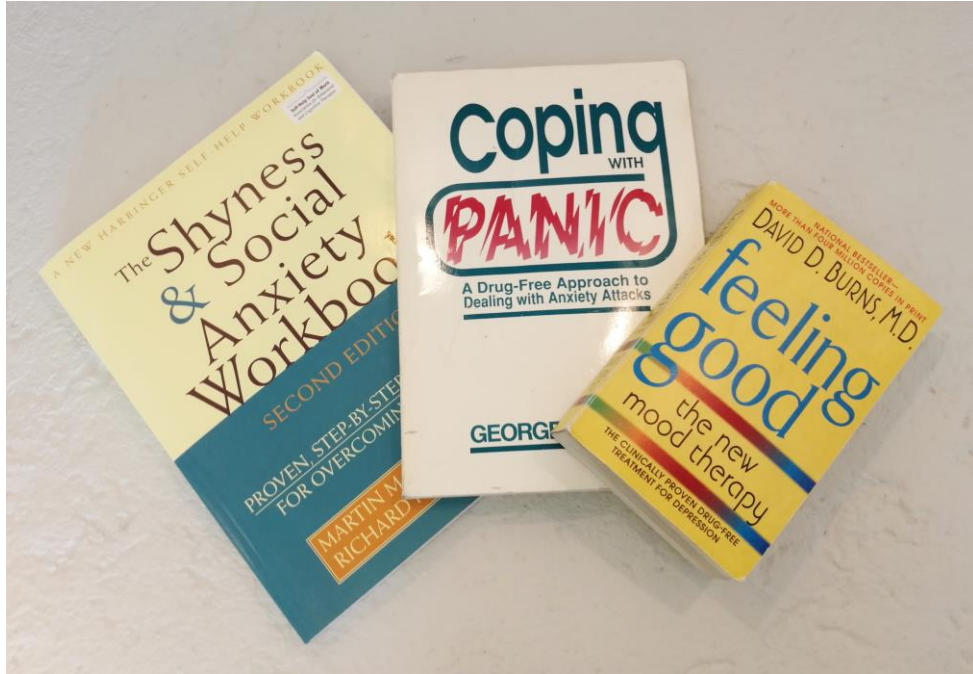


Biblioterapi



Rapportens samlede antall tegn
(med mellomrom & fotnoter): 189 686
Svarende til antall normalsider: 79,04

Navn: Liv Tagestad
Studienummer: 20126442

Veileder: Jørn Ry Hansen

10. Semester, Psykologi
Kandidatspeciale

CKH – Center for Klinisk
Hverdagspsykologi

Aalborg Universitet
31-05-2017

Abstract

This project investigates what bibliotherapy is and how it can be included in the therapeutic work with a patient. The self-help field has evolved into a billion dollar industry, and one of its most popular sources is bibliotherapy. It is estimated that 30-50% have purchased a self-help book throughout their lives, and more than 3000 new self-help books are published every year.

At the same time, the need for mental health care increases. 30-50% of the adult population is affected by a mental illness throughout life, and the number of outpatient treatments continues to increase. This leads to more therapists experiencing waiting lists and problems meeting the needs of anyone who wants their services. Empirically founded self-help books, however, have the potential to cover some of the need for mental health care. How this potential can be fulfilled, will be examined and discussed in this project.

The project starts with a presentation of the history of bibliotherapy. The practice of therapeutic reading became widespread in the 1800s and 1900s, when major psychiatric hospitals received a patient library. Self-help books often focus on how to take control of life and develop. The project therefore looks at societal theories that can explain why there has become a focus on development and why these books have achieved a popularity.

Subsequently, this project examines which diagnoses may benefit from bibliotherapy and which books have received empirical support. The meta-analyses revealed that bibliotherapy was significantly better than no treatment and that it was particularly effective for anxiety (ES= 0.60-1.10) and depression (ES = 0.70-0.80). The task also presented and analyzed three self-help books that have proven to be effective in the treatment of anxiety and depression. The analysis showed that the books used non-specific factors (e.g. empathic sentences, descriptions of the effectiveness of the techniques, and advices to deal with adversity) and specific factors (e.g. cognitive

restructuring, situational exposure, and social skills training) to deal with the reader's problems.

The project's studies also showed that the effect of the books increased if readers received therapeutic support. As it appeared that there were more positive than negative consequences related to the bibliotherapy, and that the therapist-administered reading exceeded the self-administered reading, a number of suggestions for how self-help books could be used in therapy were presented. For example, the prescription of books can give the patient a greater responsibility and self-esteem, give the patient homework that can increase and transfer the effect from the clinical room to the patient's life, or it can maintain treatment effects. Finally, specific advice on how the therapist can include books in the therapy is presented.

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON	1
1.1 PROBLEMSTILLING	1
1.2 BEGREPSAVKLARING	2
1.3 OPPGAVENS FORMÅL	3
1.4 HVA ER BIBLIOTERAPI?	5
1.4.1 Biblioterapiens karakteristika	6
1.4.2 Biblioterapiens lesere	7
1.5 KOGNITIV TERAPI OG KOGNITIV ATFERDSTERAPI	7
1.5.1 Kognitiv terapi	7
1.5.2 Kognitiv atferdsterapi	9
2. METODE	9
2.1 OPPGAVENS TEORETISKE UTGANGSPUNKT	10
2.2 KVALITATIV METODE	11
2.2.1 Styrker og svakheter ved den kvalitative metoden	12
2.3 EN PRAGMATISK VITENSFORSTÅELSE	13
2.4 DISPOSISJON	13
3. KAPITTEL 1: BIBLIOTERAPIENS HISTORIE OG POPULARITET	14
3.1 BIBLIOTERAPIENS HISTORIE	14
3.1.1 Oppsummering	18
3.2 BIBLIOTERAPIENS POPULARITET	19
3.2.1 Et fokus på utvikling	19
3.2.2 Individualiseringens tidsalder	21
3.2.3 Fra profesjonell autoritet til et mer individualisert helsevalg	22
3.2.4 Et pressende marked for psykisk helse	24
3.2.5 Økt aksept av profesjonell hjelp	26
3.2.6 Oppsummering	27
4. KAPITTEL 2: BIBLIOTERAPIENS EMPIRISKE GRUNNLAG	28
4.1 BIBLIOTERAPI OG PSYKISKE LIDELSER	29
4.2 STUDIER AV SELVHJELP OG BIBLIOTERAPI	30
4.3 DEPRESJON	31
4.4 ANGST	32
4.5 SELVADMINISTRERT OG TERAPEUT-ADMINISTRERT BEHANDLING	34
4.5.1 Depresjon	35
4.5.2 Angst	35
4.5.3 Fordelene ved terapeut-administrert biblioterapi	37
4.6 PROFESJONELL BRUK AV BIBLIOTERAPI	39

4.7 ET KRITISK BLIKK	40
5. KAPITTEL 3: EN KVALITATIV ANALYSE AV TRE EMPIRISK EFFEKTIVE SELVHJELPSBØKER	41
5.1 TRE EMPIRISKE SELVHJELPSBØKER	41
5.1.1 <i>Feeling Good</i> – Burns (1980; 1999).....	42
5.1.2 <i>The Shyness and Social Anxiety Workbook</i> – Antony & Swinson (2000; 2008).....	45
5.1.3 <i>Coping with Panic</i> – Clum (1990).....	47
5.1.4 Oppsummering	50
5.2 ANDRE BØKER MED EMPIRISK STØTTE	50
5.3 EN KVALITATIV BOKANALYSE	51
5.3.1 Tematisk analyse (TA).....	52
5.4 NON-SPESIFIKKE FAKTORER	55
5.4.1 Forfatterens kliniske erfaring og teknikkenes effektivitet	57
5.4.2 Optimistiske kommentarer om leserens fremtid	59
5.4.3 Casebeskrivelser	60
5.4.4 Empati, varme og genuinitet	61
5.4.5 Målsetting	63
5.4.6 Øvelser	63
5.4.7 Forberedelse på motgang	64
5.5 SPESIFIKKE FAKTORER	66
5.5.1 Diagnostisering.....	66
5.5.2 Kognitiv restrukturering og situasjonell eksponering.....	68
5.5.3 Sosial ferdighetstrening	71
5.6 OPPSUMMERING AV DEN KVALITATIVE BOKANALYSEN	73
6. KAPITTEL 4: SELVHJELPSBØKER I DET TERAPEUTISKE ARBEIDET MED PASIENTEN	76
6.1 FORDELER OG ULEMPER VED Å BRUKE SELVHJELPSBØKER I TERAPIEN	76
6.1.1 Oppsummering	80
6.2 HVORDAN BØKENE KAN BRUKES I INDIVIDUELL TERAPI	80
6.2.1 (1) Å intervju pasienten før foreskrivingen	80
6.2.2 (2) Å godkjenne bøkene	82
6.2.3 (3) Å holde oversikt over pasientens psykologiske status	82
6.2.4 (4) Å ha diskusjoner med pasienten underveis	83
6.2.5 (5) Inklusjons- og eksklusjonskriterier	84
6.2.6 (6) Hjemmelekser	84
6.2.7 (7) Venteliste og vedlikehold.....	85
6.2.8 (8) Forsterkende terapeutstrategier	85
6.2.9 (9) Vurderinger	85
6.2.10 Oppsummering	87
7. KONKLUSJON	87
REFERANSELISTE	93

1. Introduksjon

Selvhjelpsindustrien har blitt stor i dagens samfunn, og genererer milliarder av kroner hvert år (Redding et al., 2008, p. 538). Den omfatter både bøker, grupper, kurs og internettmaterialer som skal hjelpe individet med å håndtere livets utfordringer. En av de mest populære kildene til selvhjelp er biblioterapi. Hvert år publiseres det over 3000 nye selvhjelpsbøker, og det estimeres at mellom 30-50% har kjøpt en selvhjelpsbok i løpet av deres liv (Bruneau, Bubenzer & McGlothlin, 2010, p. 217; McLean, 2013, p. 373).

Samtidig øker behovet for psykisk helsehjelp. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at depresjon vil være den største årsaken til uførhet i verden innen år 2020, etterfulgt av hjerte- og karsykdommer (Raymond et al., 2016, p. 1). Videre opplever flere terapeuter ventelister, og problemer med å møte behovene til alle som trenger deres tjenester. Blant annet har det blitt estimert at under halvparten av alle mennesker med en diagnostiserbar psykisk lidelse vil gjennomgå en profesjonell behandling i løpet av sitt liv (Norcross, 2006, p. 683; Ritzert et al., 2016, pp. 444-445).

Noe av behovet for psykisk helsehjelp, kan imidlertid dekket av selvhjelpsressurser (Harwood & L'Abate, 2010, p. 260). Denne oppgavens mål er å undersøke biblioterapien innen psykisk helse gjennom empirisk baserte tilnærminger. Når er den effektiv og ikke? Og hvordan kan bøkene brukes til å styrke terapeutens arbeid med pasienter?

1.1 Problemstilling

Dette skaper følgende problemstilling: Hva er biblioterapi, og hvordan kan bøkene brukes i det terapeutiske arbeidet med en pasient?

Problemstillingen vil besvares gjennom følgende kapitler:

- 1) Biblioterapiens historie og popularitet
- 2) Biblioterapiens empiriske grunnlag

- 3) En kvalitativ analyse av tre empirisk effektive selvhjelpsbøker
- 4) Selvhjelpsbøker i det terapeutiske arbeidet med pasienten

1.2 Begrepsavklaring

Biblioterapi: Biblioterapi innebærer å behandle fysiske og psykiske utfordringer med skriftlige materialer (Harwood & L'Abate, 2010, p. 60; Lankveld & Jacques, 1998, p. 702).

Effektstørrelse (ES): Effektstørrelsene i oppgaven beskriver hvor markant en forskjell mellom testdeltagere i en gruppe eller mellom grupper er. For eksempel kan den si noe om forskjellen mellom det å motta en spesifikk behandling eller ikke (Svartdal, 2015, snl.no). Flere forskere i psykologien (for eksempel Gould & Clum, 1993, p. 179; Hirai & Clum, 2006, p. 101) refererer til Fredric Wolfs (1986) tolkning av effektstørrelser. Wolf beskriver $ES = 0.20$ som en lav effekt, $ES = 0.50$ som en medium effekt, og $ES = 0.80$ og høyere som en stor effekt (Wolf, 1986, p. 5). Dersom man sammenligner en gruppe som leser en selvhjelpsbok, med en gruppe som ikke leser, kan en effektstørrelse på 0.90 betegnes som høy, og tolkes som at det er en stor forskjell mellom gruppene.

Individuell (psyko)terapi: Psykoterapi kan defineres som bruken av psykologiske metoder i behandlingen av psykiske lidelser og utfordringer (Skre, 2016, snl.no). Målet er at pasienten skal oppnå en økt livskvalitet og en bedre psykisk helse (ibid.). Induktiv og deduktiv metode: Induktiv metode innebærer at man undersøker en gjenstand for å danne teorier om denne. I motsetning innebærer deduktiv metode, at man tester gyldigheten til allerede utarbeidede teorier (Alnes, 2015, snl.no).

Meta-analyse: En undersøkelse av en større mengde resultater fra individuelle studier, med formålet om å få et mer helhetlig bilde av forskningen på et fenomen (Colman, 2009, p. 457).

Selvhjelp: Selvhjelp innebærer å arbeide med problemer som er relevante for en persons utvikling og terapeutiske behov, og utgjør enhver tilnærming eller handling

som fokuserer på selvhjulpenhet. Prosessen kan selvadministreres eller støttes profesjonelt (Harwood & L'Abate, 2010, p. 6).

1.3 Oppgavens formål

Denne oppgaven belyser hva biblioterapi er, og hvordan bøkene kan brukes i det terapeutiske arbeidet med en pasient. Fokuset er på bøkens potensiale til å behandle psykiske utfordringer.

Teoretikere har argumentert for at biblioterapi kan skape mer kostnadseffektive og tilgjengelige behandlingsmetoder (Bruneau, Bubenzer & McGlothlin, 2010, p. 217; Forest, 1988, p. 599; Norcross, 2000, p. 371; Percy, Anderson, Egan & Rees, 2016, p. 74; Ritzert et al., 2016, pp. 444-445; Wilson & Cash, 2000, p. 119). Bøkene kan nå ut til et større antall individer, og dermed øke menneskers tilgang til profesjonell viten (Nordin, Carlbring, Cuijpers & Andersson, 2010, p. 267; Ritzert et al., 2016, pp. 444-445; Rosen, 1987, p. 50; Wilson & Cash, 2000, p. 119).

En annen fordel med biblioterapien, er at den gir brukeren mer frihet. For det første, kan terapien gjennomføres i leserens eget tempo og miljø (Harwood & L'Abate, 2010, p. 141; Wilson & Cash, 2000, p. 119). For det andre, kan leseren få bedre kunnskaper om seg selv, og lære å mobilisere sine egne ressurser ved utfordringer. Dette kan gi en følelse av selvstendighet og eierskap over egen behandling (Aglen, Hedlund & Landstad, 2011, pp. 816-817).

Bøkene kan videre brukes til å styrke terapiprosessen. De kan for eksempel forsterke teorier og teknikker fra samtalene, og dermed forbedre og akselerere pasientens endringsprosesser (Apfel, 1996, pp. 314-316; Harwood & L'Abate, 2010, pp. 260-262; Norcross, 2000, p. 371).

Biblioterapien har også viktige utdannings-, forebyggings- og rehabiliteringsfunksjoner (Harwood & L'Abate, 2010, p. 23, pp. 260-262; Hirai & Clum, 2006, pp. 108-109; Redding et al., 2008, p. 538; Rosen, 1987, p. 50).

Litteraturen lærer individer til å gjenkjenne symptomer på belastninger og sykdom, noe som kan forebygge og behandle patologier på et tidlig stadie. I tillegg kan bøkene brukes for å opprettholde effektene av en gjennomført behandling, ved å gi

pasienten muligheten til å jevnlig repetere teorier, få nye forståelser og en ny motivasjon (ibid.).

Selvhjelpsbøkernes kostnader, tilgjengelighet, og autonomisering kan være noen av forklaringene på hvorfor de har blitt populære kilder til helseinformasjon i dag. Men samtidig som bruken av selvhjelpsbøker øker, vokser også behovet for psykisk helsehjelp. 30-50% av den voksne befolkningen vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet, og antall politikkliniske henvendelser og ventelister fortsetter å øke (Indergård, Skiri, Solbakken & Urfjell, 2013, p. 6; Indergård, Lützen, Solbakken & Urfjell, 2016, p. 6; Indergård, Solbakken & Urfjell, 2017, p. 6). For eksempel viser tall fra Helsedirektoratet at antall pasienter i behandling for psykiske lidelser hadde en vekst på 12% fra 2012-2016 (ibid.).

Det er derfor viktig å vurdere hvilke metoder som kan effektivisere og avlaste helsevesenet, og skape en bedre folkehelse. Empirisk effektive selvhjelpsbøker har et potensiale til å fylle noe av dette behovet. Oppgaven fokuserer derfor på hvilke bøker som har blitt støttet av forskning, og hvordan de kan styrke terapeutens arbeid med pasienter.

En av de største utfordringene til biblioterapien, er at majoriteten av bøkene mangler en empirisk støtte (Bruneau, Bubenzer & McGlothlin, 2010, p. 217; McLean, 2013, p. 385). Ønsket om å publisere, er ofte større enn tiden og ressursene forfatterne ønsker å bruke på å fremskaffe vitenskapelige bevis for deres teorier (Rosen, 1987, p. 46). Forskning tyder på at minst 90% av alle selvhjelpsbøker blir produsert uten bevis for deres effektivitet, og at omkring 10% gir skadelige råd (Norcross, 2000, p. 372f; Norcross, 2006, p. 687). Det kan derfor være vanskelig å skille mellom hvilke materialer som er gode og dårlige.

Dersom vitenskapelig tvilsomme materialer blir markedsført til sårbare mennesker som sliter med psykiske utfordringer, kan skader forekomme. Slike materialer kan i tillegg svekke troen på profesjonell hjelp, og gjøre at pasienter ikke søker mer hjelp¹.

¹ Som svar på denne problematikken, har American Psychological Association (APA) utviklet en rekke etiske retningslinjer til forfattere av selvhjelpsbøker. Retningslinjene forteller at forfatteren ikke skal påvirkes av finansielle, personlige, eller politiske press. Videre skal bøkene presenteres profesjonelt, realistisk og uten overdrivelser (Rosen, 1987, p. 50). Slike kriterier bør oppfylles dersom psykologien skal fremstå som en profesjonell vitenskap (ibid.).

Dette understreker igjen viktigheten av å evaluere selvhjelpsbøker. APA («American Psychological Association») mener at psykologer, med sin kliniske viten og erfaring, har en unik mulighet til å vurdere biblioterapien systematisk, og å veilede leserne til en riktig bruk av bøkene (Rosen, 1987, p. 47).

Da det mangler litteratur som gjennomgår og gir et oppdatert overblikk over 1) meta-analyser og studier på biblioterapiens effekt på en rekke psykiske lidelser, og 2) studier som sammenligner selvadministrerte og terapeut-administrerte behandlingsprosesser, har denne oppgaven gjennomgått den nyeste forskningen som er gjort på biblioterapi. Oppgaven har et fokus på engelskspråklige studier og bøker, da mesteparten av forskningen har blitt publisert på dette språket. Studiene gir en indikasjon på hvilke lidelser man kan anbefale selvhjelpsbøker til. Videre kan studier på selvadministrert og terapeut-administrert biblioterapi gi en forståelse av hvor mye terapeutisk oppfølging som er nødvendig for å oppnå kliniske forbedringer.

I tillegg har oppgaven forsøkt å løse utfordringene knyttet til å finne selvhjelpsbøker av kvalitet, ved å presentere tre empirisk effektive bøker. Med unntak av Rachel Richardson, David Richards, og Michael Barkhams (2010) studie, er det gjort få kvalitative analyser av selvhjelpsbøkers innhold. Slike analyser kan gi en forståelse av hvorfor bøkene lindrer pasientenes symptomer. Derfor vil oppgaven undersøke non-spesifikke og spesifikke virkemidler i de tre bøkene.

Oppsummeringsvis har biblioterapi et viktig potensiale til å styrke menneskers psykiske helse, og avlaste helsevesenet. Derfor er det viktig å kartlegge hva biblioterapi er, hvilke bøker som er støttet av forskning, og hvordan de kan brukes i arbeidet med pasienter.

1.4 Hva er biblioterapi?

For å få en bedre forståelse av hva biblioterapi innebærer, vil oppgaven innledes med en overordnet beskrivelse av denne metoden.

Ordet biblioterapi kommer fra de greske ordene for bok («biblio») og terapi («therapeia») (Campbell & Smith, 2003, p. 177). Biblioterapi innebærer å behandle fysiske og psykiske utfordringer med skriftlige materialer (jf. avsnitt 1.2), og ordet

brukes hyppigst om behandling ved hjelp av selvhjelpsbøker. Bøkene gir leseren veiledning til å identifisere sine problemer. I tillegg tilbyr bøkene råd og teknikker til hvordan man kan håndtere disse problemene (Hanson, Webb, Sheeran & Turpin, 2015, p. 129). Det er viktig at metodene blir tilstrekkelig beskrevet, slik at pasienten kan arbeide målrettet og selvstendig (Cuijpers, 1997, p. 139). Bøkene bør derfor gi detaljert informasjon om hva leseren skal gjøre for å behandle seg selv (ibid.).

Biblioterapi kan terapeut- eller selvadministreres. I en selvadministrert behandlingsprosess, jobber leseren selvstendig med boken. Terapeut-administrert biblioterapi innebærer derimot at terapeuten bidrar med støtte, oppfølging og tilretteleggingen av behandlingen (Cuijpers, 1997, p. 139).

1.4.1 Biblioterapiens karakteristika

Selvhjelpsbøker kan inndeles i to kategorier; hvorvidt de er vekstorienterte eller problemfokuserter (Bergsma, 2007, p. 346). Bøker som belyser lykke, personlig vekst og identitet, kan karakteriseres som vekstorienterte, mens bøker som tar for seg angst, depresjon, og søvnforstyrrelser kan karakteriseres som problemfokuserter (ibid.).

Litteraturen omhandler ofte hvordan man kan ta kontroll over livet, og utvikle seg selv. En nederlandsk undersøkelse av 57 selvhjelpsbøker om psykisk helse, viste at de hyppigste temaene i bøkene var personlig vekst, personlige relasjoner, stresshåndtering og identitet (Bergsma, 2007, p. 344).

De mest effektive bøkene er imidlertid problemfokuserter, og baserer seg på teoriene til kognitiv terapi og atferdsterapi (Gregory, Canning, Lee & Wise, 2004, p. 275; Redding, Herbert, Forman & Gaudiano, 2008, pp. 537-541). For eksempel beskriver bøkene de kognitive prosessene i depresjon, og øvelser som er utformet for å hjelpe leseren med å overvinne negative følelser forbundet med lidelsen (f.eks. tristhet, ensomhet, skyld eller utilstrekkelighet) (ibid.).

1.4.2 Biblioterapiens lesere

Studier (Knudson, 2013, p. 214; Raymond et al., 2016, p. 3, Saper & Forest, 1978, p. 564; Tagestad, 2016, p. 57; Wilson & Cash, 2000, p. 125) tyder på at flertallet av leserne av selvhjelpsbøker er kvinner, og at de har mer positive holdninger til å lese bøkene enn menn.

Det har også blitt forsket på lesernes karakteristikk og personlighetstrekk. Dawn Wilson og Thomas Cash (2000, pp. 119-125) studerte 264 studenters holdninger til biblioterapi. Resultatene viste at mennesker med en interesse for psykologiske prosesser, en sterkere selvkontroll, og god sosial støtte, var mer positive til å lese selvhjelpsbøker. Zalman Saper og James Forest (1987, p. 566) har også funnet en svak sammenheng mellom nevrotisme og interessen for selvhjelpslitteratur.

1.5 Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi

De tre selvhjelpsbøkene som ble valgt til den senere analysen inneholder kognitive og atferdsterapeutiske behandlingsteknikker. For å få en forståelse av disse to retningene, vil deres grunnleggende prinsipper presenteres.

Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi brukes ofte om hverandre. Begge retningene beskriver tankenes påvirkning på våre følelser og handlinger. Kognitiv terapi ble utviklet av den amerikanske psykiateren Aaron Beck på 1960-tallet (Kriz & Solberg, 2010, legeforeningen.no). Kognitiv atferdsterapi vokste derimot fram som en sammensmelting av kognitiv terapi og atferdsterapi på 1980-tallet.

1.5.1 Kognitiv terapi

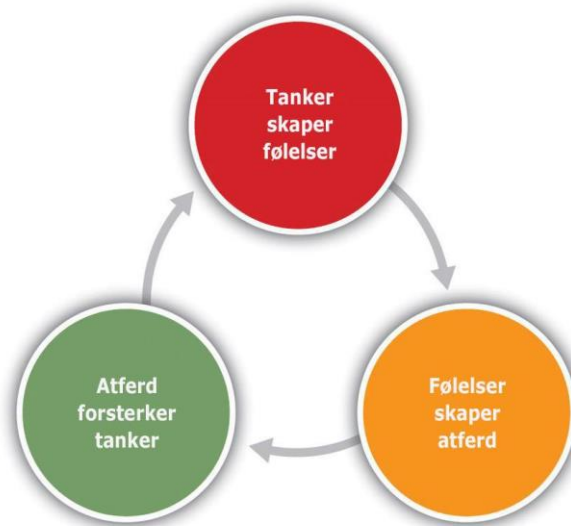
Kognitiv terapi bygger på teorier om menneskers kontinuerlige bearbeidelse av informasjon, som danner en forståelse av oss selv og omverdenen (Kriz & Solberg, 2010, legeforeningen.no; Oei & Shuttlewood, 1996, p. 92). Teoriene beskriver at utviklingen av psykiske problemer kommer av at personer former uhensiktsmessige grunnleggende antagelser om seg selv, andre og verden («den depressive triaden»). Disse antagelsene farger tolkningen av det som skjer med individet, og hvilke følelser og handlinger den igangsetter (ibid.).

Becks teori om utviklingen av dysfunksjonelle tanker består av tre elementer (Nordahl, Martinsen & Wang, 2012, psykologtidsskriftet.no; Oei & Shuttlewood, 1996, pp. 92-94):

1. Eksistensen av skjemaer. Individets erfaringer former dens grunnleggende tanker om seg selv og omverdenen (skjemaer), som senere brukes til å veilede og tolke ny erfaring. Negative erfaringer kan danne skjemaer som er stive og motstandsdyktige mot forandring, og kan beskrives som dysfunksjonelle.

2. Automatiske tanker. Skjemaene danner ofte ubevisste tanker om fortiden, nåtiden og fremtiden. Ifølge Becks teori er mønstre av hyppige og negative automatiske tanker («Jeg er en fiasko», «Jeg er uinteressant», «Ingen liker meg»), forbundet med utbruddet av symptomer på for eksempel depresjon. Eksempler på tanker kan være diskvalifisering av det positive («Karakteren jeg fikk var bare flaks, den teller ikke»), svart-hvitt-tanker («Jeg må gjøre det perfekt, ellers lar jeg være å gjøre det»), katastrofetanker («Tabben jeg gjorde vil forfølge meg resten av livet»), og

personliggjøring («Det var min feil at han gjorde det dårlig på eksamen»).



Figur 1: Sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd

3. Kognitive forvrengninger. Beck observerte at automatiske tanker ofte inneholder feilantagelser, som han kalte «kognitive forvrengninger». Disse forvrengningene fører til at personen opplever uhensiktsmessige følelser av mislykkethet og negativitet, som igjen kan skape en uhensiktsmessig atferd.

Målet i terapien er derfor å behandle pasientens negative grunnleggende tanker om seg selv og omverdenen (Nordahl et al., 2012, psykologtidsskriftet.no). Gjennom å bevisstgjøre pasienten om tankene, kan de bli mer realistiske og hensiktsmessige.

Eksposering og hypotesetesting er viktige teknikker i denne bevisstgjøringsprosessen (ibid.).

Da Beck utviklet den kognitive terapien, var det mest vanlig å bruke antidepressiva i behandlingen av depresjon (Oei & Shuttlewood, 1996, p. 94). Mer tradisjonelle psykoterapier hadde ingen merkbar effekt på symptomene. De tradisjonelle atferdsintervensjonene var mest anvendelige for enkle atferdsmønstre, og systematiske intervensjoner for behandlingen av depresjon var ennå ikke utviklet. Det første studiet (Rush, Beck, Kovacs & Hallon, 1977) som observerte at en form for psykoterapi kunne ha sammenlignbare effekter som antidepressiva, benyttet seg av Becks kognitive teorier. I dag brukes kognitiv terapi i behandlingen av en rekke psykiske lidelser, spesielt angst og depresjon (Nordahl et al., 2012, psykologtidsskriftet.no). Effekten til kognitiv terapi ved disse lidelsene er relativt veldokumentert (ibid.).

1.5.2 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi (KAT) kan defineres som en sammensmelting av kognitiv terapi og atferdsterapi. Behandlingsformen er basert på de samme teoriene om dysfunksjonelle skjemaer og tanker som den kognitive terapien, men pasienten lærer i tillegg å utføre teknikker og øvelser som skal endre de dysfunksjonelle tankene (Solbu, 2010, p. 1).

Behandlingen fokuserer derfor på å konvertere dysfunksjonelle tanker til mer realistiske tanker (kognitiv restrukturering) og å gjennomføre atferdsmessige intervensjoner. For eksempel er de vanligste KAT-teknikkene for sosial fobi kognitiv restrukturering, eksponering, sosial ferdighetstrening og avslapningstrening (Solbu, 2010, p. 1, pp. 9-11).

2. Metode

I de følgende avsnittene vil oppgavens metode presenteres. Dette innebærer hvilke fremgangsmåter som er brukt for tolkning og innsamling av teorier og data.

