

Diætbehandling af overvægt – nytter det overhovedet?

At fastholde et opnået vægttab via permanente ændringer af spisevaner kan ikke adskilles fra det at mestre sin tilværelse i det hele taget. Psykologiske og sociale aspekter skal inddrages meget mere i den fremtidige behandling af overvægt.



Inge Vinding

Alle, der arbejder inden for området ved, at behandling af overvægt er en meget vanskelig opgave. Den manglende langtids-effekt er en evig kilde til frustration, og flere både læger og diætister er begyndt at give op. Således har den tidligere formand for Motions- og Ernæringsrådet, Bjørn Richelsen (1), været fremme med synspunkter, der kan tolkes som om, det ikke nytter at forsøge at ændre kostvaner, når man først vejer for meget. Selvom viljen og motivationen er stærk, er kroppens fysiologiske våben mod vægttabet hos mange endnu stærkere, mener han. Det fysiologiske forsvar er uden tvivl stærkt, men der findes andre mindst lige så stærke forsvar mod det opnåede vægttab, nemlig psykologiske og sociale faktorer, som man i den hidtidige behandling ikke eller kun i ringe grad har taget højde for.

Det psykologiske forsvar mod vægttab

Der ligger generelt mange psykologiske mekanismer bag vores spisevaner, og dermed også bag forandringsprocessen: At ændre kostvaner. Vaner er generelt meget svære at ændre, og især når de er velsmagende. Det kræver en god portion motivation, dvs. at det skal være meget vigtigt for én samtidig med, at man har en høj tiltro til (self-efficacy), at man godt kan klare det. Det er vigtigt at skelne mellem motivation til at tabe i vægt, og motivation til varigt at ændre kostvaner. Der er ingen tvivl om, at de overvægtige er særdeles motiverede for at komme ned i vægt. Til gengæld kniber det som hovedregel med motivationen til at ændre kostvaner for resten af livet. Mange har da også utopiske ønsker i retningen af: *"Bare jeg kunne blive ved med at spise, hvad jeg har lyst til, og alligevel tabe mig og holde vægten"*. Dvs. at mange stadig tror, at de kan "nøjes" med en slankekur, der tager et vist antal uger eller måneder. Men det er ikke en kur, der skal til, men derimod varige ændringer

i livsstilen, som ikke nødvendigvis behøver at være radikale. Her har diætister en væsentlig opgave.

Et for godt liv eller trøst og flugt fra ubehagelige følelser

For rigtig mange skal grunden til at spise for meget findes i hedonisme: Lyst, vel-smag og sanselig tilfredsstillelse. *"Mad er vidunderligt, og meget mad er endnu mere vidunderligt."*, som det blev udtalt af en overvægtig i TV-programmet Kontant i efteråret 2006. Årsagen til overvægten skal dermed findes i et for "godt" liv, hvor man har vanskeligheder med at prioritere



imellem de mange fristelser i dagligdagen kombineret med en generel manglende opmærksomhed på at dyrke de mange andre værdier i livet, som kunne kompensere for nydelsen ved at spise.

Men der er også dem, der bruger mad til at opnå følelsesmæssig lettelse: Fjerne ubehag, tristhed, kedsomhed, bekymring, stress, skam og oplevelsen af lavt selvværd (2-5). Problemet ved denne coping-strategi er, at løsningen ender med at blive problemet, nemlig svær overvægt, som giver en oplevelse af endnu flere negative følelser inkl. lavt selvværd og skam - og dermed endnu en grund til at spise for meget.

For nogle ender det i en egentlig spiseforstyrrelse som Binge Eating Disorder*, der hidtil ikke har været særligt fokus på i behandlerkredse til trods for, at forekomsten skønnes at ligge på op mod 30% af dem, der søger hjælp til at tabe sig, og måske op mod 52% af de patienter, der er indstillet til operation for deres overvægt (6,7). Resultater fra et tværfagligt interventionsstudie med fem års follow up (8) viste, at patienter i regainer-gruppen (dem, der tager på igen efter et opnået vægttab) havde en signifikant højere score mht. Binge Eating Disorder. De rapporterede ligeledes signifikant hyppigere om psykosociale vanskeligheder som depression, angst, arbejdsløshed, familieproblemer, skilsmisse, stress på arbejdet, sorg og ensomhed. Blandt regainer-gruppen rapporterede dem med Binge Eating Disorder hyppigere om ensomhed, familie- og parproblemer og sorg som årsag til overspisning. Og et signifikant højere antal identificerede følelsesmæssig labilitet, depression (52%) eller angst (58%) snarere end sult som trigger til overspisning. Er der tale om en bagvedliggende spiseforstyrrelse, forklarer det meget godt, hvorfor den traditionelle behandling ikke hjælper. Med den norske

