



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **Når bekymringer blir en lidelse**

Emnekode: SY 180H

Dato:09.04.14

Kandidatnr.: 1

Antall ord i besvarelsen: 9900

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b>	s. 3
<b>1.1.</b> Presentasjon av tema og problemstilling	s. 3
<b>1.2.</b> Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	s. 3
<b>1.3.</b> Avgrensning og presisering av problemstilling	s. 6
<b>1.4.</b> Begrepsavklaring	s. 6
<i>1.4.1. Psykiske lidelser</i>	s. 6
<i>1.4.2. Tillit</i>	s. 7
<i>1.4.3. Mennekse-til-mennekse-forholdet</i>	s. 7
<i>1.4.4. Generalisert angstlidelse</i>	s. 7
<i>1.4.5. Negative tankemønstre</i>	s. 8
<i>1.4.6. Kognitiv adferdsterapi</i>	s. 8
<i>1.4.7. Behandlingsallianse</i>	s. 9
<b>1.5.</b> Oppgavens disposisjon	s. 10
<b>2. Teori</b>	s. 10
<b>2.1.</b> Teoretisk referanseramme	s. 10
<b>2.2.</b> Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee	s. 11
<b>2.3.</b> Kognitiv teori	s. 13
<b>2.4.</b> Teori rundt angst	s. 14
<i>2.4.1. Betydningen av selvfølelse</i>	s. 14
<i>2.4.2. Negative tanker og utfordring av disse</i>	s. 14
<b>3. Metode</b>	s. 15
<b>3.1.</b> Hva er metode?	s. 15
<b>3.2.</b> Ulike metoder	s. 16
<b>3.3.</b> Valg av metode	s. 16
<b>3.4.</b> Litteraturstudie	s. 16
<i>3.4.1. Etske overveielser</i>	s. 17
<i>3.4.2. Litteratursøk</i>	s. 17
<i>3.4.3. Presentasjon av litteratur</i>	s. 18
<b>3.5.</b> Kildekritikk	s. 19
<b>3.6.</b> Vitenskapsteoretisk redegjørelse	s. 21

<b>4. Funn og drøfting</b>	s. 21
<b>4.1. CBT ved GAD</b>	s. 21
<i>4.1.1. CBT er en effektiv behandlingsmetode ved generalisert angstlidelse.</i>	21
<i>4.1.2. Forutsetting for utøvelse av CBT innen sykepleie</i>	s. 23
<b>4.2. CBT hjelper mot negative tankemønstre</b>	s. 24
<b>4.3. Behandlingsallianse er en viktig faktor for å oppnå et positivt behandlingsresultat ved CBT</b>	s. 26
<b>5. Konklusjon</b>	s. 28
<b>Litteraturliste</b>	s. 30

## **1. Innledning**

### **1.1. Presentasjon av tema og problemstilling**

Temaet for denne oppgaven er generalisert angstlidelse. Jeg har sett gjennom praksis hvordan denne lidelsen kan påvirke mennesker i deres hverdag. Jeg ønsker derfor å fordype meg i hva det innebærer å ha generalisert angstlidelse, og hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe personer med generalisert angstlidelse med å lindre angsten.

Problemstillingen lyder som følger:

”Hvordan kan jeg som sykepleier bruke kognitiv adferdsterapi hos en pasient med generalisert angstlidelse for å endre negative tankemønstre.”

### **1.2. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling**

Bakgrunnen for mitt valgt av tema er at jeg som student har inntrykk av at det er relativt lite fokus på psykiske lidelser i grunnutdanningen for sykepleie og i praksis. Erfaringen min er at angstlidelser får mindre oppmerksomhet enn somatiske problemer og sykdommer.

En annen grunn til at jeg ønsker å fordype meg i temaet er at angstlidelser er noen av de mest utbredte psykiske lidelsene i dagens samfunns. Forskning viser at en fjerdedel av den norske befolkningen får en angstlidelse i løpet av sitt liv og 15 % i løpet av bare ett år (Mykletun et al 2009). Dette viser at slike lidelser er et betydelig folkehelseproblem i Norge, og det er derfor kanskje enda viktigere at sykepleiere med flere har gode kunnskaper om temaet. Fra 1999 til 2006 hadde vi i Norge en opptrappingsplan for psykisk helse der regjeringen prøvde å ta fatt på psykiske lidelser som for angstlidelser (St. prp. nr. 63, 1997-98), men i følge Sigurjónsdóttir (2009) er det stor tvil om tilbudet til personer med psykiske lidelser er blitt noe bedre. Undersøkelser viser heller antydninger til at det har blitt verre for de mest dårligstilte psykiatriske pasientene (Sigurjónsdóttir 2009). Dette skyldes kanskje at hjelpetiltak som ble tilbudt under opptrappingsperioden forsvant igjen etter at pengestøtten uteble fra 2006. Verdens helseorganisasjon har også gjort undersøkelser i forbindelse med

psykisk helse. De har konkludert med at psykiske lidelser er årsaken til en tredjedel av all uførhet i verden (World Health Organization 2001). Vi kan da kanskje si at psykiske lidelser ikke bare er et helseproblem i samfunnet, men også et økonomiproblem, da uførhet fører til tapt arbeidskraft og utbetaling av sykepenger. I følge Rosenvinge (2011c) er det antatt at vi bruker mellom 60 og 70 milliarder kroner i året på sykdomsgruppen psykiske lidelser, noe som gjør den til den mest kostbare sykdomsgruppen i vårt samfunn (Rosenvinge 2011c). Vi kan spørre oss om det ikke ville vært billigere for samfunnet å tilby psykiatriske pasienter bedre behandling og oppfølging enn å neglisjere problemet? Kan årsaker til neglisjering av psykiske lidelser være at det er så vanlig i samfunnet at det på en måte er blitt akseptert at det bare er slikt? Eller omvendt, at psykisk helse fremdeles er et relativt tabubelagt tema?

Gjennom praksis møtte jeg flere pasienter med generalisert angstlidelse, som hadde negative tanker som følge av den. Jeg fikk se på nært hold hvordan de negative tankene styrte deres hverdag, og hemmet dem i de simpleste gjøremål. Jeg møtte en dame gjennom praksis i hjemmesykepleie som hadde denne lidelsen. Hun slet med symptomer som konstant uro, bekymring, skjelvinger og hodepine. På et besøk hos henne fikk jeg oppleve hvor sterkt lidelsen preget både henne og ektemannens hverdag. Jeg var nettopp kommet inn hos dem og NN satt i en stol. Hun var langt fra avslappet, men virket å være i godt humør. Ektemannen kom og spurte om de skulle begynne med middagen. Jeg kunne tydelig se at hun ble spent i kroppen og hevet skuldrene. Hun var stresset og hadde allerede anstrengt pust. Ektemannen indikerte ikke direkte at hun skulle hjelpe til med middagen, det var mer ment som en beskjed om at han begynte med gjøremålet. NN responderte raskt at dette trodde hun ikke at hun kom til å klare å hjelpe til med. Hun sa at hun ville få hjertebank og pusteproblemer. Hun var også redd for plutselig å besvime. Hun ville derfor helst bare bli sittende. Disse bekymringene var noe NN ytret straks ektemannen hadde nevnt gjøremålet. Dette er nok en typisk reaksjon noen med generalisert angst kan få. Her fikk pasienten representert en relativt lett hverdagslig utfordring, men negative tanker om hva som kunne skje dersom hun deltok gjorde at hun automatisk trakk seg. Det er denne typen adferd jeg ønsker å hjelpe pasienter med angst å endre på slik at de kan håndtere de negative tankene, og kanskje dempe angsten som følger med dem. Jeg finner nok ikke en bestemt metode for hvordan man skal hjelpe alle pasienter med sine negative tanker som følge av generalisert angst, da det ikke finnes en universalmetode som vil fungere for alle. Jeg vil derimot samle mye informasjon om generalisert angst, kognitiv adferdsterapi og momenter som er viktige i møte med de aktuelle pasientene, for å oppnå en bedringsprosess.

For å klare å hjelpe pasienten med å håndtere sin angst vil det være nødvendig at det skapes en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. Det må brukes gode kommunikasjontechnikker, man må være bevisst eget kroppsspråk og en må skape trygghet rundt pasienten (Blix og Breivik 2006, Eide og Eide 2012).

Dersom man fortsetter med til dels å neglisjere denne problemstillingen, vil kanskje konsekvensene være at temaet fortsetter å få mindre fokus relativt til behovet innenfor sykepleien. Det kan bli et bortglemt satsningsområde innenfor helsevesenet fordi for få setter fokus på dette relativt vanlige samfunnsproblemet. For pasientene som lider av generalisert angst kan konsekvensene være at de må vente lenge for å få tilbud om et optimalt behandlingsopplegg, og i de tilfeller der de er uføre, fortsette å være det selv om de kunne fått hjelp til å bli yrkesaktive igjen. En annen veldig alvorlig konsekvens av dårlig psykisk helse på lang sikt kan, i følge Gjertsen (1998), være at pasienten finner seg selv i en så uutholdelig situasjon at han ser selvmord som eneste utvei (Gjertsen 1998). I Norge registreres det cirka 525 selvmord hvert år (Helsedirektoratet 2011). Jeg tror de fleste synes dette er et høyt tall og man skulle ønske å se det kraftig redusert. Det er derfor kanskje enda viktigere at vi ikke overser det økende behovet for bedre behandlingstilbud til pasienter som har en psykisk lidelse.