2.1 Oppgavens teoretiske utgangspunkt

Denne oppgaven vil starte med en redegjørelse av biblioterapiens historie og popularitet. Redegjørelsen bygger på sosial- og personlighetspsykologiske teorier fra blant annet Abraham Maslow, Carl Rogers, Émile Durkheim, Ulrich Beck og Anthony Giddens. De beskriver hvordan mennesket påvirkes av et utviklingssamfunn med en økende refleksivitet i identitetsformasjonen, en større frihet, men også et større ansvar.

Personlighetspsykologi kan defineres som studiet av karakteristiske måter et individ reagerer på, og ble etablert som et eget felt i 1930-årene (Teigen & Skre, 2016, snl.no). Noen av de viktigste spørsmålene i studiene av personlighet er hvordan den har utviklet seg, hvordan den er strukturert, og hvordan de ulike strukturene påvirker hverandre (ibid.).

Sosialpsykologien diskuterer det sosiale samspillet mellom mennesker, og hvordan det formes av verdier, holdninger, og sosiale systemer (for eksempel samfunnet de lever i) (Svartdal, 2017, snl.no). Sosial påvirkning og interaksjon er et omfattende forskningsområde innenfor sosialpsykologien. Dette handler blant annet om hvorfor vi gjør som andre, og hvorfor enkelte kulturgjenstander oppnår popularitet (ibid.). Kultur er et viktig sosialpsykologisk felt, og innebærer en rekke populære og felles tanke-, kommunikasjons- og atferdsmønstre hos mennesker (Schackt, 2016, snl.no). Biblioterapi kan defineres som en kulturgjenstand som blir stadig mer populær i dag.

Etter å ha beskrevet biblioterapiens historie og utvikling, blir bøkernes empiriske grunnlag belyst. De empiriske avsnittene besvares gjennom forskningsartikler på biblioterapi og belyser hvilke lidelser som kan få en effekt av biblioterapi, hva slags terapeutisk oppfølging som er nødvendig, hvilke bøker som har vist seg å være effektive for angst og depresjon, og hvordan bøkene kan brukes i profesjonell terapi. Forskningsartiklene ble innsamlet gjennom Aalborg Universitetsbiblioteks søkemaskin Primo. I Primo kan man søke på en rekke tekster, e-bøker og artikler om biblioterapi. Materialene blir blant annet innhentet fra PsycINFO og Springer Link. Springer Link gir forskere tilgang til millioner av vitenskapelige tekster, og omfatter om lag 2000 tidsskrifter. PsycINFO er utviklet av American Psychological

Association, og kan defineres som verdens mest omfattende database innenfor psykologifaget med over 3,7 millioner oppføringer (Svartdal, 2014, snl.no).

Alle forskningsartiklene i de empiriske avsnittene, er fagfellevurdert («peer-reviewed»). Fagfellevurdering er en kvalitetssikring av forskningsbidrag (artikler, bøker) der eksperter innenfor faget kritisk vurderer bidraget før det publiseres (Svartdal, 2014, snl.no). Blant annet vurderer ekspertene om forskningen bidrar til noe nytt, om konklusjonene har dekning i de dataene som rapporteres, og om forfatteren har benyttet seg av publisert litteratur på området (ibid.). På denne måten har forskningen som presenteres i oppgaven blitt kvalitetssikret.

Da oppgaven hovedsakelig ble besvart gjennom sosial- og personlighetspsykologiske teorier, og forskningsartikler om biblioterapi, kan den overordnet defineres som en teoretisk oppgave. Teoriene ble valgt for å gi en forståelse av biblioterapiens utvikling og effekt. Imidlertid inneholder oppgaven også en kvalitativ tekstanalyse av tre selvhjelpsbøker. Dette er for å gi konkrete eksempler på hva biblioterapi kan være, med utgangspunktet i tre empirisk effektive bøker.

2.2 Kvalitativ metode

Oppgaven har en kvalitativ tilnærming til bøkene. I motsetning til kvantitativ forskning, som studerer et større antall tilfeller og som ofte bruker statistiske metoder for å analysere data (f.eks. hva som kjennetegner tilhengere av et politisk parti), fokuserer kvalitativ forskning på å forstå enkelttilfeller gjennom en dybdeanalyse (f.eks. hva som kjennetegner en politiker) (Creswell, 2009, p. 3). Kvantitative metoder fokuserer ofte på nummer og lukkede spørsmål, mens kvalitativ forskning fokuserer på ord og åpne spørsmål (ibid.).

Kvalitativ forskning innebærer derfor å forstå og beskrive fenomener (for eksempel enkeltpersoner, grupper, interaksjoner, eller tekster) i dybden (Kvale, 2007, p. x). Forskeren studerer fenomenene i sin naturlige sammenheng, og lager fortolkninger av meningen til det som blir observert. Fokuset i kvalitativ forskning er på å gjengi kompleksiteten i en situasjon, og på å gi rom for at fenomenenes spesielle egenskaper kommer frem (Creswell, 2009, p. 3).

2.2.1 Styrker og svakheter ved den kvalitative metoden

Den kvalitative metoden kan kritiseres for å være for åpen. I motsetning til den kvantitative metoden som innehar en rekke fastsatte retningslinjer for innsamling og analysing av data (for eksempel spesifikke spørsmål i et spørreskjema, som deretter analyseres i et statistisk program), er kvalitative metoder generelt mer flytende og subjektive (Roald & Kjøppe, 2008, p. 86). Metodens fleksibilitet gir mulighet for et bredt spekter av analytiske alternativer, noe som innebærer at det potensielle utvalget av ting som kan sies om dataene er bred.

Selv om dette kan være en fordel, kan det også utgjøre en ulempe ved å gjøre det vanskeligere å utvikle bestemte retningslinjer som forskeren kan jobbe etter og fokusere på (Braun & Clarke, 2006, p. 96; Mills et al., 2017, sagepub.com). Åpenheten kan også føre til at det blir vanskelig å replikere studiene, noe som spesielt forskere i den positivistiske enden av det paradigmatiske kontinuumet kritiserer metoden for (ibid.).

Videre blir kvalitativ forskning kritisert for å ha et lavt generaliseringspotensiale (Roald & Kjøppe, 2008, p. 74, p. 86). I motsetning til den kvantitative metoden som bruker et større antall data, konkluderer den kvalitative metoden ofte ut fra noen få spesifikke tilfeller, noe som kan redusere sannsynligheten for at studienes konklusjoner er gjeldene for et større antall personer eller tilfeller.

Imidlertid kan man argumentere for at kvalitativ forskning er viktig for å få en inngående, dypere og mer nyansert forståelse av individer og fenomener.

Forskningen kan utvikle teorier som i neste omgang kan testes med kvantitative metoder (Dahlum, 2015, snl.no). I tillegg finnes det spesifikke metoder og kriterier i dataprosesseringen av kvalitativ forskning, hvilket taler for metodens validitet (Braun & Clarke, 2006, p. 95f). Eksempler på kriterier er at man presenterer sine metoder, at dataene og analysen passer sammen, at man gir flere eksempler for å illustrere sine argumenter, og at analysen presenterer en velorganisert historie om dataene (ibid.).

2.3 En pragmatisk vitensforståelse

Forskeres vitensforståelser kan grovt sett karakteriseres som enten positivistiske på den ene siden av et kontinuum eller mer pragmatiske på den andre siden.

Positivismen tilhører først og fremst den kvantitative forskningsmetoden (Creswell, 2009, p. 6). Deres verdenssyn blir noen ganger kalt den vitenskapelige metoden, da tilhengerne av positivismen mener at viten kun skal basere seg på empiriske studier og sanseerfaring (ibid.).

I motsetning til positivistenes fokus på vitenskapelige metoder, er kvalitative forskere mer åpne og dynamiske i hvilken metode de bruker. Kvalitativ forskning støtter seg til ideen om at metoder og teorier skal være hensiktsmessige for det som skal studeres (Kvale, 2007, p. xi). Oppgavens utgangspunkt er derfor at det ikke finnes ett ideelt teoretisk rammeverk eller metode for å gjennomføre forskning. Det som er viktig er at de teoretiske rammene og metodene stemmer overens med hva forskeren ønsker å studere (Braun & Clarke, 2006, p. 78). Dette kan kalles for en pragmatisk vitensforståelse.

Den pragmatiske vitensforståelsen går ut på at man bruker pluralistiske metoder til å danne kunnskap om en problemstilling (Creswell, 2009, p. 10). Oppgaven utvelger derfor de teknikkene og prosedyrene som best oppfyller problemstillingen, og trekker liberalt på både kvantitativ og kvalitativ forskning for å besvare denne.

2.4 Disposisjon

For å få en forståelse av hva biblioterapi er, vil den først settes i en historisk kontekst. Deretter vil sosial- og personlighetspsykologiske teorier om hvorfor selvhjelpslitteraturen har oppnådd en popularitet diskuteres. Teoriene vil å gi et innblikk i biblioterapiens bakgrunn, og hvilke samfunnsbevegelser som har påvirket den.

Den neste kapittelet i oppgaven fokuserer på hvilke psykiske lidelser som kan få en effekt av biblioterapi. Dette er med på å besvare oppgavens problemstilling om hvordan biblioterapi kan brukes i det terapeutiske arbeidet med en pasient. Det blir

kartlagt hvilke lidelser som kan dra nytte av bøkene, og hva slags terapeutisk oppfølging som er nødvendig for å oppnå kliniske forbedringer.

Deretter vil oppgaven illustrere hva biblioterapi er, gjennom å presentere tre selvhjelpsbøker som har vist seg å være effektive i empirisk forskning². Bøkernes virkemidler vil også analyseres kvalitativt.

Avslutningsvis vil fordeler og ulemper ved å bruke selvhjelpsbøker, og hvordan de kan inkluderes i profesjonell terapi, diskuteres. Diskusjonenes formål er å vise hvilke potensialer bøkene har, men også å sette et kritisk blikk på litteraturen. Videre vil det presenteres konkrete retningslinjer til hvordan man kan bruke bøkene i samarbeidet med pasienten. Retningslinjene er utviklet av noen av de ledende forskerne og teoretikerne på selvhjelp.

3. Kapittel 1: Biblioterapiens historie og popularitet

Til tross for at det finnes utallige artikler om biblioterapi, har få beskrevet bøkernes historiske utvikling (Jack & Ronan, 2008, p. 161f). Det finnes også en rekke teorier om hvorfor bøkene har oppnådd popularitet i dagens samfunn. For å få et mer helhetlig bilde av biblioterapien, har oppgaven derfor forsøkt å samle disse teoriene. Teoriene kan plassere fenomenet i en historisk kontekst, gi en større forståelse av hvorfor samfunnet har blitt som det er, og hvor det er på vei til å utvikle seg.

3.1 Biblioterapiens historie

Mennesker har en lang historie med å bruke skriftlige og muntlige materialer til å veilede og lære hverandre om hvordan man skal leve. Skrevne uttalelser på gamle biblioteker, er et historisk eksempel på anerkjennelsen av bøkens potensialer til å dekke menneskelige behov (Jack & Ronan, 2008, p. 161). For eksempel stod det på et bibliotek grunnlagt i den egyptiske byen Alexandria i år 300 f.Kr. at bøkene var en medisin for sinnet. Et annet eksempel er biblioteket i Theben i antikkens Hellas, der

² Forskningsartikler vil gjennomgående bli brukt for å illustrere oppgavens teorier.

det stod at bøkene helet sjelen. Videre har fortellinger fra folkemunn båret med seg arven fra forfedrene, om hvordan man skal handle i livet (ibid.).

Bruken av bøker til å helbrede mennesket har sine røtter fra medisinske institusjoner i middelalderen (Jack & Ronan, 2008, p. 162). En av de tidligste kildene på bruken av bøker til behandlingsformål er fra 1272, da ansatte på et sykehus i Kairo, Al-Mansur, leste religiøse tekster til pasientene som en del av behandlingen (ibid.). I Europa ble praktiseringen av terapeutisk lesing mer institusjonalisert på slutten av 1700-tallet. Det ble argumentert for en mer human måte å behandle pasientene på, og foreslått at de skulle behandles både fysisk og moralsk (Weimerskirch, 1965, p. 510). Bøker var en populær kilde til den moralske behandlingen, og på slutten av 1700-tallet ble det etablert biblioteker i mange psykiatriske sykehus i Europa (Jack & Ronan, 2008, pp. 163-171; Weimerskirch, 1965, p. 510).

Biblioterapi spredte seg til USA på midten av 1800-tallet. Populariteten oppstod blant annet gjennom Benjamin Rush sitt engasjement (Weimerskirch, 1965, p. 510). Benjamin Rush (1745-1813) var utdannet lege og en av de første amerikanerne som anbefalte bruken av biblioterapi (North, 2000, p. 45). Han arbeidet som professor på Philadelphia Medical School, og det har blitt anslått at han i løpet av sin over 40 års lange karriere, underviste omkring 3000 medisinstudenter (ibid.). Rush skrev den første amerikanske læreboken i kjemi, og en rekke medisinske artikler. Hans faglige innflytelse og skriveengasjement, gjorde at han hadde en viktig innflytelse på det amerikanske helsevesenet (ibid.).

På en forelesning om ledelsen og struktureringen av sykehus i 1802, argumenterte Rush for at et lite bibliotek burde være en del av innredningen av byggene (Weimerskirch, 1965, p. 511). Han anbefalte at sykehusene burde kjøpe inn morsomme og interessante bøker, og at behandlingen ikke skulle begrenses til moralske og religiøse tekster alene. Videre anbefalte han to typer lesing, en for underholdning (for eksempel reisebøker og romaner) og en for læring (filosofiske, moralske, og religiøse bøker) (Jack & Ronan, 2008, pp. 163-171; Weimerskirch, 1965, p. 511).

På midten av 1800-tallet fikk alle store psykiatriske sykehus i Europa og USA et pasientbibliotek (Weimerskirch, 1965, p. 510). På denne tiden ble biblioterapi, sammen med psykoterapi, sett på som en av de beste terapeutiske metodene i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser (ibid.).

Den amerikanske legen John Minson Galt II (1819-1862), var den første som skrev artikler om bruken av bøker til behandlingsformål (Weimerskirch, 1965, p. 515). Galt arbeidet på Public Hospital for Persons of Insane and Disordered Minds, i Williamsburg, som var det første offentlige sykehuset i USA som ble grunnlagt utelukkende for psykisk syke (Garraty & Carnes, 1999, oxfordindex.oup.com).

Galt beskrev blant annet teorien og praksisen bak biblioterapi i boken *The Treatment of Insanity* (1846) og i essayet *On Reading, Recreation and Amusements for the Insane* (1853) (Weimerskirch, 1965, p. 515). Han argumenterte for at lesing var gunstig for psykiatriske pasienter, på grunn av dens potensiale til å oppta tankene til pasienten og å utelukke morbide vrangforestillinger. Videre kunne foreskrivingen av bøker gi arbeiderne på sykehuset en mulighet til å vise omsorg ovenfor sine pasienter, og gjøre de mer håndterlige (Jack & Ronan, 2008, p. 165). Galt la også frem generelle regler om foreskrivingen av bøker. For eksempel argumenterte han for at behandleren burde ha kunnskap om lesingen til pasientene, og ikke gi de lesestoff som kunne underbygge deres vrangforestillinger eller flyktige følelser (ibid.).

Gjennom 1900-tallet, ble bibliotekene viktige komponenter til mentale sykehus. I 1916 introduserte pastoren Samuel Crothers begrepet biblioterapi. I en innflytelsesrik artikkel i *Atlantic Monthly* beskrev han den biblioterapeutiske prosessen, der skjønnlitteratur og sakprosa ble foreskrevet som medisin til voksne, for en rekke plager. Tanken var deretter at pasienten skulle bruke materialet i terapien, for å diskutere innholdet, og dens innvirkning, på personens velvære (Jack & Ronan, 2008, pp. 163-171).

Under første verdenskrig (1914-1918), bistod frivillige organisasjoner som Røde Kors og Frelsesarmeen, til etableringen av biblioteker på militærpsykehus (Jack &

Ronan, 2008, pp. 163-171). Troen var at menn kunne arbeide med, og håndtere sine vanskeligheter, gjennom lesestoff (ibid.).

Den biblioterapeutiske behandlingsformen ble utbredt og fikk flere talsmenn under, og etter, første verdenskrig. For eksempel beskrev William Menninger (1937) hvordan man kunne bruke biblioterapien som et tillegg i behandlingen (Jack & Ronan, 2008, pp. 166-167). Menninger (1899-1966) var en amerikansk lege, kjent som en av de tidligste talsmennene for bruken av biblioterapi i behandlingen av psykiske lidelser (Menninger, 2004, p. 278).

Menninger tok en doktorgrad i medisin i 1924 (Menninger, 2004, p. 277). Etter utdannelsen var fullført, arbeidet han blant annet i The Menninger Clinic med sin far og bror, og som en nevropsykiatrisk konsulent i militæret. Familien utviklet The Menninger Foundation, som samarbeidet tett med den amerikanske hæren, og holdt konferanser om militærpsykiatri. Organisasjonen ga klinisk hjelp til pasienter og engasjerte seg i utdanning og forskning på psyken (ibid.). Menningers anbefalinger om biblioterapi vil utdypes videre i avsnittet om hvordan bøkene kan brukes i det terapeutiske arbeidet med pasienter (jf. avsnitt 6.2).

En annen forkjemper for biblioterapien var den amerikanske professoren og bibliotekaren Alice Bryan (1902-1992). Bryan hadde en doktorgrad i psykologi, og arbeidet med å undervise på en rekke universiteter og høyskoler i USA (Columbia University Archives, 2017, columbia.edu). Hun arbeidet også som sekretær i American Psychological Association (APA) og grunnla The International Council of Psychologists (ICP)³. I 1939 diskuterte Bryan utviklingen til biblioterapien, og hvilke fordeler litteraturen hadde. Bøkene kunne blant annet gjøre at leseren følte seg mindre alene, at pasienten fikk flere behandlingsalternativer, at informasjon som krevdes for å løse et problem ble tilgjengelig, og at leseren kunne se mer realistisk på sin situasjon (Jack & Ronan, 2008, pp. 163-171).

³ ICP er en organisasjon som arbeider for å styrke det internasjonale samarbeidet mellom psykologer. Organisasjonen har medlemmer fra over 80 land (Plous, 2017, socialpsychology.org).

Et stort skritt i utviklingen av biblioterapien, var i 1941, da det for første gang ble trykket en definisjon på denne metoden, i *Dorlands Illustrated Medical Dictionary*. Definisjonen var «*bruken av bøker og lesingen av dem i behandlingen av nevrologiske sykdommer*» (Jack & Ronan, 2008, pp. 163-171). Siden denne definisjonen, har en rekke ulike definisjoner dukket opp. For eksempel beskriver *Store Norske Leksikon* (2009) biblioterapi som: «*utvalgt lesning som middel til å bedre den mentale helsen*» (Nordbo, 2009, snl.no). Et annet eksempel er beskrivelsen til Leksikonet *Den Store Danske* (2009): «*anvendelse af litteratur i en psykoterapeutisk proces, der dels kan komme i stand ved, at patienten selv skriver og evt. fremfører egne tekster (fx digte), dels ved læsning af litteratur*» (Møhl, 2009, denstoredanske.dk).

I 1940 ble det en økning i antall artikler om biblioterapi. Gjennom 1950- og 1960-årene, ble feltet utviklet til å inkludere fagfolk fra en rekke disipliner, som sosiologer, lærere, rådgivere og psykologer (Jack & Ronan, 2008, pp. 170-171). I dag finnes det en stor mengde litteratur om biblioterapi, som er skrevet av et bredt spekter av fagfolk, inkludert psykiatere, psykologer, veiledere, og sosionomer. Litteraturen brukes i dag på en rekke måter, som i gruppeterapi, i klasserom, i individuell psykoterapi, og privat (ibid.).

3.1.1 Oppsummering

Biblioterapi har sine røtter fra medisinske institusjoner i middelalderen. På 1800-tallet utbredte praktiseringen av terapeutisk lesing seg i Europa og USA. Gjennom 1900-tallet, ble biblioteker viktige komponenter til mentale sykehus og militærpsykehus. Den første definisjonen på biblioterapi ble trykket i 1941. På denne tiden fikk litteraturen også en rekke talsmenn og artikler, som gjorde den mer populær. Viktige talsmenn var blant annet Benjamin Rush, John Mison Galt II, William Menninger og Alice Bryan. I dag har biblioterapien vokst seg ut av sykehusene og inn i en rekke terapeutiske, pedagogiske, og sosiale settinger (Jack & Ronan, 2008, p. 171).

3.2 Biblioterapiens popularitet

Samfunnet kan beskrives som en kollektiv enhet med en rekke kulturelle tradisjoner (Skirbekk, 2014, snl.no). Et av dagens kulturfenomener er selvhjelpsbøker, som ofte får en plass på bestselgerlistene. I Danmark har for eksempel forfattere som John Gray (1999) og Eckhard Tolle (2002) henholdsvis solgt over 250.000 og 80.000 bøker alene (Tagestad, 2015, p. 2). Dersom man ser på hvordan samfunnet har utviklet seg, kan man forsøke å forklare hvorfor selvhjelpsbøkene har blitt en del av våre liv.

I de følgende avsnittene vil derfor samfunnsmessige og kulturelle teorier om hvorfor selvhjelpslitteraturen har blitt så populær diskuteres.

3.2.1 Et fokus på utvikling

En rekke teoretikere argumenterer for at dagens samfunn karakteriseres av et fokus på utvikling. Rasmus Kjær (forfatter med cand.mag. i filosofi og pedagogikk) beskriver at dagens ideal er å ta full makt over våre liv, frigjøre egne potensialer og å gjøre en forskjell (Kjær, 2013, p. 9). Svend Brinkmann (forfatter og professor med Ph.D. i psykologi) argumenterer for at kulturen vår preges av en utviklingstrang innenfor arbeidslivet, utdannelsen og privatlivet (Brinkmann, 2014, pp. 1-9).

Selvhjelpens og utviklingens popularitet, kan blant annet knyttes til arbeideropprør mot et kontrollert og mekanisk arbeidsmiljø. På begynnelsen av 1900-tallet var amerikanske og europeiske arbeidsplasser preget av mekaniske arbeidsteorier. Teoriene ble utviklet av den amerikanske ingeniøren Frederick W. Taylor (1856–1915) og ble kalt «Scientific Management» (Hollway, 1996, pp. 68-80). Idéen var å bruke vitenskapelige studier til å optimalisere og styre arbeidslivet, slik at man kunne skape mest mulig effektivitet og profitt.

Imidlertid fungerte ikke Scientific Management som ønsket. Arbeiderne begynte å protestere mot sine arbeidsforhold, og motsette seg den autoritære ledelsen. På samme tid ble teorier om viktigheten av motivasjon og relasjoner (blant annet fra Hawthorne-studiet) fremmet (Hollway, 1996, pp. 68-80). Ledelsen begynte derfor å

legge til rette for arbeidernes behov for relasjoner, ansvar og motivasjon, og et nytt paradigme kalt «Human Relations» vokste frem (ibid.).

Selvhjelpens og utviklingens popularitet, kan derfor knyttes til arbeideropprør som skulle skape et mer åpent, motiverende og ansvarsfullt arbeidsmiljø. Dagens arbeidsplasser har derfor blitt et sted hvor identiteten etableres, utvikles og fastholdes (Baldursson, 2009, p. 8). Fokuset på arbeidernes utvikling og motivasjon har ført til at vi har fått mer frihet, men også et større ansvar for å forme vår egen arbeidshverdag. Mennesker kan bruke selvhjelpsbøker for å håndtere dette ansvaret, og utvikle seg etter samfunnets forventninger.

Dagens fokus på utvikling kan også knyttes til at vi har fått et mer globalisert og akselererende samfunn. Siden industrialiseringen på 1700- og 1800-tallet, har det blitt en større handel, migrasjon og flyt av kapital og kultur mellom landegrensene. Blant annet blir kunnskap og teknologi delt og oppdatert i en mye høyere hastighet enn tidligere (Baldursson, 2009, p. 137). Denne trenden kan kalles for globalisering (Fosshagen, 2016, snl.no). Den globale delingen har skapt en større sammenkobling mellom mennesker i ulike land, men den har også ført til en nedbrytning av individets tradisjonelle bånd til fellesskaper og klasser (ibid.).

Samtidig som hverdagen blir mer global og uforutsigbar, preges den vestlige verden av en sekularisering (McLean & Vermeylen, 2013, p. 125). Vitenskapen forteller om verdens harde fakta. Dette kan skape en mer «avfortryllet» og meningsforlatt verden. Vitenskapens betydning kan spores tilbake til opplysningstiden på 1600- og 1700-tallet, som vektla fornuften på bekostning av følelser og fantasi (Tranøy & Stigen, 2017, snl.no).

En mer uforutsigbar, flytende, og meningsforlatt verden, kan gjøre at man flytter mening fra det ytre til det indre. Meningen med livet blir å være lykkelig og å gjøre det beste ut av hverdagen. Biblioterapi kan hjelpe mennesker med å lære mer om seg selv, å løse utfordringer og å utvikle sine potensialer. Dermed kan leserne bruke selvhjelpslitteratur til å oppleve en større mening med livet.

3.2.2 Individualiseringens tidsalder

I dagens samfunn har individualiseringen av mennesker også fått en viktig rolle (Apfel, 1996, pp. 313-314). Individualiseringen har sine røtter fra industrisamfunnets fremvekst på 1700- og 1800-tallet. Begrepet innebærer en nedbrytning av individets tradisjonelle bånd til fellesskaper og klasser, samt en styrking av individets bestemte rettigheter og ansvar (Bloch, 2009, denstoredanske.dk).

Et eksempel på manifesteringen av individualiseringens prinsipper, er dagens utdanningssystem. I Norge ble den første loven om gratis og obligatorisk skole for alle vedtatt i 1739 (Kompetanse Norge, 2017, samfunnskunnskap.no). Siden 1997 har Norge hatt ti års obligatorisk skolegang (ibid.). Dette gir individet frihet til å velge sin egen karrierevei.

Et annet eksempel er FNs verdenserklæring om menneskerettigheter, som ble vedtatt i 1948 (Karlsen, 2017, fn.no). Erklæringen anerkjenner at alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og rettigheter. Videre angir den at alle skal ha en lik adgang til utdanning, og at den skal være gratis og obligatorisk på de grunnleggende trinnene (ibid.).

En rekke teoretikere har diskutert samfunnets utvikling mot individualisering (Bloch, 2009, denstoredanske.dk; University of Oregon, 2015, uoregon.edu). For eksempel beskrev den franske filosofen og professoren Émile Durkheim (1858-1917) individualisering som et moderne sosialt fenomen, som var et resultat av en større menneskelig spesialisering. Han mente at samfunnet ikke hadde en tilstrekkelig etisk regulering og at borgerne var for egoistiske. Dette kunne løses gjennom å utvikle nye moralske institusjoner, og et mer meritokratisk utdanningssystem (ibid.).

Etter Durkheim, har individualiseringens omkostninger og muligheter blitt diskutert av en rekke sosiologer. På den ene siden fremheves tapet av en stabil sosial identitet, og opplevelsen av rotløshet, usikkerhet, og selvopptatthet (Bloch, 2009, denstoredanske.dk). På den andre siden kan individualiseringen befri mennesket fra begrensende sosiale bånd, forventninger og forskrifter, og gi den friheten til løpende å skape og velge sin egen identitet og livsbane (ibid.).

For eksempel har den tyske sosiologen og professoren Ulrich Beck (1944-2015) knyttet individualiseringen til en større usikkerhet (Dawson, 2012, pp. 305-307; Nielsen, 2015, snl.no). Han mener at oppløsningen av tradisjoner, klasser, kjønnsroller og nabolag, har ført til at livet er mindre forutsigbart, samtidig som flere krav og ansvar blir pålagt enkeltpersoner (ibid.). Den britiske sosiologen Anthony Giddens (1983-) har knyttet individualiseringen til frihet og mer utradisjonelle levemåter, men også et større ansvar for å forme egne liv og å ta beslutninger om hvordan man vil leve (ibid.).

Det individualiserte livet kan derfor karakteriseres av en større frihet, men også et større ansvar (Dawson, 2012, pp. 305-309). Med dagens frihet og utradisjonelle levemåter, kan selvhjelpsbøker brukes til å forme livet i den retningen man ønsker. Bøkene kan også gi mennesker et fast holdepunkt å fokusere på i hverdagen.

3.2.3 Fra profesjonell autoritet til et mer individualisert helsevalg

Man kan beskrive biblioterapi som en generell dreining bort fra statlige institusjonstjenester og mot et mer individualisert helsevalg (McLean, 2015, p. 451). Kritikken av den profesjonelle autoriteten på midten av 1900-tallet, kan være en av årsakene til fremveksten av selvhjelpsaktiviteter og ressurser (Barker, 2002, p. 280).

På 1960- og 70 tallet var det en tendens til å kritisere profesjonelle helsearbeideres autoritet (Kragh, 2010, p. 824; Schjødt & Skulte, 2013, pp. 412-418). Det ble argumentert for at pasientene ble sykeliggjort og fratatt muligheten til å påvirke sin egen behandling. Dette begynte med en generell kritikk av psykiatrien, som ble ledet av den sørafrikanske psykiateren David Cooper (1931-1986). Cooper kritiserte psykiatriens tendens til å sykeliggjøre psykiske avvik. I Europa og Nord-Amerika ble kritikken blant annet ledet av psykiaterne Ronald Laing (1927-1989) og Thomas Szasz (1920-2012), sosiologen Erving Goffman (1922-1982) og filosofen Michel Foucault (1926-1984). De argumenterte for at behandlingsformene var for institusjonaliserte og autoritære. Psykofarmakas bivirkninger ble også kritisert (ibid.).

Sosialpsykologiske og humanistiske metoder ble fremmet som et alternativ til den mer tradisjonelle behandlingsformen (Kragh, 2010, p. 824). For eksempel ble humanistisk psykologi lansert på 1960-tallet, som et alternativ til den mer naturvitenskapelige psykologien (ibid.).