*: Binge Eating Disorder (BED) kaldes også for bulimi uden udrensning, idet der er tale om anfald af overspisning uden regelmæssige vægtregulerende tiltag eksempelvis opkastning og ekstrem motion, hvilket ofte resulterer i overvægt. Binge eating består af mindst to elementer, et subjektivt element i form af en følelse af tab af kontrol, og et objektivi element, nemlig mængden af mad, der indtages på én gang. Overvægtige med BED synes at have en tendens til at overspise også i forbindelse med måltiderne og har således vist sig at have en højere energiindtagelse end overvægtige uden BED. Overvægtige med BED udviser mere alvorlig overvægt, tidligere debut af overvægt, tidligere debut mht. slanketure og hyppigere slanketure. Der er desuden en øget forekomst af psykiske lidelser især depression og angst (6,7,9).

psykiater Finn Skårderuds ord: *"Med overspisningsforstyrrelser som en ny kategori af spiseforstyrrelser er vi i færd med at forstå visse former for overvægt som primært psykiske tilstande"* (9, p.19).

Psykologisk afhængighed

Men kan de overvægtige så ikke bare lade være med at overspise, når de oplever problemer? Nej! Selvom det kan synes dybt irrationelt, hænger de fast i en form for afhængighed. De er afhængige af øjeblikkelig tilfredsstillelse i forhold til forsinket tilfredsstillelse – med andre ord en psykologisk afhængighed. Vi har at gøre med en automatisk proces, hvor vedkommende oplever ikke at have kontrol. Og netop fordi det faktisk hjælper at spise, fordi det påvirker hjernens belønningssystem og dermed øger dopamin-

niveauet, der er forbundet med psykisk ro, velvære og vellyst, er der tale om en kraftig forstærkningseffekt (10). Det skal ikke sidestilles med afhængighed af alkohol- og narko. For det første er der her tale om en fysiologisk afhængighed, og for det andet forårsager rusmidler en betydeligt større frigivelse af dopamin (11).

At komme ud af denne fælde kræver motivation, udholdenhed og selvkontrol, fordi man er nødt til at presse sig til at gøre noget, der i øjeblikket er forbundet med ulyst, men som giver gevinst senere. I modsætning til denne måde at "løse" problemer på kræver en egentlig problemløsning en bevidst og aktiv indsats. Der er tale om en læreproces, som vedkommende skal have hjælp til fx i form af kognitiv terapi**.

** : Kognitiv terapi: Et væsentligt formål med kognitiv terapi er at fremme motivationen, skabe indsigt i sammenhængen mellem overvægt og psykologiske faktorer samt i, hvorfor og i hvilke situationer man spiser for meget, udvikling af coping-strategier og værktøjer til at tackle højrisikosituationer og tilbagefald, "fange" depression, angst og spiseforstyrrelser. Væsentlige elementer er kognitiv restrukturering med henblik på at ændre dysfunktionelle tanker om mad, spisning og vægt og med henblik på at ændre negativ selvopfattelse, manglende selvtillid og lav self-efficacy, træning i problemløsning, stressreduktionsmetoder og hensigtsmæssige copingstrategier. Kognitiv terapi foretages både som individuel terapi og gruppeterapi (29).

"På den næste planet boede en dranker. Det blev et meget kort møde, men det hensatte den lille prins i det dybeste mismod. – Hvad bestiller du der? Spurgte han drankeren, som han fandt siddende foran en hær af tomme flasker og en hær af fulde flasker. – Jeg drikker, svarede drankeren og så dystert ud. – Hvorfor drikker du? Spurgte den lille prins. – For at glemme, svarede drankeren. – For at glemme hvad, forhørte den lille prins sig. Han var allerede ved at få ondt af drankeren. – For at glemme, at jeg skammer mig, indrømmede drankeren, og bøjede hovedet. – Skammer dig over hvad? Spurgte den lille prins, som gerne ville hjælpe ham. – Over at jeg drikker, sagde drankeren afsluttende og indhyllede sig i fuldkommen tavshed. Og den lille prins flygtede forvirret. De voksne er bestemt meget mærkelige, sagde han til sig selv, da han drog videre ud i verden" (12, p.42-43).