Jeg ønsker med denne oppgaven å finne ut hvordan man som sykepleier kan hjelpe pasienter til å dempe symptomene ved generalisert angstlidelse, ved hjelp av kognitiv adferdsterapi. Målet med terapiformen er å hjelpe pasienten til å identifisere sine negative og selvdestruktive tanker, og hindre at de danner onde sirkler (Berge og Repål (red.) 2008). Hensikten er ikke å kurere pasienten for sin angstlidelse. Det ville vært et urealistisk mål da angst er et menneskelig fenomen som både er nødvendig og uunngåelig (Rosenvinge 2011a). Det er heller ikke en oppgave jeg som sykepleier kan eller burde påta meg alene. Jeg ønsker å hjelpe pasienten med å endre de negative tankene som gjerne kommer automatisk ved generalisert angstlidelse. Jeg håper at pasienten gjennom kognitiv adferdsterapi kan få en bedre forståelse av angsten og dermed kanskje klare å kontrollere negative tanker bedre, slik at man klarer å dempe eller forebygge en økning av angsten. Pasienten vil kanskje også med en bredere forståelse av sin angst med tiden klare å mestre den bedre.

### **1.3. Avgrensning og presisering av problemstilling**

Temaet mitt handler om sykepleie til pasienter med generalisert angstlidelse. Slike pasienter har ofte mange symptomer som følge av den, inkludert negative tankemønstre. Sykepleien går da ut på å hjelpe dem til å bli bevisst disse tankene og prøve å endre dem i en mer positiv retning. På grunn av oppgavens fokus og størrelse tar jeg ikke for meg andre typer angstlidelser enn generalisert angstlidelse. Oppgaven utdyper ikke andre symptomer relatert til angsten enn negative tanker, og jeg vil heller ikke legge vekt på andre behandlingsmetoder enn kognitiv terapi for denne lidelsen. Oppgavens mål er ikke å helbrede pasienten for sin angst. Dette har like mye med sykepleieres naturlige faglige begrensninger å gjøre som begrensninger i oppgavens omfang. Arenaen for sykepleien vil være innenfor hjemmesykepleien i primærhelsetjenesten. Dette er kanskje en arena hvor sykepleieren kan komme nærmere inn på sine pasienter og har større mulighet til å utøve sykepleie over en lengre periode enn for eksempel på sykehus og andre lignende institusjoner der pasienten ofte oppholder seg for en kort periode for så å reise hjem igjen. Jeg håper at oppgaven kan inspirere de sykepleierne i primærhelsetjenesten som kanskje syns at psykisk helseproblematikk er litt vanskelig, til økt kunnskap, en tryggere holdning, en mer positiv fremtoning og en bedre praksis, noe som kan ha positiv innvirkning på pasientens bedringsprosess. Innledningsvis i oppgaven har jeg gjort rede for sentrale begreper i problemstillingen min som generalisert angstlidelse, negative tankemønstre og kognitiv adferdsterapi. Grunnet oppgavens omfang bruker jeg forkortelser for enkelte begrep. Kognitiv adferdsterapi kalles på engelsk «Cognitive Behavioral Therapy» og forkortes til CBT. Generalisert angstlidelse heter «Generalized Anxiety Disorder» med ICD-10-forkortelsen GAD.

### **1.4. Begrepsavklaring**

#### **1.4.1. *Psykiske lidelser***

Psykiske lidelser brukes som en fellesbetegnelse for alle plager og symptomer som påvirker våre tanker, følelser, adferd, væremåte, eller hindrer oss i å ha omgang med andre mennesker. Dette er et relativt stort område og kan omfatte alt fra fobier, angst og depresjoner til mer

alvorlige tilstander som schizofreni (Mykletun et al 2009).

#### ***1.4.2. Tillit.***

Tillit kan beskrives som en følelse man opplever som følge av den andres godhet, ærlighet og dyktighet når den er til å stole på. Sykepleieren møter mange pasienter som er avhengige av hjelp og støtte, men det betyr ikke at pasienten automatisk har tillit til sykepleieren.

Sykepleieren må som alle andre mennesker gjøre seg fortjent til tillit. Dette skjer kun når pasienten føler seg trygg på at sykepleieren vil hjelpe til i vanskelige situasjoner ut fra hva som er best for han, uavhengig av andre agendaer eller byråkratiske systemer (Fugelli 2011).

#### ***1.4.3. Menneske – til – menneske - forholdet***

Dette handler om det forholdet en sykepleier skaper med sin pasient. I dette forholdet er målet å se på hverandre som to unike individer, som to mennesker som møtes på grunn av en spesifikk situasjon. Sykepleieren kommer ikke inn i hjemmet til pasienten kun som "hjelperen" eller "sykepleieren", men som et menneske med kunnskap, forståelse og ydmykhet for det lidende mennesket. Målet med å tilstrebe et slikt forhold ligger i at pasienten skal føle seg likestilt med sykepleieren på tross av hans situasjon (Eide og Eide 2012).

#### ***1.4.4. Generalisert angstlidelse***

Hovland (2007) forklarer angst som et fenomen som kan oppstå når det er sterke følelser i sving i grenselandet mellom menneskers håp og tvil (Hovland 2007). Generalisert angstlidelse (GAD) er en kronisk lidelse med konstant angst og spenning. Tilstanden preges ofte av bekymring for fremtiden. Pasienten har vansker med å konsentrere seg og lider av symptomer som skjelving, muskelspenninger, svette, hjertebank, svimmelhet, hodepine og generelt kroppslig ubehag (Kringlen 2011). Det finnes forskjellige grader av generalisert angst, og alle mennesker opplever lidelsen forskjellig. Enkelte mennesker opplever slettes ikke angsten som



en lidelse i det hele tatt. Alle mennesker kan oppleve angst i utfordrende situasjoner, men evnen til å klare å kontrollere angsten, og legge den ifra seg når man igjen opplever situasjonen som overkommelig og trygg, er det som skiller den ”sunne angsten” fra den ”sykelige” (Fjørtoft 2006). Hummelvoll (2012) mener at angst ikke er der som et onde for mennesket. Det er på et vis prisen vi må betale for å være menneskelig. Angsten har i utgangspunktet som funksjon å hindre oss i å utsette oss for forutsette ulykker og farer, og er en del av menneskets overlevelsesinstinkt (Hummelvoll 2012). Siden man ofte er usikker på hva som trigger at personer utvikler GAD, er den vanskeligere å forebygge og behandle enn andre angstlidelser som sosial angst, panikkangst og prestasjonsangst. I disse tilfellene vet man oftest hva som utløser angsten og kan rette behandlingen mot et spesifikt problem for at personen skal føle bedring (Rosenvinge 2011b). Selv om mange pasienter med GAD opplever at de er bekymret store deler av tiden, må man likevel ikke tro at GAD er frykten for absolutt alt, da ingen mennesker er redde for alt. GAD er en spesifikk bekymringslidelse, men den spesifikke bekymringen blir kronisk ved GAD (Berge og Repål (red.) 2008).

#### ***1.4.5. Negative tankemønstre***

Med negative tankemønstre menes de negative tankene som automatisk oppstår som følge av pasientens angstlidelse. Pasienten kjenner en bekymring som følge av at han står ovenfor noe som han opplever som utfordrende. Det kan være en situasjon som oppleves som ny og truende, eller mer spesifikt, pasienten er redd for at han skal bli bekymret. Pasientens tanke om at han bekymrer seg for å bli bekymret kommer ofte av tidligere opplevelser der negative tanker har oppstått (Berge og Repål (red.) 2008). Tankegangen til et menneske med GAD kjennetegnes vanligvis av slike ubehagelige tanker og negative forestillinger om hans fortid, nåtid og fremtid. Disse negative forestillingene virker svært troverdige for pasienten selv, men er ofte overdrevne eller direkte ukorrekt i forhold til virkeligheten (Berge og Repål (red.) 2008). De negative tankemønstrene opprettholder i stor grad angstlidelsen (Butler et al 1991).

#### ***1.4.6. Kognitiv adferdsterapi***

Kognitiv adferdsterapi (CBT) er en dokumentert behandlingsmetode man bruker for å forstå

og behandle psykiske lidelser som GAD. Terapien handler om å lære pasienten ferdigheter til å håndtere sin lidelse og oppmuntre ham til å sette seg mål for å oppnå dette. Ved GAD vil CBT gjøre pasienten oppmerksom på sine urimelige, selvkritiske og pessimistiske tankemønstre, og hvorfor de virker angstfremkallende. Behandlingsmetoden prøver å hjelpe pasienten til å identifisere negative og selvdestruktive tanker, og hindre at de danner onde sirkler. Det er snakk om vonde følelser og tanker som har negativ innvirkning på pasienten. Målet med behandlingsmetoden er ikke bare å gjøre pasienten bevisst sine negative tanker, men å lære ham å distansere seg fra dem og vurdere gyldigheten av dem, slik at han kan prøve å kontrollere tankene når de oppstår (Berge og Repål (red.) 2008). CBT er en kompleks behandlingsmetode og den forutsetter at sykepleieren har kjennskap til teori og metodiske prinsipper når hun skal gi forandringsveiledning (Eide og Eide 2012). Behandlingsmetoden er fleksibel og kan kombineres med andre typer behandlinger som for eksempel medikamentell behandling, familieintervensjoner, gruppeterapi og situasjonshåndtering, der dette er hensiktsmessig (Berge og Repål (red.) 2008).