Flere selvhjelpsbøker er inspirert av den humanistiske psykologien. Humanistisk psykologi ble grunnlagt av de amerikanske psykologene Carl Rogers (1902-1987) og Abraham Maslow (1908-1970), og innebærer å få en forståelse av individet på dens egne premisser (Teigen, 2015, snl.no). Retningen vektlegger blant annet selvbestemmelse, motivasjon og selvaktualisering. For eksempel har Maslow beskrevet menneskets behov for å realisere sine potensialer og å finne en mening med livet (ibid.). Disse behovene blir ofte belyst av vekstorienterte selvhjelpsbøker.

Carl Rogers regnes også som en av humanismens og selvhjelpens stamfedre. Rogers hadde en klientsentrert tilnærming til psykoterapi, der behandlingen skulle fokusere på å utvikle personens potensialer og naturlige vekst. Den humanistiske tilnærmingen til pasientene var ganske annerledes enn det psykodynamiske perspektivet som hadde dominert deler av psykologien siden andre verdenskrig. På denne tiden skulle eksperter assistere og ivareta «hjelpeløse» personer som var ubevisste om sine forhold (Apfel, 1996, p. 314). Rogers mål var derimot å lede og motivere pasienten, fremfor å utøve makt, og hans teorier hadde innflytelse på psykologien på midten av 1900-tallet. Man ser en likhet mellom Rogers teorier, og selvhjelpens tro på at mennesker har et iboende potensial til å modnes og å fylle sitt potensial (ibid.).

På 1960- og 70-tallet ble avstigmatisering av psykisk sykdom, og det å bli kjent med mennesket bak diagnosen, derfor viktig for mange psykologer og andre helsefagfolk (Schjødt & Skulte, 2013, pp. 412-418). På denne tiden ble det opprettet en rekke mindre og lokale sentre, som skulle tilby et lavterskeltilbud. Pasientens muligheter for innflytelse på behandlingen og selvbestemmelse, fikk også et større fokus (ibid.).

I dag er det fortsatt et fokus på lavterskeltilbud og selvbestemmelse i behandlingen av psykiske lidelser. Selvhjelpsbøker kan defineres som et lavterskeltilbud som gir leseren en større selvstendighet og ansvar. Dette kan også forklare hvorfor bøkene har blitt attraktive i dagens samfunn.

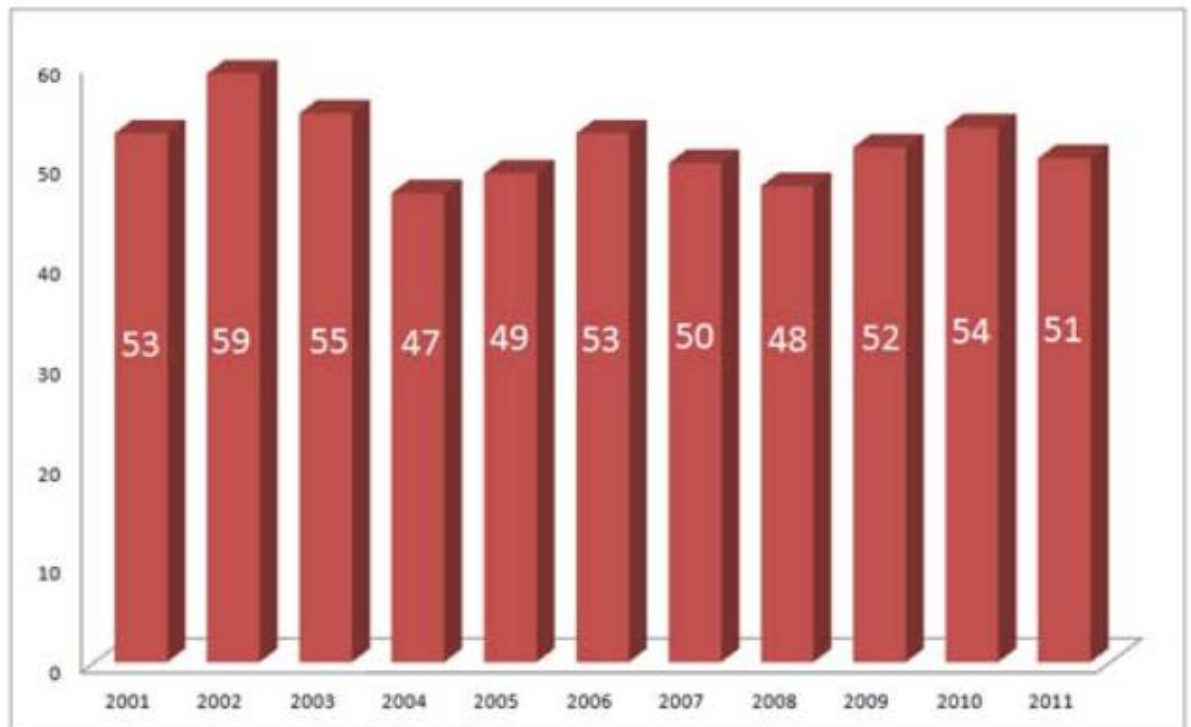
3.2.4 Et pressende marked for psykisk helse

Norske og internasjonale studier viser at 30-50% av den voksne befolkningen vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet (Skogen, 2015, fhi.no). Omkring 20-30% vil bli rammet av en angstlidelse og/eller depresjon (Harwood & L'Abate, 2010, p. 66; Skogen, 2015, fhi.no).

Ifølge tall fra Norsk Pasientregister og Helsedirektoratet, mottok 132 000 behandling for psykiske lidelser i 2012. Med en vekst på omkring 3% flere pasienter i året, økte dette tallet til over 148 000 i 2016 (Indergård, Skiri, Solbakken & Urfjell, 2013, p. 6; Indergård, Lützen, Solbakken & Urfjell, 2016, p. 6; Indergård, Solbakken & Urfjell, 2017, p. 6). Dette utgjør en vekst på 12% fra 2012 (jf. avsnitt 1.3). Helsedirektoratet konkluderer med at antall pasienter og polikliniske behandlinger, fortsetter å øke (ibid.).

Tall fra Norsk Pasientregister viser også at i løpet av de første fire månedene i 2012, ventet nesten 13.000 personer på et tilbud i barne- og voksenpsykiatrien (Bakke, 2012, dagensmedisin.no). Fra 2001 til 2011, har den gjennomsnittlige ventetiden for behandling i gjennomsnitt vært på 52 dager (se figur 2). Presidenten i Norsk Psykologforening, Tor Hofgaard, mener at dette er alvorlig, og at det viser viktigheten av at man ikke gjør direktekonsultasjoner til den eneste måten å hjelpe på (ibid.).

Gjennomsnittlig ventetid (antall dager, voksne)



Figur 2 (Kilde: Helse Sør-Øst, 2011, nhn.no).

Tallene fra norske og internasjonale studier, viser derfor at psykiske lidelser rammer en stor del av befolkningen. Antall personer som mottar behandling for psykisk helsevern øker, samtidig som helsevesenet preges av helsekøer. Et økt behov for psykisk helsehjelp, kombinert med ventelister, kan være en av årsakene til at flere mennesker bruker selvhjelpsmaterialer for å få hjelp til å lindre sine symptomer.

Ifølge Rachel Richardson, David Richards, Michael Barkham (2010, p. 67) og John Norcross (2000, p. 371f), er biblioterapi populært fordi psykiske lidelser som angst og depresjon er vanlige helseproblemer som folk ønsker å håndtere på egenhånd, eller mens de venter i helsekøer. Begrensede muligheter til å tilby mange sesjoner, kan også gjøre at folk benytter seg av selvhjelpsaktiviteter mellom og utenfor sesjonene (ibid.).

Helsesektorens utfordring er derfor å utvikle kostnadseffektive og brukervennlige intervensjoner (Harwood & L'Abate, 2010, p. 3). En løsning på dette kan være at

pasienter i stigende grad får foreskrevet selvhjelpsressurser som en del av behandlingen.

3.2.5 Økt aksept av profesjonell hjelp

Biblioterapiens popularitet kan også komme av det generelt har blitt mer vanlig og akseptert å bruke profesjonell hjelp (både i form av selvhjelpsressurser, og psykoterapi). Tall fra Norsk Pasientregister og Helsedirektoratet (jf. avsnitt 3.2.4) viser at stadig flere søker hjelp for psykiske plager. Det utvikles også atskillige behandlingstilbud for selvhjelp.

I Norge finnes det for eksempel en rekke selvhjelpskurs og –grupper som gir informasjon om hvordan man kan bruke selvhjelp til å bekjempe utfordringer. Eksempler er organisasjonene Selvhjelp Norge og Rask psykisk helsehjelp (Tagestad, 2016, p. 6f).

Selvhjelp Norge arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet (Tagestad, 2016, p. 6f). De tilbyr kostnadsfrie selvhjelpsgrupper som skal styrke deltagerens mestring av utfordringer i hverdagen. Fokuset i gruppen er at deltagerne gjennom delt erfaring og kunnskap om sine problemer, skal oppleve et fellesskap, mestring og en større livskvalitet (ibid.).

Rask psykisk helsehjelp et gratis lavterskeltilbud til personer med lettere former for angst eller depresjon, samt søvnproblemer (Oslo Kommune, 2017, oslo.kommune.no). De arbeider etter en trappetrinnsmodell som baserer seg på kognitiv terapi og veiledet selvhjelp. På det første trinnet tilbyr de veiledning i bruk av selvhjelpsmateriell, som kan være i form av bøker, artikler eller internettbaserte programmer. På de neste trinnene kan brukeren få oppfølging over telefon, mestringskurs, eller en mer tradisjonell samtaleterapi av kortere varighet (ibid.).

I tillegg til de statlige tilbudene, finnes det en rekke private selvhjelpskurs. Disse underviser for eksempel i mestringen av emosjonelle utfordringer som angst, depresjon, og stress, samt mindfulness, selvutvikling, og sinnemestring (Tagestad, 2016, p. 6).

Oppsummeringsvis øker etterspørselen etter psykisk hjelp, og det har blitt et stort marked for å tilby selvhjelpsressurser. Dette kan tyde på at problemene ved det moderne livet øker (Tagestad, 2015, p. 11). Imidlertid kan denne trenden også oppfattes som et tegn på at det å bruke profesjonell hjelp har blitt mer akseptert og hverdagslig. Terapi og selvhjelpsressurser kan hjelpe mennesker med å håndtere utfordringer, eller å utvikle seg selv, i det moderne livet (ibid.).

3.2.6 Oppsummering

En rekke teoretikere argumenterer for at dagens samfunn karakteriseres av et fokus på utvikling, og menneskers indre motivasjon. Trenden kan kalles for en individualisering av samfunnets borgere. Arbeideropprør, gratis og obligatorisk utdanning, og FNs menneskerettigheter har manifestert og styrket individets rettigheter og ansvar. Dagens ideal er å ha full makt over våre liv, og å frigjøre våre potensialer. Selvhjelpsbøker beskriver ofte disse temaene. Bøkene kan derfor brukes til å oppfylle samfunnets idealer, og forventninger om personlig utvikling.

Individualiseringens omkostninger og muligheter har blitt diskutert av en rekke teoretikere, som Durkheim, Beck og Giddens. På den ene siden fremheves tapet av en stabil sosial identitet, og opplevelsen av en rotløshet, usikkerhet, og selvopptatthet. På den andre siden kan den befri mennesket fra begrensende sosiale bånd, forventninger og forskrifter, og gi den friheten til løpende å forme sitt eget liv. Med dagens frihet og utradisjonelle levemåter, kan selvhjelpsbøkene brukes til å forme livet i den retningen man ønsker.

Kritikken av den profesjonelle autoriteten på 1960- og 70-tallet skapte en dreining bort fra statlige institusjonstjenester, og mot et mer individualisert helsevalg. Pasientens selvbestemmelse, og utviklingen av lavterskeltilbud, ble fremmet, noe som er viktige mål ved dagens selvhjelpsbehandlinger.

Samtidig er hverdagen mer global, uforutsigbar og sekularisert. Blant annet kan vitenskapens fortrinn gjøre virkeligheten mer meningsforlatt. Selvhjelpslitteraturen kan derfor brukes til å oppleve en større mening med livet.

En annen årsak til selvhjelps litteraturens popularitet, kan være at 30-50% av den voksne befolkningen blir rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet. Ventelister, og begrensede muligheter til å tilby mange sesjoner, kan føre til at folk benytter seg av bøker mellom og utenfor sesjonene. Det at etterspørselen etter psykisk hjelp øker, og at det har blitt et stort marked for å tilby selvhjelpsressurser, tyder også på det har blitt mer vanlig og akseptert å bruke profesjonell hjelp i dag.

Biblioterapiens popularitet kan derfor forklares av en rekke teorier, og er med på å beskrive hva biblioterapien innebærer. Den økende refleksiviteten i identitetsformasjonen, har skapt en større frihet, men også et større ansvar. Verden har blitt mer grenseløs, uforutsigbar og meningsforlatt. Samtidig øker pågangen etter profesjonell hjelp, og den ser ut til å bli mer akseptert. Biblioterapien kan brukes for å håndtere usikkerheten og å ta ansvar for eget liv og helse.

4. Kapittel 2: Biblioterapiens empiriske grunnlag

Denne oppgaven fokuserer på biblioterapiens potensiale til å behandle psykiske lidelser. Før man bruker selvhjelpsbøker som en del av behandlingen, må det undersøkes hvilke diagnoser som kan ha nytte av biblioterapi. Det må også kartlegges hvilke spesifikke bøker som har fått en empirisk støtte.

Gjennom å vurdere selvhjelpsmaterialer før de anbefales, er det en større sannsynlighet for at man ikke gjør skade på pasienten (Harwood & L'Abate, 2010, p. 260; Lillenfeld, 2007, p. 53). Bruken av empirisk støttede bøker øker også sannsynligheten for positive behandlingseffekter.

Selvhjelpsbrukere har også etterspurt forskning på selvhjelpsmaterialer. Gjennom gruppeintervjuer og samtaler med 49 brukere (Lucock, Barber, Jones & Lovell, 2007, pp. 795-805) kom det frem at de ønsket mer forskning på hvilke selvhjelpstilnærminger som fungerer og hvorfor (ibid.). Dette understreker viktigheten av å undersøke selvhjelpsmaterialer.

Biblioterapi kan være både skjønnlitterær (fiktiv, oppdiktet litteratur) og saklitterær (sann, dokumenterende litteratur) (Skei, 2009, snl.no). Denne oppgaven fokuserer på de saklitterære bøkene om behandlingen av psykiske lidelser, som det har blitt forsket mest på⁴. Studier har spesielt hatt søkelyset på de problemfokuserende tilnærmingene, som foreskriver kognitive atferdsteknikker til leseren (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 59-62).

I avsnittet om empiri vil det fokuseres på hvilke psykiske lidelser som kan få en effekt av biblioterapi, forskjellen på en selvadministrert og terapeut-administrert behandling, profesjonelles bruk av bøker i terapien, og hvilke utfordringer empirien har.

4.1 Biblioterapi og psykiske lidelser

Biblioterapien økte i popularitet gjennom 1900-tallet, og ble en del av forskernes interesse. Frem til 1940-årene var forskningen på biblioterapi fortrinnsvis kvalitativ, i form av casestudier (Jack & Ronan, 2008, p. 172). Studiene ga et innblikk i enkeltmenneskers reaksjoner på utfordringer og de tilhørende behandlingsmetodene.

Etter 1940-årene, ble den kvantitative forskningen mer etablert, og utgjorde på slutten av 1900-tallet en større samling artikler som viste effekten av biblioterapi for en rekke lidelser, som depresjoner, angst, og seksuelle dysfunksjoner (ibid.). Meta-analyser (for eksempel Cuijpers, 1997; Marrs, 1995) av biblioterapi, har blant annet vist at leserne har oppnådd større behandlingseffekter enn pasienter på en venteliste, eller som ikke har mottatt noen behandling.

De gjennomsnittlige effektstørrelsene til selvhjelpsprogrammer, sammenlignet med kontrollbetingelser, er vanligvis mellom 0.50-0.80 etter behandlingen, og 0.50-0.70 ved senere oppfølging (Hirai & Clum, 2006, p. 99; Jack & Ronan, 2008, p. 172). Når biblioterapi har blitt sammenlignet med tradisjonell terapi, har resultatene vist at programmene har vært nesten like effektive som profesjonelle terapisesjoner

⁴ Selv om ikke skjønnlitterære bøker har fått like mye empirisk støtte for endringen av tanker og atferd, ser de ut til kunne redusere noe av brukernes stressnivåer (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 59-62).

(Cuijpers, 1997, p. 144f; Den Boer, Wiersma & Van Den Bosch, 2004, p. 967; Harwood & L'Abate, 2010, p. 143; Norcross, 2006, p. 684).

4.2 Studier av selvhjelp og biblioterapi

Meta-analyser av selvhjelp begynte å vise seg på slutten av 1900-tallet (Gregory, Canning, Lee & Wise, 2004, p. 275). Analysene kan gi en indikasjon på hvilke diagnoser som kan behandles effektivt med selvhjelpsmaterialer. Robert Gould og George Clum (1993) og Rich Marrs (1995) har skrevet to kjente meta-analyser som belyser selvhjelp og biblioterapi for en rekke lidelser.

Robert Gould og George Clum (1993, p. 169) gjennomgikk 40 kontrollerte og randomiserte selvhjelpstudier med voksne og barn. Resultatet viste at selvhjelp hadde en effektstørrelse på 0,76 etter behandling og en effektstørrelse på 0,53 ved senere oppfølging (ibid.). Selvhjelpsmaterialene var bøker, manualer, lydbånd, videobånd, eller en kombinasjon. Forskjellig grad av oppfølging fra en terapeut (ingen eller minimal kontakt) påvirket ikke effektene signifikant. Noen utfordringer hadde en større mottagelighet for selvhjelp, blant annet treningen av ferdigheter (for eksempel sosiale), og behandlingen av diagnostiske problemer som frykt, depresjon, hodepine, og søvnforstyrrelser. Dårlige vaner som overspising, røyking, og drikking, var mindre mottagelige for selvhjelp (ibid., p. 170). Det var små forskjeller mellom frafallet i gruppene. Frafallet utgjorde 8,6% av deltagerne i kontrollgruppene og 9,7% av deltagerne i behandlingsgruppen, noe som er relativt lavt (ibid., p. 179).

En annen artikkel som blir hyppig henvist til, er Rich Marrs (1995) meta-analyse av 70 kontrollerte studier på biblioterapi. Marrs' analyse viste at biblioterapi hadde en moderat effekt ($ES = 0,565$) (Marrs, 1995, p. 843). Biblioterapi var mest effektiv for utfordringer med selvheldelse, angst og seksuelle dysfunksjoner⁵, moderat effektiv for depresjon og karriere, og mindre effektiv for vekttap, impulskontroll, og

⁵ I Marrs' (1995, p. 853) meta-analyse, fikk biblioterapi for seksuelle dysfunksjoner den største effektstørrelsen ($ES = 1.28$, basert på fire studier) av alle kategoriene som ble undersøkt. En annen meta-analyse (Lankveld & Jacques, 1998) av 12 kontrollerte studier på biblioterapi for seksuelle dysfunksjoner, i hovedsak orgasmiske lidelser, ga en effektstørrelse på 0.76 (og 0.50 når den var vektet etter deltagerstørrelsen). Seksuelle dysfunksjoner er derfor en av lidelsene som er lettest å behandle med biblioterapi (Lankveld & Jacques, 1998, p. 706).

studieproblemer. Enkelte utfordringer (for eksempel vekttap og angstreduksjon) viste større forbedringer dersom respondenten også fikk oppfølging av en terapeut (ibid.).

Peter Den Boer, Durk Wiersma og Robert Van Den Bosch (2004) gjennomgikk 14 randomiserte kontrollerte studier på angst og depresjon. Meta-analysen viste at den gjennomsnittlige effektstørrelsen til biblioterapi, sammenlignet med kontrollbetingelsene, var på 0.84 (Den Boer, Wiersma & Van Den Bosch, 2004, p. 959, p. 967). Effektstørrelsene til selvhjelpsbøkene kunne sammenlignes med resultatene til kognitiv terapi for deprimerede pasienter ($ES = 0.70-0.80$). Det ble konkludert med at biblioterapi var mer effektivt enn placebo og ventelister, for klinisk signifikante emosjonelle lidelser (ibid.).

Meta-analysene til Gould og Clum (1993), Marrs (1995) og Peter Den Boer et al. (2004) viser at biblioterapi vesentlig overstiger ingen behandling, og at den er effektiv for diagnostiske problemer som depresjon, angst, og seksuelle dysfunksjoner. Senere meta-analyser (for eksempel Cuijpers, 1997, pp. 144-145; Gregory, Canning, Lee & Wise, 2004, p. 275; Hirai & Clum, 2006, p. 99; Lankveld & Jacques, 1998, p. 706) har bekreftet disse funnene. Det videre fokuset i den empiriske gjennomgangen vil være på den biblioterapeutiske behandlingen av depresjon og angst.

4.3 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som karakteriseres av en lengrevarende nedstemthet. Symptomer på lidelsen er blant annet tristhet, tomhetsfølelse, redusert initiativ og lyst, samt mat- og søvnforstyrrelser (Harwood & L'Abate, 2010, p. 66; Malt, 2016, snl.no). Amerikanske og norske studier, tyder på at 20-30% av befolkningen vil oppleve en behandlingstrengende depresjon i løpet av livet. Lidelsen rammer langt flere kvinner enn menn, omkring 15-25% av alle kvinner og 7-12% av alle menn (ibid.).

Meta-analyser tyder på at biblioterapi kan være en effektiv behandlingsmetode ved depresjon. Pim Cuijpers (1997, pp. 144-145) gjennomførte en meta-analyse på seks randomiserte kontrollerte studier av biblioterapi som behandling for depresjon.

Studiene viste at biblioterapi, sammenlignet med ventelister, ga en gjennomsnittlig effektstørrelse på 0.82 (ibid.). Dette uttrykker en stor effekt. Når biblioterapi ble sammenlignet med individuell terapi (i fire av studiene), viste analysen en gjennomsnittlig effektstørrelse på 0.10. Denne er lav, og indikerer derfor at det ikke er noen viktige forskjeller mellom individuell terapi og biblioterapi. Frafallsnivået til deltagerne var i gjennomsnitt på 6.9% (ibid.).

Robert Gregory, Sally Canning, Tracy Lee og Joan Wise (2004) utførte en meta-analyse av 29 studier på kognitiv biblioterapi for depresjon. De 17 studiene med mest solide forskningsdesign⁶ hadde en effektstørrelse på 0.77 (Gregory, Canning, Lee & Wise, 2004, pp. 275-277). Når alle studiene ble vurdert, fikk de en effektstørrelse på 0.99 (ibid.). Resultatene gir ytterligere bevis på at depresjon kan behandles med biblioterapi.

Meta-analyser av effektstørrelsen til psykoterapi for depresjon, har vist at den ligger på rundt 0.70-0.80 (Gregory et al., 2004, pp. 275-277; Harwood & L'Abate, 2010, p. 141). Biblioterapiens effektstørrelse kan derfor sammenlignes med effekten til individuell psykoterapi.

Oppsummeringsvis indikerer meta-analysene at biblioterapi er en effektiv behandling for depresjon, med lignende effekter som ved individuell psykoterapi. Disse meta-analysene sier ikke noe om langtidseffekten til selvhjelpsbøkene. Imidlertid har en rekke studier (Ackerson, Scogin, Mckendree-Smith & Lyman, 1998; Floyd, Scogin, McKendree-Smith, Floyd, Rokke, 2004; Jamison & Scogin, 1995; Scogin, Jamison & Davis, 1990) vist at effektene til en biblioterapeutisk behandling av depresjon har blitt opprettholdt ved oppfølging etter tre måneder og to år (jf. avsnitt 5.1.1).

4.4 Angst

Angstlidelser er en av de mest kostbare lidelsene i verden. Over 14% av verdens befolkning vil oppleve angst i løpet av sitt liv, og lidelsen står for omkring 30% av

⁶ Ifølge Gregory, Canning, Lee og Wise (2004, p. 275) hadde studier med solide forskningsmetoder en presentasjon av scorer før og etter testen, samt en kontrollgruppe.

kostnadene til psykiske lidelser (Hirai & Clum, 2006, p. 99). Studier i USA og Norge anslår at omkring 20-30% av befolkningen vil oppleve en angstlidelse i løpet av sitt liv (Helsedirektoratet, 2014, Helsenorge.no; Ritzert et al., 2016, p. 444).

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander som innebærer en irrasjonell frykt. Frykten kan være knyttet til bestemte objekter og situasjoner, eller være en mer ubestemt tilstand med en generell bekymring og uro (Helsedirektoratet, 2014, Helsenorge.no).

Det finnes fem hovedtyper av angst; Fobier (herunder sosial fobi, spesifikke fobier og agorafobi), panikklidelse, generalisert angst, posttraumatisk stresslidelse, og tvangslidelser. De vanligste angstlidelsene er spesifikk og sosial fobi, som rammer rundt 10% i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2014, Helsenorge.no). Videre opplever ca. 5% en posttraumatisk stresslidelse, ca. 4% en generalisert angstlidelse, ca. 3% en panikklidelse, og ca. 1% en tvangslidelse (ibid.).

En rekke studier har vist at biblioterapi gir gode effekter i behandlingen av milde til moderate angstlidelser. En meta-analyse av randomiserte kontrollerte studier på 33 selvadministrerte intervensjoner (bøker, lyd-, video- og computerprogrammer), viste en effektstørrelse på 0.62 sammenlignet med kontrollgruppene. Intervensjonene hadde en effektstørrelse på 0.51 ved oppfølging (Hirai & Clum, 2006, p. 99). Frafallsnivåene var lave, og behandlingseffektene ble ikke svekket over oppfølgingsperioder på en til seks måneder. Selvhjelp var derfor moderat effektivt i behandlingen av diagnostiserte og ikke-diagnostiserte angstlidelser (ibid., p. 106f). Intervensjonene var sammenlignbare med terapeut-administrerte behandlinger ved panikklidelser, men svakere ved spesifikke fobier og sosial angst (ibid., pp. 101-109). Analysen viste også at selvrappotering av symptomene ga en signifikant større effektstørrelse enn atferds- og observatørmålinger (ibid.).

I Gould og Clums (1993, p. 179) meta-analyse, som blant annet undersøkte biblioterapi, hadde selvhjelp en effektstørrelse på 1.11 for angstlidelser. Videre viste Marrs' (1995, p. 853) meta-analyse av 15 kontrollerte studier på biblioterapi for angstlidelser, at litteraturen hadde en effektstørrelse på 0.91.

Oppsummeringsvis gir meta-analysene bevis på at biblioterapi også kan være nyttig i behandlingen av angstlidelser. Effektene fra meta-analysene ligger på mellom 0.60-1.10, og er derfor sammenlignbare med effektene til tradisjonell terapi (ES= 0.70-0.80) (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 119-120; Hirai & Clum, 2006, pp. 101-109). Behandlingseffektene så også ut til å være stabile ved oppfølging etter en til seks måneder.

4.5 Selvadministrert og terapeut-administrert behandling

Hittil har det blitt undersøkt hvilke diagnoser biblioterapien kan være effektiv for. Meta-analysene konkluderte med at biblioterapi er effektivt i behandlingen av angst og depresjon, med moderate til sterke effektstørrelser. Effekten kan sammenlignes med tradisjonell psykoterapi. I det følgende vil forskjellen mellom selvadministrert og terapeut-administrert biblioterapi belyses.

Siden slutten av 1900-tallet, har forskere sammenlignet selvadministrerte og terapeut-administrerte behandlinger. Målet har vært å finne ut hvor mye oppfølging som er nødvendig for å hjelpe pasienten (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 7-8). Terapeut-administrert biblioterapi innebærer at noen form for terapeutisk støtte leveres til pasienten. Derimot innebærer selvadministrert biblioterapi at pasienten leser bøker uten ekstra støtte fra en profesjonell (jf. avsnitt 1.4).

Rich Marrs (1995) meta-analyse av 70 kontrollerte studier på biblioterapi, viste at angst og vekttap responderte positivt på økt terapeutkontakt (jf. avsnitt 4.2). I Michiyo Hirai og George Clums (2006) meta-analyse av 40 selvhjelpsstudier, hadde terapeutkontakten en signifikant innflytelse på effektstørrelsen. Studiene med en minimal terapeutkontakt hadde en større effektstørrelse (ES= 0.93) enn de uten kontakt (ES= 0.64) (Hirai & Clum, 2006, pp. 101-109). Hirai og Clums resultater var imidlertid hentet fra tre studier, og spørsmålet bør derfor undersøkes mer (Gould & Clum, 1993, p. 179).

En meta-analyse av 24 studier på biblioterapi og internettprogrammer, viste at selvadministrert lesing hadde en stor effekt når den ble sammenlignet med ingen

behandling (ES= 1.00) (Menchola, Arkowitz & Burke, 2007, p. 421). Deltagerne hadde kliniske nivåer av depresjon og angst. Imidlertid ga denne behandlingen signifikant dårligere utfall enn terapeut-administrerte behandlinger (ES= -0.31). Selv om meta-analyser har tydet på at selvadministrerte behandlinger kan være hjelpsomme, og at forskjellig grad av oppfølging fra en terapeut ikke alltid har påvirket effektene til biblioterapi for mildere lidelser signifikant (for eksempel Gould & Clum, 1993), kan denne formen for behandling av kliniske nivåer være utilstrekkelig uten en terapeutkontakt (ibid., p. 426).