Overvægt og overspisning er kun toppen af isbjerget

Mennesker, der bruger spisning til at flygte fra ubehagelige følelser, er ofte karakteriseret ved, at de ikke kun har problemer mht. vægt og spisning. De har generelt problemer med personlig styrke og mestringsevne, det vil sige at kunne sætte realistiske mål, at kunne se en mening med livet, at have basal tillid til sig selv og andre, at kunne se muligheder og at have en dybfølt fornemmelse af eget ansvar. Mangler man psykisk styrke, kan livet generelt føles vanskeligt og svært at tackle, og man synes at mangle viljestyrke og evne til selvmotivation.

At holde fast i sine mål – i dette tilfælde nye spisevaner og vægttab – trods modgang kræver en vis robusthed over for frustrationer. Denne robusthed er et resultat af vores opvækst og erfaringer og dermed en del af vores personlighed. Ikke alle har her været lige "heldige". Man kan sammenligne denne robusthed med en elastik: *"Hvis vores livserfaringer*

er prægede af nederlag og skuffede forventninger, som ikke er blevet bearbejdede, vil vores elastiktråd være usmidig med tendens til hurtigt at knække, når den udspændes" (13, p.173).

Min antagelse er, at evnen til at ændre spisevaner, tabe i vægt og fastholde et vægttab ikke kan betragtes adskilt fra evnen til at mestre tilværelsen generelt. Målet må derfor være at udvikle kompetence til at håndtere eget liv, herunder spisevaner og vægt. Dette stemmer godt overens med undersøgelser af børn og unges sundhedsvaner. Problemer med dårlige kostvaner, overvægt, manglende motion, rygning og alkoholmisbrug synes at hænge sammen med manglende trivsel (14-16). Bente Jensen (14) definerer trivsel som "alment velbefindende, glæde ved tilværelsen, selvtillid, selvværd og følelsen af at leve et godt liv".

Det lykkes faktisk for nogle!

At man nemt tager de tabte kilo på igen, er således ikke vanskeligt at forstå ud fra et psykologisk perspektiv. Men ikke desto mindre lykkes det faktisk for nogle, nemlig dem, der holder fast i de ændrede kost- og motionsvaner – de såkaldte maintainere. Det er vigtigt at huske på midt i frustrationen over, at mange tager på igen. Måske kan vi som behandlere lære noget af maintainerne.

Selvom der ikke er forsket meget i, hvilke faktorer der har betydning for vedligeholdelse af vægttab, peger de eksisterende

undersøgelser i retningen af, at maintainere har mere velegnede coping-strategier i forbindelse med stress og negative følelser, er mindre tilbøjelige til at give ydre forhold skylden for overvægten (internal locus of control), de er karakteriseret ved indre motivation og højere grad af self-efficacy, ligesom de har en mere fleksibel kontrol over spisningen og sætter realistiske mål, som de når og er tilfredse med. Generelt synes de at have større psykisk styrke og at være mere socialt kompetente (17-20).

Noget tyder således på, at vi som behandlere skal inddrage de mere personlige kompetencer, da det er dem, der er med til at gøre, at de overvægtige patienter kan, vil og tør bruge den viden, og de



færdigheder de får bla. hos diætisten (21,22). Man er nødt til at se på overvægt i et bredere perspektiv – at se på hele mennesket, og den livssituation vedkommende befinder sig i, og dermed også indtage de psykologiske aspekter.

Psykologisk behandling af overvægt

I forbindelse med psykologisk behandling af overvægt er det vigtigt at understrege, at overvægtige ikke er psykisk syge.

Derimod kan overvægtige være præget af psykologiske forhold, der enten skyldes aktuelle problemstillinger, eller som har rødder længere tilbage i tiden fx forskellige former for omsorgssvigt i barndommen. Overvægt kan desuden enten være en følge af psykologiske forhold, eller overvægt har ført problemer med sig af psykologisk karakter. I virkelighedens verden er det svært at afgøre, hvad der kom først: Hønen eller ægget. Det er principielt også uden betydning for interventionen, idet den tager udgangspunkt i den aktuelle problemstilling, som patienten kommer med – i hvert fald, når det drejer sig om kognitiv terapi.

