

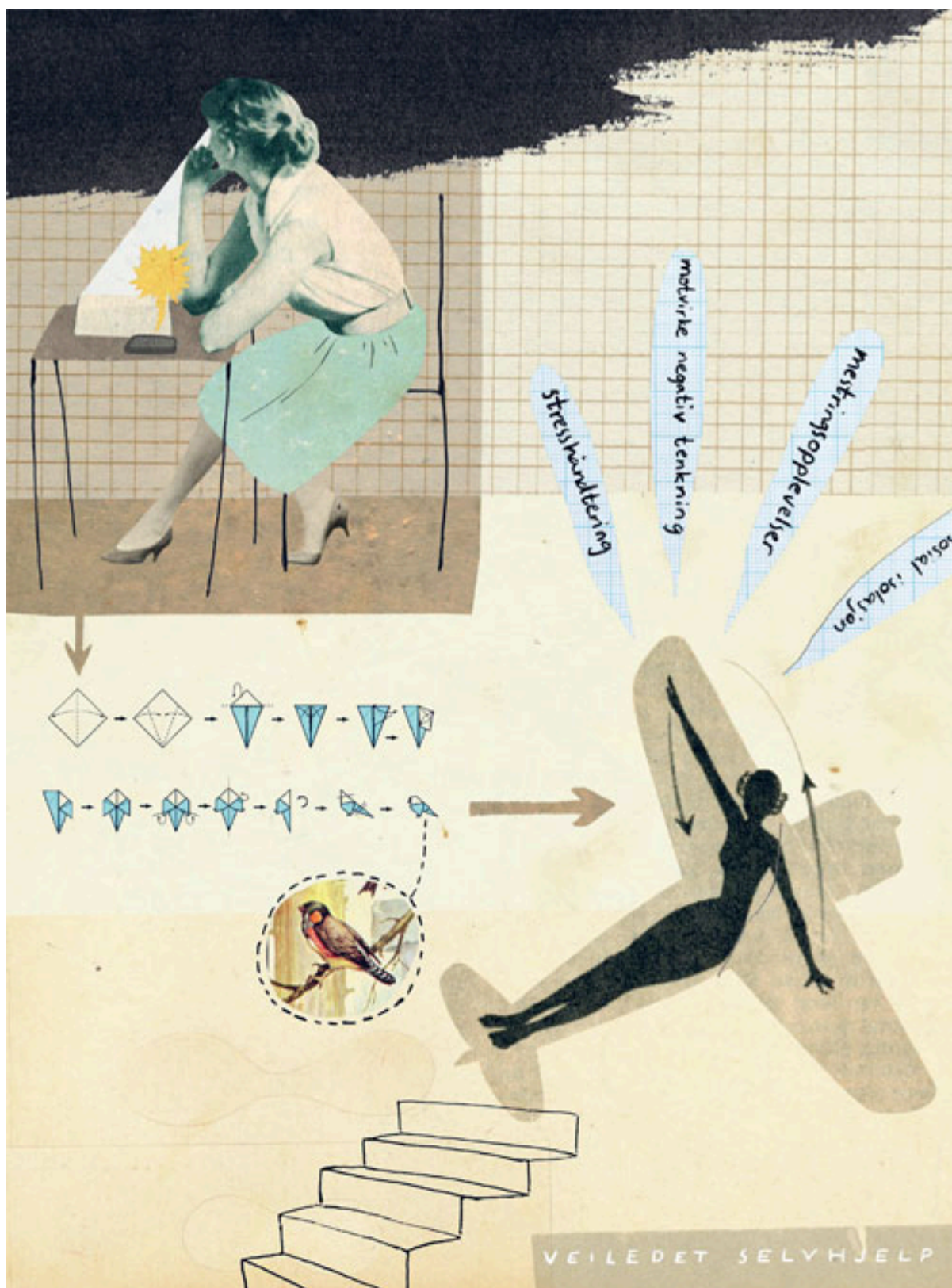
Veiledet selvhjelp ved depresjon

Torkil Berge og Arne Repål

Veiledet selvhjelp ved depresjon

Bare et mindretall av personer med depresjon mottar i dag adekvat behandling. Ved å satse på dokumenterte former for veiledet selvhjelp kan flere raskere få psykisk helsehjelp.

ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND



Et nyttig begrep i de nasjonale retningslinjene for behandling av depresjon er veiledet eller assistert selvhjelp. Det innebærer at helsepersonell formidler eller henviser til selvhjelpsmateriell, enten i

form av brosjyrer, bøker eller elektronisk baserte programmer. Samtidig tilbys pasienten oppfølgende samtaler der pasientens erfaringer med opplegget diskuteres. Rådgivning og veiledet selvhjelp anbefales som førstevalg ved mild depresjon, før andre tiltak som psykoterapi eller medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2009). Veiledet selvhjelp kan dessuten ha verdi som del av eller supplement til behandling ved mer alvorlig depresjon.

I denne artikkelen drøfter vi hva veiledet selvhjelp innebærer, og sentrale virksomme faktorer. Vi vil vise til forskning om depresjonens utbredelse, samfunnsmessige kostnader og mangler i det nåværende helsetilbudet, og fremheve betydningen av pasientens medvirkning og egenaktivitet. Vi vil så gå igjennom ulike former for veiledet selvhjelp og dokumentasjonen for dem, og gi anbefalinger til behandlere som ønsker å bruke veiledet selvhjelp som del av sitt tilbud til pasientene.

Veiledet selvhjelp («guided self-help») benyttes i retningslinjene til det engelske «The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). NICE er en uavhengig engelsk organisasjon som vurderer forskningsresultater for behandling av ulike lidelser. I litteraturen benyttes også begrepet «self-management» og selvadministrert behandling (Yeung, Feldman & Fava, 2010). De svenske retningslinjene for behandling av depresjon og angst benytter begrepet «tekstbasert behandling» om bruk av selvhjelpslitteratur. I retningslinjene anbefales også «internettbasert kognitiv atferdsterapeutisk behandling med behandlerstøtte» for pasienter med depresjon, panikk lidelse eller sosialfobi (Socialstyrelsen, 2010).

Veiledet selvhjelp består av metoder, ferdigheter og strategier som er forskningsmessig dokumentert, og som administreres av personen selv for egne problemer. Den bygger på et samarbeid der helsepersonell gir en innføring i evidensbaserte tiltak. Samtidig har man oppfølgende samtaler hvor pasientens erfaringer med gjennomføring av tiltakene blir evaluert. I de nasjonale retningslinjene for depresjon anbefales minimum tre oppfølgende samtaler over en seks til ni ukers periode (Helsedirektoratet, 2009). Veiledet selvhjelp omfatter kunnskapsformidling, kartlegging, målvalg, planlegging, gjennomføring og evaluering. Fremgangsmåten benyttes ved diabetes, hjertesykdom og overvekt, og ved angstlidelser, søvnproblemer og kroniske smerter (James & Folen, 2005; se Berge og Lang (2011) for mer om veiledet selvhjelp ved somatiske sykdommer og depresjon).