#### ***1.4.7. Behandlingsallianse***

Behandlingsallianse er et sentralt begrep innen CBT. Pasienten må ha et ønske om å få hjelp. Ingen sykepleiere eller andre behandlere kan hjelpe en pasient som ikke ønsker å få behandling for sin lidelse. Pasienten må vise engasjement og vilje til å bli bedre, og være aktiv for å oppnå et positivt resultat av behandlingsmetoden (Berge og Repål (red.) 2008). En god kontakt og en sterk allianse mellom sykepleier og pasient er en viktig faktor for motivasjon, endring og utvikling (Eide og Eide 2012). Det å be andre om hjelp for sin angstlidelse kan være vanskelig fordi man må åpne seg opp for andre mennesker (Berge og Repål (red.) 2008). Pasienter med GAD har en frykt for å bli avvist. Denne frykten er like reell når pasienten møter en behandler som når han for eksempel møter en nabo. Dette stiller i følge Berge og Repål (red.) (2008) store krav til behandleren. Det er viktig at pasienten ikke føler seg avvist eller frarøvet sin stolthet fordi han kommer til behandling for sin lidelse. Hvis pasienten føler likeverdighet er det større sjanse for at det skapes en positiv relasjon og man får til en god samhandling. Det er viktig at det skapes en gjensidig tillit og forståelse mellom pasient og sykepleier tidlig i behandlingsfasen (Berge og Repål (red.) 2008). Det kan bidra til en god allianse mellom partene, som kan ha en positiv innvirkning på behandlingsresultatet (Berge og Repål (red.) 2008, Lustig et al 2002). Allianse beskrives som et samspill mellom

sykepleieren og pasienten for å oppnå et felles mål (Berge og Repål (red.) 2008, Eide og Eide 2012). I behandlingsalliansen er både pasienten og behandleren enige om behandlingens mål og hvordan det målet skal oppnås (Berge og Repål (red.) 2008).

### ***1.5. Oppgavens disposisjon***

Oppgaven består av seks hovedkapitler med tilhørende underkapitler.

Første kapittel inneholder en presentasjon av oppgavens tema og problemstilling, med begrunnelse for valg av tema og problemstilling. Videre finner man avgrensning og presisering av problemstillingen, samt begrepsavklaringer, for å gjøre det lettere for leseren å forstå teksten i oppgaven. Til slutt presenteres oppgavens disposisjon. I andre kapittel redegjør jeg først for teoretisk referanseramme. Videre presenterer jeg sykepleieteoretikerer jeg har valgt. Så gjør jeg rede for kognitiv teori, samt aktuell teori rundt GAD. I tredje kapittel, metodekapittelet, redegjør jeg for ulike metoder, valg av metode og begrunnelse for valget. Jeg beskriver hva en litteraturstudie er og utførelsen av den. Videre redegjør jeg for etiske overveielser i forbindelse med oppgaveskrivingen, og hvordan jeg har søkt etter litteratur, med en tilhørende presentasjon av litteraturen jeg har brukt. Til slutt i kapitlet tar jeg for meg kildekritikk og vitenskapelige redegjørelse. I fjerde kapittel presenterer jeg hovedfunnene og drøfter dem opp mot forskning og faglitteratur. Jeg har valgt å drøfte funnene fortløpende etter hvert som de presenteres. I femte kapittel har jeg skrevet en kort konklusjon der jeg har samlet hovedpoengene i oppgaven. Litteraturlisten presenteres helt til slutt i oppgaven.

## **2. Teori**

### **2.1. Teoretisk referanseramme**

Jeg bruker sykepleierteoretiker Joyce Travelbee til denne oppgaven på grunn av hennes fokus på mellommenneskelige relasjoner, kommunikasjon og teori rundt "terapeutisk bruk av seg selv" i møte med den lidende pasient. Dette er viktige faktorer for relasjonsbygging og samarbeid mellom sykepleier og pasient som må være til stede når man skal hjelpe mennesker med GAD. Travelbee var utdannet psykiatrisk sykepleier og hadde muligens derfor mer fokus

på det psykiske enn det somatiske hos mennesket. (Travelbee 2010).

## **2.2. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee (2011) ble født i New Orleans i USA i 1926. Hun er en av sykepleieteoretikerne har prøvd å klargjøre hva sykepleie er, og stimulere til sykepleiefaglig tenkning som bidrag til sykepleierforskning og organisering av sykepleierutdannelsen (Kristoffersen 2011). Travelbee ble utdannet til sykepleier i 1946. Deretter tok hun bachelorgrad og mastergrad innenfor sykepleiefaget (Travelbee 2010). Hun jobbet som psykiatrisk sykepleier og var opptatt av de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbee la stor vekt på- og mente det var viktig for sykepleieren å skape en god relasjon med pasienten, og slik få mulighet til å bruke seg selv terapeutisk (Kristoffersen 2011). I 1973 begynte hun med en doktoravhandling, men etter kort tids sykdom døde hun samme år bare 47 år gammel, før hun rakk å avsluttet doktoravhandlingen. Hun jobbet da som leder på Louisiana State University School of Nursing for videreutdanning av sykepleiere (Travelbee 2010).

Når man møter mennesker med angst er det kanskje viktigst for sykepleieren å etablere en relasjon med pasienten. For å klare dette må forholdet mellom sykepleier og pasient preges av tillit og likeverd. Travelbee's tenking om sykepleierens rolle og ansvar, menneske-til-menneske-forholdet og "terapeutisk bruk av seg selv" i en behandlingsprosess handler om å tilstrebe seg en slik relasjon og vinne pasientens tillit. Hennes teori legger stor vekt på mellommenneskelige relasjoner, kommunikasjon og empati som er viktige faktorer når man skal hjelpe mennesker med GAD.

Travelbees beskrivelse av begrepet lidelse belyser viktige aspekter omkring det å forstå menneskers opplevelse av angst. Hennes grunnleggende tanke om lidelse er at det ikke er en fysisk opplevelse som er universell for alle som opplever den, men en sammensatt sosial, åndelig, psykisk og emosjonell-fysisk erfaring. Travelbee (2010) forklarer begrepet lidelse som en erfaring som oppfattes og oppleves individuelt. Det er en følelse av ubehag som varierer i intensitet, varighet og dybde (Travelbee 2010). Dette stemmer godt med lidelsen angst. Angst kommer i mange former og klassifiseringer fra mildt til moderat og sterk angst,

samt panikk. Likevel vil de forskjellige angstformene ha likhetstrekk og generelle kjennetegn, men uansett er det kun den som opplever angsten som kan si noe om hvordan den føles (Hummelvoll 2012). Ethvert individ vil oppleve sin angst på en unik måte (Travelbee 2010).

Når Travelbee snakker om sykepleierens rolle og ansvar er det ikke selve rollen som sykepleier hun mener. Hun mener tildeling av roller som "sykepleier", "hjelper" og "pasient" kan virke ødeleggende i behandlingsprosessen. Rollene bidrar til å legge en demper på relasjonsbyggingen fordi de ikke synliggjør den enkeltes personlighet og karakteristika. Travelbee tenkning er at sykepleieren skal være der for pasienten som et medmenneske. Både sykepleieren og den syke skal forholde seg til hverandre som unike individer, slik at et likeverdig forhold mellom dem kan oppstå. Det er kun da en relasjonsprosess kan oppstå og et menneske-til-menneske-forhold skapes. Når et menneske-til-menneske-forhold er etablert og sykepleieren klarer å se forbi pasienten i kraft av kun å være pasient og lære å kjenne det helhetlige mennesket bak lidelsen, vil hun få en bedre forståelse av den sykes situasjon. Dette gjør at sykepleieren kan gi god og målrettet omsorg. Sykepleieren vil da kunne se hva som er pasientens behov og hjelpe pasienten å mestre eller finne en mening med sin lidelse (Kristoffersen 2011).

Travelbee (2010) definerer kommunikasjon som en aktiv handling mellom to parter der man utveksler tanker og meninger, men også som en erfaring partene deltar i. I følge Travelbee (2010) vil det ved ethvert møte foregå kommunikasjon. Den kan bestå av verbal eller ikke-verbal kommunikasjon, holdninger, uttrykk og adferd. Kommunikasjon gir sykepleieren en unik mulighet til å bli kjent med pasienten, se hvordan angsten preger ham og hvordan han reagerer på ulike situasjoner. Pasienten får også en mulighet til å bli kjent med sykepleieren og avgjøre om han føler tillit til vedkommende. Kommunikasjon er derfor en faktor som er med på å skape et menneske-til-menneske-forhold. Gjennom menneske-til-menneske-forholdet vil sykepleieren få en bedre forståelse av hvordan pasienten opplever angsten og tilegne seg erfaringer for å kunne dekke hans behov. Kommunikasjon er et viktig verktøy for sykepleieren for å skape en god relasjon og oppnå gjensidig tillit. Kommunikasjonsprosessen bør preges av forståelse, empati, ydmykhet og respekt fra sykepleierens side, da angst er en høyst individuell opplevelse som kan være et sårbart tema, ikke minst fordi det kan ligge mye frykt bak. En god relasjon og gjensidig tillit er to ubetingede faktorer når man skal hjelpe mennesker med angst, for det er først når pasienten føler seg trygg på sykepleieren at han har tillit til å la henne hjelpe. Kommunikasjon er altså ikke et mål i seg selv men et verktøy for å

oppnå målet (Travelbee 2010).