4.5.1 Depresjon

Et studie av Linda Bilich, Frank Deane, Andrew Phipps, Marcella Barisic og Grahame Gould (2008) undersøkte biblioterapiens effekt (*The Good Mood Guide*, Phipps et al., 2003) på 84 personer med depresjon. Deltagerne ble inndelt i tre grupper; en gruppe som fikk telefonstøtte (bok og opptil 30 minutters telefonsamtaler ukentlig), en gruppe som fikk minimal terapeutkontakt (bok og fem minutters telefonsamtaler ukentlig), og en kontrollgruppe (som ikke mottok boken) (Bilich, Deane, Phipps, Barisic & Gould, 2008, p. 64). Gruppene som fikk telefonstøtte og minimal terapeutkontakt mens de leste, oppnådde klinisk signifikante reduksjoner i depresjon sammenlignet med kontrollgruppen. De telefonassisterte deltagerne fikk mest oppfølging, og oppnådde også de største behandlingsgevinstene. Tilslutt fikk kontrollgruppen biblioterapi uten assistanse. De opplevde noen reduksjoner i symptomer, men reduksjonen var ikke statistisk signifikant (ibid., pp. 70-71). Biblioterapi var derfor kun effektivt når deltagerne fikk terapeutkontakt.

4.5.2 Angst

Et flertall av studiene som sammenligner terapeut- og selvadministrert biblioterapi, har fokusert på angstlidelser. I et studie av spesifikke fobier (Newman et al., 2003), ble terapeut-administrert og selvadministrert biblioterapi sammenlignet. Resultatene viste at positive responser ble oppnådd i henholdsvis 71% og 6% av behandlingsgruppene (Harwood & L'Abate, 2010, p. 125). Dette tyder på at kontakt

med en terapeut noen ganger er nødvendig for å skape en endring hos individer⁷ (ibid.).

To studier (Febbraro, 2005; Power, Sharp, Swanson & Simpson, 2000) har undersøkt effekten av terapeutkontakt ved panikklidelser. I det førstnevnte studiet, ble deltagerne (N=30) inndelt i tre grupper; 1) biblioterapi alene, 2) biblioterapi og telefonkontakt, og 3) telefonkontakt alene (Febbraro, 2005, p. 763). Resultatene viste at telefonguidet biblioterapi hadde svært gode forbedringseffekter på panikkanfall (100%), sammenlignet med uguidet selvhjelp (55,6%) og telefonkontakt alene (33,3%) (ibid., p. 774).

I studiet til Kevin Power et al. (2000) ble 1) «standard» terapeut kontakt (biblioterapi og seks timers terapeutkontakt), sammenlignet med 2) biblioterapi med «minimal» kontakt (to timers terapeutkontakt) og 3) selvadministrert biblioterapi (Power, Sharp, Swanson & Simpson, 2000, p. 40). 104 personer med en diagnostiserbar panikklidelse deltok i studiet, som varte i 12 uker. Deltagerne som gjennomgikk biblioterapi med standard terapeutkontakt (1) og minimal terapeut kontakt (2), hadde større forbedringer enn den selvadministrerte gruppen (3). Terapeutgruppen (1) fikk de største forbedringene på alle målingene av symptomer på angst, frykt, depresjon (ibid., p. 43). Et eksempel er på målingene på Hamilton Anxiety Scale, der forbedringer viste seg hos 83,3% av deltagerne i terapeutgruppen, 67,7% av deltagerne med minimal kontakt, og hos kun 34,5% deltagerne i den selvadministrerte gruppen (ibid.).

Det har også blitt testet ut selvhjelpsmaterialer for OCD («obsessive-compulsive disorder»). Materialene er ofte basert på kognitiv atferdsterapi, med eksponering og responsprevensjon, noe som er effektive behandlingsstrategier for denne lidelsen. En meta-analyse av 18 randomiserte kontrollerte studier av selvhjelpsintervensjoner (biblioterapi, og internett-terapi) for OCD, ga en gjennomsnittlig effektstørrelse på

⁷ Sannsynligheten for positive behandlingsutfall ved behandling av spesifikke fobier øker dersom behandlingsmaterialet har troverdighet, at pasienten har tilstrekkelig motivasjon for endring, at terapeutene pålegger et akseptabelt nivå av ekstern struktur eller kontakt, og at eksponering er en del av behandlingsstrategien (Harwood & L'Abate, 2010, p. 126).

0.51 (Pearcy, Anderson, Egan & Rees, 2016, p. 74). Deltagerne fikk enten 1) selvadministrert selvhjelp, der de ikke hadde noen terapeutisk kontakt, 2) overveiende selvhjelp, som innebar minimal kontakt med en terapeut for å bistå med bruk av selvhjelpsmaterialene og for å gi en begrunnelse for behandling, og 3) minimal-kontakt terapi der terapeuten var til stede og aktivt involvert i prosessen, dog mindre enn ved tradisjonell terapi (ibid., p. 76).

Når deltagerne ble gruppert etter mengde kontakt, fant man store effektstørrelser for selvhjelp med minimal-kontakt ($ES = 0.91$), moderate effektstørrelser for overveiende selvhjelp ($ES = 0.68$) og lavere effektstørrelser for selvadministrert selvhjelp ($ES = 0.33$). Det var også høyere frafall for de som ikke fikk noen terapeutisk oppfølging (de selv-administrerte), sammenlignet med de to andre gruppene (Pearcy, Anderson, Egan & Rees, 2016, p. 74, p. 80).

Samt viste et studie (Kenwright, Marks, Graham, Franses, & Mataix-Cols, 2005) at de som fikk terapeutisk støtte gjennom planlagte telefonsamtaler hadde større reduksjoner i OCD-symptomer enn de som ikke hadde en planlagt oppfølging (effektstørrelse på 0.85 sammenlignet med 0.30) (Pearcy, Anderson, Egan & Rees, 2016, p. 74). Oppfølging gjennom telefonsamtaler kan derfor være nok til å skape vesentlig større forbedringer hos pasienten.

4.5.3 Fordelene ved terapeut-administrert biblioterapi

Studiene viser at ved psykiske lidelser som depresjon og angst, vil terapeutisk kontakt øke behandlingens effektivitet. For mer omfattende og alvorlige patologier, vil imidlertid oppfølging av en terapeut være nødvendig for å få effekter.

Ikke bare viser studiene at terapeutkontakt kan gi større effekter, forskning tyder også på at slike behandlinger er mest preferert. Katie Hanson et al. (2015) sammenlignet 536 personers preferanser for å bruke biblioterapi, internettbasert selvhjelp, guidet selvhjelp, antidepressiva eller psykoterapi i behandlingen av depresjon (Hanson, Webb, Sheeran & Turpin, 2015, p. 129). Av de fem behandlingsmulighetene, ble psykoterapi og guidet selvhjelp mest akseptert og preferert. Dette viser at det å motta personlig veiledning anses som viktig og mer

ønskelig i behandlingsprosessen. Antidepressiva ble sett på som mest sannsynlig å gi sideeffekter (ibid., pp. 130-139).

Hanson et als. (2015) resultater kan sammenlignes med et tidligere studie (Landreville, Landry, Baillargeon, Guérette & Matteau, 2001) av 200 personers holdninger til bruken av psykoterapi-, biblioterapi- eller antidepressiva ved depresjon (Hanson et al., 2015, pp. 130-139). Resultatet viste at psykoterapi og biblioterapi begge ble evaluert som mer akseptable enn antidepressiva for behandling av milde til moderate nivåer av depresjon. Ved mer alvorlige symptomer ble psykoterapi evaluert som mer ønskelig enn biblioterapi og antidepressiva (ibid.).

Det er flere mulige årsaker til hvorfor terapeut-administrert biblioterapi er mer ønskelig og effektivt for pasienter. Dersom profesjonelle involveres, reduseres blant annet farene for negative konsekvenser, som mangel på motivasjon og frafall (Cuijpers, 1997, p. 140).

Forskning tyder på at dersom selvhjelpen er selvadministrert, kan den noen ganger gjennomføres feil og føre til frafall fra behandlingen (Rosen, 1987, pp. 48-49). I et studie av potte-trening, opplevde 4/5 mødre i den terapeut-administrerte gruppen suksess, sammenlignet med kun 1/5 av deltagerne i den selvadministrerte gruppen. De som ikke klarte å gjennomføre treningen, opplevde negative konsekvenser, som et mer svekket emosjonelt bånd til barnet, og økt problematisk barneatferd (ibid.).

Et annet studie av selvadministrert behandling mot slangefobi (Rosen, Glasgow & Barrera, 1976, pp. 208-217) viste at alle som fullførte behandlingen hadde signifikante reduksjoner i angstsymptomer. Imidlertid var det kun 50% som klarte å fullføre behandlingen (ibid.). Studiene tyder derfor på at 20-50% lykkes med selvadministrerte behandlinger.

Videre kan mennesker med psykiske lidelser (for eksempel depresjon) oppleve problemer med lyst og motivasjon. Dersom pasienten får støtte fra en profesjonell, kan de sammen arbeide med å opprettholde motivasjonen og konsentrasjonen i behandlingen (Hanson et al., 2015, pp. 130-139).

Man kan argumentere for at biblioterapi generelt er mer effektiv når den ledsages av en viss mengde terapeutisk kontakt (Harwood & L'Abate, 2010, p. 59; Pearcy, Anderson, Egan & Rees, 2016, p. 74). Terapeuten kan øke forbedringene, opprettholde motivasjonen og redusere frafall. Men hvor ofte bruker profesjonelle terapeuter biblioterapi? Dette skal undersøkes i de neste avsnittene.

4.6 Profesjonell bruk av biblioterapi

Nordamerikanske studier har vist at biblioterapi er populært blant profesjonelle helsefagfolk. En undersøkelse av 62 terapeuter, viste at 68% brukte biblioterapi som en del av behandlingen (Adams & Pitre, 2000, p. 645). De vanligste årsakene var for å oppmuntre til selvstendighet, og å gi pasientene et ansvar for egenhjelp. Andre årsaker var for å forbedre terapiprosessen, eller fordi pasienten uttrykket et ønske om å lese biblioterapi (ibid.).

Videre viste undersøkelsen en signifikant sammenheng mellom økt terapeuterfaring og økt anbefaling av biblioterapi til pasientene. Terapeuter med mer enn 10 års erfaring hadde en betydelig større sannsynlighet for å anbefale bøker til pasienter enn andre (Adams & Pitre, 2000, p. 645).

Steven Starker (1986, 1988) har gjennomført to undersøker av psykologers bruk av selvhjelpsbøker. I det første studiet (N=105), foreskrev 88,6% av respondentene biblioterapi til sine klienter. 24% foreskrev bøkene hyppig. Bøkene omhandlet vanligvis foreldrerollen, relasjoner, og personlig vekt. Halvparten av respondentene mente at materialene ofte var hjelpsomme i terapien (Starker, 1988, p. 599). I det etterfølgende studiet (N=121), foreskrev 60% selvhjelpsbøker som et supplement til behandlingen. Omkring halvparten mente at de var hjelpsomme i terapien (ibid.). 24% av psykologene foreskrev selvhjelpsbøkene regelmessig, og 8% rapporterte at noen av pasientene hadde lidd av litteraturen (Adams & Pitre, 2000, p. 645).

I et studie av 1229 psykologer (Norcross et al., 2000) hadde 82% anbefalt selvhjelpsgrupper, 85% anbefalt selvhjelpsbøker, og 46% anbefalt filmer i løpet av det siste året (Norcross, 2006, p. 683).

Disse studiene viser at over halvparten av terapeutene som ble undersøkt, hadde brukt biblioterapi som en del av behandlingen. Selv om det ikke ble funnet artikler om nordiske psykologers bruk av selvhjelpsbøker, tyder imidlertid det gode utvalget av bøker som blir publisert av for eksempel norske psykologer og psykiatere (bl.a. *Kjærlighet i hastighetens tid* av Sissel Gran, *Våg mer: En bedre hverdag med psykologisk trening* av Gunnar Cramer og Dag Furuholmen og *Trange rom og åpne plasser* av Arne Repål og Torkil Berge) på at bøkene også er populære blant nordiske helsefagfolk (Stranden, 2016, forskning.no).

4.7 Et kritisk blikk

Til tross for at flertallet av studiene i den empiriske delen av oppgaven er kjente og metodologisk solide, innehar de også noen begrensninger.

For det første, var det en stor variasjon i antall studier som ble inkludert i meta-analysene. Marrs (1995) og Gould og Clum (1993) hadde det største antallet studier. De gjennomgikk henholdsvis 70 og 40 studier på selvhjelp og biblioterapi. Cuijpers (1997) og Den Boer et al. (2004) hadde det laveste antall studier, henholdsvis 6 og 14. Dette kan påvirke kvaliteten til studienes resultater.

For det andre, var de fleste deltagerne i studiene (for eksempel Hirai & Clum, 2006; Marrs, 1995) en del av en formell undersøkelse, og hadde en eller annen form for terapeutkontakt (profesjonell diagnostisering av et problem, instruksjoner fra en forsker og jevnlig oppfølging) (Cuijpers, 1997, p. 140). Til og med de selvadministrerte studiene hadde ofte oppfølging av en terapeut som screenet deltagerne, presenterte selvhjelpsmaterialer, og målte effektene. Dette miljøet kan muligens bidra til å øke tilliten og samarbeidsviljen til deltagerne, og vi vet derfor mindre om effekten til bøker som blir kjøpt og lest på egenhånd (Harwood & L'Abate, 2010, p. 146, pp. 119-120; Hirai & Clum, 2006, p. 106; Marrs, 1995, p. 862).

Videre inneholdt alle meta-analysene, og flertallet av studiene (f.eks. Bilich et al., 2008; Febbraro, 2005; Power et al., 2000) selvrapporteringskalaer. Resultater som baserer seg på selvrapportering, får ofte en større effektstørrelse enn forskeres atferds- og observatørmålinger (Hirai & Clum, 2006, pp. 107-109). I flere av

studiene (f.eks. Bilich et al., 2008; Febbraro, 2005; Hirai & Clum, 2006) var det også langt flere selvrappoteringskalaer enn forskermålinger. Noe av forklaringen på selvrappoterings større effekt kan være at deltagerne får forventninger om å bli bedre av bøkene, og dermed tillegger dem en større effekt enn det de ville fått med mer objektive forskermålinger.

En annen kritikk til resultatene, er at noen av studiene (f.eks. Bilich et al., 2008; Cuijpers, 1997) rekrutterte deltagere gjennom annonser i media (for eksempel internett, aviser, og radio). Dette kan ha ført til at man kun fikk med deltagere som var motiverte til å gjennomføre en biblioterapibehandling. Imidlertid er det også mulig at man på denne måten når frem til en gruppe pasienter som ellers ikke ville oppsøkt profesjonell hjelp (Cuijpers, 1997, p. 145).

Det er også verdt å merke seg at hvilke grupper studiene sammenligner, kan påvirke effektstørrelsen. Ofte vil programmer som sammenligner behandling med ingen behandling få større effektstørrelser enn behandlinger som sammenlignes med ventelister eller placebo-grupper (Gould & Clum, 1993, p. 174; Marrs, 1995, p. 851, p. 862). Studier som bruker placebo som kontrollgruppe, har også en tendens til å oppnå lavere effektstørrelser enn de som bruker en ventelistegruppe⁸ (ibid.).

Imidlertid har de fleste studier begrensninger, og oppgavens studier er åpne om hvilke faktorer som kan påvirke resultatene. I tillegg er alle studiene fagfellevurdert. De har derfor blitt vurdert og kvalitetssikret av eksperter innenfor psykologifaget.

5. Kapittel 3: En kvalitativ analyse av tre empirisk effektive selvhjelpsbøker

5.1 Tre empiriske selvhjelpsbøker

Opgavens fokus er på angst og depresjon, som er blant de vanligste psykiske lidelsene mennesker søker hjelp for. Imidlertid har helsevesenet utfordringer med å

⁸ For eksempel bruker Menchola et al. (2007) en venteliste som kontrollgruppe.

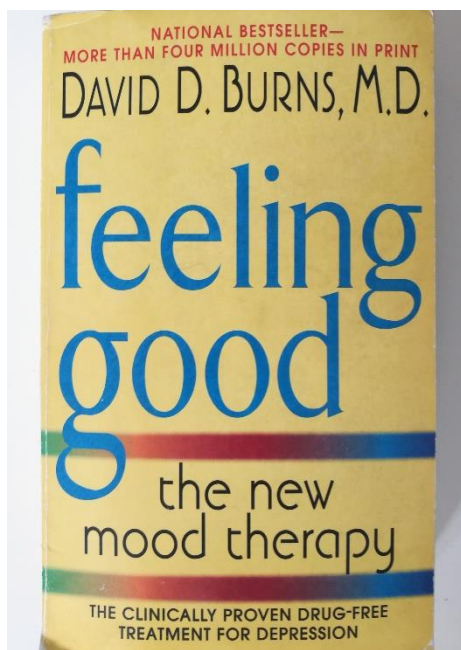
fylle behovet til de som lider av psykiske utfordringer, og mange vegrer seg for å søke hjelp (jf. avsnitt 1.3). Biblioterapi har et potensiale til å styrke menneskers psykiske helse generelt, men også å avlaste terapeuter og dermed skape mindre ventelister i helsevesenet (jf. avsnitt 1.3).

I den empiriske gjennomgangen, viste det seg at biblioterapi var effektivt i behandlingen av angst og depresjon. For eksempel fikk Pim Cuijpers (1997) meta-analyse av biblioterapi for depresjon en effektstørrelse på 0.82 (jf. avsnitt 4.3). I Robert Gould og George Clums (1993) meta-analyse, hadde biblioterapi en samlet effektstørrelse på 1.11 for angstlidelser. Samt viste Michiyo Hirai og George Clums (2006) gjennomgang at bøkene var spesielt effektive for mennesker med en panikkklidelse.

Denne delen av oppgaven vil illustrere hva biblioterapi er, gjennom å presentere tre selvhjelpsbøker som har vist seg å være effektive i empirisk forskning. For å belyse bøkens effekt, vil det først beskrives hvilke studier som har blitt gjort på disse.

Deretter vil spesifikke og non-spesifikke virkemidler i bøkene gjennomgås, noe som kan gi en forståelse av hvordan de er bygget opp, og hvorfor de har vist seg å være effektive til å lindre lesernes symptomer.

5.1.1 *Feeling Good* – Burns (1980; 1999)



Artikler som belyser empirisk biblioterapi, anbefaler ofte Burns' bok *Feeling Good* (f.eks. Cuijpers, 1997, p. 139; Floyd, McKendree-Smith & Scogin, 2004, pp. 115-117; Gregory, Canning, Lee & Wise, 2004, p. 279; Harwood & L'Abate, 2010, p. 62; Norcross, 2000, p. 372; Norcross, 2006, p. 686).

Boken ønsker å bekjempe depressive symptomer gjennom kognitive teknikker (Ackerson, Scogin, McKendree-Smith &

Lyman, 1998, p. 686). Det første kapittelet i *Feeling Good* (1999) redegjør for bokens effektivitet, og forskningen bak kognitiv terapi. Det andre kapittelet beskriver hvordan man kan diagnostisere seg selv, gjennom Burns' depresjonssjekkliste. I de neste kapitlene beskriver boken forholdet mellom tanker og følelser, og vanlige årsaker til at man får depresjon (for eksempel personifisering, overgeneralisering, mentale filtre, en alt-eller-ingenting tankegang, diskvalifisering av det positive, katastrofetanker, bør-utsagn, å være avhengig av bekreftelse, å basere sin verdi på sitt arbeid, og perfektjonisme) (Burns, 1999, pp. 28-43, pp. 259-352). For å avsette depressive tanker, kan man blant annet styrke selvfølelsen, aktivisere seg selv, og bekjempe negative følelser som skyldfølelse og sinne. Øvelser som Burns anbefaler er for eksempel å utfylle tabeller med argumenter for og imot en tanke, og å lage en aktivitetsplan for dagen.

En rekke studier (Ackerson, Scogin, McKendree-Smith og Lyman, 1998; Floyd, Scogin, McKendree-Smith, Floyd, Rokke, 2004; Jamison & Scogin, 1995; Naylor et al., 2010; Scogin, Jamison & Gochneaur, 1989; Scogin, Jamison & Davis, 1990) har vist at *Feeling Good* (Burns 1980; 1999) er effektiv i behandlingen av depresjon.

For eksempel sammenlignet Forrest Scogin, Christine Jamison og Kimberly Gochneaur (1989, pp. 403-404) lesere av *Feeling Good* (Burns, 1980) (N=22) og den atferdsterapeutiske boken *Control Your Depression* (Lewinsohn, Munoz, Youngren & Zeiss, 1986) (N=23) med en ventelistegruppe (N= 22).

Deltagerne hadde en mild til moderat depresjon. De fikk fire uker på seg til å fullføre bøkene, og ble kontaktet ukentlig på telefon for å undersøke progresjonen og besvare spørsmål⁹ (Scogin et al., 1989, pp. 403-404). For å kontrollere for effekten av ukentlig telefonkontakt, ble deltagerne på ventelisten også kontaktet ukentlig. De ble informert om at samtalerne var for å overvåke deres tilstand og forberede de på fremtidig deltagelse. Etter behandlingen, var det ingen signifikante forskjeller mellom leserne av de to bøkene. Begge gruppene hadde fått mindre depressive symptomer, sammenlignet med kontrollgruppen (ibid.).

⁹ Forskerne ga hverken råd eller veiledning i hvordan deltagerne skulle lese bøkene og gjennomføre teknikkene.

Da fire uker hadde gått, fikk kontrollgruppen også lese en av bøkene med telefonkontakt, og målingene viste at de fikk de samme forbedringene i depressive symptomer. Ved oppfølgingsmålinger etter seks måneder og to år, var det heller ingen økninger i depressive symptomer hos deltagerne i de tre gruppene (Scogin, Jamison & Davis, 1990, p. 655).

To studier (Ackerson, Scogin, Mckendree-Smith & Lyman, 1998; Jamison & Scogin, 1995) sammenlignet effekten til *Feeling Good* (Burns, 1980) med en ventelistegruppe. I begge studiene hadde deltagerne fire uker på seg til å fullføre boken, og de ble kontaktet ukentlig for å drøfte spørsmål og for å administrere et selvrapporterings skjema for depresjonssymptomer¹⁰ (Ackerson et al., 1998, pp. 685-686; Jamison & Scogin, 1995, pp. 644-645). Studien viste at biblioterapigruppen forbedret seg signifikant på målinger av dysfunksjonelle holdninger og depresjonssymptomer, sammenlignet med ventelistegruppen. Forbedringene var fortsatt tilstede ved en fire ukers og tre-måneders oppfølging (ibid.).

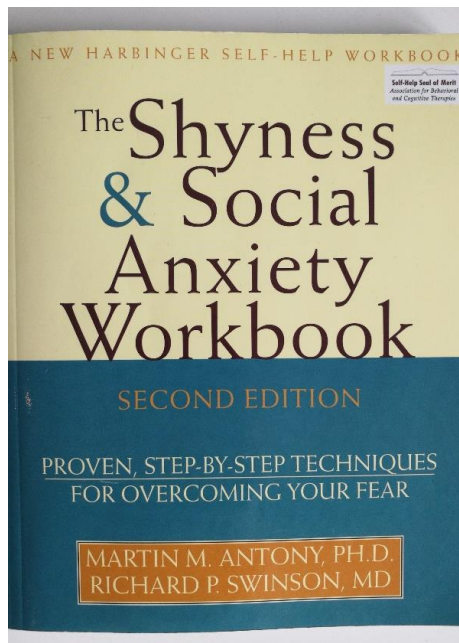
Feeling Good (Burns, 1980) har også blitt sammenlignet med deprimerte pasienter som har gjennomgått individuell terapi og fått legebehandling for sine symptomer. Mark Floyd, Forrest Scogin, Nancy Mckendree-Smith, Donna Floyd og Paul Rokke (2004, p. 297) undersøkte en gruppe som fikk individuell kognitiv psykoterapi (N= 16), en gruppe som leste *Feeling Good* (N= 16) og en ventelistegruppe (N= 14) (ibid.). Biblioterapi-gruppen hadde fire uker på seg til å fullføre boken, mens deltagerne som mottok individuell psykoterapi fikk 16 sesjoner i løpet av en 12-ukers behandlingsperiode (ibid., pp. 304-313). Resultatene viste at individuell psykoterapi overgikk biblioterapi på selvrapporteringsmålinger av depresjon og alvorlighetsgrad av symptomer, men ikke på forskernes målinger av depresjon. I tillegg fortsatte biblioterapi-gruppen å forbedre seg etter behandlingen, og det var ingen forskjeller i målingene mellom de to behandlingsformene ved en tre-måneders oppfølging (ibid.).

¹⁰ Kontakten foregikk på telefon. Forskerne ga ingen råd om hvordan deltagerne skulle gjennomføre behandlingen. I Christine Jamison og Forrest Scogins (1995, p. 644) studie, var det 80 deltagere (N= 40 som leste biblioterapi og N= 40 som var på venteliste). I Joseph Ackerson et al.s (1998, p. 685f) studie, var det 22 deltagere (N= 12 som leste biblioterapi og N= 10 som var på venteliste).

Elizabeth Naylor et al. (2010, p. 258, p. 262) sammenlignet deprimerte pasienter som fikk foreskrevet biblioterapi (N= 19) med pasienter som gjennomgikk en vanlig legebehandling med antidepressiva (N= 19). Pasientene som fikk foreskrevet biblioterapi, leste boken *Feeling Good* (Burns, 1999), og hadde korte ukentlige telefonsamtaler med forskerne for å gjennomføre symptom-målinger. Etter behandlingsperioden på seks uker, rapporterte pasientene i begge gruppene en økning i livskvalitet, og statistisk signifikante reduksjoner i dysfunksjonelle holdninger og depressive symptomer (ibid.). Ingen signifikante forskjeller ble funnet mellom gruppene, noe som tyder på at biblioterapi kan være et praktisk og effektivt alternativ til en medisinsk behandling av deprimerte pasienter (ibid., p. 267).

5.1.2 *The Shyness and Social Anxiety Workbook* – Antony & Swinson (2000; 2008)

The Shyness and Social Anxiety Workbook gir trinnvis veiledning om hvordan man kan bruke kognitiv atferdsterapi til å bekjempe sosial fobi, en behandlingsmetode som anbefales for denne lidelsen (Redding, Herbert, Forman & Gaudiano, 2008, p. 541; Solbu, 2010, p. 1). Sosial fobi er en av de vanligste angstlidelsene (jf. avsnitt 4.4) og kjennetegnes av en intens frykt i en eller flere sosiale situasjoner (ibid.).



The Shyness and Social Anxiety Workbook (Antony & Swinson, 2008)

I den første delen av boken, beskriver Antony og Swinson (2008) hva sosial fobi innebærer, og hvorfor man får denne lidelsen. I den andre delen, beskrives det hvordan man kan overvinne frykten for sosiale situasjoner. Dette innebærer å sette et mål om hva man ønsker å oppnå i behandlingen, å utfordre tanker og forventninger (kognitiv restrukturering), og å eksponere seg ovenfor ubehagelige symptomer og situasjoner. Disse teknikkene har fått god empirisk støtte (Beck, Emery & Greenberg, 1985) i behandlingen av sosiale angstlidelser, for eksempel sosial fobi (Redding, Herbert,

Forman & Gaudiano, 2008, p. 541). Boken anerkjenner også evolusjonære teorier, genetikk og farmakoterapi sine potensialer til å belyse og behandle lidelsen (ibid.). Den andre delen av boken avsluttes med teorier om hvordan man kan kommunisere mer effektivt, og øvelser man kan gjennomføre for å forbedre sine sosiale ferdigheter.

The Shyness and Social Anxiety Workbook, har blitt testet i empiriske studier (Abramowitz, Moore, Braddock & Harrington, 2009; Redding, Herbert, Forman & Gaudiano, 2008), og boken har vist seg å være en god ressurs for personer med en sosial fobi.

Jonathan Abramowitz, Elizabeth Moore, Autumn Braddock og Diana Harrington (2009, p. 98) undersøkte effekten til *The Shyness & Social Anxiety Workbook* (Antony & Swinson, 2000) i en åtte-ukers behandlingsperiode. 21 deltagere med mild til moderat sosial fobi leste enten boken med minimal terapeutkontakt (N= 11) i form av ukentlige møter eller telefonsamtaler, eller stod på en venteliste (N= 10) (ibid.).

Deltagernes angst- og depresjonssymptomer ble målt før og etter behandlingen (Abramowitz et al., 2009, p. 100). Etter behandlingen, hadde biblioterapigruppen signifikante reduksjoner på målinger av sosial fobi, sosial angst, helhetlig klinisk alvorlighetsgrad, og depresjon, sammenlignet med ventelistegruppen (ibid., pp. 102-103). Ventelistegruppen fikk lese boken og gjennomgikk den samme oppfølgingen etter åtte uker, og resultatene viste at de fikk de samme signifikante reduksjonene på målingene. De to gruppenes forbedringer ble også opprettholdt ved en tre-måneders oppfølging (ibid.).

Et annet studie av *The Shyness & Social Anxiety Workbook*, ble gjennomført av Richard Redding, James Herbert, Evan Forman og Brandon Gaudiano (2008, p. 537). Redding et al. gjennomgikk 50 populære selvhjelpsbøker for angst, depresjon og traumer, for å finne ut av hvor empiriske og nyttige de var (ibid.).

For å måle bøkernes kvalitet, utfylte fire psykologer¹¹ et egenutviklet 19-items skjema, basert på teorier om hvordan man bør evaluere selvhjelpsbøker og karakteristikken som skaper deres effektivitet (Redding et al., 2008, p. 538). Psykologene vurderte fem dimensjoner: 1) Bøkernes grad av vitenskapelig informasjon (om den diagnostiske veiledningen og teknikkene var i tråd med dagens forskning), 2) om bøkene ga spesifikk veiledning for selvdiagnostisering, for å praktisere teknikkene, og å for å overvåke behandlingsprosessen, 3) i hvilken grad bøkene fremmet rimelige forventninger om bruken av selvhjelpsteknikkene, 4) om bøkene ga potensielt skadelige råd, og 5) bøkernes generelle brukervennlighet (p. 538f).