Veiledet selvhjelp er altså en spesiell form for systematisk og planmessig samarbeid mellom helsepersonell og pasient, der pasienten er den primære endringsagenten. Ved psykiske lidelser er skriftlig selvhjelpsmateriell – brosjyrer, bøker eller elektronisk baserte programmer – vanligvis bygget på kognitiv terapi/kognitiv atferdsterapi. Det dreier seg imidlertid om generelle prinsipper for endring

som kan være en del av eller supplement til alle behandlingstilnæringer til depresjon. Sentralt står råd om:

- stresshåndtering og problemløsning
- hvordan en kan motvirke overdreven negativ tenkning og pessimisme
- hvordan en kan øke mengden av aktiviteter i hverdagen som gir opplevelse av mestring og tilfredsstillelse
- hvordan en kan bruke støttespillere i nærmiljøet og bli en bedre støttespiller for seg selv, og unngå sosial isolasjon

Pasienten kan trene på systematisk problemløsning i ulike trinn, som å beskrive et aktuelt problem, finne alternative løsningsforslag, prioritering og gjennomføring av tiltak, og evaluering av resultatet. Mange vil ha utbytte av råd om hvordan de kan begrense tiden som brukes til bekymring, grubling og selvkritikk. Fysisk trening, for eksempel regelmessig turgåing, kan også motvirke depresjon. En viktig del av veiledet selvhjelp ved depresjon er råd om hvordan pasienten kan forebygge tilbakefall.

Depresjon: utbredelse og omkostninger

En norsk undersøkelse fant at 7,3 prosent av befolkningen i Oslo vil ha en depressiv episode i løpet av ett år, med livstidsprevalens på 17,8 prosent (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Forekomsten av milde og moderate depresjoner har økt i annen del av det 20. århundre (Nilsson, Bogren, Mattisson & Nettelbladt, 2007). En norsk studie fant imidlertid ingen økning i depresjon mellom 1990 og 2001. Hyppigheten gikk noe ned for kvinner og økte for menn (Sandanger, Nygard, Sorensen & Dalgard, 2007).

Depresjon er i stor grad en tilbakevendende lidelse (Kennedy, Abbott & Paykel, 2004; Kessing, Hansen, Andersen & Angst, 2004). En norsk studie viste betydelig tilbakefall i løpet av en periode på ni år (Halvorsen, Wang, Eisemann & Waterloo, 2009). Beregninger tyder på at de som rammes i snitt vil oppleve fire episoder med depresjon i løpet av sitt liv (Judd, 1997).

Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti sykdommene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår, og nyere analyser tyder på at depresjon er i

ferd med å bli den ledende sykdom i den vestlige delen av verden (Ustun & Kessler, 2002). Depresjon medfører større reduksjon i selvopplevd helse enn kroniske sykdommer som astma, angina, artrose og diabetes (Moussavi et al., 2007), er en like viktig risikofaktor for død som røyking (Mykletun et al., 2009) og er en sentral årsak til sykefravær og uførhet (Mykletun et al., 2006).

Veiledet selvhjelp bør være et viktig supplement til tradisjonelle behandlingsopplegg.

Tilnærmingen tar innover seg det faktum at det ikke er kapasitet innenfor det tradisjonelle behandlingsapparatet til å nå alle som måtte ha behov for det

Det er et gap mellom behovet for behandling og tilgjengelige ressurser ved depresjon og angst. Anslagsvis får tre av fire personer med depresjon ingen behandling (Wittchen & Jacobi, 2005). Av de som får behandling, består denne hovedsakelig av medikasjon foreskrevet av allmennlege; i en undersøkelse i Oslo dreide dette seg om 31 prosent (McCracken et al., 2006). En studie fra USA viser at av de om lag 15,6 millioner amerikanere som har depresjon, mottar bare 21 prosent det forskerne betegner som «minimally adequate care», definert som minimum fire besøk hos en som yter behandling for psykiske lidelser (Gonzalez et al., 2010).

Omfanget av depresjon i befolkningen, de enorme personlige og samfunnsmessige omkostningene samt begrensningene i hjelpetilbudet gir grunnlag for økt satsning både på psykologisk behandling og på veiledet selvhjelp.

Dokumentasjon for veiledet selvhjelp ved depresjon

Gjennomgang av en rekke studier viser at veiledet selvhjelp for depresjon, bygget på kognitiv atferdsterapi, er forbundet med reduksjon i depressive plager (Bilich, Deane, Phipps, Barisic & Gould, 2008; Bower, Richards & Lovell, 2001; Cuijpers, 1997; Den Boer, Wiersma & van den Bosch, 2004; Gregory et al., 2004; Menchola, Arkowitz & Burke, 2007; Richardson, Richards & Barkham, 2008). En analyse av 13 metaanalyser ved depresjon og angstlidelser konkluderte med moderate til store effektstørrelser sammenliknet med kontrollbetingelser (van't Hof, Cuijpers & Stein, 2009). Det er imidlertid også enkelte studier som ikke har vist gode resultater ved en slik tilnærming (Mead et al., 2005; Salkovskis, Rimes, Stephenson, Sacks & Scott, 2006). Det er altså grunnlag for både en positiv og en nøktern innstilling til hva vi kan forvente av effekt når det gjelder veiledet selvhjelp ved depresjon.

Det er viktig med kunnskap om hvilke elementer ved veiledet selvhjelp som øker sannsynligheten for et godt resultat, og hva som hemmer effekten. Sentralt her er kvalitative studier, der en ved intervju av enkeltpersoner eller fokusgruppeintervjuer innhenter verdifull informasjon om positive og negative erfaringer med en slik tilnærming (Bachman, Swenson, Reardon & Miller, 2006; Khan, Bower & Rogers, 2007; MacDonald, Mead, Bower, Richards & Lovell, 2007).

Pasienteksperten ved kroniske lidelser

Depresjon har for mange pasienter et stadig tilbakevendende eller kronisk forløp, og i likhet med sykdommer som diabetes, revmatisme, høyt blodtrykk og astma er det avgjørende at pasienten selv tar ansvar for å følge med på egne symptomer og forebygge tilbakefall. Kroniske lidelser er sammenvevd med faktorer knyttet til miljø og livsstil. Eksempler er fysisk aktivitet, kosthold, rusmiddelbruk, livsbelastninger, stresshåndtering, trivsel i arbeid og sosial støtte.

Wagner (1998) utviklet «the chronic care model» for kroniske lidelser, med pasienten som aktiv bidragsyter i behandlingssamarbeidet og med vekt på pasientens egenmestring («self management»). Modellen innebærer bruk av dataprogrammer for å registrere aktuelle pasienter, informasjon og opplæring, evidensbaserte behandlingstiltak, påminnelser om oppfølgingssamtaler og økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sentralt er at pasienten ikke er en passiv mottaker av behandling, men en aktiv bidragsyter som hele tiden involveres i kliniske beslutninger. Ved diabetes omfatter dette tiltak som vektreduksjon, fysisk aktivitet, håndtering av medikamenter og kartlegging av blodsukkernivå.