Travelbee (2010) bruker begrepet "terapeutisk bruk av seg selv", som har en sentral plass i hennes sykepleiertenkning. Med dette mener hun at sykepleieren skal bruke seg selv og sin personlighet bevisst for å skape en forandring hos den syke. Denne forandringen anses for å være terapeutisk hvis den lindrer pasientens angst. For å kunne klare å bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren være bevisst egen adferd og hvordan den kan påvirke andre. Hun må ha selvinnsett, selvforståelse og en forståelse av hva som avgjør menneskets adferd. Sykepleieren må besitte evnen til å en dyp forståelse av hva det vil si å være menneske, og forstå omfanget av sykdom, lidelse og død, og hvilken betydning det har for pasienten. Det vil også kreve at sykepleieren har gode kunnskaper om pasienten, samt innsikt i pasientens lidelse og sine egne personlige egenskaper. Sykepleieren må finne en balanse mellom disiplin, selvinnsett, fornuft, intellekt, logikk, sympati og medfølelse. Sympati og medfølelse må ikke forveksles med vennlighet og godvilje, da vennlige følelser ikke er det samme som å bruke seg selv terapeutisk, og kan ikke kompensere for manglende kunnskaper. Det kreves empati, medfølelse, tillit og en målrettet intellektuell tilnærming for å finne veien til en bedringsprosess for den angstfylte pasienten (Travelbee 2010).

### **2.3. Kognitiv teori**

Kognitiv teori ser på angst som et resultat av pasientens egne antakelser om seg selv og mennesker rundt seg. Antakelsene utformer et kognitivt skjema som forteller ham hvordan han skal tolke informasjonen han tar inn over seg om verden rundt seg. Skjemaet har som funksjon å organisere, sortere og tolke informasjon og gi pasienten en opplevelse av mening, helhet, forutsigbarhet og sammenheng i hverdagen (Berge og Repål (red.) 2008). Pasienter med GAD har, som tidligere nevnt, negative tankemønstre, som automatisk gjør at de alltid forventer verst tenkelig scenario. Dette gjør at de ofte forvrenger informasjon de tar inn over seg og får en mangelfull forståelse av seg selv og sine evner, samt hendelser i omgivelsene rundt seg. Resultatet vil ofte bli at pasienten overser viktig informasjon eller ugyldiggjør den slik at han gjør urealistiske tolkninger av de aktuelle hendelsene (Rosenvinge 2011d).

## **2.4. Teori rundt angst**

### ***2.4.1. Betydningen av selvfølelse***

Hvordan vi mennesker opplever oss selv er viktig for vår psykiske, sosiale og fysiske helse. Vår selvoppfatning styrer våre holdninger og personlige valg i livet, og sier noe om hvem vi er. Selvoppfatningen blir imidlertid påvirket av mennesker rundt oss. Som mennesker søker vi tilhørighet og aksept, og vi måler vår selvfølelse ut fra kvaliteten på våre nære relasjoner til andre. Søken etter å etablere meningsfulle relasjoner til andre er et overordnet menneskelig behov. Hvis man opplever samhandling med andre mennesker som vanskelig og preget av konflikter, vil man føle manglende tilhørighet, noe som får en negativ innvirkning på selvfølelsen. Mennesker som lider av angst har ofte lav selvfølelse (Bjørkvik og Nielsen 2006, Butler et al 1991). Ved lav selvfølelse vil den angstfulte pasienten være redd for at han skal feile eller bli avvist. Han er bekymret for at han ikke skal strekke til, eller skuffe andre. Pasienten frykter at han skal ende opp alene. Ensomhet kan frarøve ham meninger og utviklingsmuligheter, som igjen er en trussel mot hans selvfølelse. Hvis frykten blir for stor og han ikke klarer å håndtere angsten er det imidlertid ikke uvanlig at han velger ensomheten foran menneskelig kontakt. Dette er en unnvikelsesstrategi for å dempe angsten (Bjørkvik og Nielsen 2006)

### ***2.4.2. Negative tanker og utfordring av disse***

Det finnes flere tilnæringsmetoder innen CBT, og først når pasientens angstlidelse er godt kartlagt kan man avgjøre hvilken metode som passer best for den enkelte. Behandlingen legges opp individuelt ut fra pasientens behov. Et fellestrekk ved alle metodene er at de prøver å endre negativ adferd ved å utfordre negative og destruktive tanker hos pasienten. En pasient med GAD opplever verden som et skummelt sted og opplever usikkerhet i mange situasjoner, men det er ikke situasjonen i seg selv som er skummel, det er de medfølgende følelsene. Hvis pasienten lærer seg å endre tankene som følger med en usikker situasjon, kan han også endre følelsen rundt den. Gjennom behandlingsprosessen vil behandler og pasient sammen se på tidligere hendelser i pasientens liv som tilsynelatende underbygger hans negative oppfatninger, og se på om det finnes en alternativ måte å oppfatte dem på. Behandler vil bevisst prøve å finne positive kvaliteter i disse hendelsene og samle informasjon som kan

styre pasientens tanker i en mer konstruktiv retning. Pasienten kan under denne prosessen skrive dagbok der han fører opp positive egenskaper og hendelser, samt situasjoner han møter på. Dagboken kan hjelpe pasienten til å se positive kvaliteter ved seg selv og hendelser i hverdagen. Pasienten vil da lære at negative og vonde følelser ikke er direkte sannheter, men antakelser som kan testes (Berge og Repål (red.) 2008).

Når behandler skal utfordre de vonde følelsene pasienten har omkring seg selv, vil ikke første fokus være å kartlegge pasientens positive egenskaper. Dette er noe man jobber med etterhvert i behandlingen. Først er det ønskelig at pasienten våger å kjenne på de vonde følelsene uten å skyve dem vekk eller fortrenge dem (Berge og Repål (red.) 2008). Årsaken er at man ikke kan endre negative følelser hvis man ikke helt erkjenner dem. Dette kan være en tung prosess for pasienten. Følelser som for eksempel tristhet, skam, fortvilelse, ensomhet, aggresjon eller dyp sorg kan være vanskelig å konfrontere, og kanskje spesielt vanskelig å måtte dele med andre. Behandler vil gjennom denne prosessen oppfordre pasienten til å beholde selvmedfølelsen, og ikke overveldes av de vonde følelsene. Berge og Repål (red.) (2008) henviser til Gilbert og Irons, som sier at denne utfordringen ikke har som utgangspunkt å gi pasienten bedre selvtillit eller gjøre han mer selvsikker. Den handler om å lære ham at det er greit å forholde seg til positive følelser rundt seg selv som sympati, varme, tilgivelse, akseptering og trygghet (Berge og Repål (red.) 2008).

### **3. Metode**

#### **3.1. Hva er metode?**

Dalland (2012) refererer til Tranøy, som beskriver metode som en fremgangsmåte man tar i bruk for å innhente ny kunnskap eller etterprøve påstander for å se om de holder krav til troverdighet, gyldighet og holdbarhet. Metoden kan brukes som et middel ved problemløsning, eller som redskap når man skal finne frem til et svar. Den sikrer også at informasjonen som man innhenter holder mål (Aubert 1985). Metoden forteller oss hvordan vi burde gå frem for å innhente eller etterprøve ny kunnskap. Når en metode er valgt bør man kunne begrunne hvorfor akkurat den er relevant for den spesifikke oppgaven (Dalland 2012).



### **3.2. Ulike metoder**

Vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Hvilken metode en benytter kommer an på hva man skal undersøke. Den kvalitative metoden benyttes ofte når man er ute etter å finne umålbare resultater. Fokuset for denne metoden er å finne personlige meninger og opplevelser i resultatene i den relativt begrensede litteraturen man har valgt. Dette i motsetning til den kvantitative metoden, der man tar sikte på å gjennomgå langt flere resultater, sammenligne disse med hverandre og se på om de eventuelt kommer frem til samme konklusjon. De kvantitative funnene er ofte målbare og kan fremstilles som verdier i en tabell (Dalland 2012).

### **3.3. Valg av metode**

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie med en kvalitativ tilnærming som metode. Jeg skal altså ta for meg et relativt begrenset antall artikler, vurdere de karakteriserende dataene vedrørende temaet jeg fokuserer på, og i større grad gå i dybden på de kvalitative variasjonene i innholdet. Dette gir meg mulighet til å innhente mye informasjon om temaet og gi oppgaven den bredden og dybden jeg ønsker (Dalland 2012). Jeg har valgt å fortelle om en personlig erfaring fra praksis, for å gi leseren et bilde av hvordan negative tanker kan styre hverdagen til mennesker med generalisert angst. Jeg håper praksiseksempelen vil vise sammenhengen mellom teori og praksis og gi en bedre forståelse av hva oppgaven dreier seg om for leseren.

