For å kunne forebygge tilbakefall er det da viktig at terapeuten kjenner pasienten og sykdomshistorien fra før, og som nevnt i teoridelen kan terapeuten være med på å kartlegge risikosituasjoner og fare signaler, og lage en beredskapsplan (Berge og Repål 2010:245-252). Dette er en oppgave sykepleier kan egne seg til, som i mange situasjoner kjenner pasientene og sykdomsbildet godt.

En av forskningsartiklene sier at omtrent halvparten av pasientene som responderer på kognitiv terapi i en akutt fase for alvorlig depressive lidelser vil få tilbakefall innen to år. En fortsettende behandling med kognitiv terapi senker denne risikoen (Vittengl, Clark og Jarrett 2010). Her ser vi en mulighet hvor sykepleiere kan være med å bidra. Det vil være en fin anledning for det i blandt annet hjemmesykepleien, på institusjoner og i psykisk helsearbeid. Her kan sykepleier for eksempel bruke elementer fra den kognitive terapien for å være med på å hjelpe med å opprettholde tankene og holdningene pasienten har lært i terapien. Det kan også være sykepleier kjenner pasienten fra før, for eksempel i kommunehelsetjenesten har ofte sykepleier kontakt med pasienten både før og etter en eventuell innleggelse. Da vil det kunne være lettere å drive fortsettende behandling når pasienten er kjent for sykepleier i forhold til den terapeutiske alliansen.

Ikke bare ved forebygging av tilbakefall av depresjon vil det være nyttig å bruke kognitiv terapi, men også for å forebygge depresjon generelt. Kognitiv terapi vil lære pasientene til å tenke på en annen måte, en måte som kan tas med videre i hverdagen. Dette kan brukes i situasjoner hvor det er risiko for å utvikle depresjon. I følge Berge, Ekelund og Skule innebærer depresjon enorme samfunnskostnader. Dette i form av redusert produktivitet, fravær fra arbeid og tapte skatteinntekter, sekundært av trygdeutgifter (2008:320). For å kunne være med på å redusere disse samfunnskostnadene kan pasienter som lider av depresjon få et tilbud om behandling i form av kognitiv terapi. Her vil også sykepleier være en fin mulighet, kontra å gå til behandling hos for eksempel psykolog.

#### **5.4 Sykepleierollens egnethet**

Med tanke på å oppdage pasientene med depresjon i et tidlig forløp har sykepleiere en god mulighet. Når en depresjon blir oppdaget tidlig er det gode muligheter for å forebygge en forverring. Og hvis pasienten har hatt en depresjon før er det større mulighet for å forebygge tilbakefall ved tidlig oppdagelse. Som beskrevet i teoridelen er to risikofaktorer for å utvikle nye tilbakefall hvor tidlig depresjonene startet og hvor lange tidligere depresjoner har vart før behandling. Mange som begynner å utvikle en depresjon venter lenge med å oppsøke hjelp. For eksempel i hjemmesykepleien hvor mange eldre sitter alene. Her er det mulig for sykepleier å komme inn og bruke kognitiv terapi. Også på somatiske sykehus hvor det er sykepleier som har mest kontakt med pasienten er det en mulighet for å observere og fange opp mulige akutte depressive symptomer. Som beskrevet i teoridelen er det mange med

somatiske sykdommer som også lider av depresjon (Berge og Repål 2002:17). På somatiske sykehus kan sykepleier kontakte lege og få pasienten diagnostisert og medisinert. Etter dette kan sykepleier begynne smått med elementer av kognitiv terapi for å være med på å forebygge en forverring av depresjonen frem til pasienten blir skrevet ut av sykehus og kan begynne med et mer ”ordentlig” behandlingsopplegg. Når man tenker på somatiske pasienter i sykehus tenker man kanskje først og fremst på de pasientene som er på sykehuset for en kort periode. Man tenker kanskje ikke på de som er inn og ut av sykehus og som ofte ligger på sykehus over en lengre tid, for eksempel kronikere. I forhold til disse pasientene vil det være nyttig å kunne bruke kognitiv terapi for å forebygge og opprettholde. Når en pasient for eksempel får beskjed om en akutt sykdom vil det kunne oppstå en krisereaksjon. Her vil det kunne utvikle seg en depresjon, men det kan være for tidlig å begynne med kognitiv terapi. Her er det da nødvendig å være oppmerksom på at en depresjon kan utvikles og følge med og eventuelt sette i gang tiltak etter hvert.

Alvorlig deprimerte personer kan miste evnen til å ta vare på seg selv og dekke de grunnleggende behovene (Hummelvoll 2004:188). Sykepleiere har evnen til å observere dette og eventuelt hjelpe pasienten med å dekke disse behovene. Med tanke på de pasientene som får hjelp hjemme er dette en fordel med at sykepleier kan bruke kognitiv terapi, den har mulighet til å hjelpe med andre nødvendige ting samtidig. Som igjen kan være med på å forbedre den helhetlige situasjonen.