I snitt har en person med diabetes hvert år tre timers kontakt med helsepersonell; i de resterende 8757 timene håndterer personen selv sin sykdom

Ifølge Ogden (1995) har det skjedd en fundamental endring i vår oppfatning av enkeltmenneskets forhold til egen helse, som nå i større grad sees som en samhandling mellom enkeltmennesket og dets miljø. Både risikofaktorer for sykdom og forebyggende handlinger og tenkemåter anses som delvis under individets kontroll og noe vi til en viss grad selv står ansvarlige for. Motsatsen til at vi i Norge har rett til helsehjelp når vi trenger det, er at vi har et betydelig ansvar for egen helse.

Britiske helsemyndigheter har publisert strategidokumentet «The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century» (Department of Health, 2001). Her

fremgår det at helsevesenets største utfordring er de vedvarende og tilbakevendende lidelser. Det er de som dominerer sykdomsbildet i verden. Derfor må en ta i bruk pasientenes ressurser, erfaringer og kunnskaper. Man må lære av deres erfaringer og rette helsehjelpen inn mot å styrke evnen til å mestre sykdom. I snitt har en person med diabetes hvert år tre timers kontakt med helsepersonell; i de resterende 8757 timene håndterer personen selv sin sykdom (Department of Health, 2002).

Mestringsforventninger

En viktig del av veiledet selvhjelp er å styrke pasientens mestringsforventninger (Bandura, 1997). Dersom vi forventer å lykkes med noe, øker det muligheten for suksess – selvtillit gir styrke. En person med positive mestringsforventninger opplever å være i stand til å styre eget liv og nå viktige mål. Når personen møter hindringer og tilbakeskritt, er han/hun i større grad i stand til å være fleksibel og se etter andre muligheter, fordi man har en underliggende tro på at det nytter.

Veiledet selvhjelp kan styrke pasientens mestringsforventninger på flere måter. Man samarbeider om å sette konkrete mål som kan oppnås på kort sikt, og om å tilegne seg ferdigheter for å nå målene. Pasienten oppmuntres til å ta kontakt med andre som har opplevd problemene og høste av deres erfaringer, via kurs- og gruppetilbud eller kontakt på Internett. Pasienten hjelpes til å forstå årsaksbakgrunnen til problemene, både hva som gjorde en sårbar for å utvikle lidelsen, hva som utløste den, og hva som holder problemene ved like og bidrar til tilbakefall. Eksempler er sosial isolasjon, høyt rusmiddelbruk, passivitet og manglende fysisk aktivitet. Slik blir pasienten bedre i stand til å se sin egen rolle i opprettholdelsen av lidelsen og hvordan en kan påvirke sin egen helse. Pasientens mestringsforventninger styrkes dessuten ved oppmerksomhet og oppmuntring fra helsepersonell så vel som fra familie, venner og arbeidskolleger.

Positive mestringsforventninger gir grunnlag for god helseatferd. Informasjon om sykdom og måter å mestre den og tilknyttede problemer på kan gi selvtillit. Personen danner seg et indre bilde av seg selv som «en som kan mestre helseproblemer» og opplever seg i større grad som en aktiv endringsagent i eget liv. Men ifølge Ogden (1995) og Palmer og Scott (2004) finnes en bakside ved dette perspektivet: En risikerer å legge for stor vekt på individets personlige ansvar for og kontrollmuligheter over egen helse – oppfatning av en selv som sin egen lykkes smed. God helse symboliserer selvkontroll, hardt arbeid, ambisjoner og suksess i livet. Folk forventer og forventes å kontrollere sin egen helse, og det har moralske implikasjoner. En tilskriver gode egenskaper til de

med god helse; de med dårlig helse oppfattes i verste fall som svake og passive. De som ikke lykkes i å opprettholde god helse, kan legge stein til byrden ved å bebreide seg selv og føle skyld og skam. Dette er en spesielt viktig problemstilling ved veiledet selvhjelp for depresjon, ettersom deprimerte mennesker har lett for å bebreide seg selv for sin depressive lidelse.

Selv om vi kan påvirke vår egen helse, er vi sårbare for uforutsigbare faktorer vi i liten grad har kontroll over, som arvelige forhold, livsbelastninger og ulykker, og rett og slett uflaks, en undervurdert faktor ved helseproblemer. Ved tilbakevendende depresjoner er det viktig å arbeide innenfor rammen av hva som er realistisk å mestre og kontrollere for et enkeltmenneske. I veiledet selvhjelp ved depresjon bør en formidle to budskap: For det første gyldiggjøring av problemenes omfang og styrke, ved å fremheve kraften i en alvorlig depresjon; de sterkeste av oss kan bli tvunget i kne av depresjonen. For det andre at det finnes tiltak som den enkelte selv kan sette i verk som gir grunnlag for håp. Begge budskap fremheves i selvhjelpslitteraturen.

Selvhjelpslitteratur

Gjennomgang av studier viser at selvhjelpslitteratur for depresjon bygget på kognitiv atferdsterapi er forbundet med reduksjon i depressive plager (Cuipers, 1997; Richardson et al., 2008). The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) anbefaler selvhjelp med skriftlig materiell basert på kognitiv atferdsterapi for personer med angstlidelser eller milde og moderate depresjoner. Storbritannia har en offentlig ordning med «selvhjelpslitteratur på resept» («books on prescription»; Farrand, 2005; Farrand & Woodford, 2010), der et utvalg selvhjelpsbøker anbefales av helsepersonell og det fylles ut en «resept» for utlån ved et lokalt bibliotek.

De undersøkelsene som er gjort, er hovedsakelig av bruk av selvhjelpslitteratur i kombinasjon med noen samtaler med helsepersonell, altså som veiledet selvhjelp. Det finnes få studier av effekten av selvhjelpslitteratur alene (Gellatly et al., 2007). Det er en svakhet at mange av studiene har relativt små utvalg og mangler lengre tids oppfølging. Vi har ikke funnet norske undersøkelser.

Et mindre antall publiserte bøker er gjenstand for kontrollert forskning: «Feeling good – the new mood therapy» (Burns, 1980, 1999), «Control your depression» (Lewinsohn, Munoz, Youngren & Zeis, 1986), «Mind over mood» (Greenberger & Padesky, 1995), «Overcoming depression and low mood: a five areas approach» (Williams, 2001) og «What should I do? A handy guide to managing depression and anxiety» (Kennedy & Lovell, 2002). Det er også flere studier med ikke publisert

selvhjelps litteratur utformet spesielt for den enkelte undersøkelsen, men som da bygger på de kognitive atferdsterapeutiske prinsipper for endring som er sentrale i de ovennevnte bøkene.