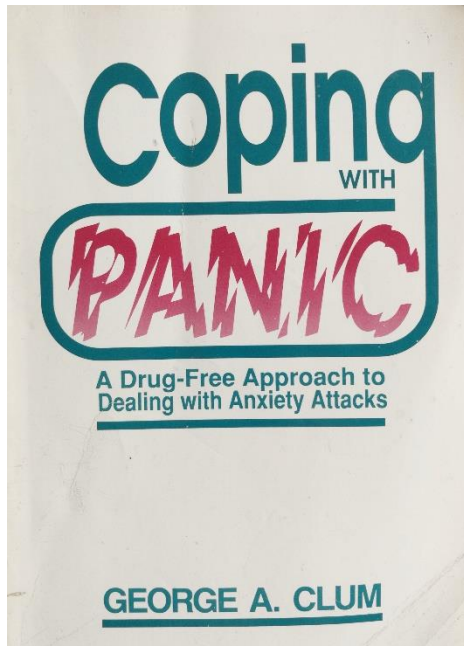
Resultatene viste at skalaene korrelerte, slik at bøker som scoret høyt på en dimensjon, også scoret høyt på de andre (Redding et al., 2008, p. 537). Som det har blitt presentert tidligere (jf. avsnitt 1.4.1) var bøkene med høyest score kognitiv atferdsterapeutiske, skrevet av fagfolk innen psykisk helse, fylt med referanser til studier, og spesifikke i hvilke problemer de skildret (ibid.). *The Shyness & Social Anxiety Workbook* (Antony & Swinson, 2000) kom på tredje plass av de 50 bøkene, med en score på 92 av 95 poeng. På første og andre plass var henholdsvis *The OCD Workbook* (Hyman, 1999) og *Dying of Embarrassment* (Markway, 1992) (ibid., p. 540).

5.1.3 *Coping with Panic* – Clum (1990)

George Clums (1990) bok *Coping with Panic* presenterer terapeutiske teknikker som har vist seg å være effektive i behandlingen av panikktilstander (Lidren et al., 1994, p. 865). Panikktilstander kjennetegnes ved spontane og uforutsigbare panikkanfall og en frykt for gjentatte anfall. Vanlige symptomer er skjelving, hjerteklapp, svimmelhet, eller følelsen av å miste kontroll (Brask-Rustad, 2004, psykologtidsskriftet.no). Tilstanden kommer ofte av langvarige stress- eller belastningsperioder, som personen

¹¹ Psykologene hadde doktorgrader og en betydelig kompetanse innenfor angst- og depressive lidelser. De hadde publisert forskning på disse lidelsene, og tre satt i redaksjonelle styre for vitenskapelige psykologiske tidsskrifter. To av psykologene hadde en eklektisk orientering, to hadde en kognitiv atferdsterapeutisk orientering og en hadde en biologisk orientering (Redding et al., 2008, p. 539).

ikke har hatt en klar opplevelse av. Etter et anfall kan lignende situasjoner og bekymringer omkring kroppen utløse nye anfall og unngåelsesatferd (ibid.).



Coping with Panic (Clum, 1990) kan brukes for å håndtere slike anfall. Den inneholder informasjon om a) hva panikkanfall er, og hvordan de oppstår, og b) en oversikt over hvilke symptomer man kan få ved slike anfall, og hvordan tanker (katastrofetanker, feilattribusjoner, og feilaktige forventninger) skaper symptomer og anfall. Avslutningsvis presenterer boken kognitive og atferdsmessige strategier leseren kan bruke for å håndtere og forebygge anfallene (å identifisere forskjellen mellom tanker og symptomer, og å bruke mestringsstrategier som pustetrening, avslapning, kognitiv restrukturering og eksponering) (Gould & Clum, 1995, p. 536f).

Bokens effekt har blitt testet i en rekke studier (Febbraro, 2005; Gould, Clum & Shapiro, 1993; Gould & Clum, 1995; Lidren et al., 1994). Robert Gould, George Clum og David Shapiro (1993, p. 241) undersøkte for eksempel effekten til *Coping with Panic* (1990) med minimal terapeutkontakt for mennesker med en panikkklidelse og mild agorafobi. Deltagerne ble tilfeldig tildelt en av tre grupper 1) Venteliste (N= 12), 2) Biblioterapi (N= 12), og 3) Individuell terapi (N= 9) med kognitiv terapi og symptomeksponering basert på Clums bok. Behandlingsperioden var på fire uker (ibid., p. 244).

Resultatene fra studiet viste at deltagerne som leste *Coping with Panic* fikk signifikante forbedringer i panikksymptomer (bl.a. troen på at de kunne håndtere panikkanfall, sannsynligheten for å få et panikkanfall, og tankene under et anfall) sammenlignet med ventelistegruppen (Gould et al., 1993, p. 244). Forbedringene var ikke signifikant forskjellige fra deltagerne som mottok individuell terapi (ibid.). Etter behandlingen, hadde 36% av deltagerne i ventelistegruppen, 73% av deltagerne i biblioterapigruppen og 67% av deltagerne som mottok individuell terapi klinisk

signifikante forbedringer i deres panikkanfall (ibid., p. 249). Studiet tyder derfor på at biblioterapi kan være en effektiv behandlingsmetode for individer med en panikklidelse og mild agorafobi (ibid.).

Et annet studie (Lidren et al., 1994, p. 865) sammenlignet tre grupper av individer (N= 26) med panikklidelse: 1) 12 som mottok biblioterapi (*Coping with Panic*) 2) 12 som mottok gruppeterapi inspirert av Clums (1990) bok og 3) 12 personer på en venteliste. Behandlingen varte i åtte uker. Studiet indikerte at biblioterapien og gruppebehandlingen var mer effektive enn ventelisten i å redusere: antall panikkanfall, alvorlighetsgraden til panikksymptomene, deltagernes katastrofetanker, agorafobisk unngåelse, depressive symptomer, og troen på at de ikke kunne håndtere panikkanfall. Begge gruppene opprettholdte disse forbedringene ved oppfølging etter tre og seks måneder (ibid.).

Robert Gould og George Clum (1995, pp. 533-534) sammenlignet en gruppe som leste *Coping with Panic* (N= 12), og som fikk lyd- og videobånd med informasjon og avslapningsteknikker, med en gruppe som stod på venteliste (N= 13). Behandlingsperioden var på fire uker. Resultatene viste at gruppen som leste *Coping with Panic* fikk et lavere antall panikkanfall etter behandlingen, mens ventelistegruppen fikk en liten økning i antall anfall. De hadde også signifikant lavere scorer på panikksymptomer og –kognisjoner, og unngåelse, sammenlignet med ventelistegruppen. Ved oppfølging etter to måneder, hadde ventelistegruppen signifikant flere alvorlige anfall og større unngåelsesnivåer enn biblioterapigruppen, som hadde forbedret seg ytterligere (ibid., pp. 540-543).

Ett av de nyeste studiene på *Coping with Panic* (Clum, 1990) ble gjennomført av Greg Febraro (2005, p. 763, p. 768). Febraro sammenlignet 1) en gruppe som leste *Coping with Panic* (Clum, 1990) alene (N= 9), 2) en gruppe som leste Clums bok med minimal terapeutkontakt i form av korte telefonsamtaler (N= 9), og 3) en gruppe som kun fikk terapeutkontakt gjennom telefonsamtaler (N= 12) (ibid.). Deltagerne hadde opplevd ett eller flere panikkanfall innenfor de to siste ukene, og gjennomgikk en behandling på åtte uker (ibid.).

Studiet viste at deltagerne som leste biblioterapi med og uten telefonkontakt (gruppe 1 og 2), fikk signifikante reduksjoner i panikktanker («panic cognitions») og frykt for å få panikkanfall, etter behandlingen, sammenlignet med deltagerne som kun fikk telefonkontakt (gruppe 3) (Febraro, 2005, p. 763). De fikk også større kliniske forbedringer (ibid.). Deltagerne som leste *Coping with Panic* med telefonkontakt (gruppe 2) var signifikant mer panikkkfrie etter behandlingen ved målingen av panikksymptomer, unngåelsesatferd, og panikktanker, sammenlignet med de som leste boken uten oppfølging (ibid.).

5.1.4 Oppsummering

De foregående avsnittene har presentert hvilke studier som har blitt gjort på de tre bøkene *Feeling Good*, *The Shyness and Social Anxiety Workbook*, og *Coping with Panic*. Bøkene brukte kognitive teorier for å belyse lidelsene, og hadde langtidseffekter på mellom et halvt og to år.

Boken som har fått mest empirisk støtte er *Feeling Good* (Burns, 1980; 1999). De seks studiene viste at leserne fikk signifikante reduksjoner i depressive symptomer, og at bokens effekter kunne sammenlignes med behandling gjennom antidepressiva og individuell terapi.

Effekten til *Coping with Panic* (Clum, 1990) ble belyst gjennom fire studier. Leserne fikk forbedringer i panikksymptomer, og bokens effekt var sammenlignbar med effekten til individuell terapi.

The Shyness and Social Anxiety Workbook (2000) har blitt testet i to studier.

Resultatene viste at boken ble ansett for å være av høy kvalitet av psykologer, og at leserne fikk signifikante reduksjoner i sosial fobi, klinisk alvorlighetsgrad og depresjon.

5.2 Andre bøker med empirisk støtte

Til tross for at oppgaven fokuserer på noen av selvhjelpsbøkene som har fått mest empirisk støtte, kan det også være verdifullt å ha en kunnskap om hvilke andre bøker som det har blitt forsket på. For eksempel har boken *Control Your Depression* av

Lewinsohn, Munoz, Youngren og Zeiss (1986) gitt depressive lesere en symptomlettelse (Harwood & L'Abate, 2010, p. 142; Norcross, 2006, p. 686).

For angstlidelser har *Mindfulness and Acceptance Workbook of Anxiety* (Forsyth & Eifert, 2007), *Ingen panik: fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi* (Carlbring & Hanell, 2007), *Mastery of Your Anxiety and Panic* (Craske & Barlow, 2000), og *Living with Fear* (Marks, 1978) fått empirisk støtte (Gould et al., 1993, p. 241; Norcross, 2006, p. 686; Nordin, Carlbring, Cuijpers & Andersson, 2010, p. 267f; Ritzert et al., 2016, p. 445).

I tillegg har Gordons (1975) *Parent Effectiveness Training*, Phelans (1996) *1-2-3 Magic: Effective Discipline for Children 2-12*, Fairburns (1995) *Overcoming Binge Eating*, Heiman og LoPiccolos (1988) *Becoming Orgasmic*, Fishers (1981) *Rebuilding When Your Relationship Ends*, Kingsmas (1987) *Coming Apart*, Wanderer og Cabots (1978) *Letting Go*, Stearns (1984) *Living Through Personal Crisis*, og Lorig, Holman og Sobels (2000) *Living a healthy life with chronic conditions: Self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema, and others* fått empirisk støtte for henholdsvis barneoppdragelse, bulimi, seksuelle dysfunksjoner, relasjonsbrudd, krisehåndtering, og kroniske sykdommer (Harwood & L'Abate, 2010, p. 62, pp. 161-162; Norcross, 2006, p. 686; Ogles, Craig & Lambert, 1991, p. 387).

Bøkene som er nevnt i dette avsnittet, har styrket lesernes ressurser og gitt de symptomletterelser. Imidlertid er antall studier og kvaliteten på bøkene varierende. De bør derfor undersøkes ytterligere, og brukes med forsiktighet.

5.3 En kvalitativ bokanalyse

Denne delen av oppgaven vil gjennomgå spesifikke og non-spesifikke faktorer i de tre selvhjelpsbøkene¹². Dette er for å gi en forståelse av hvordan noen empirisk

¹² *Feeling Good* (Burns, 1999), *The Shyness and Social Anxiety Workbook* (Antony & Swinson, 2008) og *Coping with Panic* (Clum, 1990). Bøkens avsnitt om medisiner blir ikke inkludert. Analysen bruker 2008-versjonen av Antony og Swinsons bok. Det er kun 2000-versjonen som har blitt empirisk testet. Selv om 2008-versjonen har blitt oppdatert på informasjon om det genetiske grunnlaget for sosial fobi, medisiner, anbefalte ressurser, diskusjonen av motivasjons- og støttestrategier, og fått

testede bøker er utformet, og hvorfor de har vist seg å være effektive i behandlingen av angst og depresjon. Gjennom å få en forståelse av hvilke faktorer som skaper effektive selvhjelpsbøker, kan brukerne av bøkene også bli mer rustet til å vurdere hvilke bøker som er verdt å lese.

Spesifikke faktorer referer til elementer som defineres i, og tilhører, en gitt terapiform. Faktorene blir beskrevet som aktive årsaker til forandring (Oei & Shuttlewood, 1996, p. 83). Non-spesifikke faktorer refererer til mulige elementer som kan skape bedring, men som ikke er spesifisert i den teoretiske eller praktiske definisjonen av en terapiform (ibid.).

5.3.1 Tematisk analyse (TA)

De spesifikke og non-spesifikke faktorene i selvhjelpsbøkene ble undersøkt gjennom en tematisk analyse (TA). Tematisk analyse er en av de vanligste analysemetodene innen kvalitativ forskning. Metoden går ut på å identifisere, analysere og tolke meningsmønstre («temaer») innenfor kvalitative data, for eksempel et intervju eller en bok (Clarke & Braun, 2016, pp. 297-298).

Målet til TA er derfor å identifisere temaer i et datasett (Clarke & Braun, 2016, pp. 297-298). Kjennetegnet til analysen er dens fleksibilitet når det gjelder forskningsspørsmål, utvalgsstørrelse, metode og meningsgenerering (ibid.). I motsetning til kvalitative analysemetoder som bygger på en bestemt teori eller et bredere teoretisk rammeverk (som «conversation analysis», «interpretative phenomenological analysis», «grounded theory», diskursanalyse og narrativ analyse), er TA mer uavhengig av teori og epistemologi, hvilket gjør den til et mer fleksibelt forskningsverktøy som potensielt kan gi en detaljert og kompleks dataanalyse (Braun & Clarke, 2006, p. 78). TA kan brukes på tvers av en rekke forskningsparadigmer, og i både induktive og deduktive analyser (ibid.).

Da en tematisk analyse kan fokusere på hele datasett eller deler av det, kritiserer noen metoden for å bryte tekster inn i deler og dermed bryte sammenhengen og

nye eksempler, er bokens grunnleggende idéer og oppbygning fortsatt den samme (Antony & Swinson, 2008, p. 2).

kontekstualiteten til dataene (Braun & Clarke, 2006, p. 97). Denne analysen valgte imidlertid å analysere bøkene i sin helhet, og på å gi eksempler som overordnet representerte bøkene.

Det finnes forskjellige tematiske analysemetoder, der noen er bedre beskrevet enn andre. Denne tematiske analysen er basert på en populær systematisk tilnærming som er utviklet av professorene Victoria Clarke og Virginia Braun (2006).

Den nærværende analysen hadde følgende trinn (Braun & Clarke, 2006, pp. 87-94):

1. Bli kjent med bøkene.

I det første trinnet skal bøkens innhold gjennomgås i dybden. De tre bøkene ble derfor lest, og det ble dannet et førsteinntrykk av hvilke temaer som var representert i bøkene.

2. Danne relevante koder.

På dette trinnet skal forskeren bestemme hvilke koder (ord som beskriver teksten) den vil fokusere på, og koder teksten på en systematisk måte. Setningene som er relevante til hver av kodene blir dermed samlet. Kodingen innebærer at man skriver ned ord som beskriver det man har lest. For eksempel kan en fortelling om en persons liv kodes med ordet «casebeskrivelse». Flere ord kan samles til ett tema. For eksempel kan kodene «casebeskrivelse», «empati», «råd» og «tilbakemeldinger» samles under temaet «den terapeutiske alliansen». Temaet er dermed en overordnet beskrivelse av mønstre i en tekst. Bøkene ble kodet gjennom å skrive notater i margen til bøkene.

Kodingen kan være data-drevet (induktiv) eller teori-drevet (deduktiv) (jf. avsnitt 1.2). Dersom kodingen er data-drevet, finner man bestemte ord man vil fokusere på i teksten mens man leser den, og etter samtlige opptredener samles de til temaer. Denne analysen var hovedsakelig teori-drevet, hvilket innebærer at bøkene ble tilnærmet med spesifikke koder (sub-temaer) og som var utarbeidet på forhånd. Sub-temaene ble identifisert i teksten til Rachel Richardson, David Richards og Michael Barkham (2010, p. 71), som beskrev hvilke egenskaper man kan finne i selvhjelpsbøker.

Sub-temaene fra Richardson et al. (2010) teorier var: forfatterens og bokens profesjonalitet, optimistiske kommentarer, casebeskrivelser, empati, mål, råd, tilbakemeldinger, øvelser, motgang, og fleksibilitet. Disse kodene kan beskrives som non-spesifikke faktorer i terapien. Setninger i teksten som beskrev hvordan leseren skulle håndtere motgang, ble for eksempel kodet med sub-temaet «motgang».

Imidlertid var noen koder også induktive, da de ble spontant skrevet opp mens teksten ble gjennomgått. Kodene kunne knyttes til spesifikke faktorer i terapien og ble beskrevet med følgende ord: diagnostisering, kognitiv restrukturering, situasjonell eksponering, og sosial ferdighetstrening.

3. 4. og 5. Utvelge relevante temaer og definere disse.

Trinn 3 og 4 går ut på at sub-temaene som blir tilstrekkelig beskrevet i bøkene blir utvalgt og får et overordnet tema. Alle sub-temaene bortsett fra råd, tilbakemeldinger og fleksibilitet ble inkludert i analysen. Temaene råd og fleksibilitet var for vage, og ble derfor kuttet ut av analysen. Det var ikke nok eksempler på at forfatteren ga tilbakemeldinger til leseren på dens fremskritt, så dette temaet ble derfor også utelatt.

Sub-temaene til de non-spesifikke faktorene som var deduktive, fikk det overordnede temaet «den terapeutiske alliansen». Sub-temaene til de spesifikke faktorene som var induktive, fikk temaet «spesifikke teknikker».

Deretter skal man definere hva temaene innebærer (trinn 5). Sub-temaene til den terapeutiske alliansen (1) fikk overskriftene: «Forfatterens kliniske erfaring og teknikkenes effektivitet», «Optimistiske kommentarer om leserens fremtid», «Casebeskrivelser», «Empati, varme og genuinitet», «Målsetting», «Øvelser» og «Forberedelse på motgang». Temaet spesifikke teknikker (2) fikk sub-temaene «Diagnostisering», «Kognitiv restrukturering og situasjonell eksponering» og «Sosial ferdighetstrening». Hva temaene innebærer blir beskrevet i rapporten nedenfor.

6. Rapportskriving.

I det siste trinnet utvelges det representative og relevante eksempler på temaene, og disse presenteres. Presentasjonen bør inneholde nok eksempler for hvert tema, og vise essensen av poenget man vil demonstrere. Temaene og relevante eksempler fra bøkene vil beskrives i de følgende avsnittene.

Oppsummering

Sub-temaene i bøkene var både forhåndsdefinerte og spontane, og analyseprosessen kan derfor defineres som både induktiv og deduktiv. Sub-temaene ble brukt direkte i kodingen av bøkene, mens temaene ble dannet som en overordnet beskrivelse av sub-temaene etter gjennomgangen av litteraturen. De to temaene «den terapeutiske alliansen» og «spesifikke teknikker» kan henholdsvis beskrives som en del av non-spesifikke og spesifikke faktorer i terapien.

5.4 Non-spesifikke faktorer

Forskning har vist at psykoterapi generelt er mer effektivt enn ingen behandling (Oei & Shuttlewood, 1996, p. 83-86). Studier har også vist at en høy prosentandel pasienter, uavhengig av behandlingsform, har forbedret seg som et resultat av å motta terapi (Brown, 1987; Luborsky et al., 1975; Sloane, Staples, Cristol, Yorkson & Whipple, 1975; Smith & Glass, 1977) (ibid.). For eksempel har studier på kognitiv atferdsterapi og interpersonell psykoterapi (Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985; Shapiro et al., 1994), funnet manglende forskjeller mellom de to terapiformene (ibid., p. 91).

Terapi ser derfor ut til å ha noe av den samme effektiviteten, uavhengig av metodologisk tilgang (Oei & Shuttlewood, 1996, p. 91). Det har blitt konkludert med at noe av effekten må komme av at de ulike terapiformene har noen form for felles elementer, non-spesifikke faktorer, som er sentrale for å skape en terapeutisk endring (ibid., pp. 84-88).

En av de mest undersøkte non-spesifikke faktorene, er den terapeutiske alliansen. Den terapeutiske alliansen kan defineres som et samarbeid, en enighet om mål og et emosjonelt bånd mellom terapeuten og pasienten (Oei & Shuttlewood, 1996, p. 88; Wright & Davis, 1994, p. 25). Alliansen har blitt beskrevet som en viktig faktor for endring i den psykodynamiske, humanistiske og kognitive terapien (Goldfried & Padawer, 1982 i Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes, 1996, p. 497). Den påvirkes blant annet av pasienten og terapeutens kjemi, deres avtale om behandlingsoppgaven, og deres syn på et ønsket utfall av terapien (Wright & Davis, 1994, pp. 26-29).

Forskning har tydet på at en god allianse er forbundet med terapeutens aksept, varme og engasjement (Oei & Shuttlewood, 1996, pp. 87-88; Wright & Davis, 1994, pp. 26-29). For eksempel viste en undersøkelse av Jesse Wright og Denise Davis (1994, pp. 30-41) at pasientene ønsket respekt for sine tanker og følelser, en opplevelse av å ha en klinisk erfaren terapeut, valgfrihet til metoder, og fleksibilitet i terapeutens forklaringsmodeller, for å oppnå en god allianse. Dette er faktorer som Carl Rogers fremmet på midten av 1900-tallet (Oei & Shuttlewood, 1996, pp. 87-88; Wright & Davis, 1994, pp. 26-29).

Bøkenes terapeutiske allianse med leseren

I denne delen av oppgaven, vil det undersøkes hvilke teknikker bøkene bruker for å skape en terapeutisk allianse med leseren. Dette samarbeidet er viktig, da det kan gi pasienten en følelse av å bli støttet, og motivere den til å fortsette behandlingen.

De britiske professorene Rachel Richardson, David Richards og Michael Barkham (2010, p. 71), forsker blant annet på behandlingen av psykiske utfordringer. I en undersøkelse av selvhjelpsbøker, identifiserte de flere litterære faktorer som kan skape en terapeutisk allianse. Eksempler på faktorer som kan danne en allianse er at boken argumenterer for at den vil hjelpe leseren til å få et bedre liv, at leseren får en mulighet til å sette seg mål den ønsker å oppnå gjennom lesingen, at leseren får presentert casebeskrivelser om andre som har klart det, og at forfatteren gir en opplevelse av at den bryr seg om og har empati for leseren (ibid., pp. 70-75).

Når leseren har fått en tro på bokens effekt, og satt seg ett eller flere mål, kan alliansen utvikles ytterligere gjennom å gi beskrivelser som gjør leseren mer sikker på teknikkene som presenteres i boken, samt gjennom å presentere engasjerende øvelser den kan gjennomføre (Richardson et al., 2010, pp. 76-77).

Avslutningsvis argumenterer Richardson et al. (2010) for at man kan opprettholde relasjonen til leseren gjennom å forutse, og forsøke å forhindre at den slutter å bruke boken (Richardson et al., 2010, pp. 77-78).

Disse sub-temaene er med på å etablere og opprettholde den terapeutiske alliansen, og vil beskrives i denne bokanalysen.

5.4.1 Forfatterens kliniske erfaring og teknikkenes effektivitet

Dersom forfatteren beskriver sin kliniske erfaring og teknikkenes effektivitet, kan leseren få en opplevelse av at boken har et kvalitetsmessig innhold. Dette kan også gi leseren en større tro på at den vil bli bedre av å lese boken.

Av de tre selvhjelpsbøkene, oppfattes det som at Burns' (1999) *Feeling Good* inneholder flest argumenter for bokens effektivitet og forfatterens erfaring. På forsiden blir den beskrevet som «clinically proven». Når man åpner boken, står det på den første siden at den i en nasjonal undersøkelse av 1000 selvhjelpsbøker ble oppgitt som den mest hjelpsomme boken for depresjon, og at «Five controlled outcome studies published in scientific journals indicated that 70 percent of depressed individuals who read *Feeling Good* improved within four weeks, without receiving other treatment (...)» (Burns, 1999, p. i).

I innledningen skriver han at “(...) in fact, cognitive therapy has become one of the most widely practiced and most intensely researched forms of psychotherapy in the world” (Burns, 1999, p. xvii). I tillegg vier han det første kapittelet i boken sin til å beskrive hvorfor kognitiv terapi er effektivt, for eksempel:

Cognitive therapy is a fast-acting technology of mood modification that you can learn to apply on your own. It can help you eliminate the symptoms and experience personal growth so you can minimize future upsets and cope with depression more effectively in the future (Burns, 1999, p. 10).

Han henviser også til et studie som sammenlignet kognitiv terapi med det mye brukte antidepressiva-medikamentet Tofranil, og konkluderer med at: «The cognitive therapy was at least as effective as, if not more effective than, the antidepressant drug therapy» (Burns, 1999, p. 15).

Videre står det i innledningen at “Dr. Burns has condensed years of research conducted at the University of Pennsylvania on the causes and treatments of depression, and lucidly presents the essential self-help components of the specialized treatment that has derived from that research” (Burns, 1999, p. xi). I tillegg presenterer Burns to profesjonelle helsefagfolk som har anbefalt boken hans, nemlig David Maas og Aaron Beck (ibid., pp. i-xiii). Disse eksemplene fører til at man får et inntrykk av at Burns’ bok er bygget på mye forskning, noe som kan gi den en større validitet og troverdighet ovenfor leseren.

The Shyness and Social Anxiety Workbook, bruker også sitater fra en rekke fagfolk med doktor- og mastergrader (Aaron Beck, Richard Heimberg, Murray Stein, Michelle Craske, Ronald Rapee, og Jacqueline Persons) for å vise sin legitimitet. Imidlertid argumenterer den vesentlig mindre for forskningen bak boken, sammenlignet med Burns. Burns (1999) bruker over 20 av de første sidene i boken til å argumentere for forskningen bak *Feeling Good* og kognitiv terapi. *The Shyness and Social Anxiety Workbook* bruker til sammenligning kun to sider av boken til å beskrive sin effektivitet, for eksempel “(...) the strategies we recommend have all been investigated extensively in well-designed clinical studies” og “Essentially, we have taken strategies that have proven to be useful in therapy and adapted them into a self-help format” (Antony & Swinson, 2008, p. 2). Om seg selv skriver de følgende: “In addition to specializing in helping people deal more effectively with their anxiety, we also are actively involved in research on the nature and treatment of anxiety” (ibid.). Beskrivelsen av forfatterne viser at de har god erfaring med å jobbe med leserens utfordringer.

Boken *Coping with Panic* forteller lite om hvor effektive strategiene dens er. Clum (1990, p. vii) innleder boken med: “I teach psychology at a large state university in the southeast and also have a private practice in clinical psychology” og beskriver i bokens andre kapittel at “My discussion draws on my own experience and research with individuals who have panic disorder as well as on the research of other investigators” (ibid., p. 26). Imidlertid argumenteres det ikke for effekten til boken eller strategiene og teoriene den inneholder.

Bruken av kilder kan også styrke teknikkenes troverdighet. *The Shyness and Social Anxiety Workbook* presenterer kilder gjennomgående i kapitlene. *Feeling Good* henviser hovedsakelig til kilder i de første kapitlene, mens *Coping with Panic* refererer mest til kilder i det første kapittelet og ved presentasjonen av andre forskeres skalaer.

5.4.2 Optimistiske kommentarer om leserens fremtid

Man kan finne kommentarer om forfatterens tro på at leseren kan få en bedre fremtid i alle de tre selvhjelpsbøkene. Optimismen kan gjøre at leseren får en større motivasjon til å fortsette å lese boken. I innledningen til Burns' (1999) bok står det at "(...) you can learn to change the way you think about things, and you can also change your basic values and beliefs", og "I think you will discover that cognitive therapy can be surprisingly helpful" (Burns, 1999, p. xixf).

Burns oppfattes også som optimistisk omkring leserens depresjon: «(...) you can overcome it by learning some simple methods for mood elevation» (Burns, 1999, p. 9). Han beskriver videre at mange deprimerte etterhvert føler seg bedre, uavhengig av lidelsens alvorlighetsgrad "(...) I believe this transformation can happen for you as well, no matter how discouraged or depressed you may feel" (ibid., p. xxxf). Dermed beskriver Burns boken som enkel og hjelpsom, og han viser sin tro på at leseren kan overvinne depresjonen.

I innledningen til *The Shyness and Social Anxiety Workbook* skriver Antony og Swinson (2008, p. 1) at "Regardless of whether your fears are minor or completely overwhelming, the strategies described in this book will help you to deal more effectively with social anxiety". Videre skriver de at "It is a well-established fact that when the techniques described in this book are used in a therapeutic setting, people generally experience a significant decrease in their social and performance anxiety" (ibid., p. 2). De avslutter innledningen med:

Nevertheless, the techniques described in this book have been shown to reduce social and performance fears in most people who use them consistently. With hard work and perseverance, these strategies will provide

you with the opportunity to make big, positive changes in your life (Antony & Swinson, 2008, p. 2).

Antony og Swinson (2008) argumenterer derfor for at boken vil være effektiv til å hjelpe leseren med sin fobi, at teknikkene har vist seg å redusere frykten, og at leseren vil ha muligheten til å gjøre store, positive endringer i sitt liv hvis den fullfører boken.

Clum (1990, p. viii) gir ikke like mange optimistiske kommentarer til leserens fremtid som Burns (1999) og Antony og Swinson (2008). Imidlertid skriver han at: “This book presents a straightforward plan to help you deal with your panic attacks and, if relevant, with each phase of your panic disorder” og “This is a practical book: at its heart are step-by-step strategies that will help you cope with your panic in all its aspects”. Han oppfattes å fokusere mer på ansvaret leseren har for å skape bedringer, og at den ikke skal forvente for mye i starten, da det krever øvelse og motgang for å oppleve suksess: «Don’t expect too much when you first start working with strategies (...) you will improve with practice» og «Finally, be prepared for setbacks. There is no such thing as improvement without setbacks» (ibid., p. ix).