### **3.4. Litteraturstudie**

Litteraturstudie er en metode der man søker etter, og innhenter, litteratur om et tema som allerede er forsket på. Når man har orientert seg om hvilken litteratur og informasjon som finnes rundt det aktuelle temaet, foretar man en systematisk gjennomgang av de skriftlige kildene med et kritisk blikk på kunnskapen som formidles. Litteraturstudiet skal inneholde en oversikt over hvordan man har foretatt søk etter artikler, bøker, rapporter med mer, og en beskrivelse av hvorfor man har valgt å bruke, eventuelt valgt å ikke bruke, den aktuelle litteraturen. Kildene man benytter bør helst være av nyere dato, men finnes det lite forskning innen området kan man strekke søket litt lengre bak i tid for å se hvilken forskning som er gjort rundt temaet. Hovedsaken er at litteraturen man finner er korrekt og like aktuell og

relevant i dag som da den ble skrevet. Å gjennomgå litteraturen på en systematisk og kritisk måte er en viktig og nødvendig prosess, da det finnes mye forskning innen helse- og omsorgssektoren. Dette gjør at kravet til troverdighet, relevans og kvalitet blir større når man som student skal utføre en litteraturstudie (Axelsson 2008). Jeg har søkt etter bøker, forskningsartikler og rapporter fra primærkilder som er relevante for oppgaven. Med primærkilder mener man litteratur som er skrevet av vedkommende som har gjennomført forskningen. Ved en systematisk kvalitativ litteraturstudie vektlegges bruken av primærkilder, noe Axelsson (2008) mener er påkrevd i en hver forskningsprosess. Når man benytter primærkilder får man førstehåndsinformasjon, noe som bidrar til å sikre at litteraturen man har brukt er pålitelig og sann (Axelsson 2008).

### **3.4.1 Etiske overveielser**

Som nevnt i kapittel 3.3, «Valg av metode», har jeg valgt å benytte en praksiserfaring fra studietiden min. Jeg anonymiserer dette eksemplet slik at en ikke kan gjenkjenne person eller stedsnavn. Dette gjør jeg for å ivareta personens integritet og vise vedkommende respekt, men også fordi jeg som sykepleierstudent har en lovpålagt taushetsplikt (Hustad 2013, Lov om helsepersonell §3). Dalland (2012) skriver om viktigheten av å følge etiske retningslinjer og om å ta hensyn til personvernloven. Dette for å sikre at enkeltpersoners sensitive opplysninger ikke kommer på avveie eller blir misbrukt. Det er viktig at vi ivaretar pasientens anonymitet på en korrekt måte slik at vi ikke krenker hans personlige integritet og privatlivets fred (Dalland 2012). I Lov om helsepersonell § 21. er lovverket tydelig vedrørende hvordan vi som helsepersonell skal forholde oss til sensitive opplysninger;

*Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.*

*(Lov om helsepersonell § 21.)*

### **3.4.2. Litteratursøk**

Jeg har søkt etter informasjon og litteratur i databasene: Google Scholar, Norart, ProQuest,

Helsebiblioteket, ODIN, Science Direct, Bibsys, PsycNET, PubMed og SweMed. Jeg har valgt disse basert på tips fra lærere og bibliotek, samt tidligere egenerfaring med andre oppgaver på sykepleierstudiet. Jeg har brukt søkeordene: generalized anxiety/generalisert angst, general anxiety disorder (GAD), GAD treatment, cognitiv behavior therapy (CBT), CBT nursing, CBT for negative thoughts, psykiske lidelser, endre negative tanker/changing negative thoughts, generalisert angst og negative tanker/generalized anxiety and negative thoughts, generalisert angstlidelse, selvmord, selvmord i Norge, uførhet, uførhet og psykiske lidelser, psykisk helse i Norge og kognitiv adferdsterapi mot negative tanker. Jeg har kombinert søkeordene med hverandre i forskjellige setningsoppbygninger og har bøydd dem til adjektiv og verb for å danne nye søkeord. Jeg har også søkt på spesifikke artikler og bøker jeg har fått inspirasjon til gjennom litteraturlister i pensumbøker. Jeg har videre under skriveprosessen søkt etter, og lagt til, relevant litteratur som jeg har funnet for å underbygge påstander og gi oppgaven mer tyngde. Søkene har gitt mange treff og jeg har funnet blant annet 5 bøker og 23 artikler av relevans. På bakgrunn av disse funnene har jeg gjort visse avgrensninger for å finne frem til hva som har vært vesentlig for oppgaven. Dette har jeg gjort på bakgrunn av overskrifter, ved å grovlese innholdet, og å se om den aktuelle artikkelen kunne bidra til å belyse akkurat min problemstilling.

### ***3.4.3. Presentasjon av litteratur***

Av litteraturen jeg har innhentet valgte jeg å benytte 3 bøker, 17 artikler, 3 lover, 1 stortingsmelding og 1 statsproposisjon til oppgaven, av disse har jeg valgt å gi to bøker og to av artiklene en grundigere presentasjon.

- **Berge & Repål (red.) (2008). Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademisk.** Boken handler om kognitiv adferdsterapi, og om hvordan en kan benytte seg av denne terapiformen i praksis. Boken tar for seg forskjellige typer psykiske lidelser som foreksempel depresjon, fobier, tvangslidelser, hypokondri og forskjellige typer angstlidelser, blant annet generalisert angstlidelse, og viser direkte tilnæringsmetoder man kan bruke i de enkelte tilfellene. Boken gir eksempler på individualiserte behandlingsopplegg og kan derfor også brukes som et oppslagsverk for behandlere som jobber med endringsfokusert terapi.

- **Melemis (2010). *I want to change my life. How to overcome anxiety, depression & addiction. Toronto: Modern Therapies.***

Boken handler om å hjelpe pasienter til endre negative tankemønstre, ved bruk av kognitiv terapi i samspill med avspenning. Boken beskriver grundig typiske negative tankemønstre som er vanlig hos pasienter med angst, depresjon og avhengighet, og kommer med eksempler på hvordan man kan tilnærme seg pasientens tanker og veilede dem i en mer positiv retning.

- **Butler et al (1991). *Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in treatment of Generalized Anxiety Disorder. I: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59: 1. 167 – 175.***

Dette er en studie som tar for seg behandlingsmetodene adferdsterapi og kognitiv adferdsterapi, og sammenligner dem med hverandre. Studien viser hvilken effekt de to ulike behandlingsmetodene har på lidelsen GAD.

- **Borkovec og Costello (1993). *Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. I: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 61: 4. 611 – 619.***

Denne studien sammenligner behandlingsmetodene Nondirective (ND), applied relaxation (AR) og CBT mot GAD. Studien fokuserer på effektiviteten av disse behandlingsmetodene.

### 3.5. Kildekritikk

Kildekritikk er en fellesbetegnelse på metodene vi benytter oss av for å vurdere om en kilde er pålitelig. Metodene hjelper oss til å skille korrekte opplysninger fra spekulasjoner, og vise leseren at en er kritisk til litteraturen og opplysninger som blir brukt i oppgaven for å belyse problemstillingen (Dalland 2012).

Hvis man søker på temaet og problemstillingen min vil man finne mye litteratur om emnet, både nasjonalt og internasjonalt. Blant denne litteraturen finnes det mye bra forskning og

fagstoff, men det er kanskje like mange, om ikke flere, artikler og fortellinger fra personer som har skrevet om egne erfaringer. Noe av sistnevnte litteratur virker valid, men forfatterne har i disse tilfellene valgt å ikke underbygge sine påstander, slik at en ikke kan være sikker på om de er sanne eller bare egne meninger. Når man bygger opp sin oppgave med utgangspunkt i en litteraturstudie er det spesielt viktig å kritisk reflektere over litteraturen og dens gyldighet. De fleste artiklene og bøkene jeg har funnet om CBT og GAD er dessverre ikke skrevet av sykepleiere eller forsket på i sykepleiermiljøet. De er hovedsakelig skrevet av psykologer, psykiatere og leger. Dette gjør imidlertid ikke kildene irrelevante for oppgaven. Mye av det som er skrevet kan tilpasses slik at sykepleiere kan anvende kunnskapen i praksis, så fremst det blir utviklet gode opplæringsmetoder for sykepleierne først.

I oppgaven har jeg brukt pensum fra grunnutdanningen i sykepleie i tillegg til selvvalgt litteratur. Innen den selvvalgte litteraturen har jeg valgt å legge mest vekt på Berge og Repål (red.) (2008) og Melemis (2010), som er henholdsvis spesialister innen klinisk psykologi og professor innen medisin, som hovedkilder. Berge og Repål (red.) (2008) skriver om ulike kognitive tilnærminger til generalisert angstlidelse og hvordan en kan benytte disse i praksis. Jeg valgte denne boken på tross av at den er skrevet av psykologer, og ikke sykepleiere, fordi jeg mener mye av kunnskapen kan tilpasses slik at den kan benyttes i sykepleierpraksisen. Berge og Repål har også skrevet boken «Den indre samtalen - lær deg kognitiv terapi», som ble utgitt i 2010. Det er kanskje kritikkverdig at jeg ikke brukte denne boken da den er av nyere dato, men etter å ha sett grovt gjennom innholdet synes jeg at den belyser problemstillingen min dårlig, da den tar for seg andre former for angstlidelser. Melemis (2010) skriver om GAD og CBT, og er dermed svært relevant for min oppgave, i tillegg til at litteraturen er aktuell da den er av nyere dato. Jeg har ellers brukt en del tidsskrifter, rapporter og artikler fra internett. Forskning blir raskere publisert og oppdatert på internett enn gjennom fagbøker en får i bokhandelen eller på biblioteket. Jeg får dermed tilgang til den nyeste forskningen innfor emnet, og den mest oppdaterte informasjon av kilder som er publisert for en tid tilbake. Jeg har forsøkt å bruke kilder av nyere tid, men dette har ikke vært det eneste kriteriet for valg av litteratur. Det finnes nok nyere litteratur enn det jeg har brukt, men jeg har vært like opptatt av at litteraturen er relevant og aktuell for problemstillingen min. Jeg har hovedsakelig brukt litteratur som er skrevet på norsk, svensk, engelsk og dansk. Grunnen til dette er simpelthen at det er disse språkene jeg er sterkest i og forstår best. Det finnes nok enda mer litteratur om temaet mitt som er skrevet på andre språk, men da jeg ikke kan benytte det på en korrekt måte har jeg valgt å ikke søke etter det.