David Burns' «Feeling good» (1980) har vært brukt i flere studier. (En senere bok oversatt til norsk er «Tenk deg glad» («The feeling good handbook», Burns, 2005.) En studie sammenlignet en gruppe mildt og moderat deprimerte personer som leste «Feeling good», med en annen gruppe som leste Victor Frankls (1959) «Man's search for meaning» (Scogin et al., 1987). Deltakerne hadde kontakt med helsepersonell i ukentlige fem-minutters telefonsamtaler. Hensikten var å se om det var lesing i seg selv eller type litteratur som var av betydning for effekten. Resultatet viste bedring i depressive plager for de som leste selvhjelps boken (n = 10), men ingen bedring for de som leste boken til Frankl (n = 8) og en kontrollgruppe som ikke leste noe (n = 11).

Jamison og Scogin (1995) hadde også positive funn i sin studie. Undersøkelsen omfattet to grupper med 40 pasienter i hver, alle med diagnosen mild eller moderat depresjon. Suicidale personer ble ekskludert fra undersøkelsen. Som selvhjelps litteratur fikk pasientene utdelt «Feeling good» (Burns, 1980). Pasientene i eksperimentgruppen skulle lese boken i løpet av fire uker. Oppfølging for øvrig besto av en ti minutters samtale med en fagperson en gang i uken. Her var det muligheter for praktiske spørsmål samt intervju for kartlegging med Becks depresjonsinventorium (BDI). Kontrollgruppen besto av pasienter på venteliste. Disse ble ringt opp på samme måte. Endringer i psykiske plager ble i tillegg til BDI målt ved Hamilton Rating Scale for Depression og Symptom Checklist-90. Resultatet viste en statistisk og klinisk signifikant effekt på depressive symptomer av biblioterapi sammenlignet med det å stå på venteliste på alle målene. På BDI hadde eksperimentgruppen en nedgang fra 21,9 til 9,2, mens kontrollgruppen hadde en nedgang fra 20,9 til 19,5, noe som jo er en betydelig forskjell mellom de to gruppene. Effekten var fortsatt til stede tre måneder etter avslutning. Kartlegging av eksperimentgruppen viste også en reduksjon av negative automatiske tanker, målt ved skjemaene Automatic Thoughts Questionnaire og Dysfunctional Attitude Scale.

Ackerson, Scogin, McKendree-Smith og Lyman (1998) undersøkte effekten av biblioterapi i en studie med 22 pasienter med en gjennomsnittsalder på 16 år. Alle tilfredstilte kriteriene for mild eller moderat depresjon i henhold til DSM II-R. Pasientene ble intervjuet i forbindelse med kartlegging; ellers hadde de kun kontakt med forskerne gjennom telefonsamtaler for kartlegging og praktiske spørsmål, uten noen form for rådgivende innhold. Også her fikk deltakerne utdelt «Feeling good» (Burns, 1980). Graden av depresjon ble målt ved oppstart, avslutning og en måneds

oppfølging. Resultatet viste en reduksjon av depressive symptomer. Det var ingen kontrollgruppe i denne undersøkelsen.

I en studie fikk pasienter på en seks ukers venteliste anledning til lese boken «Mind over mood» (Greenberger & Padesky, 1995) i et «selvhjelpsrom» på en dagavdeling i psykisk helsevern (Whitfield, Williams & Shapiro, 2001). Halvparten av pasientene gikk med på denne ordningen, og var i snitt en 3–4 ganger på dette leserommet. Det var en reduksjon både i depressive plager og angstplager, og deltakerne sa at de var positivt innstilt til tilbudet. Det var ingen kontrollgruppe, noe som gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Samtidig er dette et interessant eksempel på hvordan selvhjelpslitteratur kan integreres i det ordinære behandlingstilbudet.

Floyd et al. (2006) fant i en toårig oppfølgingsstudie av kognitiv biblioterapi og individuell kognitiv samtaleterapi at begge metodene var knyttet til reduksjon i depressive symptomer, en sammenheng som var til stede etter to år. Andelen av pasienter med tilbakevendende depressive symptomer i løpet av perioden var høyere i biblioterapigruppen enn hos de som hadde mottatt individuell behandling.

Pasientfaktorer

Vi vet lite om hvilke egenskaper ved leseren som har sammenheng med nytteverdien av selvhjelpsbøker. Aktuelt her er grad av depresjon, alder, utdanningsnivå, interesse for psykologi, motivasjon, evne til å jobbe på egen hånd, kulturell og religiøs bakgrunn, bruk av rusmidler og endringsvillighet. I en metaanalyse fant man faktisk ingen konsistent forbindelse mellom noen av disse faktorene og nytteverdien av veiledet selvhjelp (Menchola et al., 2007). Enkelte studier tyder på at personer med lav utdanning oftere faller fra (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003), noe som for øvrig er i tråd med hva som predikerer frafall i psykoterapi. Samtidig er det lite som tyder på at grad av depresjon har innvirkning, noe som innebærer at også mange personer med alvorlig depresjon kan ha utbytte av selvhjelpslitteratur så fremt de makter å sette seg ned med slikt lesestoff (McKendree-Smith et al., 2003).

Det har vært gjort analyser av lesbarheten av selvhjelpsbøker for depresjon. En studie fant en gjennomsnittlig lesealder på 14,5 år (Richardson et al., 2008). Det innebærer at disse bøkene vil ha et for vanskelig språk for en del av befolkningen, da mange har en lavere lesealder enn 14,5 år. I tillegg vil leseevnen kunne være midlertidig svekket av konsentrasjons- og hukommelsesvanskene forbundet

med en depressiv tilstand. Selvhjelps litteratur vil variere både i omfang og i lesbarhet, og det er viktig å kunne anbefale noe som er egnet for den aktuelle personen. I klinisk praksis kan terapeuten også fremheve deler av et bestemt kapittel i en bok eller levere ut kortfattede notater eller brosjyrer som beskriver viktige prinsipper for endring, for eksempel hentet fra informasjonsmateriellet på Helsedirektoratets nettsider (se senere).

Krav til god selvhjelps litteratur

God selvhjelps litteratur bør på en lettfattelig måte informere om hva som kjennetegner leserens problemer, og hva som kan være utløsende og opprettholdende årsaker til dem. På en konkret og instruktiv måte skal den beskrive hvordan man på egen hånd eller i samarbeid med sine nærmeste kan gå frem for å overkomme plagene. Den gode selvhjelps boken skal gi leseren troen på at han eller hun selv kan bidra til endring, og være realistisk i sin utforming av tiltak.

En studie vurderte selvhjelpsbøker for angst, depresjon og traumer ut fra et sett av kriterier (Redding, Herbert, Forman & Gaudiano, 2008), i hvilken grad boken:

- bygger på aktuell psykologisk forskning om årsaker, diagnostisering og tiltak
- gir råd om kartlegging og egendiagnostisering
- gir råd om implementering av og trening i selvhjelpsteknikker
- gir råd om hvordan en kan registrere fremgang og tilbakegang
- formidler realistiske forventninger om nytteverdi av og begrensninger ved selvhjelps metodene
- unngår å gi uheldig informasjon og skadelige råd
- vurderes som et nyttig hjelpemiddel, i form av lesbarhet, pedagogisk tilrettelegging og anvendelighet

I studien vurderes 50 bøker, 36 av dem om depresjon, ut fra disse kriteriene. I tillegg til tidligere nevnte bøker fremheves blant annet «Overcoming depression» (Gilbert, 2007) og «Overcoming depression one step at the time» (Addis & Martell, 2004).