5.4.3 Casebeskrivelser

Det engelske ordet “case” kommer av det latinske ordet “kasus” som betyr tilfelle (Wæhle & Sterri, 2016, snl.no). En casebeskrivelse kan derfor defineres som en beskrivelse av et tilfelle, i denne sammenhengen en persons situasjon.

Det er kun Antony og Swinsons (2008) bok som innledes med en casefortelling:

Rachel lived with her social anxiety for years, despite how it interfered with her education, work, and social life (...) After her evaluation at our center, Rachel began a twelve-session course of cognitive behavioral therapy (CBT) and gradually learned to cope with her anxiety more effectively (Antony & Swinson, 2008, p. 6).

Casen kan gi leseren en tro på at den kan endre seg, da den illustrerer at en annen som har brukt samme teknikker som boken har opplevd en bedring.

De tre selvhjelpsbøkene inneholder imidlertid gjennomgående casebeskrivelser som illustrerer deres teorier, og det har blitt identifisert minst 15 caser i hver bok. For eksempel beskriver Burns en case om en kvinne som hadde negative tanker om tilværelsen sin da hun var deprimert, men konkluderer med at hun lærte å forstå disse: «You will learn, as she did, that the negative thoughts that flood your mind are the actual cause of your self-defeating emotions» (Burns, 1999, p. 29).

Bøkene bruker også caser til å illustrere spesifikke teknikker. For eksempel beskriver Clum (1990, pp. 50-51) en teknikk for å eksponere seg for et panikkanfall “Induce a pain attack by thinking about the circumstances of your last severe panic attack, including the situation you were in, the symptoms you experienced, and the thoughts you had”. Deretter skriver han at man kan bruke en persons opplevelse som et eksempel på denne prosessen “To illustrate this process, let’s look again at the example of Tim’s case. When instructed to recreate his last attack, Tim (...) reenacted the following chains of events: (...)” (ibid.).

Når Antony og Swinson (2008, pp. 122-123) beskriver en teknikk for å utfordre negative tanker med mer realistiske tanker, illustrerer de også denne prosessen med et caseeksempel: “To further illustrate the process of examining the evidence, here is an example of a discussion between Stephen and his therapist demonstrating how to first identify anxious beliefs and then challenge those beliefs based on your past experiences”.

Burns (1999, pp. 104-105) presenterer en case om hvordan en person utfordrer negative tanker om at det ikke er noe poeng å gjøre noe produktivt, gjennom å bruke et fornøysessspående skjema («The Pleasure-Predicting Sheet»). Disse casene er konkrete eksempler som leseren kan bruke som inspirasjon til å gjøre øvelsene selv.

5.4.4 Empati, varme og genuinitet

Terapeutens empati har vist seg å være viktig for å få en positiv effekt i kognitiv terapi (Castonguay et al., 1996, p. 497). Empati kan defineres som evnen til å sette seg inn i en annen persons situasjon. Man ser situasjonen fra den andres side, og

anerkjenner gyldigheten til personens følelser og synspunkter (Ertesvåg, 2014, snl.no). Man kan finne flere empatiske og støttende setninger i de tre bøkene. Disse kan være med på å etablere en terapeutisk allianse mellom forfatteren og leseren.

Et eksempel er fra innledningen til *Feeling Good*, der det står at “Depression is one of the worst forms of suffering, because of the immense feelings of shame, worthlessness, hopelessness, and demoralization” (Burns, 1999, p. xxx). Burns viser her empati gjennom å gi leserens lidelse validitet.

I *Coping with Panic* beskriver Clum (1990, p. vii) innledningsvis et panikkanfall han selv har opplevd. Dette viser at han har forståelse for hvordan lidelsen kan føles, og gir en form for støtte og empati gjennom at han forteller om sin egen sårbarhet og ubehagelige opplevelse.

The Shyness and Social Anxiety Workbook oppleves å først og fremst vise medfølelse gjennom å normalisere opplevelsen av å være annerledes og å ha et problem. For eksempel står det i innledningen til boken at «Shyness and social anxiety are universal. From time to time, almost everyone has felt nervous speaking in front of a group or anxious when interacting with another person» (Antony & Swinson, 2008, p. 1) og “Everyone knows what it feels like to be afraid. Fear is a basic human emotion” (ibid., p. 2). Man kan også finne eksempler på normalisering i boken til Clum. Innledningsvis skriver han at «At some time in our lives, all of us have experienced panic in relation to some frightening event», «Clearly, panic attacks are not rare: as many as one out of every three adults has had at least one in the past year», og “(...) you are not alone with your problem!” (Clum, 1990, p. 1, pp. 9-10). Dette kan skape trygghet hos leseren, ved at den ikke føler seg uvanlig eller alene om sine problemer.

I tillegg til innledningen, inneholder bøkene jevnlig støttende og empatiske setninger, som kan gi leseren opplevelsen av å bli forstått og tatt hånd om.

5.4.5 Målsetting

Det er kun *The Shyness and Social Anxiety Workbook* som gir leseren mulighet til å sette spesifikke mål. Først beskriver boken hva sosial fobi innebærer (kapittel 1), biologiske og psykologiske forklaringer på at man har denne frykten (kapittel 2), og det blir identifisert hvilke sosiale situasjoner man ofte unngår og hvordan man kan reagere på dem (kapittel 3). Deretter får leseren muligheten til å sette spesifikke mål den ønsker å mestre gjennom behandlingen (Antony & Swinson, 2008, p. 72f).

Antony og Swinson skriver følgende:

Without setting specific goals or objectives, it will be impossible for you to evaluate whether you're making the changes that you hope to make (...) As you go through the process of overcoming your social anxiety, it is important to identify short-time goals (for example, what you want to accomplish this week), medium-range goals (such as what you want to accomplish over the next few months), and long-range goals (for instance, what you want to accomplish over the next year or two) (Antony & Swinson, 2008, p. 71).

Deretter gir boken beskrivelser av spesifikke mål man kan sette seg, og gir plass til at leseren kan skrive ned sine egne mål (Antony & Swinson, 2008, p. 72f).

5.4.6 Øvelser

De tre bøkene presenterer gjennomgående øvelser som leseren kan bruke for å håndtere sine utfordringer. Det ble identifisert minst 20 øvelser i hver av bøkene. Antony og Swinsons (2008) bok hadde et større antall øvelser enn de andre. En av årsakene til dette, er at den er formet som en arbeidsbok:

This book is different from other self-help books in a number of ways. Of the many books on social anxiety and shyness that you will find in your local bookstore, this was the first to be written in a workbook format. It is filled with exercises and practices designed to teach you basic strategies for overcoming shyness and social anxiety (Antony & Swinson, 2008, p. 2).

Dette innebærer at *The Shyness and Social Anxiety Workbook* hadde satt av mange linjer i boken som leseren kunne fylle ut med sine egne taker og erfaringer om de ulike temaene. For eksempel «Describe your anxious thought or prediction», «List the benefits of having that anxious thought or prediction» og “List the costs of having that anxious thought or prediction” (Antony & Swinson, 2008, p. 129f).

5.4.7 Forberedelse på motgang

Clums *Coping with Panic* (1990) og Antony og Swinsons *The Shyness and Social Anxiety Workbook* (2008) gir hyppige beskrivelser av hvordan man kan håndtere motgang. Som skrevet tidligere (jf. avsnitt 5.4.2), står det i innledningen til *Coping with Panic* at man bør forvente motgang og tilbakefall:

Finally, be prepared for setbacks. There is no such thing as improvement without setbacks. For every two steps forward, you are likely to take one step – and, at times, three steps – back. So be prepared for times when you will be sure that the program you’ve started is neither working nor going to work, and when you will want to quit the whole program (Clum, 1990, p. ix).

Andre eksempler på at Clum (1990) forbereder leseren på motgang, og veileder den, er:

You will find that the going is slow at first. You may feel that you are not succeeding as much as you wished to. This is to be expected. As you learn to cope with the first few situations, your confidence will grow with increasing speed. You may even want to skip some of the situations in your hierarchy, confident in your ability to deal with them. That is perfectly reasonable and does not constitute a risk to the program (Clum, 1990, p. 155).

Some people have trouble re-experiencing their symptoms, so do not be upset if you encounter difficulty. In that case, simply try to remember the string of thoughts, feelings, and events that accompanied a recent attack (Clum, 1990, p. 50).

(...) though ready for the actual confrontation, you will inevitably doubt yourself, wondering if the reality won't be totally different from your fantasy and if you will fall on your face when in the situation itself. That's an understandable fear, one that everyone shares. Don't expect that you will experience no anxiety. You will! (Clum, 1990, p. 154).

I slutten av boken har Clum dedikert fem sider til å beskrive hvordan man kan håndtere tilbakefall og lav mestring under behandlingen (Clum, 1990, pp. 158-162). *The Shyness and Social Anxiety Workbook* forbereder leseren på tilbakefall allerede i innledningen til boken:

The journey to overcoming your shyness and social anxiety may not be an easy one. Some aspects of your fear will be easier and quicker to overcome than others. Also, for every two or three step forward, you may experience what feels like a step back (...) (Antony & Swinson, 2008, p. 2).

Boken beskriver dessuten gjennomgående hvordan man skal håndtere feil og tilbakeslag i behandlingen (Antony & Swinson, 2008, p. 135f, p. 153f, pp. 161-164, p. 201, pp. 234-236).

Burns' (1999) bok inneholder ikke like mange sider om hvordan leseren skal håndtere tilbakefall og motgang. Han arbeider imidlertid mer med leserens motvillighet. Man kan gjennomgående finne setninger som «You are probably skeptical of all this because your negative thinking has become such a part of your life that it has become automatic», «Nearly every depressed person seems convinced beyond all rhyme or reason that he or she is the special one who *really* is beyond hope. This delusion reflects the kind of mental processing that is at the very core of your illness!», «Writing down your negative thoughts and rational responses may strike you as simplistic, ineffective, or even gimmicky», «This attitude can only serve as a self-fulfilling prophecy» (Burns, 1999, p. 29, p. 31, p. 67). Det kan oppfattes som at Burns med dette forsøker å opprettholde den terapeutiske alliansen gjennom å motbevise negative tanker som kan oppstå hos leseren.

5.5 Spesifikke faktorer

Spesifikke faktorer referer til konkrete elementer en terapiretning bruker for å skape bedring hos pasienten (jf. avsnitt 5.3). De tre selvhjelpsbøkene som belyses i denne oppgaven, inneholder kognitive teorier om hvorfor mennesker får psykiske lidelser. De beskriver at angst og depresjon blant annet utvikles på grunn av dysfunksjonelle tankesett, og en unngåelse av ubehagelige situasjoner. Dette kan behandles gjennom kognitiv restrukturering og situasjonell eksponering, to faktorer som har vist seg å skape symptomreduksjoner hos pasienter. Diagnostisering og sosial ferdighetstrening kan også hjelpe pasienten med å forstå og håndtere sine utfordringer.

5.5.1 Diagnostisering

Diagnostisering innebærer å bruke opplysninger om faktorer som symptomer, følelser og atferd, for å gi et perspektiv på pasientens tilstand som kan brukes hensiktsmessig i behandling (Alarcón, 2009, p. 131). I tradisjonell psykoterapi arbeider terapeuten og pasienten ofte ut fra en diagnose. For eksempel gjennomførte Spencer Evans et al. (2013, p. 177) et omfattende studie av 2155 psykologer fra 23 land. Studiet viste at rundt 60% av psykologene regelmessig brukte et formelt klassifiseringssystem. 51% brukte ICD-10 og 44% DSM-IV. De brukte diagnostiser til å begrunne behandlingsbeslutninger og til å skape en bedre kommunikasjon med pasienten¹³ (ibid.).

Diagnosen kan gi pasienten en mulighet til å måle sine symptomer og progresjon under behandlingen (Oei & Shuttlewood, 1996, pp. 96-97). For eksempel kan den bruke spørreskjemaet «Beck Depression Inventory» (BDI) til å måle sine symptomer og alvorlighetsgraden til depresjonen. Depresjonen kan bli diagnostisert fra alvorlig depresjon til normalt stemningsleie.

I Burns' (1999) *Feeling Good* er det et spørreskjema som minner om BDI. Leseren kan bruke skjemaet til å undersøke og diagnostisere alvorlighetsgraden til sine

¹³ Imidlertid rapporterte psykologene også problemer ved bruken av diagnoseverktøyene. For eksempel utfordringer med dens tverrkulturelle anvendelighet og kulturelle bias (Evans et al., 2013, p. 177).

symptomer. Burns beskriver skjemaet som effektivt: “The Burns Depression Checklist (BDC) is a reliable mood-measuring device that detects the presence of depression and accurately rates its severity” (Burns, 1999, p. 19). Instrumentet har blitt testet i to studier, der korrelasjonen med BDI var på 0.88, hvilket tyder på at det er en relativt god sammenheng mellom instrumentene (ibid., p. 22).

Etter å ha utfylt skjemaet, kan leserens symptomer bli kategorisert som «no depression», «normal but unhappy», «mild depression», «moderate depression», «severe depression» eller «extreme depression» (Burns, 1999, p. 22). Burns anbefaler at man utfyller skjemaet regelmessig for å kartlegge sin progresjon: «As you apply the various self-help techniques described in this book, take the BDC test at regular intervals to assess your progress objectively. I suggest a minimum of once a week” (ibid., p. 23).

I *Coping with Panic* beskrives det hvilke symptomer som må være tilstede for å bli diagnostisert med panikklidelse ifølge DSM-III-R sine kriterier, samt hvordan den skiller seg fra andre angstlidelser, som sosial fobi (Clum, 1990, pp. 3-5, p. 8). For eksempel beskrives vanlige symptomer som “shortness of breath or smothering sensation”, “dizziness, unsteady feelings, or faintness”, “accelerated heart rate”, “trembling or shaking”, og “sweating” (ibid., p. 4).

The Shyness and Social Anxiety Workbook gir et overblikk over typiske symptomer knyttet til sosial fobi, men gir ikke spesifikke forklaringer på hvordan man kan diagnostisere seg selv:

(...) this overview will probably not be enough for the purpose of self-diagnosis (...) Fortunately, the exact diagnosis isn't always necessary for selecting an effective treatment. The strategies described in this book will be useful for overcoming shyness and performance anxiety regardless of whether the full criteria for social anxiety disorder are met (Antony & Swinson, 2009, p. 16).

5.5.2 Kognitiv restrukturering og situasjonell eksponering

Kognitiv restrukturering ble først introdusert av psykiateren Aaron T. Beck, og innebærer å endre pasientens dysfunksjonelle tanker (Solbu, 2010, p. 11). Tanker kan være at det er viktig å bli likt, at folk er grunnleggende kritiske og dømmende, og at man i enhver situasjon må handle etter sosiale forventninger (ibid.). Slike tanker kan motbevises gjennom for eksempel en virkelighetstesting, å søke etter alternative tolkninger, og å gi pasienten nye attribusjoner (Castonguay et al., 1996, p. 497).

Det anbefales at kognitiv restrukturering kombineres med eksponering, da tankene bør utfordres og modifiseres gjennom erfaring (Solbu, 2010, p. 14).

Eksponeringsterapi innebærer at man konfronterer fryktede situasjoner og følelser, med et mål om at det skal skje en tilvenning. Eksponeringen skjer som regel gradvis og hierarkisk, og skal føre til at pasienten opplever mindre redsel og færre symptomer i møtet med stimuliet (ibid., p. 13). Konfronteringen av fryktede situasjoner, kan gi en mestringsopplevelse og ny læring til pasienten (ibid.).

Restrukturering og eksponering har vist seg å være effektive i behandlingen av psykiske lidelser som angst og depresjon (Baspinar Can, Dereboy & Eskin, 2012, p. 9; Oei & Shuttlewood, 1996, p. 96f; Solbu, 2010, p. 13). For eksempel gjennomførte Elwood Robinson (1989, pp. 197-200) et kontrollert studie av virkningen til kognitiv restrukturering og eksponering på mennesker med angst og selvrapportert bekymring.

Deltagerne ble inndelt i to grupper; en som gjennomgikk en kognitiv restrukturering (1), og en som skulle eksponeres (2). Deltagerne som gjennomgikk en kognitiv restrukturering (1), ble opplært til å realistisk utfordre imaginært presenterte bekymringssituasjoner (Robinson, 1989, pp. 197-200). De ble bedt om å skrive ned tankene, og erstatte de med mer fornuftige og realistiske tanker. Gruppen som skulle eksponeres og desensitiveres (2), fikk instruksjoner om hvordan de kunne bruke avslapning som svar på bekymringer. Begge gruppene ble bedt om å øve på metodene i imaginære og ekte situasjoner (med en hierarkisk eksponering). Resultatene viste at restruktureringsgruppen hadde størst bedringer i angst- og

bekymringssymptomer, i tillegg til et fall i frekvensen av inntrengende tanker. Eksponeringsgruppen opplevde også signifikante fall i disse symptomene (ibid.).

Alle de tre bøkene inneholder informasjon om hvordan kognitiv restrukturering kan endre negative og dysfunksjonelle tanker. I Burns' (1999) *Feeling Good* er det for eksempel et eget kapittel («Understanding Your Moods: You Feel the Way You Think») om hvordan tanker påvirker følelser. Her forklarer han at negative og feilaktige holdninger spiller en sentral rolle i utviklingen og opprettholdelsen av alle symptomene man opplever: «These cognitions contain the key to relief and are therefore your most important symptoms. Everytime you feel depressed about something, try to identify a corresponding negative thought you had just prior to and during the depression» (Burns, 1999, p. 29). Eksempler på negative tanker kan være “all-or-nothing thinking”, “overgeneralization”, “mental filter”, “disqualifying the positive”, “jumping to conclusions”, “magnification and minimization”, “emotional reasoning”, “should statements”, “labeling and mislabeling”, og “personalization”(ibid., pp. 32-43).

Burns (1999) mener at man kan endre de dysfunksjonelle tankene ved blant annet å skrive ned og motbevis tankene når de oppstår, å lage en liste over fordeler og ulemper ved tankene, å registrere tankene med en håndleddeteller, og å ta vekk bør- og må-utsagn (Burns, 1999, pp. 62-78, p. 117, p. 175).

The Shyness and Social Anxiety Workbook og *Coping with Panic* inneholder både informasjon om kognitiv restrukturering og eksponering.

I det første kapittelet til *The Shyness and Social Anxiety Workbook*, beskriver Antony og Swinson (2008, p. 25) at de bruker tre teknikker som har vist seg å være effektive i behandlingen av sosial fobi; eksponering, kognitiv restrukturering og opplæring i grunnleggende kommunikasjonsferdigheter.

Antony og Swinson beskriver tankenes betydning på følgende måte:

Strictly speaking, people don't react emotionally to the situations and events in their lives. Rather, they react to their beliefs and interpretations concerning

these events and situations. In other words, given an identical situation, different people might have completely different emotional responses, depending on their beliefs about the situation (Antony & Swinson, 2008, p. 18).

De mener for eksempel at katastrofetenking, tankelesing, personifisering, bør-utsagn, alt-eller-ingenting-tanker, selektiv oppmerksomhet, og grunnleggende negative tanker om seg selv og verden kan skape sosial fobi (Antony & Swinson, 2008, pp. 111-117).

Antony og Swinson (2008, pp. 122-137) beskriver at man kan motarbeide negative tanker gjennom å utfordre angstfylte tanker, å fokusere på sine styrker, å veie fordeler og ulemper ved sine tanker, å skrive ned rasjonelle mestringssetninger, og å teste sine tanker gjennom eksponering. Når man skal eksponere seg, anbefaler de at man lager et eksponeringshierarki over hva man frykter minst og mest, og jobber seg oppover i hierarkiet. De beskriver at eksponeringen kan skje imaginært eller på ekte, og anbefaler at man gjør det ofte, gjerne daglig, i ekte situasjoner da dette ser ut til å være mest effektivt (ibid., pp. 148-149).

Clum (1990) argumenterer også for at leseren må endre sine dysfunksjonelle tanker for å mestre lidelsen. Et eksempel er:

The simple fact is that, though your attacks originate in physical symptoms, your thoughts about those symptoms are the basis for (1) your attacks getting worse; (2) your attacks becoming frequent; (3) your terror itself; (4) your avoidance of situations that you associate with attacks; and (5) the disorder spiraling downward, with your attacks, terror, and avoidance increasingly worsening (Clum, 1990, p. 91).

Clum (1990, p. 65, p. 105) skriver at man må erstatte disse tankene med mer rasjonelle tanker og en tro på at man kan mestre situasjonen. Clum anbefaler også at man konfronterer situasjonene man frykter, for å lære seg at man kan håndtere de og at de ikke er så farlige som man tror. Han beskriver at “You must first acknowledge that if you continue to avoid situations you fear, your panic disorder will also

continue” (ibid., p. 163). Som Antony og Swinson (2008), argumenterer også Clum (1990) for at man først bør fantasere om situasjonen og hvordan man skal håndtere den, før man forsøker å håndtere den i virkeligheten:

Use your panic attack fantasy to develop a full scenario of the various things you are afraid might happen to you and how you would deal with each of them without avoidance (...) Confront the actual situation that you have practiced confronting in fantasy. Stay in the situation, dealing with your symptoms and thoughts until you experience success in reducing your anxiety in the situation (Clum, 1990, p. 163f).

Clum beskriver også at konfrontering bør skje gjennom en hierarkisk liste over hva som er minst og mest skremmende (Clum, 1990, p. 163f). Samt beskriver han avslapningsøvelser (muskelavslapning, bildefokusering, diafragmatisk pusting) leseren kan bruke under eksponeringen (ibid., pp. 77-83).

Forfatterne beskriver av at det er tankene som styrer lidelsen, kan gi leseren en tro på at det er mulig å endre den ubehagelige tilstanden den er i. I tillegg presenterer forfatterne en rekke forskjellige øvelser som leseren kan bruke for å jobbe med disse tankene, noe som kan øke sannsynligheten for at leseren forsøker å gjøre noe aktivt med sin situasjon.

5.5.3 Sosial ferdighetstrening

Psykiske problemer (for eksempel sosial fobi) kan i noen tilfeller komme av en mangel på sosial kompetanse (Solbu, 2010, p. 15). Gjennom å få en bedre forståelse av, og trening på, sosiale ferdigheter, kan pasienten få erfaringer som gjør at den føler mer kontroll og selvsikkerhet i sosiale situasjoner. Til tross for en usikkerhet ovenfor hva som gir personen dårligere ferdigheter (mangel på kunnskap og evner, eller utfordringer grunnet psykiske problemer), har ferdighetstrening vist gode effekter ovenfor pasienter i flere studier (Mersch et al, 1989; Mersch, Emmelkamp og Lips, 1991; Wlazlo et al, 1990) (ibid.).

Mennesker med sosial fobi oppfattes ofte som mer passive og lukkede enn andre (Solbu, 2010, p. 15). Sosial ferdighetstrening er derfor en vanlig teknikk i behandlingen av sosiale fobier (ibid.). Antony og Swinson (2008) tar for seg denne lidelsen, og ser ut til å være boken som inneholder mest informasjon om hvordan man kan forbedre sine sosiale ferdigheter.

Kapittel 10 i Antony og Swinsons (2008, p. 80, p. 205) bok beskriver strategier leseren kan bruke til å forbedre sine sosiale ferdigheter (for eksempel hvordan man lytter og kommuniserer bedre, gir positive non-verbale signaler, presterer under et intervju, samt hvilke ferdigheter man bør ha når man møter nye mennesker eller holder presentasjoner). For eksempel beskriver de hvordan man kan få bedre lytteferdigheter: «Listening carefully to others when they are speaking, instead of comparing yourself to the other person, ruminating about what you will say next (...)» (ibid.).

De beskriver også hvilke non-verbale vaner som kan gi en dårligere kommunikasjon med en annen: “Leaning back while sitting (vs. leaning forward). Standing far away from another person (vs. standing closer). Avoiding eye contact (vs. making appropriate eye contact). Speaking quietly (vs. speaking at a volume that is easily heard)” (Antony & Swinson, 2008, p. 210).

Burns (1999) og Clum (1990) omtaler ikke sosiale ferdigheter i like stor grad som Antony og Swinson (2008), men man kan finne noen få eksempler på at de gir råd som kan forbedre leserens kommunikasjon med andre mennesker. For eksempel lærer Burns leseren opp i hvordan den kan snakke tilbake når den blir kritisert, da han mener at depressive tanker ofte kan bli trigget av andres skarpe kommentarer (Burns, 1999, p. 131).

Burns (1999) beskriver også hvordan man kan håndtere sinne mot andre. Han anbefaler at man lager et sinne-hierarki over de situasjonene som gjør en mest sint, fra 1 (minst opprørende) til 10 (mest opprørende), og jobber seg oppover i hierarkiet: «Start with the first item on the hierarchy list that is the least upsetting to you, and fantasize as vividly as you can that you are in that situation”. Deretter vil han at man skal tenke på hvordan man kan håndtere denne situasjonen bedre: «Now practice

going through this version of the scenario each night until you have mastered it and can fantasize handling the situation effectively and calmly in this manner» (Burns, 1999, pp. 191-193).

Clum (1990) gir råd til hvordan man kan bruke andre til å håndtere sine panikkanfall. Han skriver at leseren kan avtale at den skal ta kontakt med en profesjonell eller en venn ved panikksymptomer, og at det er viktig å avklare hvordan denne kontakten skal være (hvor mye kommunikasjon som skal benyttes, og hva den vil få ut av det). Clum gir råd til hvordan leseren kan beskrive sitt ønske om kontakt på følgende måte:

Both you and the person you are involving should understand clearly that you don't expect him or her to make the attack go away (...) Tell your supporter that what you want is a listener whom you can tell what you are experiencing, and perhaps someone to hold your hand or hug you if that helps you feel better (Clum, 1990, p. 88).

Et annet eksempel er: "If you tell your friends, be simple and direct. Do not explain what is happening in catastrophic terms that are likely to alarm them" (Clum, 1990, p. 88). Han gir også noen eksempler på setninger man kan bruke ovenfor andre for å få hjelp, for eksempel: «Help me arrive at my own understanding of what is happening, then help me identify how I want to cope with the attack» (ibid., p. 100).

Alle de tre selvhjelpsbøkene inneholder råd som skal forbedre de sosiale ferdighetene til leseren. Gjennom å få en bedre forståelse av, og trening på, sosiale ferdigheter, kan pasienten få erfaringer som gjør at den føler mer kontroll og selvsikkerhet i utfordrende situasjoner som involverer andre mennesker. Gjennom å lære å mestre disse situasjonene, kan leseren oppleve en bedring som følge av bøkene.

5.6 Oppsummering av den kvalitative bokanalysen

Denne delen av oppgaven ville illustrere hva biblioterapi er, gjennom å presentere non-spesifikke og spesifikke faktorer i tre empirisk effektive selvhjelpsbøker. Dette var for å gi en forståelse av hvordan noen empirisk testede bøker er utformet, og hvorfor de har vist seg å være effektive i behandlingen av angst og depresjon.

En non-spesifikk faktor som har vist seg å være avgjørende for pasientens forbedringer i terapien, er den terapeutiske alliansen. Alliansen formes av leserens opplevelse av aksept, varme, engasjement, fleksibilitet og å ha en erfaren terapeut (Oei & Shuttlewood, 1996, pp. 87-88; Wright & Davis, 1994, pp. 26-29). Richardson et al. (2010) har forsket på litterære faktorer som kan skape en terapeutisk allianse. De presenterte faktorer som casebeskrivelser, øvelser, målsetting, forberedelse på motgang, argumenter for forfatterens ekspertise, og optimistiske kommentarer om leserens fremtid, som virkemidler som kan styrke den terapeutiske alliansen. Den tematiske analysen viste at bøkene inneholdt flere eksempler på disse faktorene.

For det første, ble bøkene innledet med en beskrivelse av forfatterens kliniske erfaring og teknikkenes effektivitet. Burns' (1999) bok så ut til å inneholde flest argumenter for dette.

Videre brukte alle de tre bøkene hyppige casebeskrivelser for å illustrerte deres poenger (det ble identifisert minst 15 caser i hver bok). Bøkene presenterte også gjennomgående øvelser som leseren kunne bruke for å håndtere sine utfordringer (det ble identifisert minst 20 øvelser i hver av bøkene, og Antony og Swinsons bok så ut til å ha flest). I tillegg inneholdt bøkene empatiske setninger som kunne etablere og styrke den terapeutiske alliansen mellom forfatteren og leseren.

Det var kun Antony og Swinsons (2008) bok som ga leseren mulighet til å sette spesifikke mål. Videre inneholdt Burns' (1999) og Antony og Swinsons (2008) bøker optimistiske kommentarer om leserens fremtid. Clums (1990) og Antony og Swinsons (2008) bøker ga hyppige beskrivelser av hvordan leseren kunne håndtere motgang, mens Burns (1999) arbeidet mer med leserens motvillighet.

Den tematiske analysen identifiserte også spesifikke faktorer som kan ha gitt bøkene en effekt. Diagnostisering gir leseren en mulighet til å måle sine symptomer og progresjon under behandlingen. Ved å kartlegge alvorlighetsgraden til symptomene, og å følge med på symptomenes utvikling, kan leseren få en økt motivasjon til å gjennomføre behandlingen. Burns' (1999) og Clums (1990) bøker beskrev hvordan man henholdsvis kunne diagnostisere depresjon og panikkanfall.

Kognitiv restrukturering og eksponering har vist seg å være effektive teknikker i behandlingen av psykiske lidelser som angst og depresjon (Baspinar Can, Dereboy & Eskin, 2012, p. 9; Oei & Shuttlewood, 1996, p. 96f; Robinson, 1989, pp. 197-200; Solbu, 2010, p. 13). Gjennom å erstatte negative tanker med rasjonelle tanker, og å mestre situasjoner man tidligere har unngått, kan man lettere bekjempe disse lidelsene. Alle bøkene inneholdt eksempler på kognitiv restrukturering. Clum (1999) og Antony og Swinson (2008) beskrev også eksponeringsstrategier i sine bøker.