Det å støtte pasientene og hjelpe med å finne håp og mestring er også noe sykepleiere har i seg og gjør i det daglige. Dermed er dette en god egenskap sykepleiere har med seg i forhold til å oppmuntre og støtte innen kognitiv terapi.

En annen utfordring med at sykepleiere bruker denne formen for terapi vil være å bruke det på en riktig måte. Som nevnt tidligere brukes kognitiv terapi oftest av yrkesgrupper som har spesialisert seg i denne terapiformen (Wilhelmsen 2005:12). For å kunne behandle depresjon og andre sykdommer/lidelser ved hjelp av denne terapiformen er det dermed viktig at sykepleier har god kunnskap om både sykdommen/lidelsen og terapiformen, og vet hvordan en skal bruke denne. Det kan eventuelt være mulig å bruke noen elementer av denne formen i hverdagen for å for eksempel opprettholde behandlingen og forebygge nye tilbakefall. Ikke nødvendigvis å bruke hele formen som en hel terapi behandling. Kognitiv terapi dreier seg som sagt om å endre tankene og handlingene og det vil vel da også være mulig å gjøre dette

med elementer av terapiformen i hverdagen. På en side er dette riktig, men på en annen side kan man spørre seg om det strider i mot hva norsk forening for kognitiv terapi sier:

” Det er viktig å skille mellom det å være en god kognitiv terapeut og en terapeut som bruker kognitive teknikker. Kognitiv terapi er ikke en samling teknikker, men en helhetlig måte å tenke og forstå et menneske og dets problemer på (Norsk forening for kognitiv terapi u.å.)”

Hvis dette skal være en del av sykepleien burde det vel også bli en viktig del i utdanninga. Når man i mange sammenhenger jobber tverrfaglig er det nødvendig å skille mellom rollene og oppgavene.

### **5.5 Kombinasjonsbehandling**

I en av forskning studiene er det funnet at kombinasjonsbehandling med medikamenter og kognitiv terapi er mye mer effektivt enn medikamenter alene (Cuijpers m.fl. 2013). Det er mange pasienter som allerede går på medikamenter mot sin depressive lidelse. Men ettersom det er bevist at en kombinasjonsbehandling er mer effektivt burde det brukes mer kognitiv terapi i kombinasjon med legemidler, og det vil være behov for flere kognitive terapeuter og sykepleiere som kan bruke dette. Medikamenthåndtering er ett av sykepleierens hovedansvarsområder og i mange sammenhenger er sykepleier hos pasienten allerede for å gi medisiner. Her vil sykepleieren være godt plassert og rustet for å kunne bruke kognitiv behandling i tillegg. Dette for eksempel på institusjoner og i hjemmesykepleien. Her ser vi også en mulighet for å drive med en fortsettende behandling med kognitiv terapi som tidligere beskrevet.

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å undersøke hvordan kognitiv terapi egner seg som sykepleieintervensjon i behandling av depresjon. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg konkludert med at kognitiv terapi egner seg godt som en sykepleieintervensjon i denne sammenhengen. Dette ble funnet ved å ha sett på ulike elementer som er med på å fremme kognitiv terapi som en sykepleieintervensjon og hvordan denne formen for terapi egner seg for sykepleieren i en travel arbeidshverdag.

- Et av de viktigste punktene for å fremme kognitiv terapi som en sykepleieintervensjon er den terapeutiske alliansen. Dette er en svært viktig del av terapien, og en god terapeutisk allianse er viktigere enn kompetansen til hjelperen. I mange sammenhenger kjenner sykepleieren pasientene fra før og det å skape en god relasjon og få tillit er allerede en stor del av det daglige arbeidet til sykepleiere. Dermed egner sykepleiere seg godt til å kunne skape en god terapeutisk allianse.
- Det kom frem at individuell terapi er mer nyttig en gruppeterapi. Sykepleierne møter pasientene oftest individuelt og har en god forutsetning for å kunne bruke denne formen for terapi i mange sammenhenger på individuelt nivå.
- Tilbakefall av depresjon har vist seg å være et stort problem. For å unngå dette er det viktig med god forebygging. Sykepleieren, særlig i kommunehelsetjenesten, har ofte kontakt med pasienten både før og etter en eventuell innleggelse. Her er det mange muligheter for sykepleier å bidra i det daglige. Det er ofte sykepleierne kjenner pasientene godt, noe som er en forutsetning for å kunne være med på å forebygge tilbakefall av depresjon.
- Sykepleiere er godt egnet til å kunne være med på å oppdage depresjon i en tidlig fase og sette i gang tiltak for å forebygge en videreutvikling av depresjonen ved hjelp av kognitiv terapi. Dette gjelder mange steder som for eksempel på somatiske sykehus, hjemmesykepleien og andre institusjoner. Sykepleiere har også en god evne til å kunne dekke andre grunnleggende behov, samtidig som han/hun kan behandle depresjon med kognitiv terapi.



- Kombinasjonsbehandling med medikamenter og kognitiv terapi er mye mer effektivt enn kognitiv terapi alene. Medikamenthåndtering er ett av sykepleierens hovedansvarsområder, og i mange sammenhenger er sykepleier hos pasient allerede for å gi medisiner, her er det en ypperlig mulighet for å kunne gjøre kognitiv terapi samtidig.