Selvhjelps litteratur på norsk

Det er utgitt selvhjelps bøker for depresjon og angstlidelser, bygget på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi. Bøkene er oversatt til norsk eller skrevet av norske fagfolk (se Repål, 2008 for en oversikt over bøker).

På Helsedirektoratets hjemmesider finnes informasjon om depresjon som kan benyttes i veiledet selvhjelp, for eksempel brosjyren «Enkle råd når livet er vanskelig». Her er også det 70-siders heftet «Veiviser i møte med helsepersonell. Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon», som bygger på de nasjonale retningslinjene. I forordet (s. 5) skriver helsedirektør Bjørn-Inge Larsen: «For helsepersonell kan veiviseren brukes som et utgangspunkt for veiledet selvhjelp, der pasienten prøver ut forslag til tiltak som nevnes i veiviseren, og så drøfter erfaringene med tiltakene med behandleren sin.»

Selvhjelps litteratur under behandling

I en norsk studie av 1863 psykologer svarte 815 på spørsmål om sitt bruk av selvhjelpsmateriell (Nordgreen & Havik, 2011). I alt 93,5 prosent av dem hadde anbefalt selvhjelpsmateriell i sin kliniske praksis, og om lag halvparten hadde fått forespørsel fra pasientene sine om dette. Det dreide seg først og fremst om selvhjelps litteratur, i hovedsak brukt som supplement til psykologisk behandling, men hos 16,6 prosent også for å forebygge tilbakefall av depresjon eller angst.

Selvhjelps litteratur kan gi pasienten innsyn i de grunnleggende elementene i terapi, og skape håp om at bedring er mulig. Graden av egenaktivitet har betydning for prognosen ved behandling av psykiske lidelser (Addis & Jacobson, 2000; Norcross, 2002). Selvhjelps litteratur kan medvirke til økt egenaktivitet ved å gi pasienten forklaring på hvorfor egenaktivitet er viktig, og råd om hvordan det kan gjøres. Dette, kombinert med hjemmeoppgaver som har sitt utspring i terapitimen, gir pasienten økt motivasjon og lettere tilgang til nyttige verktøy. Bruk av selvhjelps litteratur kan bidra til å redusere behandlingstiden ved tradisjonell terapi i form av færre konsultasjoner, noe som er vist i enkelte studier (Sharp, Power & Swanson, 2000).

I vår egen kliniske praksis har vi god erfaring med at bruk av selvhjelps litteratur introduseres tidlig i behandlingen. Vi oppfordrer gjerne pasienter til å la pårørende lese det samme som dem. I selvhjelps litteraturen er dessuten egne kapitler rettet mot de pårørendes situasjon. Vi kan bruke

selvhjelpslitteratur som en del av kartlegging av problemene ved at pasienten bes om å understreke symptomer og funksjonsmåter som er beskrevet i bøkene, og som de kjenner seg igjen i. Dette bidrar til å normalisere pasientenes symptomer. De skjønner at de ikke er alene om å ha psykiske problemer.

Vi spør i påfølgende samtaler om hva pasienten har hatt mulighet til å få lest, og hvilke tanker han/hun har gjort seg om informasjonen: Hva er pasienten enig i, og hva virker mindre relevant? Kjenner pasienten seg igjen i årsaksforholdene som er beskrevet? Forslag til tiltak kan noen ganger være for ambisiøse, noe som medfører selvkritikk og motløshet. Vi understreker betydningen av små og oppnåelige mål – et skritt om gangen – og oppfordrer til at pasienten belønner seg selv for sine forsøk og for hvert eneste lite fremskritt, og trener seg på å vise overbærenhet og forståelse når en ikke orker eller ikke når frem. Vi formidler at det ideelt sett er «en mildhet i bunn» i dette arbeidet, der pasienten bevisst og strategisk forsøker å yte seg selv støtte og oppmuntring i en vanskelig tid. *Holdningen* pasienten trener på å innta overfor seg selv, er altså viktig. Samtidig understreker vi at dette er vanskelig, fordi selvkritikk og motløshet føles så naturlig under en depresjon. Dette er et tema som ofte omhandles på en god måte i selvhjelpslitteraturen.

Bruk av hvis-så-planer

Nytten av selvhjelpsmateriell øker hvis pasienten rådes til å lage målformuleringer og konkrete hvis-så-planer for bruken av de metodene som anbefales (Varley, Webb & Sheeran, 2011). Utgangspunktet er at vår selvkontroll er som en muskel, den har begrenset kapasitet og utholdenhet, og at vår atferd i høy grad styres av automatiserte vanemønstre, noe som gjør atferdsendring vanskelig (Muraven & Baumeister, 2000). Derfor er det lurt å mentalt sette opp en implementeringsplan som presist sier når, hvor og hvordan målrettet atferd skal utføres: «Hvis situasjon Y oppstår, så vil jeg iverksette målrettet atferd X». Situasjon Y kan være en følelse, et sted, en person eller et tidspunkt. I en metaanalyse av 94 studier, med over 8000 deltakere, av et bredt spekter av atferdsendring, hadde formulering av implementeringsplaner en moderat til stor effekt ($d = 0,65$) på måloppnåelse (Gollwitzer & Sheeran, 2006). Effekten var særlig stor hos personer som kan ha problemer med atferdsregulering, for eksempel pasienter med en schizofrenidiagnose. Eksempler på slike planer er «Hvis grubletankene kommer, vil jeg skrive dem ned i grubleboken som ligger på skrivebordet» eller «Hvis jeg har spist middag, så skal jeg gå en halv times tur.» Er planen godt spesifisert, er det mer sannsynlig at den lagres som en mental representasjon og et automatisert handlingsalternativ i hjernen.

Selvhjelpslitteratur i ventetiden på behandling

Formidling av selvhjelpslitteratur er nyttig når pasienten må stå på venteliste for terapi. I stedet for en passiv ventelisteperiode kan han eller hun begynne å arbeide med problemene på egen hånd, eventuelt i samarbeid med pårørende eller fastlege. Etter vår erfaring gir dette ofte et bedre utgangspunkt når terapien starter opp, enn om pasienten ikke hadde mottatt noen form for tilbud i denne perioden.

En variant her er at terapeuten gir pasienter en vurderingssamtale før de settes på venteliste.

Vurderingssamtalen sikter mot kartlegging av problemene, formidling av informasjon og introduksjon av aktuell selvhjelpslitteratur. Ved Kveldspoliklinikken raskere tilbake, DPS Vinderen, har vi en ordning med en innledende 20–30 minutters telefonkontakt for å innhente informasjon og å opplyse om og motivere for et aktivt terapeutisk samarbeid mot prioriterte mål. I samtalene informeres det om vår hjemmeside, som en finner frem til ved å google Kveldspoliklinikken raskere tilbake. Her er selvhjelpsnotater og lenke til nettprogrammet MoodGYM, som kan være nyttig i ventetiden. Berge og Karlsen (2010) presenterer et kasuseksempel der telefonkontakt både før og under terapien samt bruk av selvhjelpslitteratur var en sentral del av behandlingen. Lovell (2010) gir råd om bruk av telefon i veiledet selvhjelp, ut fra erfaringer i den britiske IAPT-satsingen (se senere).