I tillegg har sosial ferdighetstrening vist gode effekter ovenfor pasienter i flere studier (Mersch et al, 1989; Mersch, Emmelkamp og Lips, 1991; Wlazlo et al, 1990 in Solbu, 2010, p. 15). Gjennom å få en bedre forståelse av, og trening på, sosiale ferdigheter, kan pasienten få erfaringer som gir den en større kontroll og selvsikkerhet i sosiale situasjoner. Antony og Swinsons (2008) bok inneholdt hyppige beskrivelser av hvordan man kunne forbedre sine sosiale ferdigheter. Burns (1999) og Clum (1990) omtalte ikke sosiale ferdigheter i like stor grad, men ga råd som skulle forbedre leserens kommunikasjon med andre mennesker.

Disse spesifikke og non-spesifikke faktorene har vist seg å være effektive i den tradisjonelle psykoterapien. De ble også identifisert i selvhjelpsbøkene. Faktorene kan gi en forklaring på hvorfor bøkene har vist seg å være effektive for psykiske lidelser som angst og depresjon. Gjennom å få en forståelse av hvilke faktorer som skaper effektive selvhjelpsbøker, kan brukerne av bøkene bli mer rustet til å vurdere hvilke bøker som er verdt å lese. I tillegg gir bøkene en illustrasjon av hva biblioterapi er, og fungerer som tre konkrete eksempler på effektiv biblioterapi for angst og depresjon.

Den tematiske analysen kan kritiseres for å være for subjektiv og basert på for få tilfeller til at resultatene kan generaliseres (jf. avsnitt 2.2.1). Imidlertid inneholdt bøkene de samme faktorene som ble identifisert av Redding et al. (2008) (jf. avsnitt 5.1.2). Dette tyder på at faktorene er representable for empirisk effektive selvhjelpsbøker, og at funnene dermed er generaliserbare.

6. Kapittel 4: Selvhjelpsbøker i det terapeutiske arbeidet med pasienten

For å beskrive hva biblioterapi er, har oppgaven belyst biblioterapiens historie, karakteristika, og sosial- og personlighetspsykologiske teorier om hvorfor bøkene har oppnådd en popularitet. For å besvare hvordan bøkene kan brukes i det terapeutiske arbeidet med en pasient, har oppgaven hittil undersøkt hvilke psykiske lidelser som kan dra nytte av bøkene (angst og depresjon), og presentert tre selvhjelpsbøker som kan brukes i behandlingen av psykiske lidelser. Faktorer som gjør selvhjelpsbøkene effektive har også blitt presentert.

Dette kapittelet vil diskutere fordeler og ulemper ved å bruke selvhjelpsbøker i terapien, og presentere spesifikke retningslinjer som terapeuten kan bruke dersom den bestemmer seg for å foreskrive biblioterapi til pasienten.

6.1 Fordeler og ulemper ved å bruke selvhjelpsbøker i terapien

Høye prevalenstall for angst og depresjon, et økende behov for psykisk helsehjelp og ventelister, har skapt et behov for kortere og mindre kostbare, men effektive, behandlingsmetoder (Harwood & L'Abate, 2010, p. 119). Bruken av evidensbasert selvhjelpslitteratur i terapien, kan være en praktisk løsning på disse utfordringene (ibid., 137-138).

I tillegg viste den empiriske gjennomgangen av studier på terapeut- og selvadministrert biblioterapi, at en terapeutisk oppfølging økte behandlingseffekten signifikant (jf. avsnitt 4.5). En slik oppfølging er blant annet fornuftig fordi ineffektiv selvhjelp kan føre til at klienten føler seg utilstrekkelig, mister motivasjonen, og får en mindre tro på profesjonell hjelp (Norcross, 2006, pp. 684-686).

Psykologer anbefaler rutinemessig biblioterapi til sine klienter (Campbell & Smith, 2003, p. 185). Imidlertid er det noen utfordringer knyttet til dette. For det første, har ikke biblioterapi blitt tilfredsstillende belyst som en organisert komponent av

behandlingsplanleggingen, og det finnes lite informasjon om hvordan denne ressursen kan administreres optimalt i terapien (ibid.). Det har også blitt gjort lite forskning på hvordan klinikerer bør bruke bøkene i sin praksis¹⁴. Mangelen på informasjon kan derfor gjøre det vanskeligere for terapeuten å vite hvordan den skal bruke bøkene.

En annen utfordring, er det store utvalget av tilgjengelige selvhjelpsressurser (Harwood & L'Abate, 2010, p. 5). Terapeutene er ofte uvitende om hvilke bøker som er effektive, og det store utvalget gjør det vanskeligere å evaluere de (ibid., p. 119). Som oppgaven har vært inne på tidligere (jf. avsnitt 1.3) er det også et trist faktum at de aller fleste selvhjelpsmaterialene ikke er empirisk testet. Opptil 95% av bøkene mangler empirisk støtte for sine teorier (Norcross, 2006, p. 684). Det kan derfor være tidkrevende å finne ut hvilke bøker man skal bruke, spesielt dersom man ønsker å finne bøker om lidelser som ikke har blitt like ofte beskrevet som angst og depresjon. I tillegg har bøkene med mest empirisk støtte blitt skrevet på engelsk. De er derfor ikke passende for pasienter med lave engelskkunnskaper.

Det er også knyttet en usikkerhet til om selvhjelp reelt reduserer kostnadene til helsevesenet. Studier har vist at selvhjelpsøvelser både kan øke og forkorte antall terapisesjoner. Et studie (L'Abate, L'Abate & Maino, 2005) som sammenlignet en gruppe som gjennomgikk kognitiv atferdsterapi med en terapeut, og en gruppe som fikk selvhjelpsøvelser i tillegg til terapeutiske sesjoner, viste at den sistnevnte gruppen tilsammen trengte signifikant flere sesjoner enn den første (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 50-52). Imidlertid viste et annet studie (L'Abate & Goldstein, 2007) at selvhjelpsøvelser for kvinner som var innlagt på et sykehus på grunn av personlighetsforstyrrelser, ga en betydelig kortere lengde på sykehusinnleggelsene for deltagerne som fullførte øvelsene (ibid.).

Allikevel kan man argumentere for at det viktigste målet for helsevesenet, bør være å bruke de metodene som gir de beste prognosene for pasienten. I det lange løpet vil dette antagelig være mer lønnsomt, enn at pasienten går inn og ut av

¹⁴ For eksempel på hvilket stadie litteraturen er effektiv, og hvordan den kan tilpasses individers karakteristika.

behandlingstiltak. Biblioterapi med oppfølging av en terapeut, har produsert signifikante forbedringer sammenlignet med ventelister, gruppeterapi, og selvadministrert lesing.

En av årsakene til at terapeut-administrert selvhjelp ser ut til å være mer effektiv, kan være terapeutens oppfølging og tilbakemeldinger (Richardson, Richards & Barkham, 2010, p. 67). En god terapeut kan veilede pasienten i hvilke bøker som er effektive, tilpasse behandlingen til den enkelte og gi tilbakemeldinger på pasientens endringer. I tillegg åpner relasjonen for dannelsen av en terapeutisk allianse (jf. avsnitt 5.4). Dette fellesskapet kan for eksempel styrkes ved at både terapeuten og pasienten deler informasjon fra, og diskuterer en bok. Boken kan også fungere som et felles referansepunkt til temaene i samtalen (Apfel, 1996, pp. 318-319). Alliansen kan gi pasienten en følelse av å bli støttet, og motivere den til å fortsette behandlingen.

En annen grunn til at en profesjonell oppfølging er mer effektiv, kan være fordi terapeuten gjør prosessen mer aktiv. Å lese selvhjelpsbøker i seg selv, krever ikke at leseren fullfører kapitlene eller oppgavene. En terapeut kan imidlertid integrere litteraturen i samtaleprosesser, eller bruke oppgaver i selvhjelpsbøkene til å aktivisere pasienten mellom sesjonene (Harwood & L'Abate, 2010, p. 39).

En integrering av bøker i terapien, kan også styrke pasientens bearbeidelse av informasjon. For eksempel kan bøkene brukes til å forsterke punkter eller strategier fra en samtale (Norcross, 2006, p. 685). Videre kan bøkene få pasienten til å reflektere over tanker, følelser og handlinger som den ellers ville brukt lengere tid på å adressere i individuell psykoterapi (Apfel, 1996, p. 318; Campbell & Smith, 2003, p. 178). Pasienten kan også identifisere seg med materialet, og dermed lære mer om seg selv. Viktige problemer kan dermed bli mer synlige, og gi pasienten en større forståelse av sin situasjon (Apfel, 1996, p. 320). Dette kan åpne opp for at endringer skjer tidligere.

Disse fordelene ble også beskrevet i en undersøkelse av 353 APA-medlemmer innen klinisk- og rådgivningspsykologi, som ble bedt om å rangere ulike årsaker til å bruke bøker i behandlingen (Campbell & Smith, 2003, p. 180). De tre mest populære formålene var for å opplyse og øke bevisstheten til pasienten, for å forsterke

bestemte punkter eller strategier som ble arbeidet med i sesjonene, og for å forbedre livsstilsendringene¹⁵ (ibid.).

Videre kan selvhjelpsbøker gi pasienten en følelse av selvbestemmelse (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 43-46). Den kan oppleve et større ansvar, og i større grad være med på å påvirke utfallet av behandlingen. Dette fører også til at pasienten lettere lærer hvordan den kan bruke egne ressurser til å arbeide med utfordringer (Apfel, 1996, p. 320). I tillegg kan en integrering av selvhjelp og psykoterapi, gi pasienten en mer selvstendig tilgang til vitenskapelig kunnskap (Norcross, 2000, p. 375).

Terapeutens ønske om at pasienten skal få mer ansvar og selvbestemmelse, kan imidlertid gjøre at den føler seg mindre prioritert (Campbell & Smith, 2003, p. 179). Å kutte ned antall samtaler, og å oppmuntre pasienten til å arbeide mer på egenhånd, kan gi en følelse av at terapeuten ikke ønsker å bruke tid med den, eller at den er tilbake på skolebenken. En fare er også at pasienten kun godtar bruken av litteratur, for å behage terapeuten (ibid.). Dette viser viktigheten av å diskutere muligheten for å bruke bøkene med pasienten. På denne måten kan man avdekke forventninger, og forklare fordelene med en integrert behandlingsform.

Pasienten kan også selv beskrive en selvhjelpsbok i samtalene. Dersom man utforsker en bok som er nevnt av pasienten, kan man få en bedre forståelse av denne personen (Apfel, 1996, p. 320). En selvhjelpsbok kan for eksempel representere et spesielt tema som pasienten er opptatt av. Den kan også være en indirekte måte å uttrykke en motstand på, eller synspunkter pasienten frykter at terapeuten ikke vil akseptere. For eksempel kan referansen til en bok være et forsøk på å konfrontere terapeutens syn, ved å fortelle at den forklarer pasientens situasjon bedre (ibid.). Bøker kan derfor være nyttige ressurser til å lære mer om pasienten.

Bruken av selvhjelpsbøker kan også gi ekstra støtte til mennesker som vegrer seg for å snakke om vanskelige og «tabubelagte» temaer (Apfel, 1996, p. 318). Bøkene kan gi en følelse av at de ikke er alene, da litteraturen ofte beskriver mennesker som har

¹⁵ Kognitiv-atferdsterapeutiske, eklektiske og humanistiske psykologer var mer positive til formålene enn de psykodynamiske (Campbell & Smith, 2003, p. 180).

opplevd lignende problemer (Norcross, 2006, p. 685). Bøkene kan også gi pasienten en forståelse av at psykiske lidelser ikke er skamfullt. Ved å forstå at psykiske lidelser hverken er uvanlig eller skamfullt, kan pasienten få mot til å være mer åpen.

Avslutningsvis kan bøkene frigjøre verdifull terapitid til de som lider av alvorlige patologier. Behandlingen kan dermed bli effektivisert og billigere, og terapeutene mer tilgjengelige for pasienter med mer alvorlige patologier (Harwood & L'Abate, 2010, p. 42).

6.1.1 Oppsummering

Det finnes både fordeler og ulemper ved å bruke selvhjelpsbøker i terapien. Ulempene er for eksempel at man trenger mer forskning på hvordan bøkene kan administreres optimalt, og at bøkene kan gi pasienten en følelse av å ikke bli prioritert. Imidlertid ser det ut til å være flere positive enn negative konsekvenser knyttet til biblioterapien. Bøkene kan føre til at viktige problemer blir mer synlige, gi pasienten en større følelse av selvstendighet og fellesskap med terapeuten, og gjøre terapien mer tids- og kostnadseffektiv. I tillegg ser det ut til at terapeut-administrert biblioterapi øker behandlingseffektene til pasienten. De neste avsnittene vil derfor diskutere hvordan bøkene kan brukes i individuell terapi.

6.2 Hvordan bøkene kan brukes i individuell terapi

Dr. William Menninger var en av de første som diskuterte bruken av selvhjelpsbøker i terapien (jf. avsnitt 3.1). Menninger (1937) argumenterte for at dersom behandleren foreskrev bøker til pasienten, var den ansvarlig for: (1) å intervju pasienten før foreskrivingen, og å holde en oversikt over dens lesevaner og interesser (2) å godkjenne bøkene, (3) å overvåke pasientenes psykologiske status, og (4) å ha diskusjoner med pasienten underveis (Jack & Ronan, 2008, pp. 166-167). Menningers råd har blitt understreket av en rekke teoretikere siden, og beskriver hvordan bøkene kan brukes i det terapeutiske arbeidet med en pasient.

6.2.1 (1) Å intervju pasienten før foreskrivingen

Dersom en pasient vurderer biblioterapi, er det en fordel at den gjennomgår et klinisk intervju. Gjennom et intervju, kan klinikeren få en forståelse av omsorgsbehovet til

den enkelte¹⁶, og avgjøre om terapeut- eller selvadministrert biblioterapi er mest passende (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 44-47). Dersom lidelsen for eksempel er mild, kan pasientens lesing følges opp av sjeldnere terapiøkter, enn dersom den er moderat eller alvorlig (ibid., p. 41). Uavhengig av oppfølgingsmetode, bør anbefalingen ledsages av instruksjoner om å kontakte terapeuten dersom motivasjon, funksjonsnivåer, eller symptomer forverres (ibid., pp. 44-47).

I tillegg til å skreddersy behandlingen til lidelsen, er det viktig at man tilpasser den til personens karakteristikk (Norcross, 2006, p. 683). Intervjuet bør derfor kartlegge pasientens mestringsstil og sosiale støtte, samt kvaliteter som alder, religion, legning, etnisitet, yrke, evner, interesser og preferanser¹⁷ (ibid.).

Videre er det viktig å ta hensyn til hvilket stadie av behandlingen pasienten er i. For eksempel kan bøker som utforsker ulike årsaker til problemer og som avklarer forhold, anbefales for pasienter i tidlige stadier av behandlingen (Campbell & Smith, 2003, p. 181). Ressurser som utfordrer uoverensstemmelser og forvrengte kognisjoner, kan være passende for mellomstadier av behandlingen. Derimot er bøker som omhandler problemløsninger og igangsettinger av handlinger nyttige for den avsluttende endringsfasen av behandlingen (ibid.).

Det er også nødvendig å kartlegge pasientens holdninger, og erfaringer med selvhjelp, før den foreskrives (Campbell & Smith, 2003, p. 179; Norcross, 2006, p. 683, pp. 689-690). Vanlige bekymringer er at selvhjelpsmaterialene er i konflikt med bruken av individuell terapi, og at de kan skape forvringninger av symptomene. Imidlertid anbefaler de fleste empiriske selvhjelpsbøkene individuell terapi, og står derfor ikke i konflikt med denne behandlingsformen. Videre mener psykologer at 93% av pasientene deres har opplevd forbedringer av bøkene, og studier tyder på at selvhjelp kun har en skadelig effekt på 1-3% av brukerne (ibid.). Gjennom å kartlegge pasientens forventninger og beskrive bøkens funksjon i terapien, kan pasienten føle seg prioritert og anerkjent (jf. avsnitt 6.1).

¹⁶ Faktorer som alvorlighetsgrad og komorbiditet, er viktige å ta med i vurderingen (Harwood & L'Abate, 2010, p. 65).

¹⁷ Bøker som er kulturspesifikke er imidlertid sårt tiltrengt (Norcross, 2006, p. 683).

6.2.2 (2) Å godkjenne bøkene

Dersom biblioterapi skal være en del av pasientens behandling, bør terapeuten inkluderes i utvelgelsen av bøkene. Dette argumenterer blant annet den amerikanske prosessoren og selvhjelpsforskeren John Norcross (2006, p. 683) for. Norcross mener videre at det er en fordel å gjøre ulike bøker tilgjengelige, slik at pasienten kan velge hvilken den vil bruke. Valgmuligheten kan skape mindre motstand, og gi den en større interesse for å lese (ibid., p. 684).

For å være i stand til å anbefale god og empirisk litteratur til pasienten, bør terapeuten gjøre seg kjent med ulike selvhjelpsbøker (Norcross, 2006, p. 684-686). En kjennskap til bøkene kan gi et mer effektivt behandlingsforløp, og gjøre pasienten tryggere på terapeutens ekspertise. Kjennskapen kan også gi terapeuten et større utbytte av samtalene om bøkene (Adams & Pitre, 2000, p. 649; Norcross, 2000, p. 375).

Terapeuten bør i tillegg informere pasienten om hvor mye forskning som er gjort på bøkene (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 44-47). Informasjon om litteraturens empiriske støtte, kan hjelpe pasienten til å ta mer informerte beslutninger (Lillienfeld, 2007, p. 54). Videre kan bøker med tilstrekkelige empirisk bevis beskytte pasienten mot falske påstander (Adams & Pitre, 2000, p. 649).

Pasienten kan også få tilgang til empirisk funderte bøker, hvis terapeuten har de tilgjengelig på arbeidsplassen (Norcross, 2006, pp. 684-686). Noen kontorer har bøker liggende på venterommet, eller på et lite bibliotek der pasientene kan låne bøker av interesse (Apfel, 1996, p. 320).

6.2.3 (3) Å holde oversikt over pasientens psykologiske status

Uavhengig av behandlingsmetode, er nøye evalueringer viktige. Profesjonelle bør gjennomgående overvåke sine pasienters reaksjoner på bøkene (Adams & Pitre, 2000, p. 649; Harwood & L'Abate, 2010, pp. 66-67). Evalueringene kan spore bøkens effekter, og sikre at de ikke gir skadelige utfall (ibid.).

Standardiserte spørreskjemaer kan for eksempel gi et overblikk over pasientens status. Disse kan utfylles hjemme, eller administreres etter hver sesjon. Slike tilbakemeldinger minimerer sannsynligheten for negative utfall (Lillienfeld, 2007, p. 65). Tilbakemeldingene kan også åpne for korreksjoner i behandlingen, da de gir terapeuten en mulighet til å vurdere om flere hjelpetiltak bør iverksettes (for eksempel tildeling av nye bøker eller oppgaver) (Harwood & L'Abate, 2010, p. 41).

6.2.4 (4) Å ha diskusjoner med pasienten underveis

Underveis i behandlingen, bør terapeuten være tilgjengelig for å diskutere litteraturen med pasienten (Adams & Pitre, 2000, p. 649; Norcross, 2006, p. 683). Mark Harwood og Luciano L'Abate (2010, pp. 44-47) har en ph.d. i psykologi, og forsker på selvhjelp. De anbefaler at pasientene minst kontaktes på en månedlig basis, for å avdekke hvordan bøkene påvirker dem (ibid.).

Oppfølgingen kan skje gjennom personlige møter, telefonsamtaler eller e-poster. Studier har vist at en oppfølging i form av telefonsamtaler eller e-poster kan gi pasientene signifikante forbedringer (jf. avsnitt 4.5.1 og 4.5.2). Imidlertid er det grunn til å tro at vurderingen kan bli mer grundig og pålitelig i personlige møter med pasienten (Harwood & L'Abate, 2010, p. 42).

Prosesen bør vedvare inntil pasienten er fri for symptomer. Oppfølgingssamtaler kan vurderes i en periode etter behandlingen, og terapeuten bør informere pasienten om at den kan komme tilbake i behandling dersom behovet skulle oppstå (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 44-47).

Utover Menningers (1937) teorier, har det også kommet noen nyere anbefalinger om hvordan biblioterapi kan brukes i individuell terapi. Disse omhandler: (5) inklusjons- og eksklusjonskriterier, (6) hjemmelekser, (7) ventelister og vedlikehold, (8) strategier som kan forsterke behandlingseffekten og (9) vurderinger terapeuten bør gjøre før den foreskriver selvhjelpsbøker. Anbefalingene vil presenteres nedenfor.

6.2.5 (5) Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Pim Cuijpers forsker på selvhjelp og depresjon, og argumenterer for at det bør utvikles direktiver for utvelgelsen og oppfølgingen av pasienter i en biblioterapeutisk behandling (Cuijpers, 1997, p. 140). Han mener for eksempel at pasienten bør ha milde til moderate lidelser, dersom behandlingen skal være mest effektiv (eller dersom den hovedsakelig skal være selvadministrert) (ibid.).

Cuijpers beskriver også eksklusjonskriterier for biblioterapi. Han foreslår at dersom det er en selvmordsfare eller en trussel for krisesituasjoner, bør pasienten ikke arbeide for mye på egenhånd (Cuijpers, 1997, p. 140). Andre eksklusjonskriterier kan være lave leseferdigheter eller lav motivasjon, samt psykosesymptomer (Jamison & Scogin, 1995, p. 644).

6.2.6 (6) Hjemmelekser

Terapeuten kan også bruke bøkene til å aktivisere pasienten utenfor terapirommet. Et av de overordnede målene for å bruke litteraturen, er å overføre positiv atferd fra profesjonelle arenaer, til pasientens mange miljøer og sammenhenger (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 42-43). Dette kan forbedre behandlingseffektene, redusere tid i terapien, og de tilsvarende kostnadene ved behandlingen (ibid.).

I løpet av de siste årene har bevis som støtter bruken av hjemmelekser for å overføre endringen fra det kliniske rommet til hjemmet blitt økende (Harwood & L'Abate, 2010, p. 39). Bruken av hjemmelekser og en arbeidskontrakt har blant annet vist seg å øke pasientens motivasjon for endring, og behandlingseffektene (ibid., p. 60).

Mark Harwood og Luciano L'Abate (2010, pp. 40-41) har gitt noen anbefalinger til foreskrivingen av lekser. De mener at man først bør være sikker på at pasienten har forstått oppdraget, og diskutere barrierene mot å fullføre det. Det er også en fordel å sette små mål og å gi skriftlige påminnelser igjennom prosessen (ibid.).

Videre kan konkrete opplysninger om oppgaven øke sannsynligheten for gjennomførelse. For eksempel kan pasienten få en arbeidsbok som inneholder

oppdragene, forfallsdato og materialer som trengs for å fullføre oppgavene (Harwood & L'Abate, 2010, pp. 40-41).

6.2.7 (7) Venteliste og vedlikehold

Terapeuten kan foreskrive biblioterapi til pasienter som er på en venteliste. Litteraturen kan lindre symptomer, gi en naturlig bedring, og opprettholde motivasjonen for å få en profesjonell behandling (Norcross, 2006, p. 689).

Bøkene kan også brukes til å vedlikeholde behandlingseffektene, når terapien er avsluttet (Norcross, 2006, p. 683). Bøkene kan gi pasienten muligheten til å repetere viktige ideer fra terapien, og studier viser at mange pasienter leser bøkene mer enn én gang (Campbell & Smith, 2003, p. 178; Scogin, Jamison & Davis, 1990, p. 655). På denne måten er det en større sannsynlighet for at behandlingsutbyttet vedlikeholdes, og at man hindrer tilbakefall (ibid.).

6.2.8 (8) Forsterkende terapeutstrategier

Det finnes også noen enkle strategier som terapeuten kan bruke for å øke effekten til selvhjelpsbøkene. For eksempel er terapeutens innstilling til behandlingsmetoden assosiert med måloppnåelsen til pasienten (Norcross, 2006, pp. 684-686).

En meta-analyse¹⁸ av non-spesifikke effekter i psykoterapi for depressive lidelser, viste blant annet at terapeutens lojalitet og tillitt til behandlingsmetoden påvirket behandlingsutfallet positivt (Palpacuer et al., 2017, p. 95, p. 101). Studiet viste også at pasientens respons ble forbedret med antall møter mellom pasienten og terapeuten (ibid.). Resultatene tyder derfor på at dersom terapeuten er positiv og har tillit til bøkene, og møter pasienten jevnlig, kan behandlingseffektene øke.

6.2.9 (9) Vurderinger

Avslutningsvis har det blitt anbefalt en rekke spesifikke vurderinger som terapeuten bør gjøre, før den foreskriver selvhjelpsbøker.

¹⁸ Meta-analysen gjennomgikk 84 studier (Palpacuer et al., 2017, p. 95, p. 101).

For det første, bør terapeuten vurdere når i behandlingen biblioterapi er mest hensiktsmessig (Apfel, 1996, p. 320; Campbell & Smith, 2003, p. 181). Dersom litteraturen introduseres for tidlig, kan den føles påtrengende og overveldende. Etter at den terapeutiske alliansen er solid, kan den derimot virke meningsfull, og forstås som et tegn på omsorg fra terapeuten (ibid.).¹⁹

Som nevnt tidligere (jf. avsnitt 1.4), må klinikeren også vurdere om den vil bruke biblioterapien som et tillegg, eller integrert, i behandlingen (Campbell & Smith, 2003, p. 179). Den integrerte tilnærmingen betyr at man bruker biblioterapien der det er nødvendig i samtalen, for å utforske pasientens tanker og følelser. Brukes boken som et tillegg, kan den gi pasienten en ytterligere avklaring og informasjon på hjemmebane (for eksempel dersom pasienten ikke er i stand til å delta regelmessig i terapien) (ibid.).

Videre foreslår en rekke forskere (f.eks. Harwood & L'Abate, 2010, p. 141; Pearcy et al., 2016, p. 81) at biblioterapi kan benyttes som et trinn i en trappet omsorgsmodell. Dette innebærer at man i starten av et behandlingsforløp tilbyr de mest tids- og kostnadseffektive terapiformene til pasienten, for deretter å jobbe seg opp til dyrere tilnærminger dersom det er nødvendig (ibid.).

I tillegg er det viktig å velge en behandling som pasienten er komfortabel med. Studier har vist at pasientens preferanser til behandling kan bli forbundet med dens engasjement, etterlevelse, opplevelse av utmattelse, og tanker om den terapeutiske alliansen (Hanson, Webb, Sheeran & Turpin, 2015, pp. 129-130).

Avslutningsvis bør terapeuten stille seg følgende spørsmål før foreskrivingen av biblioterapi (Campbell & Smith, 2003, p. 179, p. 181; Harwood & L'Abate, 2010, p. 62):

- * Er jeg kjent med, og trygg på, boken?
- * Er boken konsistent med målene til behandlingen?
- * Kan boken kombineres med terapien?

¹⁹ Pasienten kan også be om å få bruke biblioterapi. Hvis dette er tilfellet, bør man vurdere årsaken til forespørselen (Apfel, 1996, p. 320).

- * Har boken en dokumentert effekt?
- * Er boken dekkende og hensiktsmessig for pasientens problemer? (For eksempel alvorlighetsgrad)
- * Er boken passende for pasientens evner? (For eksempel leseferdigheter og konsentrasjonsevne)
- * Passer boken overens med pasientens karakteristika, verdier og interesser?
- * Har boken anbefalinger som er gjennomførbare for pasienten?

6.2.10 Oppsummering

De foregående avsnittene har diskutert hvordan selvhjelpsbøker kan brukes i det terapeutiske arbeidet med en pasient. Bøkene kan brukes i samtalene, som hjemmelekser eller til pasienter på venteliste og i ettervern.

Dersom pasienten vurderer biblioterapi, er det en fordel at den gjennomgår et klinisk intervju som kan kartlegge dens utfordringer og behov. Terapeuten bør også inkluderes i utvelgelsen av bøkene, for å sikre at pasienten får tilgang til gode og empiriske bøker. Andre anbefalinger er at terapeuten vurderer eksklusjonskriteriene for bøkene, holder en oversikt over pasientens psykologiske status, og er tilgjengelig underveis i behandlingen.

7. Konklusjon

Oppgavens problemstilling fokuserte på hva biblioterapi innebærer, og hvordan bøkene kan brukes i det terapeutiske arbeidet med en pasient.

Biblioterapi kan defineres som bruken av skriftlige materialer til å jobbe utfordringer, og har sine røtter fra medisinske institusjoner i middelalderen. I Europa og USA ble praktiseringen av terapeutisk lesing utbredt på 1800- og 1900-tallet, da store psykiatriske sykehus fikk et pasientbibliotek. Viktige talsmenn var blant annet Rush, Galt, Menninger og Bryan. I dag har biblioterapien vokst seg ut av sykehusene og inn i en rekke terapeutiske, pedagogiske, og sosiale settinger, og det finnes en stor mengde litteratur om biblioterapi som er skrevet av en rekke forskjellige fagfolk.

Selvhjelpsbøkene har ofte et fokus på hvordan man kan ta kontroll over livet og utvikle seg. Fokuset kan forklares av bølger i samfunnet. Samfunnets fokus på utvikling og menneskers indre motivasjon, kan spores tilbake til 1900-tallet, da mekaniske og kontrollerte arbeidsformer ble erstattet med teorier om menneskelig motivasjon og utvikling. Fra 1800-tallet ble også samfunnet preget av en økende individualisering. Individets tradisjonelle bånd til fellesskaper og klasser ble nedbrutt, og individets rettigheter og ansvar ble styrket gjennom gratis skolegang, menneskerettighetene fra 1948, og kritikken av den profesjonelle autoriteten på 1960-tallet.

Videre kan hverdagen beskrives som mer global, uforutsigbar og meningsforlatt. Biblioterapi kan hjelpe mennesker til å lære mer om seg selv, å løse utfordringer og å utvikle sine potensialer. Dermed kan leserne bruke selvhjelpslitteratur til å oppleve en større mening med tilværelsen.