### **3.6. Vitenskapsteoretisk redegjørelse**

Menneskers oppfatning av hva som er vitenskap varierer og er ofte veldig forskjellig. Dette kommer av at de fleste har ulik forståelse av et fenomen, og gyldigheten av vitenskapen tolkes ut fra denne individuelle forståelsen. På bakgrunn av dette har jeg valgt en hermeneutisk retning for denne oppgaven. Hermeneutikken handler om å fortolke eller gi mening til det som i utgangspunktet kan virke uklart eller selvmotsigende, for å finne frem til en underliggende mening og gi fenomener en betydning (Dalland 2012). Ved å bruke et hermeneutisk perspektiv prøver jeg gi en bedre forståelse av fenomenet generalisert angst og hvorfor mennesker oppfatter det så forskjellig.

## **4. Funn og drøfting**

Funnene i oppgaven presenteres som tre hovedfunn: «CBT ved GAD», «CBT hjelper mot negative tankemønstre» og «Behandlingsallianse er en viktig faktor for å oppnå et positivt behandlingsresultat ved CBT». Under funn 4.1. er det tilhørende underkapittel, «CBT er en effektiv behandlingsmetode ved GAD» og «Forutsetning for utøvelse av CBT innen sykepleie». Etter hvert som jeg presenterer funnene vil jeg drøfte dem fortløpende og utdype dem mer.

### **4.1 CBT ved GAD**

#### ***4.1.1 CBT er en effektiv behandlingsmetode ved GAD***

Forskning viser at CBT er en god og effektiv behandlingsmetode når man skal hjelpe pasienter med GAD. CBT bidrar til å redusere symptomer som følger med GAD. Ved å dempe disse symptomene bidrar man også til å redusere selve angstlidelsen (Borkovec og Costello 1993, Ladoceur et al 2000, Butler et al 1991). Butler et al (1991) mener at en av årsakene til at CBT er spesielt effektiv for GAD er at behandlingsmetoden er fleksibel (Butler et al 1991). Det er da kanskje lettere å tilrettelegge for å hjelpe pasienter til å klare å motta

behandlingen på tross av sine begrensninger, da angstlidelser i utgangspunktet kan ha en veldig forringende effekt på dagliglivets aktiviteter og livsutfoldelsen (Mendlowicz og Stein 2000). Behandlingsmetoden er også fleksibel i den forstand at den lett kan kombineres med andre typer behandlinger ved behov. CBT legger opp behandlingen ut fra pasientens individuelle behov (Berge og Repål (red.) 2008). Det er spesielt ved symptomene engstelse, depresjon (Butler et al 1991, Borkovec og Costello 1993, Ladoceur et al 2000) og lav selvfølelse (Butler et al 1991) at CBT bidrar til effektiv forandring. Forskning viser at ved å redusere symptomene på GAD reduserer man også ofte pasientens lave selvfølelse (Butler et al 1991). Symptomer som engstelse, depresjon og lav selvfølelse er med på å opprettholde de negative tankene som følger angstlidelsen (Butler et al 1991, Berge og Repål (red.) 2008).

Det finnes flere behandlingsmetoder for GAD. Blant annet brukes vanlig adferdsterapi (BT) (Butler et al 1991) og terapeutiske avspenningsmetoder (AR). Man kan også bruk en metode som kalles Nondirective (ND). ND går ut på at behandleren inntar en passiv rolle for å oppfordre pasienten til frie assosiasjoner (Borkovec og Costello 1993). Ved CBT inntar behandleren en mer aktiv rolle og legger vekt på å være konkret og tydelig under behandlingsprosessen (Berge og Repål (red.) 2008). Studier viser at CBT oftest er den foretrukne behandlingsmetoden når man hjelper pasienter med GAD. Studiene viser også at CBT som behandlingsmetode generelt oppnå bedre resultater en BT (Butler et al 1991), ND og AR (Borkovec og Costello 1993). Man ser også at pasienter som blir behandlet med CBT som regel har det høyeste funksjonsnivået etter endt behandling (Borkovec og Costello 1993). I tillegg viser CBT en mer langvarig og i noen tilfeller permanent forandring hos pasienten (Ladoceur et al 2000). Selv om CBT er en behandlingsmetode som fokuserer på interaksjoner mellom behandler og pasient, er det også en behandlingsform som lærer pasienten teknikker og ferdigheter som han kan benytte når behandler ikke er tilstede. I praksiseksempelen kunne man ha lært damen en slik teknikk, for å trekke henne ut av den verste angsten når den oppstod. Melemis (2010) foreslår at pasienten legger seg ned og forsøker å bryte bekymringstankene ved å gjenta en mer konstruktiv tanke for seg selv, for eksempel «gi slipp på frykten». Pasienten må forsøke å være tilstede i sin kropp ved å kjenne etter hvor kroppen berører underlaget. Hver gang angsten dukker opp gjentar hun «gi slipp på frykten» (Melemis 2010). Pasienten får da mulighet til å kontrollere symptomer på angst som kan oppstå i situasjoner hvor behandler ikke er tilstede for å hjelpe. Dette er kanskje en av årsakene til at pasienter som mottar CBT har et høyere funksjonsnivå etter behandling sammenlignet med behandlinger som fokuserer på håndtering av problemer i behandlingssituasjonen. Pasienter

som lærer å mestre angstfylte situasjoner vil kanskje føle økt selvkontroll og få forventinger til behandlingsmetodens effekt. Dette kan være en årsak til at pasienter som mottar CBT i mindre grad avslutter behandlingen, sammenlignet med pasienter som mottar annen behandling. En studie viser at pasienter som mottar CBT har mindre sjanse for å avslutte behandlingsopplegget enn de som mottar adferdsterapi (Butler et al 1991).

I følge Berge og Repål (red.) (2008) fokuserer CBT på at behandlingsprosessen skal drives fremover av pasienten selv i like stor grad som behandler tilrettelegger for det. Det vil si at pasienten sammen med behandler bestemmer hvordan behandlingen skal fremskrive og hvilke mål de skal strekke seg mot. Pasienten må selv ønske behandling for lidelsen (Berge og Repål (red.) 2008). Dette gir pasienten medbestemmelse og ikke minst et ansvar for egen helse, noe som er viktige faktorer når pasienten skal lære å klare seg selv og ha et aktivt og sosialt liv (St. meld. 10. 2012 - 2013). En annen grunn til at det er viktig at pasienten selv ønsker hjelp er at behandlingsresultatene ikke nødvendigvis blir særlig gode dersom pasienten ikke er motivert for forandring. Det kan være svært vanskelig å hjelpe en person som ikke vil ha hjelp.

#### ***4.1.2 Forutsetning for utøvelse av CBT innen sykepleie***

For at sykepleieren skal kunne benytte CBT i sin arbeidshverdag må hun blant annet besitte kunnskaper og tid. Det må utvikles et opplegg for at sykepleiere skal kunne benytte CBT, sykepleieren må få nok kunnskaper om CBT gjennom undervisning og opplæring, og hun må lære seg å se forbi pasientens somatiske problemer for å identifisere hvilke pasienter som kunne hatt utbytte av CBT som et førstelinjetilbud. Som sykepleier med rett opplæring kan man hjelpe pasienten med GAD til å øve på å bli oppmerksom sin bekymring, mestre usikkerhet, øve på håndtering av følelser som kommer ved negative tanker, skifte problemfokus og derigjennom bedre problemløsningsevner, samt oppmuntre til avspenning (Berge og Repål (red.) (2008). Sykepleieren kan sammen med pasienten lage en pleieplan der de setter opp konkrete tiltak pasienten kan utføre for å utfordre sine negative tanker og følelser, som «Jeg skal presse meg til å prøve å holde ut i en situasjon som jeg føler er ubehagelig» (Melemis 2012). Damen fra praksiseksempelen mitt kunne ha satt seg som mål å utfordre seg selv til å delta i matlagingen ved å forsøke å koke poteter. Første gang pasienten



skal prøve tiltaket kan sykepleieren være tilstede siden hun har noe fleksibilitet i arbeidsdagen i hjemmesykepleien.