Internett-programmer

Det finnes nettsider som kan danne utgangspunkt for selvhjelp ved depresjon. De best dokumenterte internettprogrammene bygger på kognitiv atferdsterapi, som er didaktisk og ferdighetsbasert og derfor egner seg til dette formatet. Eksempler er «Beating the blues», og «Depression on the internet» (ODIN). NICE har i sine retningslinjer for «Depression and anxiety – computerised cognitive behavioural therapy» funnet tilstrekkelig dokumentasjon for å anbefale bruk av programmet «Beating the blues» for mennesker med milde og moderate depresjoner.

Det eneste fullt utviklede Internett-tilbudet for depresjon i Norge drives av en forskergruppe ved Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø. Dette er norskspråklige selvhjelpsprogrammer på Internett, bygget på et australsk tilbud. BluePages (www.bluepages.no) gir informasjon om depresjon og behandling. MoodGYM (www.moodgym.no) gir råd basert på kognitiv atferdsterapi, med ulike moduler for stresshåndtering, kognitiv restrukturering, trening i problemløsning og atferdsaktivering kombinert med avspenningsøvelser. Programmet forklarer hvorfor vanskelige følelser oppstår,

og hvordan en kan arbeide med å endre tenkemåter som fører til overdreven selvkritikk, svekket problemløsning og pessimisme og håpløshet. Dessuten gis det råd om atferdsaktivering, med 319 forslag til gjøremål som kan gi opplevelse av mestring og tilfredsstillelse. Man oppfordres til å prøve ut ulike gjøremål og registrere innvirkningen aktiviteten har på energinivå og stemningsleie.

Istedenfor en passiv ventelisteperiode kan han eller hun begynne å arbeide med problemene på egen hånd, eventuelt i samarbeid med pårørende eller fastlege

Det er fem ulike moduler med informasjon, tester, øvelser og oppgaver. Hver del avsluttes med en oppsummering der resultatet av tester og øvelser presenteres. En arbeidsbok bidrar til å systematisere erfaringer fra oppgavene, og en blir kjent med representative rollefigurer som går igjen i de ulike modulene. Programmet diagnostiserer ikke, men svarene gir en god indikasjon på symptomtrykket, og på hvilke områder brukeren føler seg sårbar. Med utgangspunkt i disse svarene stiller programmet oppfølgende spørsmål og gir råd om tiltak som kan hjelpe.

Ved Universitetet i Tromsø har man planer om å implementere programmet som en del av tilbudet for personer på venteliste ved distriktpspsykiatriske sentre og som veiledet selvhjelp hos fastlege der pasienten tar opp problemstillinger som blir reist gjennom MoodGYM i timen hos legen. Programmet prøves ut i videregående skoler i Troms, der helsesøstre ved skolen får en egen opplæring. MoodGYM kan benyttes av alle aldersgrupper, men ble særlig utviklet for de yngre. Eksemplene er forbundet med studier og forholdet til foreldre og søsken, og de eldste rollefigurene er under 25 år. Programmet er grundig og har råd og informasjon omkring stresshåndtering og problemløsning som folk flest vil synes er nyttige, enten en er deprimert eller ikke. Det formidler en gjennomført normaliserende og ressursorientert holdning som tjener til å styrke selvfølelsen hos brukeren. En ulempe er at det er så omfangsrikt, noe som vil føre til en del frafall. Det er tilrådelig å utvikle kortere versjoner.

Forskningsmessig dokumentasjon av MoodGYM

En randomisert kontrollert studie sammenliknet MoodGYM med BluePages (nettsted med informasjon om depresjon og tiltak) og en tredje kontrollbetingelse (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004). Utvalget var 525 deltakere med depressive plager. Begge programmer hadde en effekt på depressive plager, målt ved Center for Epidemiologic Studies Depression scale, noe som tyder på at informasjon i seg selv kan ha en positiv virkning på depresjon. Kontrollbetingelsen hadde ingen

effekt. Bare MoodGYM var knyttet til reduksjon i negativ og uhensiktsmessig tenkning, målt ved Automatic Thoughts Questionnaire, mens BluePages var forbundet med reduksjon i opplevelsen av stigma, målt ved et spørreskjema laget spesielt for studien. Effekten på depressive plager var moderat god for de som fullførte programmet (prepost effekt 0,6), og av de som hadde depressive plager på et klinisk nivå var effekten enda større (pre-post effekt 0,9). En oppfølgingsstudie viste at effekten holdt seg ved 6 og 12 måneders oppfølging (Griffiths & Christensen, 2007). Enkelte studier har lovende resultater ved bruk av MoodGYM for ungdommer og for studenter (Calear, Christensen, Mackinnon, Griffiths & O’Kearney, 2009), og det er noe evidens for kostnadseffektiviteten av programmet.

Et svensk nettprogram

Et nettprogram utviklet i Sverige har vist lovende resultater ved å integrere programmet med minimal kontakt med terapeut via e-post. I en studie med 117 deltakere med mild og moderat depresjon rekruttert gjennom utlysning i media (Andersson et al., 2005). Personer med alvorlig depresjon, akutt suicidalrisiko, psykoselidelse eller bipolar lidelse ble ekskludert. Nettprogrammet var basert på kognitiv terapi og atferdsaktivering, med fem moduler, som også inkluderte råd om søvn og fysisk trening, forebygging av tilbakefall og utforming av personlige mål for fremtiden. Hver modul ble avsluttet med en del spørsmål, som deltakeren besvarte og sendte per e-post til en terapeut som ga tilbakemelding per e-post. Deltakerne brukte i snitt ti uker på å gjennomføre programmet, med anslagsvis to timer arbeid totalt. Halvparten tok programmet i kombinasjon med et nettbasert diskusjonsforum, mens resten bare deltok i et nettbasert diskusjonsforum. Diskusjonsforumet i intervensjonsgruppen tok opp erfaringer med innholdet av de ulike modulene. Diskusjonsforumet for kontrollgruppen tok opp temaer som hvordan det var å være deprimert, hvordan en kan forholde seg til sykemelding, etc. Det var en del frafall, og 65 % av deltakerne i intervensjonsgruppen fullførte alle modulene. Av de som fullførte, var det en reduksjon i depressive plager, angstplager og bedring i livskvalitet. Resultatene hadde holdt seg ved oppfølging etter seks måneder. Det var ingen bedring i kontrollgruppen, noe som er i strid med enkelte studier der ustrukturerte nettbaserte støttegrupper har vist en viss positiv effekt på depresjon.