I tillegg kan biblioterapien beskrives som et kostnadseffektivt, tilgjengelig og mer selvstendiggjørende behandlingsalternativ. Dette kan også være med på å forklare hvorfor bøkene har blitt så attraktive.

Samtidig som biblioterapien har fått en større popularitet, øker behovet for psykisk helsehjelp. Norske og internasjonale studier viser at 30-50% av den voksne befolkningen vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet, og antall polikliniske behandlinger fortsetter å øke. Flere terapeuter opplever ventelister, og problemer med å møte behovene til alle som ønsker deres tjenester. Dette kan føre til at folk blir mer åpne for å benytte seg av bøker mellom og utenfor sesjonene. Da biblioterapi har et potensiale til å dekke noe av behovet for psykisk helsehjelp, var det interessant å undersøke biblioterapiens effekt og hvordan bøkene kunne brukes i det terapeutiske arbeidet med pasienter.

Før man bruker selvhjelpsbøker i arbeidet med pasienter, bør det undersøkes hvilke diagnoser som kan ha nytte av biblioterapi. Meta-analysene i oppgaven viste at biblioterapi var signifikant bedre enn ingen behandling, og at den var spesielt effektiv for angst (effektstørrelse på mellom 0.60-1.10) og depresjon (ES= 0.70-0.80). Studiene i oppgaven viste også at behandlingseffekten økte dersom mennesker

med disse lidelsene fikk en terapeutisk oppfølging. Terapeuten kunne øke forbedringene, opprettholde motivasjonen og redusere frafall.

Dersom man ønsker å foreskrive selvhjelpsbøker, bør man også kartlegge hvilke spesifikke bøker som har fått en empirisk støtte. Et av hovedproblemene til biblioterapien er mangelen på kvalitetskontroll, og spesielt det faktumet at selvhjelpsbøker uten empirisk støtte blir markedsført og brukt av offentligheten. I tillegg gjør det store utvalget av tilgjengelige bøker at terapeuter og pasienter ofte er uvitende om hvilke som er effektive. Imidlertid har APA argumentert for at psykologer har en unik mulighet til å vurdere bøkene systematisk, og å veilede leserne til en riktig bruk av litteraturen, hvilket var et av oppgavens mål.

Angst og depresjon er to av de hyppigste lidelsene som rammer befolkningen (20-30% i løpet av livet), og oppgavens studier viste som sagt at disse lidelsene fikk en spesielt god effekt av biblioterapien. Derfor ble tre empirisk effektive selvhjelpsbøker for angst og depresjon presentert og analysert; *Feeling Good* (Burns, 1999), *The Shyness & Social Anxiety Workbook* (Antony & Swinson, 2008) og *Coping with Panic* (Clum, 1990). Bøkene var skrevet av fagfolk med en høyere utdanning og bred erfaring innenfor bøkens emner, og beskrev kognitive og atferdsterapeutiske teorier om hvordan man kunne bekjempe lidelsene. Forskning har vist at bøkene har gitt leserne signifikante symptomlettelser, og at de har hatt langtidseffekter på mellom et halvt og to år. Funnene stemte overens med studiet til Redding et al. (2008), som konkluderte med at de mest effektive bøkene er problemfokuserende, basert på kognitiv terapi, skrevet av helsefagfolk med en høyere utdanning, og de som forbereder leseren på muligheten for tilbakefall og motgang. Dette tyder på at funnene om de tre bøkens faktorer er representable for empirisk effektive selvhjelpsbøker, og at de dermed er generaliserbare.

Spesifikke og non-spesifikke virkemidler i de tre selvhjelpsbøkene ble belyst gjennom en tematisk analyse, som gikk ut på å identifisere og tolke temaene i bøkene. En non-spesifikk faktor som har vist seg å være avgjørende for pasientens forbedringer i terapien, er den terapeutiske alliansen. Bøkene skapte en allianse med leseren gjennom beskrivelser av forfatterens kliniske erfaring og teknikkenes effektivitet, å vise empati og skrive optimistiske kommentarer om leserens fremtid, å

presentere en rekke casebeskrivelser som styrket bokens teorier og teknikker, å forberede leseren på motgang og å gi leseren en mulighet til å sette mål og å gjennomføre øvelser. Spesifikke faktorer fra den kognitive terapien som kunne forklare bøkens effektivitet, var muligheten for diagnostisering, sosial ferdighetstrening, kognitiv restrukturering og situasjonell eksponering.

Bøkene inneholdt faktorer som har vist seg å være effektive i den tradisjonelle psykoterapien, noe som kan gi en forståelse av hvorfor de også har gitt leserne symptomreduksjoner. De gir en illustrasjon av hva biblioterapi kan være, men er også konkrete eksempler på hvilke bøker man kan bruke i det terapeutiske arbeidet med pasienter.

Etter at det hadde blitt kartlagt hvilke diagnoser og bøker som hadde en symptomlettende effekt, ble fordeler og ulemper ved bruken av bøker i det terapeutiske arbeidet diskutert. Den første ulempen ved å bruke selvhjelpsbøker, er at man trenger mer informasjon om hvordan denne ressursen kan administreres optimalt i terapien. Videre er terapeutene ofte uvitende om hvilke bøker som er effektive, og det store utvalget gjør det vanskeligere å evaluere de. Det er også knyttet en usikkerhet til om selvhjelp reelt reduserer kostnadene til helsevesenet. Samt kan foreskrivingen av bøkene gjøre at pasientene føler seg mindre prioritert.

Til tross for disse utfordringene, tyder de gode effektstørrelsene til terapeut-administrert biblioterapi på at oppfølgingen øker sannsynligheten for positive utfall. En god terapeut kan veilede pasienten i hvilke bøker som er effektive, tilpasse behandlingen til den enkelte, og gi tilbakemeldinger på pasientens endringer. Bruken av bøker i terapien kan gjøre den mer tidseffektiv, redusere kostnader, lære pasienten at den kan bruke egne ressurser til å arbeide med utfordringer og gi den en følelse av selvbestemmelse. Videre kan oppfølgingen gi pasienten en større følelse av å bli støttet, og motivere den til å fullføre behandlingen. I tillegg kan viktige problemer bli mer synlige, og gi pasienten en større forståelse av sin situasjon, noe som kan åpne opp for at endringer skjer tidligere. Bøkene kan også frigjøre terapitid til de som lider av mer alvorlige og kroniske patologier.

Da det så ut til at det var flere positive enn negative konsekvenser knyttet til biblioterapien, og at den terapeut-administrerte lesingen overgikk den selvadministrerte, ble det presentert en rekke forslag til hvordan selvhjelpsbøker kunne brukes i terapien.

For det første, kan bøkene brukes til å aktivisere pasienten utenfor terapirommet. Forskning har vist at hjemmelekser (i form av å lese og gjøre øvelser) kan øke effekten til individuelle behandlingstiltak. Leksene bør diskuteres med pasienten i forkant, og tilpasses personens motivasjon, funksjonsnivå og problemets kompleksitet. Lesingen kan øke og overføre endringer fra det kliniske rommet til pasientens liv. Bøkene kan også brukes dersom man vil gi pasienten et større ansvar og opplevelse av selvstendighet i behandlingen.

Videre kan bøkene foreskrives til pasienter på venteliste. Litteraturen kan lindre symptomer, gi en naturlig bedring, eller opprettholde motivasjonen for å bruke profesjonell hjelp. I tillegg kan bøkene brukes til å vedlikeholde behandlingseffektene, når terapien er avsluttet. Gjennom å lese om viktige idéer fra terapien, er det en større sannsynlighet for at behandlingsutbyttet vedlikeholdes, og at man hindrer tilbakefall.

Avslutningsvis ble noen spesifikke råd om hva terapeuten bør gjøre dersom den inkluderer bøkene i terapien presentert. For det første, er det en fordel dersom terapeuten blir en del av hele prosessen. I starten av prosessen kan den diskutere muligheten for å bruke selvhjelpsbøker med pasienten. Diskusjonen kan avdekke pasientens forventninger og erfaringer. Deretter bør terapeuten gjennomføre et klinisk intervju for å kartlegge pasientens behov og personlighet. Etter intervjuet, bør den også inkluderes i utvelgelsen av bøkene, for å sikre at pasienten får en tilgang til god og empirisk støttet litteratur. For å hindre skadelige utfall og spore biblioterapiens effekt, bør terapeuten jevnlig overvåke pasientens reaksjoner på bøkene.

Det har også blitt anbefalt en rekke vurderinger som terapeuten bør gjøre, før den foreskriver selvhjelpsbøker. Den bør for eksempel vurdere når i behandlingen biblioterapi er mest hensiktsmessig, om boken er konsistent med målene til

behandlingen, om boken er hensiktsmessig for pasientens problemer, og om boken er passende for pasientens evner og karakteristika.

Informasjonen om hvilke lidelser som har fått en positiv effekt av biblioterapi, hvilke bøker som er effektive, og hvordan bøkene kan brukes i terapien, kan gi helsefagfolk en bedre mulighet til å bruke bøkene i arbeidet med pasienter. Bruken av empirisk støttede selvhjelpsbøker har også potensialet til å forebygge og behandle psykiske lidelser på et tidlig stadie, og dermed bidra til å skape en bedre folkehelse. Fremtidig forskning kan derfor fokusere på å gjennomføre flere studier på biblioterapiens effekter, hvordan selvhjelpsbøker kan tilpasses individers karakteristikk og komorbiditet, og hvordan bøkene kan brukes mest optimalt i terapien.

Referanseliste

Artikler og bøger:

Abramowitz, J. S., Moore, E. L., Braddock, A. E., Harrington, D. L. (2009). Self-help cognitive-behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2009, Vol.40(1) (pp. 98-103) [6 s.]

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*, 1998, Vol.66(4) (pp. 685-690) [6 s.]

Adams, S. J., Pitre, N. L. (2000). Who uses bibliotherapy and why? A survey from an underserved area. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, September 2000, Vol.45(7) (pp. 645-649) [5 s.]

Aglen, B., Hedlund, M., Landstad, B. J. (2011). Self-help and self-help groups for people with long-lasting health problems or mental health difficulties in a Nordic context: A review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011, Vol.39(8) (pp. 813-822) [10 s.]*

Alarcón, R. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*, October 2009, Vol.8(3) (p. 131) [1 s.]

Antony, M. M., Swinson, R. P. (2008). *The Shyness and Social Anxiety Workbook. Proven, step-by-step techniques for overcoming your fear*. New Harbinger Publications (pp. 1-93, pp. 107-239) [225 s.]

Apfel, R. (1996). 'With a Little Help from My Friends I Get By': Self-Help Books and Psychotherapy. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, Winter, 1996, Vol.59(4) (pp. 309-322) [14 s.]

- Baldursson, E. B. (2009). *Hyperstress- essays om moderne arbejdspsykologi*. Frydenlund Forlag (p. 137) [1 s.]*
- Barker, K. (2002). Self-help literature and the making of an illness identity: The case of fibromyalgia Syndrome (FMS) *SOCIAL PROBLEMS*, Vol. 49, No. 3 (pp. 279-300) [21 s.]*
- Burns, D. (1999). *Feeling Good. The new mood therapy*. HarperCollinsPublishers (pp. xi-xxxii, pp. 9-423) [441 s.]
- Baspınar Can, P., Dereboy, C., Eskin, M. (2012). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Restructuring and Systematic Desensitization in Reducing High-Stakes Test Anxiety. *Turk Psikiyatri Dergisi*, Spring 2012, Vol.23(1) (p. 9) [1 s.]
- Bergsma, A. (2007). Do self-help books help? *Journal of Happiness Studies*, 2008, Vol.9(3) (pp. 341-360) [20 s.]*
- Bilich, 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 & Psychotherapy*, March 2008, Vol.15(2) (pp. 61-74) [14 s.]
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 01 January 2006, Vol.3(2) (pp. 78-97) [20 s.]
- Brinkmann, S. (2014). *Stå fast – Et opgør med tidens udviklingstvang*. Gyldendal Business (pp. 1-9) [9 s.]*
- Bruneau, L., Bubenzer, D. , & McGlothlin, J. (2010). Revisioning the self: A phenomenological investigation into self-help reading. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, Fall 2010, Vol.49(2) (pp. 217-230) [14 s.]*
- Campbell, L. F., Smith, T. P. (2003). Integrating self-help books into psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, February 2003, Vol.59(2) (pp. 177-185) [9 s.]

- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., Hayes, A. M. (1996). Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A Study of Unique and Common Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, Vol.64(3) (pp. 497-504) [8 s.]
- Clarke, V., Braun, V. (2016). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12/09/2016 (pp. 297-298) [2 s.]
- Clum, G. (1990). *Coping with Panic. A Drug-Free Approach to Dealing with Anxiety Attacks*. Brooks/Cole Publishing Company (pp. vii-x, pp. 1-181) [185 s.]
- Creswell, J. (2009). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications, Inc; 4th edition (p. 3, p. 6, p. 10) [3 s.]*
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1997, Vol.28(2) (pp. 139-145) [7 s.]*
- Colman, A. M. (2009). *Dictionary of Psychology*. Oxford University Press (p. 457) [1 s.]*
- Dawson, M. (2012). Reviewing the critique of individualization: The disembedded and embedded theses. *Acta sociologica*, 2012, Vol. 55, no. 4 (pp. 305-319) [14 s.]
- Den Boer, P., Wiersma, D., Van Den Bosch, R. J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2004, Vol.34(6) (pp. 959-971) [13 s.]
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M., Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, June 2013, Vol.48(3) (p. 177) [1 s.]

Febbraro, G. (2005). An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. *Journal of Clinical Psychology*, June 2005, Vol.61(6) (pp. 763-779) [17 s.]

Floyd, M., Mckendree-Smith, N. L., Scogin, F. R. (2004). Remembering the 1978 and 1990 task forces on self-help therapies: A response to Gerald Rosen. *Journal of Clinical Psychology*, January 2004, Vol.60(1) (pp. 115-117) [3 s.]

Floyd, M., Scogin, F., Mckendree-Smith, N. L., Floyd, D. L., Rokke, P. D. (2004). Cognitive Therapy for Depression: A Comparison of Individual Psychotherapy and Bibliotherapy for Depressed Older Adults. *Behavior Modification*, 2004, Vol.28(2) (pp. 297-313) [17 s.]

Forest, J. (1988). Self-help books. *The American Psychologist*, July, 1988, Vol.43(7) (p. 599) [1 s.]*

Gould, R. A., Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 1993, Vol.13(2) (pp. 169-179) [11 s.]

Gould, R. A., Clum, G. A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy*, 1995, Vol.26(3) (pp. 533-543) [11 s.]

Gould, R. A., Clum, G. A., Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 1993, Vol.24(2) (pp. 241-252) [12 s.]

Gregory, R. J., Canning, S. S., Lee, T. W., Wise, J. C. (2004). Cognitive Bibliotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2004, Vol.35(3) (pp. 275-280) [6 s.]

Hanson, K., Webb, T., Sheeran, P., Turpin, G. (2015). Attitudes and preferences towards self-help treatments for depression in comparison to psychotherapy and

antidepressant medication. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2016, Vol.44(2) (pp. 129-139) [11 s.]*

Harwood, M. T., L'Abate, L. (2010). *Self-Help in Mental Health*. Springer Publishing (pp. 3-146) [144 s.]

Hirai, M., Clum, G. A. (2006). A Meta-Analytic Study of Self-Help Interventions for Anxiety Problems. *Behavior Therapy*, 2006, Vol.37(2) (pp. 99-109) [11 s.]

Hollway, W. (1996). *Work psychology and organizational behaviour*. SAGE Publications (pp. 68-80) [12 s.]

Indergård, P., Skiri, J., Solbakken, T., Urfjell, B. (2013). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *Norsk pasientregister 2012* (p. 6) [1 s.]

Indergård, P., Lützen, J., Solbakken, T., Urfjell, B. (2016) Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *Norsk pasientregister 2015* (p. 6) [1 s.]

Indergård, P., Solbakken, T., Urfjell, B. (2017). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *Norsk pasientregister 2016* (p. 6) [1 s.]

Jack, S., Ronan, K. (2008). Bibliotherapy. *School Psychology International*, May 2008, Vol.29(2) (pp. 161-172) [12 s.]

Jamison, C., Scogin, F. (1995). The Outcome of Cognitive Bibliotherapy With Depressed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, Vol.63(4) (pp. 644-650) [7 s.]

Kjær, R. (2013). *Selvhjælp på hovedet – Sosiale perspektiver på personlig utvikling*. Forlaget Klim (p. 9) [1 s.]

Knudson, S. (2013). Crash courses and lifelong journeys: Modes of reading non-fiction advice in a North American audience. *Poetics*, 6/2013, Vol.41(3) (pp. 211-235) [25 s.]*

Kragh, J. (2010). Psykiatriens historie i Danmark. I *Grundbog i psykiatri*, Simonsen, E. & Møhl, B. 2010 (p. 824) [1 s.]

Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. SAGE Publications Ltd (p. x, p. xi) [2 s.]

Lankveld, V., Jacques J. D. M. (1998). Bibliotherapy in the Treatment of Sexual Dysfunctions: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, Vol.66(4) (pp. 702-708) [7 s.]

Lillienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 1 March 2007, Vol.2(1) (pp. 53-65) [13 s.]*

Lidren, D. M. ; Watkins, P. L., Gould, R. A., Clum, G. A., Asterino, M., Tulloch, H. L. (1994). A Comparison of Bibliotherapy and Group Therapy in the Treatment of Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, Vol.62(4) (pp. 865-869) [5 s.]

Lucock, M., Barber, R., Jones, A., Lovell, J. (2007). Service users' views of self-help strategies and research in the UK. *Journal of Mental Health*, 2007, Vol.16(6) (pp. 795-805) [11 s.]

Marrs, R. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, December 1995, Vol.23(6) (pp. 843-862) [20 s.]

McLean, S. (2013). Public pedagogy, private lives: Self-help books and adult learning. *Adult Education Quarterly*, 2013, Vol.63(4) (pp. 373-388) [16 s.]*

McLean, S., & Kapell., B. (2015). She reads, he reads: gender differences and

learning through self-help books. *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*, 01 March 2015, Vol.6(1) (p. 451) [1 s.]*

McLean, S., Vermeylen, L. (2013). Transitions and pathways: self-help reading and informal adult learning. *International Journal of Lifelong Education*, 01 January 2013 (p. 125) [1 s.]

Menchola, M., Arkowitz, H. S., Burke, B. L. (2007). Efficacy of Self-Administered Treatments for Depression and Anxiety. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2007, Vol.38(4) (pp. 421-429) [9 s.]

Menninger, W. W. (2004). Contributions of Dr. William C. Menninger to military psychiatry. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2004, Vol.68(4) (pp. 277-296) [19 s.]

Naylor, E., Antonuccio, D., Litt, M., Johnson, G., Spogen, D., Williams, R., McCarthy, C., Lu, M., Fiore, D., Higgins, D. (2010). Bibliotherapy as a Treatment for Depression in Primary Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2010, Vol.17(3) (pp. 258-267) [10 s.]

Norcross, J. (2000). HERE COMES THE SELF-HELP REVOLUTION IN MENTAL HEALTH. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2000, Vol.37(4) (pp. 371-375) [5 s.]*

Norcross, J. (2006). Integrating Self-Help Into Psychotherapy: 16 Practical Suggestions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2006, Vol.37(6) (pp. 683-693) [11 s.]

Benjamin, R. (2000). Benjamin Rush, MD: assassin or beloved healer? *Baylor University Medical Center. Proceedings*, Jan 2000, Vol.13(1) (p. 45) [1 s.]

Nordin, S., Carlbring, P., Cuijpers, P., Andersson, G. (2010). Expanding the Limits of Bibliotherapy for Panic Disorder: Randomized Trial of Self-Help Without Support but With a Clear Deadline. *Behavior Therapy*, 2010, Vol.41(3) (pp. 267-276) [10 s.]

Oei, T., Shuttlewood, G. (1996). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A case of cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, 1996, Vol.16(2) (pp. 83-97) [15 s.]

Ogles, B., Craig, D., & Lambert, M. (1991). Comparison of self-help books for coping with loss: expectations and attributions. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4) (pp. 387-393) [7 s.]*

Palpacuer, C., Gallet, L., Drapier, D., Reymann, J., Falissard, B., Naudet, F. (2017). Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies. *Journal of Psychiatric Research*, April 2017, Vol.87 (pp. 95-104) [10 s.]

Pearcy, C. P., Anderson, R. A., Egan, S. J., Rees, C. S. (2016). A systematic review and meta-analysis of self-help therapeutic interventions for obsessive–compulsive disorder: Is therapeutic contact key to overall improvement? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, June 2016, Vol.51 (pp. 74-81) [8 s.]

Power, K. G., Sharp, D. M., Swanson, V., Simpson, R. J. (2000). Therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, February 2000 (pp. 37-46) [10 s.]

Raymond, C., Marin, M-F., Hand, A., Sindi, S., Juster, R-P, Lupien, S., Marrocco, J. (2016). Salivary Cortisol Levels and Depressive Symptomatology in Consumers and Nonconsumers of Self-Help Books: A Pilot Study. *Neural Plasticity*, 2016, Vol.2016 (pp. 1-12) [12 s.]*

Redding, R. E., Herbert, J. D., Forman, E. M., Gaudiano, B. A., & Roberts, M. C. (2008). Popular Self-Help Books for Anxiety, Depression, and Trauma: How Scientifically Grounded and Useful Are They? *Professional Psychology: Research and Practice*, 2008, Vol.39(5). (pp. 537-545) [8 s.]*

Richardson, R., Richards, D. A., Barkham, M. (2010). Self-Help Books for People

with Depression: the Role of the Therapeutic Relationship. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2010, Vol.38(1) (pp. 67-78) [12 s.]

Ritzert, T., Forsyth, J. P., Sheppard, S. C., Boswell, J. F., Berghoff, C. R., Eifert, G. H. (2016). Evaluating the Effectiveness of ACT for Anxiety Disorders in a Self-Help Context: Outcomes From a Randomized Wait-List Controlled Trial. *Behavior Therapy*, July 2016, Vol.47(4) (pp. 444-459) [16 s.]

Roald, T. & K ppe, S. (2008). Generalisering i kvalitative metoder. *Psyke & Logos*, 2008 (p. 86) [1 s.]*

Robinson, E. L. (1989). The relative effectiveness of cognitive restructuring and coping desensitization in the treatment of self-reported worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 1989, Vol.3(4) (pp. 197-207) [11 s.]

Rosen, G. M. Self-help treatment books and the commercialization of psychotherapy. (1987). *The American Psychologist*, Jan, 1987, Vol.42 (pp. 46-50) [5 s.]*

Rosen, G., Glasgow, R., Barrera, M. (1976). A controlled study to assess the clinical efficacy of totally self-administered systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Jan 1, 1976, Vol.44 (pp. 208-217) [10 s.]

Saper, Z., & Forest, J. (1987). Personality variables and interest in self-help books. *Psychological Reports*, 60 (pp. 564-566) [3 s.]*

Schjødt, B., Skulte, A. (2013). Fremveksten av samfunnspsykologien i Norge: Fra kritisk korrektiv til et alternativ i posisjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 50, nummer 5, 2013 (pp. 412-418) [7 s.]

Scogin, F., Jamison, C., Gochneaur, K. (1989). Comparative Efficacy of Cognitive and Behavioral Bibliotherapy for Mildly and Moderately Depressed Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, Vol.57(3) (pp. 403-407) [5 s.]

Scogin, F., Jamison, C., Davis, N. (1990). Two-Year Follow-Up of Bibliotherapy for

Depression in Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, Vol.58(5) (pp. 655-657) [3 s.]

Starker, S. (1988). Self-help treatment books: the rest of the story. *The American Psychologist*, July, Vol.43(7) (p. 599) [1 s.]*

Solbu, L. T. (2010). *Kognitiv behandling ved sosial fobi: Fra innhold til prosess?* Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (pp. 1-15) [15 s.]

Tagestad, L. (2015). Selvhjelp – en fordel eller en byrde? (pp. 2-35) [34 s.] (se bilag)

Tagestad, L. (2016). Hvilke personer interesserer seg for selvhjelp? (pp. 6-57) [52 s.] (se bilag)

Weimerskirch, P. J. (1965). Benjamin Rush and John Minson Galt, II. Pioneers of bibliotherapy in America. *Bulletin of the Medical Library Association*, October 1965, Vol.53(4) (pp. 510-515) [6 s.]

Wilson, D. & Cash, T. (2000). Who reads self-help books? Development and validation of the Self-Help Reading Attitudes Survey. *Personality and Individual Differences*, 2000, Vol.29(1) (pp. 119-129) [11 s.]*

Wright, J. H., Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1994, Vol.1(1) (pp. 25-41) [17 s.]

Wolf, F. M. (1986). *Meta-analysis: quantitative methods for research synthesis*. SAGE Publications (p. 5) [1 s.]

*Tidligere anvendt pensum

Totalt: 1776 sider

Internettsider:

Alnes, J. H. (2015). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 24.05.17, fra:

https://snl.no/hypotetisk-deduktiv_metode

Bakke, K. A. (2012). *Dagens Medisin*. Nedlastet d. 29.03.17, fra:

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2012/10/18/13.000-venter-i-psykisk-helseko/>

Bloch, C. (2009). *Den Store Danske*. Nedlastet d. 07.04.17, fra:

http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Sociologi/Grupper/individualisering

Brask-Rustad, T. (2004). *Psykologtidsskriftet*. Nedlastet d. 27.03.17, fra:

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=408457&a=3

Columbia University. (2017). Columbia University Archives. Nedlastet d. 27.03.17,

fra: http://www.columbia.edu/cu/lweb/archival/collections/ldpd_6764831/

Dahlum, S. (2015). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 23.05.17, fra:

<https://snl.no/kvalitativ>

Ertesvåg, S. (2014). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 16.05.17, fra:

https://snl.no/sosiale_ferdigheiter

Fosshagen, K. (2016). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 07.04.17, fra:

<https://snl.no/globalisering>

Garraty, J., Carnes, M. (1999). American National Biography Online. Nedlastet d. 27.03.17, fra:

<http://oxfordindex.oup.com/view/10.1093/anb/9780198606697.article.1201843>

Helsedirektoratet. (2014). Helse Norge. Nedlastet d. 27.03.17, fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser>

- Helse Sør-Øst. (2011). Helse Sør-Øst. Nedlastet d. 29.04.17, fra: http://hsorhf.prod.fpl.nhn.no/aktuelt/_helse-sor-ost---oppsummert-2011/_Documents/N%C3%B8kkeltall%202011%20-%20psykisk%20helsevern.pdf
- Karlsen, T. (2017). FN. Nedlastet d. 07.04.17, fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Kompetanse Norge. (2017). Samfunnskunnskap. Nedlastet d. 07.04.17, fra: http://www.samfunnskunnskap.no/?page_id=604
- Kriz, S., Solberg, B. (2010). Legeforeningen. Nedlastet d. 24.05.17, fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomsspsykiatri/Del-3/kapittel-1-psykoterapi/13-kognitiv-atferdsterapi/>
- Malt, U. (2016). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 27.03.17, fra: <https://sml.snl.no/depresjon>
- Mills, A. J., Durepos, G., Wiebe, E. (2017). *Encyclopedia of Case Study Research*. Nedlastet d. 23.05.17, fra: <http://sk.sagepub.com/reference/casestudy/n342.xml>
- Møhl, B. (2009). *Den Store Danske*. Nedlastet d. 29.04.17, fra: http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykodynamik,_terapi_former_og_begreber/biblioterapi
- Nielsen, T. (2015). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 03.05.17, fra: https://snl.no/Ulrich_Beck
- Nordahl, H., Martinsen, E., Wang, C. (2012). *Psykologtidsskriftet*. Nedlastet d. 24.05.17, fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=162254&a=2
- Nordbø, B. (2009). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 29.04.17, fra: <https://snl.no/biblioterapi>

- Oslo Kommune. (2017). Oslo Kommune. Nedlastet d. 02.04.17, fra:
<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/psykisk-helse/rask-psykisk-helsehjelp/>
- Plous, S. (2017). Social Psychology Network. Nedlastet d. 28.03.17, fra:
<https://www.socialpsychology.org/psych.htm>
- Schackt, J. (2016). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 24.05.17, fra:
<https://snl.no/kultur>
- Skei, H. (2009). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 27.03.17, fra:
<https://snl.no/skj%C3%B8nnlitteratur>
- Skirbekk, S. (2014). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 18.05.17, fra:
<https://snl.no/samfunn>
- Skogen, J. (2015). Folkehelseinstituttet. Nedlastet d. 27.03.17, fra:
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Skre, I. B. (2016). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 16.03.17, fra:
<https://sml.snl.no/psykoterapi>
- Stranden, A. (2016). Forskning.no. Nedlastet d. 26.05.17, fra:
<http://forskning.no/arbeid-psykologi-utviklingspsykologi/2016/08/bare-en-av-ti-selvhjelpsboker-er-forskningsbasert>
- Svartdal, F. (2014). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 24.05.17, fra:
<https://snl.no/fagfelle vurdering>
- Svartdal, F. (2015). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 19.04.17, fra:
<https://snl.no/effektstørrelse>

Svartdal, F. (2017). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 24.05.17, fra:

<https://snl.no/sosialpsykologi>

Teigen, K. (2015). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 03.05.17, fra:

https://snl.no/humanistisk_psykologi

Teigen, K., Skre, I. (2016). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 24.05.17, fra:

<https://snl.no/personlighetspsykologi>

Tranøy, K., Stigen, A. (2017). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 07.04.17, fra:

<https://snl.no/opplysningstiden>

University of Oregon. (2015). University of Oregon. Nedlastet d. 27.03.17, fra:

<http://pages.uoregon.edu/vburris/soc310/310durk.pdf>

Wæhle, E., Sterri, A. (2016). *Store Norske Leksikon*. Nedlastet d. 04.04.17, fra:

<https://snl.no/case-studie>