En viktig forutsetning for at sykepleiere kan bruke denne formen for terapi i behandling av depresjon er kunnskaper om metoden. Kognitiv terapi som behandlingsform burde få mer fokus i sykepleieutdanningen, og mer kurs for ferdig utdannede for at dette skal kunne bli en del av sykepleierens hverdag. Dette er en form for terapi som er forsket mye på som en helhetlig terapiform, men en ting som derimot burde forskes mer på er hvordan man kan utvikle denne formen, og tilpasse den til sykepleierens hverdag med for eksempel enkelte kognitiv terapi elementer. Det bør også da forskes på om dette har en like god effekt som en helhetlig terapiform. Elementer av denne formen for terapi vil gjøre det enklere for sykepleier å bruke dette i en travel arbeidshverdag. Og det at sykepleiere kan benytte denne terapiformen vil være med på å hjelpe samfunnet en hel del, det vil kunne brukes av sykepleiere i de fleste behandlingssituasjoner som på sykehus, hjemmesykepleien, sykehjem og i psykisk helsearbeid.

## 7 Litteraturhenvisninger

1. Aarre, T.F., Bugge, P. og Juklestad, S.I. (2009). *Psykatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
2. Berge, T., Ekelund, M. Og Skule, C. (2008). Kurs i mestring av depresjon. I: Berge, T. og Repål, A (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. 1. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
3. Berge, T. og Repål, A. (2010). *Den indre samtalen, Lær deg kognitiv terapi*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
4. Berge, T. og Repål, A. (2002). *Lykke tyvene, hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug.
5. Craighead, W.E. m.fl. (2011). Recurrence of MDD: A Prospective Study of Personality Pathology and Cognitive Distortions. *Personality disorders: Theory, Research, and Treatment* 2011. Vol. 2, no. 2, 83-97. Doi:10.1037/a0020456. Hentet fra Psyknet.
6. Cuijpers, P. m.fl. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *The Canadian journal of psychiatry* 2013;58 (7):376-385. Hentet fra Cinahl.
7. Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
8. Forsberg, C. og Wengström, Y. (2012). *At göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stocholm: Forfattarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
9. Fredriksen, K., og Beedholm, K. (2012). 3.1.2 Litteraturreview. Stinne Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
10. Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt*. 6.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

11. Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. 1. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
12. Krüger, M.B. m.fl. (2000). *Depresjonshåndboka*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
13. McEvoy, P.M., Burgess, M.M. og Nathan, P. (2014). The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behaviour therapy. *Journal of affective disorders* 157 (2014) 25-32. Doi: 10.1016/j.jad.2013.12.038. Hentet fra Science Direct.
14. Mykletun, A., Knudsen, A.K. og Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 18. Februar fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:0:25,5498&MainContent\\_6246=6503:0:25,5508&Content\\_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92:::0:0)
15. Norsk forening for kognitiv terapi (u.å.). *Hva er en god kognitiv terapeut?* Hentet 13 februar 2014 fra: [http://www.kognitiv.no/hva\\_er\\_en\\_god\\_kognitiv\\_terapeut\\_/cms/128](http://www.kognitiv.no/hva_er_en_god_kognitiv_terapeut_/cms/128)
16. Norsk forening for kognitiv terapi (u.å.). *Hva er kognitiv terapi?* Hentet 13. Februar 2014 fra: [http://www.kognitiv.no/kognitiv\\_terapi/cms/32](http://www.kognitiv.no/kognitiv_terapi/cms/32)
17. Norsk Helseinformatikk (2013). *Forekomst av depresjon*. Hentet 27. Januar 2014 fra: <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst-9116.html?page=2>
18. Norsk helseinformatikk (2013). *Symptomer og tegn på depresjon*. Hentet 14. februar 2014 fra: <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-symptomer-og-tegn-9114.html?page=1>

19. Skaug, E-A. og Andersen, I.D. (2005). Beslutningsprosesser i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 1. Utgave Oslo: Gyldendals akademisk.
20. Store medisinske leksikon (u.å.). *Tilbakefall*. Hentet 14. Februar 2014 fra: <http://sml.snl.no/tilbakefall>
21. Vittengl, J.R., Clark, L.A. og Jarrett, R.B. (2010). Moderators of continuation cognitive therapy's effects on relapse, recurrence, remission, and recovery from depression. *Behaviour Research and Therapy* 48 (2010) 449-458. Doi: 10.1016/j.brat.2010.01.006. Hentet fra ScienceDirect.
22. Weck, F. m.fl. (2013). Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance. *Psychiatry Research* 210 (2013) 140-146. Doi: 10.1016 Hentet fra ScienceDirect.
23. WHO (2012). Depression. Hentet 27. Januar 2014 fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>
24. Wikipedia (2012). *IMRAD*. Hentet 16. februar 2014 fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/IMRAD>
25. Wilhelmsen, I. (2005). *Sjef i eget liv*. 1.utgave. Stavanger: Hertervig forlag.