Gjennom en felles forståelse av problemer og virkemidler legges grunnlag for god samhandling der pasienten er en aktiv aktør

Resultatene fra denne og en serie andre studier har vært så positive at det er opprettet en «internettklinikk» ved Psykiatri Sydvest i Stockholm, som i de to første årene etter oppstarten i 2007 ga et tilbud til om lag 2000 personer med depresjon, panikkelidelse og sosial angstlidelse. Det er bare et par ukers ventetid ved «klinikken», som slik fungerer som et lavterskeltilbud. Bare i denne regionen av Sverige tar rundt 100 000 pasienter medikamenter mot angst eller depresjon (Aftenposten, 17.4.2010). Svenske helsemyndigheter har gått inn for å integrere nett-tilbud bygget på kognitiv atferdsterapi som en del av den offentlige helsetjenesten (Socialstyrelsen, 2010).

Samarbeidende partnerskap

Forskningen tyder på at mange har bedre nytte av selvhjelpslitteratur, i form av bøker eller nettprogrammer, hvis tilbudet inkluderer en viss kontakt med helsepersonell. Et eksempel er en metaanalyse av studier av nettprogrammer basert på en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming for angst og depresjon (Spek et al., 2007). Analysen konkluderte med at programmer med terapeutstøtte (5 studier; resultat stor gjennomsnittlig effekt) var mer knyttet til reduksjon i symptomer enn programmer uten støtte (6 studier; resultat lav gjennomsnittlig effekt). En nyere metaanalyse tok for seg 12 studier ved depresjon med til sammen 2446 deltakere og kom til samme konklusjon, at tilbud som inkluderer en viss kontakt med helsepersonell, i større grad er knyttet til reduksjon i depressive plager (Andersson & Cuijpers, 2009). Det kan være flere grunner til dette. Veiledet selvhjelp gir mulighet for den enkelte til å skreddersy sitt selvhjelpsopplegg i dialog med en fagperson. Man får svar på spørsmål underveis, og en fagperson kan styrke den enkeltes tro på effekten av egne tiltak. Dette er i tråd med prinsippet om veiledet selvhjelp der pasient og helsepersonell inngår i et samarbeidende partnerskap. Studier viser for eksempel at frafall ved bruk av nettprogrammer reduseres hvis pasienten også møter helsepersonell i en samtale ansikt til ansikt eller korte ukentlige telefonsamtaler (Clarke, 2005; Marks et al., 2003; Wright et al., 2005). Frafall fra nettprogrammer uten slik støtte er høyt. I en studie av 82 000 vanlige brukere av Mood-GYM fullførte 27 % en modul og 10 % to eller flere moduler (Batterham, Neil, Bennett, Griffiths & Christensen, 2008).

Britisk storsatsing

Den viktigste arenaen i dag for utprøving og evaluering av veiledet selvhjelp er den britiske storsatsingen på tiltak for depresjon og angst, «Improving Access to Psychological Therapies» (IAPT). Opprettelse av lavterskelsentre skal gjøre evidensbasert psykologisk behandling for angst og depresjon til et gode for flest mulig. Sykefravær skal forebygges ved å gjøre avstanden mellom behov og behandling kortere (Olsen & Berge, 2008). Det er etablert 115 sentre, og til nå har over 600 000 personer mottatt hjelp. En viktig del er såkalt «lavintensitetsbehandling», der rådgivning og veiledet selvhjelp bygget på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi er en viktig del (Bennett-Levy et al., 2010). Sentrene organiseres ut fra en «stepped care»-modell, der personer som ikke har fått tilstrekkelig utbytte av slike lavintensitetstiltak eller som ikke ønsker dette, får tilbud om psykoterapi. Tiltakene er nøye evaluert, og i de neste årene vil en strøm av evalueringsrapporter og forskningsstudier bygget på et stort datamateriale, gi oss mer kunnskap om nytteverdien av veiledet selvhjelp, hva som er virksomme faktorer, og hvordan helsetjenestene kan organiseres på nye og mer fleksible måter slik at flere personer kan få hjelp.

Konklusjon

Det er argumenter for at veiledet selvhjelp bør være et viktig supplement til tradisjonelle behandlingsopplegg. Tilnærmingen er i tråd med sentrale føringer i norsk helsepolitikk og tar innover seg det faktum at det ikke er kapasitet innenfor det tradisjonelle behandlingsapparatet til å nå alle som måtte ha behov for det. Tidlig intervensjon i form av veiledet selvhjelp vil for noen være et tilstrekkelig lavterskeltilbud. For det andre kan det bidra til å redusere antall nødvendige psykoterapeutiske konsultasjoner. Begge deler frigjør verdifull kapasitet. Veiledet selvhjelp kan være et nyttig supplement til behandlingen ved alvorlige depresjoner, dersom opplegget tilpasses den enkeltes problemer og funksjonsnivå. Tilnærmingen kan bidra til å bygge bro mellom pasient og pårørende, og primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Gjennom en felles forståelse av problemer og virkemidler legges grunnlag for god samhandling der pasienten er en aktiv aktør.

Referanser

- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N. & Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 685–690.
- Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 313–326.
- Addis, M. E. & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at the time*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Aftenposten (17.4. 2010). Kurerer angst via nettet.
- Andersson, G., Bergstrom, J. Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldø, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 187*, 456–461.
- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internetbased and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*, 196–205.
- Bachman, J., Swenson, S., Reardon, M. E. & Miller, D. (2006). Patient self-management in the primary care treatment of depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*, 83–92.
- Batterham, P. J., Neil, A. L., Bennett, K., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2008). Predictors of adherence among community users of a cognitive behavior therapy website. *Patient Preference and Adherence, 2*, 95–105.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review, 84*, 191–215.
- Bennett-Levy, J., Richards, D. A., Farrand, P. et al. (red.). (2010). *Low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- Berge, T. & Karlsen, K. E. (2010). Bruk av telefon i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47*, 827–833.
- Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*, 323–331.

- Bilich, L. L., Deane, F. P., Phipps, A. B., Barisic, M. & Gould, G. (2008). Effectiveness of bibliotherapy self-help for depression with varying levels of telephone helpline support. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 61–74.
- Bower, P., Richards, D. & Lovell, K. (2001). The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 51, 836–845.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good. The new mood therapy*. New York: New American Library. Revidert utgave 1999.
- Burns, D. D. (2005). *Tenk deg glad! Håndbok*. Arendal: Danor Forlag.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M. & O’Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1021–1032.
- Christensen, H., Griffiths, K. M. & Jorm, A. F. (2004). The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care. *British Journal of Clinical Psychology*, 328, 265–269.
- Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O’Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C., Lynch, F., Nunley, S. & Gullion, C. (2005). Overcoming depression on the internet (ODIN) (2): a randomized controlled trial of an internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 7, e16.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139–147.
- Den Boer, P., Viersma, D. & Van Den Bosch, R. J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 34, 959–971.
- Department of Health (2001). *The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century*. Department of Health, Storbritannia.
- Department of Health (2002). *UK Department of Health framework document. Chronic disease management and selfcare. A practical aid to implementation in primary care*. Department of Health, Storbritannia.
- Farrand, P. (2005). Development of a supported self-help book prescription scheme in primary care. *Primary Care Mental Health*, 3, 61–66.