Det er ikke uvanlig at sykepleieren møter pasienter med et vidt og komplisert sykdomsbilde. Sykepleieren er ofte behjelpelig med praktiske oppgaver i forbindelse med somatiske lidelser, noe som kan stjele fokuset fra underliggende psykiske lidelser som GAD. Dette kommer muligens av at GAD er en lidelse som kan ta tid å oppdage, fordi den ikke nødvendigvis er like synlig og gjenkjennelig som somatiske lidelser ofte er. Derfor kan det være vanskelig for sykepleieren å gjenkjenne hvilke pasienter som har et reelt problem og hvem som har helt normale og hverdagslige bekymringer. Identifisering og kartlegging av GAD krever tid. Tidsspørsmålet kan være en utfordring i sykepleierens arbeidsdag, da man erfaringsmessig vet at hun ofte har ansvar for mange pasienter, og opplever akutte situasjoner som medfører omprioritering av arbeidsoppgaver. Dersom sykepleiere skal kunne prioritere behandling av GAD må det imidlertid skje en prioritering på politisk nivå, da tildeling av tjenester skjer på kommunalt og statlig plan, basert på gjeldende lover og retningslinjer. Per i dag er ikke CBT en sykepleieoppgave.

Hvis man som sykepleier likevel skulle få muligheten til å benytte CBT for å hjelpe pasienter med GAD, er det viktig at man som helsepersonell ikke er alene om behandlingen. Sykepleieren kan være et supplement til psykolog eller lege, og være en ressurs for å bedre tilbudet. Sykepleieren kan muligens tilrettelegge og skreddersy behandlingen i større grad ut i fra pasientens behov og ønsker, siden hun ofte har en større mulighet for praktisk fleksibilitet i arbeidshverdagen sammenlignet med en psykolog eller psykiater. Som sykepleier kan man ikke erstatte psykologen eller psykiateren som behandler, som er spesialister på menneskers psyke og psykiske lidelser. Psykologer og psykiatere har derimot ikke nødvendigvis samme mulighet som sykepleiere til å observere og hjelpe pasienten i hans egne omgivelser.

#### **4.2. CBT hjelper mot negative tankemønstre**

Melemis (2010) sier at tanken bak CBT er at hvis man kan forandre de negative tankemønstrene, kan man forandre og bedre angsten. Alle kan lære seg å ta kontroll over sine

tanker hvis man bare lærer de rette teknikkene. CBT er verktøyet man bruker når man skal lære seg slike teknikker. Behandlingsmetoden tar sikte på å lære pasienten å identifisere den negative tenkningen. Sykepleieren kan oppmuntre pasienten til å skrive en liste av negative tanker og frykter han har. Dette lærer pasienten å bli bevisst sine tanker, slik at han senere under behandlingen kan bearbeide dem. Han vil gjennom behandlingsprosessen kunne lære hvordan han skal gi slipp på- eller endre dem, og hvordan han kan erstatte de negative tankene med konstruktive tanker (Melemis 2010).

Angst forbindes ofte med negative tankemønstre med overdrevne standarder (Hovland 2007), som for eksempel alt-eller-ingen-tenking der alt som ikke gjøres perfekt er et nederlag, og katastrofe-tenking der pasienten automatisk tenker verste scenario (Melemis 2010).

Livskvalitet avgjøres av hvordan man tenker og oppfatter verden. Følelser og tanker hører sammen, og negative følelser følger ofte negative tanker (Melemis 2010). Forskning viser at ved å forandre tankegangen fra negative tankemønstre til mindre truende perspektiver kan man redusere engstelige reaksjoner og følelser. Når pasienten lærer å slippe tak i angsttriggende tanker kan det bidra til forandringer i vedkommendes adferd, oppmerksomhet og meninger (Borkovec og Costello 1993). Studier viser at CBT som en målrettet behandlingsmetode i forhold til pasientens negative tankemønstre, usikkerhet og kognitiv unngåelse, er effektivt ved behandling av GAD og har dessuten gunstige effekter på komorbide tilstander. Det er også påvist at man kan se forbedring i de somatiske symptomene som følge av GAD når man bruker CBT målrettet mot negative tankemønstre (Ladouceur et al 2000). Derfor vil det antagelig være svært nyttig for pasientens angstlidelse og helsesituasjon at man fokuserer den kognitive behandlingen spesifikt mot pasientens negative tankemønstre. Ved å lære pasienten å danne et mer konstruktivt tankemønster kan han muligens redusere forestillingen av at noe negativt skal skje, og hindre medfølgende angst i å oppstå.

For mennesker med GAD vil bekymringer og engstelse preges av negative tanker og forestillinger om verden rundt dem. De negative tankene forteller ofte personen at negative situasjoner kan og vil oppstå. Om de er realistiske eller ikke har ingen betydning da personer med GAD ofte ikke har evnen til å vurdere de negative tankene kritisk. Hvorfor negative og urealistiske tanker blir sykelig hos enkelte er uvisst, og en kan lure på hvilken funksjon de har hos mennesker med GAD. Teorier har vært at de negative tankene kanskje undertrykker

somatisk angst ved at kroppen gjør seg klar til å møte stressfylte situasjoner og forberede oss på det verste. Negative tanker kan også oppstå som en distraksjon for å unngå å kjenne på underliggende følelser. Dette kalles kognitiv unngåelse, og er en vanlig mestringsstrategi hos mennesker med GAD, for å håndtere potensielle trusler og vanskelige følelser (Borkovec et al 1998). Sykepleieren kan lære pasienten å teste sine bekymringer slik at han ser at overdreven bekymring er en uegnet strategi som fører til mer bekymring. Sykepleieren kan bruke «Hva om – spillet», der pasienten beskriver en bekymring og sykepleieren får pasienten til å tenke over mulige konsekvenser dersom den aktuelle bekymringen skulle bli virkelighet.

Sykepleieren i praksiseksempelen kunne hatt følgende utveksling med pasienten «Hva om du får hjertebank?» - «Da blir jeg redd» - «Hva om du blir redd?» - «Da får jeg sikkert ikke puste» - «Hva om du ikke får puste?» - «Da dør jeg». Spillet gjennomføres til det får en naturlig avslutning. Hensikten er å vise at bekymringer bare avler flere og ofte urealistiske bekymringer (Berge og Repål (red.) (2008).

Sykepleiere som møter pasienter med GAD kan i en behandlingsprosess hjelpe pasienten til å lære seg å stille seg kritisk til negative tanker og forestillinger som oppstår. Sykepleieren kan lære pasienten å evaluere om tankene er reelle eller urealistiske ved å stille kritiske spørsmål vedrørende tankene. Da kan pasienten utfordre sine negative tankemønstre under trygge forhold og med støtte fra sykepleieren.

### **4.3. Behandlingsallianse er en viktig faktor for å oppnå et positivt behandlingsresultat ved CBT**

Ved CBT får behandleren nær kontakt med pasienten da hun får muligheten til å veilede ham gjennom vanskelige følelser og negative tanker som han har opplevd tidligere, eller som han frykter skal oppstå. Dette gjør at samarbeidet mellom dem ofte blir sterkt og godt (Berge og Repål (red.) (2008). Forskning viser at en viktig forutsetning for å bruke CBT er at den terapeutiske relasjonen mellom behandler og pasient ivaretas. Allianse er imidlertid ikke tilstrekkelig i seg selv for å oppnå gode behandlingsresultater (Neumer et al 2011). I hjemmesykepleien står sykepleieren i en unik posisjon til å skape en god behandlingsallianse med pasienten. Sykepleieren møter ofte pasienten kontinuerlig over lang tid og kjenner ham godt.

Pasientens opplevelse av møtet med behandler har stor betydning for behandlingsalliansen. Dersom behandleren møter pasienten med forståelse for- og kunnskaper om hans problem har hun bedre sjanse for å oppnå en god behandlingsallianse. Behandleren må vise pasienten empati, anerkjennelse som person og et oppriktig ønske om å hjelpe (Berge og Repål (red.) (2008). For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienter med GAD må hun skape en relasjon som preges av tillit og respekt, gjennom å være bevisst eget kroppsspråk og beherske gode kommunikasjonsferdigheter (Blix og Breivik 2006, Eide og Eide 2012, Travelbee 2010). Eide og Eide (2012) mener at kjernen i profesjonell kommunikasjon hos sykepleieren bør være faglig begrunnet og til hjelp for pasienten. Selv om man ikke kommuniserer verbalt kan pasienter ved å tolke sykepleierens kroppsspråk få en formening om hva hun tenker og mener i en gitt situasjon. Sykepleieren må være bevisst dette slik at hun ikke ubevisst fornærmer pasienten. Hun burde verbalt og ikke-verbalt gi et inntrykk av likeverd, rettferdighet og respekt for ulikheter. Sykepleieren bruker gode kommunikasjonsteknikker dersom hun anerkjenner pasienten, lytter aktivt til det han har å si, og er åpen men samtidig tør å være direkte. (Eide og Eide 2006, Travelbee 2010).

En dårlig allianse kan føre til at pasienten på et eller annet tidspunkt velger å avslutte behandlingen. Den dårlige alliansen kan oppstå av flere grunner og det er ikke uvanlig at kvaliteten på alliansen endrer seg i løpet av behandlingstiden. Pasienten og behandleren jobber mot et felles mål, og pasienten har en stor delaktighet i CBT-behandlingen (Berge og Repål (red.) (2008). Ved å involvere pasienten i viktige beslutninger rundt behandlingen og ved å respektere han autonomi, kan man samtidig bidra til å styrke hans selvfølelse (Eide og Eide 2012). Likevel kan det skje at pasienten føler seg presset til å gjøre noe han ikke tror at han takler, og kan som en konsekvens miste troen på behandleren. Det er da viktig at behandleren forsøker å reparere sprekker i alliansebruddet og styrke tilliten mellom dem, ved å jobbe mot at pasienten skal føle seg trygg, respektert og ha forventninger til behandlingen (Berge og Repål (red.) (2008). En god terapeutisk behandlingsallianse kan påvirke behandlingsresultatet i en positiv retning (Lustig et al 2002, Neumer et al 2011).