- Farrand, P. & Woodford, J. (2010). Developing self-help books on prescription schemes. I J. Bennett-Levy, D. A. Richards, D. A., P. Farrand, P. et al. (red.), *Low intensity CBT interventions* (s. 209–216). Oxford: Oxford University Press.
- Floyd, M., Rohen, N., Shackelford, J. A. M., Hubbard, K. L., Parnell, M. B., Scogin, F. & Coates, A. (2006). Two-year follow-up of bibliotherapy and individual cognitive therapy for depressed older adults. *Behavior Modification*, 30, 281–294.
- Frankl, V. (1985). *Man's search for meaning*. New York: Simon and Schuster.
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S. & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37, 1271–1228.
- Gilbert, P. (2007). *Å bekjempe depresjon*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Gollwitzer, P. M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A metaanalysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69–119.
- Greenberger, D. & Padesky, C. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: Guilford Press.
- Gregory, R. J., Schwer Canning, S., Lee, T. W. & Wise, J. C. (2004). Cognitive bibliotherapy for depression: a meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 275–280.
- Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: a powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 15, 81–87.
- Gonzalez, H. M., Vega, W. A., Williams, D. R., Tarraf, W., West, B. T. & Neighbors, H. W. (2010). Depression care in the United States: too little for too few. *Archives of General Psychiatry*, 67, 37–46.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M. & Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study *Cognitive Therapy and Research*. DOI: 10.1007/s10608-009-9259-5
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. 15–1561. Oslo: Helsedirektoratet.
- James, L. C. & Folen, R. A. (2005). *The primary care consultant. The next frontier for psychologists in hospitals and clinics*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Jamison, C. & Scogin, F. (1995). The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 644–650.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989–991.
- Kennedy, A. & Lovell, K. (2005). *What should I do? A handy guide to managing depression and anxiety*. Southampton: RTFB Publishing Limited.
- Kennedy, N., Abbott, R. & Paykel, E. S. (2003). Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort. *Psychological Medicine*, 33, 827–838.
- Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K. & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders – a life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 339–344.
- Khan, N., Bower, P. & Rogers, A. (2007). Guided selfhelp in primary care mental health. Meta-synthesis of qualitative studies of patient experience. *British Journal of Psychiatry*, 191, 206–211.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. A. (2001). Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091–1098.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. & Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression*. USA: Simon & Schuster.
- Lovell, K. (2010). Supporting low-intensity interventions using the telephone. I J. Bennett-Levy, D. A. Richards, D. A., P. Farrand, P. et al. (red.), *Low intensity CBT interventions* (s. 275–280). Oxford: Oxford University Press.
- MacDonald, W., Mead, N., Bower, P., Richards, D. & Lovell, K. (2007). A qualitative study of patients' perceptions of a «minimal» psychological therapy. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 23–35.
- Marks, I. M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirsch, S. & Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided selfhelp for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57–65.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V. et al. (2006). Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 189, 161–167.

- McKendree-Smith, N. L., Floyd, M. & Scogin, F. R. (2003). Self-administered treatments for depression: A review. *Journal of Clinical Psychology*, *59*, 275–288.
- Mead, N., MacDonald, W., Bower, P., Lovell, K. Richards, D. & Bucknall, A. (2005). The clinical effectiveness of guided self-help versus waiting list control in the management of anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *35*, 1633–1643.
- Menchola, M., Arkowitz, H. & Burke, B. L. (2007). Efficacy of self-administered treatments for depression and anxiety: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*, 421–429.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, *370*, 851–858.
- Muraven, M. & Baumeister, R. F. (2000). Selfregulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, *126*, 247–259.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M. & Steward, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT-study. *British Journal of Psychiatry*, *195*, 118–125.
- Mykletun, A. & Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *126*, 1491–1492.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Depression: Management of depression in primary and secondary care*. www.nice.org.uk
- Nilsson, E., Bogren, M., Mattisson, C. & Nettelbladt, P. (2007). Point prevalence of neurosis in the Lundby Study 1947–1997. *Nordic Journal of Psychiatry*, *61*, 33–39.
- Nordgreen, T. & Havik, O. E. (2011). Use of selfhelp materials for anxiety and depression in mental health services: A national survey of psychologists in Norway. *Professional Psychology: Research and Practice*, *42*, 185–191.
- Ogden, J. (1995). Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science and Medicine*, *40*, 409–415.
- Olsen, B. & Berge, T. (2008). Britisk storsatsning på psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *45*, 579–585.
- Palmer, A. & Scott, J. (2004). Self-management and the expert patient. I M. Power (red.), *Mood disorders. A handbook of science and practice* (s. 295–304). Chichester: John Wiley.

- Redding, R. E., Herbert, J. D., Forman, E. M. & Gaudiano, B. A. (2008). Popular self-help books for anxiety, depression, and trauma: How scientifically grounded and useful are they? *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*, 537–545.
- Repål, A. (2008). En kognitiv tilnærming til selvhjelp. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 61–78). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Richardson, R., Richards, D. A. & Barkham, M. (2008). Self-help books for people with depression: A scoping review. *Journal of Mental Health*, *17*, 543–552.
- Salkovskis, P., Rimes, K., Stephenson, D., Sacks, G. & Scott, J. (2006). A randomized controlled trial of the use of self-help materials in addition to standard general practice treatment of depression compared to standard treatment alone. *Psychological Medicine*, *36*, 325–333.
- Sandanger, I., Nygard, J. F., Sorensen, T. & Dalgard, O. S. (2007). Return of depressed men: changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *Journal of Affective Disorders*, *100*, 153–162.
- Sharp, D. M., Power K. G. & Swanson, V. (2000). Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: Global measures of outcome in a randomized and controlled trial. *British Journal of General Practice*, *50*, 963–968.
- Scogin, F., Hamblin, D. & Beutler, L. (1987). Bibliotherapy for depressed older adults: a selfhelp alternative. *Gerontologist*, *27*, 383–387.
- Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. www.socialstyrelsen.se
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitivebehaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*, 319–328.
- Ustun, T. B. & Kessler, R. C. (2002). Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 181–183.
- van't Hof, E., Cuijpers, P. & Stein, D. J. (2009). Self-help and Internet-guided interventions in depression and anxiety disorders: a systematic review of meta-analysis. *CNS spectrums* *14* (2 Suppl 3), 34–40.
- Varley, R., Webb, T. L. & Sheeran, P. (2011). Making self-help more helpful: A randomized controlled trial of the impact of augmenting selfhelp materials with implementation intentions

- on promoting the effective self-management of anxiety symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 123–128.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2–4.
- Whitfield, G., Williams, C. J. & Shapiro, D. A. (2001). Assessing the take up and acceptability of a self-help room used by patients awaiting their initial outpatient appointment. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 333–343.
- Williams, C. (2001). *Overcoming depression and low mood: A five areas approach*. London: Hodder Arnold Publication.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357–376.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T. & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1158–1164.
- Yeung, A., Feldman, G. & Fava, M. (2010). *Selfmanagement of depression. A manual for mental health and primary care professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.