## 5. Konklusjon

En av de viktigste faktorene for å drive med CBT er at det etableres en god behandlingsallianse. Ved å bruke seg selv terapeutisk og danne et menneske-til-menneske-forhold kan sykepleieren oppnå en slik allianse med pasienten. Tiltak som sykepleieren kan ta i bruk i primærhelsetjenesten er blant annet å lære pasienten teknikker for kognitiv mestring i møte med negative tanker og følelser. Sykepleieren kan eksempelvis oppmuntre pasienten til å skrive dagbok for å styrke positive egenskaper ved seg selv, eller for å teste validiteten av negative tanker som han oppfatter som truende og angstriggende. En stor fordel med behandlingsmetoden CBT er at den kan tas i bruk og læres bort utenfor behandlerens kontor, slik at pasienten kan benytte den på egenhånd ved behov. Det at CBT kan benyttes i hjemmet gjør det teoretisk mulig for sykepleieren med riktig utdanning og opplæring å tilby CBT til blant andre pasienter med GAD.

Metoden jeg har valgt å benytte for å komme frem til mine funn ikke er spesielt praksisnær da jeg ikke har intervjuet folk ute i feltet, men heller har brukt studier som indirekte rapporterer om GAD og CBT i praksis. Jeg synes likevel at litteraturstudiet har vært tilfredsstillende å bruke da jeg føler at jeg fikk besvart problemstillingen godt, særlig med tanke på at CBT ikke er et område som sykepleiere per i dag jobber med direkte. Dersom CBT hadde vært et aktuelt tiltak innenfor sykepleie, hadde det kanskje vært bedre å bruke intervju som metode, da man hadde fått førstehåndsinformasjon som kunne vært aktuelt og nyttig for sykepleiere å benytte i sitt arbeid. Noe som har gjort problemstillingen min utfordrende er at det finnes lite sykepleierforskning på området og dermed få sykepleietiltak å presentere.

Etter arbeidet med problemstillingen min sitter jeg igjen med en mye større forståelse av hva CBT som behandlingsmetode er, og hva som trengs for å kunne benytte den i praksis. Jeg ser at det er lite realistisk at CBT kommer til å kunne bli et sykepleietiltak med det første, da det er mye som må tilpasses og tilrettelegges for at det skal skje. Av erfaring vet jeg at strukturering av omsorgstjenester koster penger og tar tid, derfor er utvikling og fremskritt en langsom prosess. Man ser at fokuset på psykiske lidelser som GAD, og behandlinger for dem, er relativt mangelfull. Derfor hadde det vært nyttig å tilrettelegge for at sykepleiere kunne hatt en større rolle innen tilrettelegging og behandling for denne pasientgruppen. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg forstått at GAD er en kompleks lidelse som man finner en universell behandlingsmetode for som fungerer for alle, som krever tilpassing og ofte gjerne

en kombinasjon av behandlinger og tiltak. Jeg føler at jeg nå kan møte pasienter med GAD med større genuin forståelse da jeg innehar mye mer kunnskaper om behandlingsmetoden CBT og lidelsen GAD. Denne nye kunnskapen gir meg større trygghet i forhold til hvordan jeg kan møte pasienter med GAD.

## Litteraturliste

Kilder merket med ● er selvvalgt litteratur.

- Axelsson (2008). Forfattarna och studentlitteraturen. I: Gränskär og Höglund - Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB. (kap. 11)
  - Aubert (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.  
<http://www.nb.no/nbsok/nb/3d7019afc9845853d87eaa84620921f6.nbdigital?lang=no#201> (kap. 9) Hentet ut 11.02.14.
  - Berge & Repål (red.) (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Kap. 1- 2, 5 og 8)
  - Bjørkvik og Nielsen (2006). Psykologisk arbeid med selvaktelse i lys av interpersonlig teori. I: *Tidsskrift for norsk psykologiforening*. 43:9. 932 – 939.  
<http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2006/932-939.pdf> Hentet ut 24.02.14.
- Blix og Breivik (2006). *Basisbok i sykepleie - om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Butler et al (1991). Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in treatment of Generalized Anxiety Disorder. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59: 1. 167 – 175.  
[http://www.psicologia1.uniroma1.it/repository/156/treatment\\_efficacy.pdf](http://www.psicologia1.uniroma1.it/repository/156/treatment_efficacy.pdf) Hentet ut 26.02.14.
  - Borkovec og Costello (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61: 4. 611 – 619.  
<http://homepage.psy.utexas.edu/HomePage/Class/Psy394Q/Behavior%20Therapy%20Class/Assigned%20Readings/GAD/Borkovec93.pdf> Hentet ut 26.02.14.

- Borkovec et al (1998). Worry: A Cognitive Phenomenon Intimately Linked to Affective, Physiological, and Interpersonal Behavioral Processes. I: *Cognitive Therapy and Research*.22: 6. 561 – 576.  
<http://kar.kent.ac.uk/19832/1/Borkovec%20Ray%20St%C3%B6ber%20%281998%29%20COTR.pdf> Hentet ut 06.03.14.

Dalland (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide og Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft (2006). *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Fugelli (2011). Grunnstoffet tillit. I: *Sykepleien Forskning* 6 (5): 104-105.  
<http://www.sykepleien.no/forskning/innspill/673726/grunnstoffet-tillit> Hentet ut 19.02.14.
- Gjertsen (1998). Utviklingstendenser i selvmord 1950 – 1995. I: *Suicidologi*.3: 2. 8 – 11.  
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/1998/nr2/Gjertsen.pdf>
- Helsedirektoratet (2011). *Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Oslo: Trykksaksekspedisjonen.  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Publikasjoner/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord.pdf> Hentet ut 17.03.14.
- Hovland (2007). Grunnleggende overbevisninger, angst og depresjon i en poliklinisk pasientgruppe. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.44: 7. 878 – 886.



[http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=26751&a=2](http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=26751&a=2) Hentet ut 20.03.14.

Hummelvoll (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykiatrisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Hustad (2013). Taushetsplikt i hele verden. I: *Sykepleien.no*.

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/etikk/1360860/taushetsplikt-i-hele--verden>

Hentet ut: 28.02.14.

Kringlen (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen et al. *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Ladouceur et al (2000). Efficacy of a Cognitive – Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder Evaluation in a Controlled Clinical Trial. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68: 6. 957 – 964.  
<http://www.homepage.psy.utexas.edu/HomePage/Class/Psy394Q/Behavior%20Therapy%20Class/Assigned%20Readings/GAD/Ladouceur00a.pdf> Hentet ut 16.03.14.
- Lov om helsepersonell m.v. § 3.  
[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_5](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5) Hentet ut: 20.02.14.
- Lov om helsepersonell m.v. §21.  
[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_5](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5) Hentet ut 20.02.14.
- Lustig et al (2002). The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes. I: *Rehabilitation Counseling Bulletin*.46: 1. 24 – 32.  
[http://www.worksupport.com/documents/proed\\_relationship.pdf](http://www.worksupport.com/documents/proed_relationship.pdf) Hentet ut 17.03.14.
- Mendlowicz og Stein (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. I: *The American Journal of Psychiatry*. 157: 5. 669 – 682.  
<http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=157&page=669&...> Hentet ut

20.02.14.

- Melemis (2010). *I want to change my life. How to overcome anxiety, depression & addiction*. Toronto: Modern Therapies. (Kap. 3 - 15, 20 - 21)
- Mykletun et al (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. I: Rapport 2009:8 Nasjonalt Folkehelseinstitutt.  
<http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf> Hentet ut 14.02.14.
- Neumer et al (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: utfordringer og muligheter. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 48: 1. 21 – 25.  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=131436&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=131436&a=2) Hentet ut 20.03.14.

Rosenvinge (2011a). Forebygging av psykiske lidelser. I: Svartdal (red.). *Psykologi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rosenvinge (2011b). Angstlidelser. I: Svartdal (red.). *Psykologi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rosenvinge (2011c). Psykisk lidelse og psykisk helse. I: Svartdal (red.). *Psykologi: En introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rosenvinge (2011d). Psykisk lidelser - teori og terapi. I: Svartdal (red.). *Psykologi: En introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Sigurjónsdóttir (2009). Opptrappingsplanen for psykisk helse – idealer og realiteter. I: *Tidsskrift for Den norske Legerforening*.  
<http://tidsskriftet.no/article/1824189> Hentet ut 20.01.14.
- St. meld. 10.(2012 - 2013). Helse og Omsorgsdepartementet.  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013/4.html?id=709061> Hentet ut 28.02.14.

- St. prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006  
Endringer i statsbudsjettet for 1998. Helse og Omsorgsdepartementet.  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-/1.html?id=201916> Hentet ut 24.02.14.
- Travelbee (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleie*. København: Munkgaard Danmark (Kap. 6 og 8- 11.)
- World Health Organization (2001). The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneve. (Kap. 1 og 2).  
[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf) Hentet ut 20.01.14.

Antall sider selvvalgt litteratur: 713.