Men nytter det så at kombinere den traditionelle behandling med psykologisk intervention? Konklusionen på et Cochrane-studie fra 2005 er, at overvægtige har gavn af psykologisk intervention, især kognitiv adfærdsterapi (kommentar: Der findes meget få undersøgelser, der evaluerer andre typer af psykologisk intervention). Det øger vægttabet, og gør det lettere at fastholde det opnåede vægttab. Psykologisk intervention er især nyttig i kombination med intervention på kost- og motionsområdet (23). Og er der tale om spiseforstyrrelser som Binge Eating Disorder*, viser et andet Cochranestudie fra 2003, at der ved psykologisk behandling generelt ses en forbedring af psykologiske parametre (selvværd, depression, angst), samt reduktion i hyppigheden af binge eating i op til 12 måneder efter

behandlingen, men intet vægttab. Derfor er det nødvendigt at kombinere den psykologiske behandling med diætbehandling, gerne samtidigt, da parallelindsatser ikke synes at være kontraindiceret (24).

Paradigmeskift i behandlingen

Der er almindelig enighed om, at kortvarig intervention ikke virker. Til gengæld kan man ikke på det foreliggende grundlag konkludere, at ændrede kost- og motionsvaner ikke virker som elementer i en helhedsorienteret, langsigtet intervention. Desværre er der kun lavet meget få undersøgelser på dette område. Det allerede omtalte tværfaglige interventionsstudie med fem års follow up (8) viste, at 20% havde fastholdt det initiale vægttab i fem år, mens 25,5% havde tabt sig yderligere. Dermed havde "kun" 54,5% taget de tabte kilo på igen, hvilket er et væsentlig bedre resultat end hidtil (25). Noget tyder desuden på, at vi skal lægge vægt på varige livsstilsændringer med mere moderat energireduktion i stedet for mere kortvarige diæter med relativt lavt energiindhold. Ganske vist tabte dem på den traditionelle behandling sig mest under den 13 uger lange intervention, men derefter fulgte de det sædvanlige mønster med langsomt at tage på (dog tog de ikke det hele på igen), hvorimod den anden gruppe, hvor interventionen desuden omfattede elementer af kognitiv terapi og vægt på at lære at vælge og prioritere, og dermed oplæres i en mere fleksibel kontrol af spisningen, fortsatte med at tabe i vægt (26). Det tyder således på, at det ikke er ligegyldigt, hvordan de overvægtige taber sig.



Naturligvis ville det være rart med flere undersøgelser og dermed dokumentation for effekten af en tværfaglig, længerevarende intervention med vægt på både kost, motion og psykosociale aspekter. Men indtil de (forhåbentligt) foreligger, kunne vi jo prøve at ændre på vores hidtidige måde at gøre tingene på i stedet for at blive ved med "mere af det samme", som jo tilsyneladende ikke virker, og som fører til frustration: "Hvorfor gør de ikke, som vi siger?" Eller gør, at vi helt opgiver

"Men jeg kunne godt tænke mig en gang, hvor man simpelthen tog både vægten, motionen og måden at købe ind på og måden at tænke på – for det er egentlig det, der skal ændres – det skal ind på rygraden. Du omlægger kosten, men du omlægger ikke hele personen, så problemerne bliver ved med at være der, ikke?" (citater fra en kvalitativ undersøgelse, jeg lavede under mit psykologistudie).

og overlader opgaven til De Danske Vægtkonsulenter og kirurgerne. Dette er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger (27). De konkluderer i deres rapport, at utilstrækkelig opfølgning og for kort interventionsperiode er et problem i en del projekter. De anbefaler derfor, at interventionen skal være mindst seks måneder, og at deltagerne skal følges meget længere. Ligeledes peger de på en kombination af teori og praksis, tværfaglighed, netværksdannelse og tværsektionelt samarbejde.

Det betyder, at vi som behandlere i langt højere grad skal inddrage patienterne aktivt i den kompetencefremmende proces, hvor der fokuseres på hele personen og på det liv, vedkommende lever, og på den sociale kontekst. Og dermed på et meget bredere udsnit af de faktorer, der

har betydning for ændring af vaner, og som støtter den enkeltes forudsætninger til at mestre tilværelsen, frem for kun at fokusere på de traditionelle helbredsrelaterede aktiviteter som fx kost-, motions- og rygevaner. Og sidst, men ikke mindst betydningsfuld: Accept af, at det tager lang tid at ændre vaner. Det er meget svært at ændre kostvaner, blandt andet fordi de er grundlagt allerede i barndommen under stor indflydelse af følelsesmæssige og

sociale oplevelser. En anden vigtig grund er, at spisevanerne er blevet en del af vores identitet, og måden vi opfatter os selv på, og det er ikke sådan lige til at ændre på. En forandring vil i givet fald på mange måder gribe ind i vores daglige liv. Vi holder fast i selv dårlige vaner, fordi vi kender dem så godt, at de giver tryghed og er en del af den, vi er.

Konsekvenser for diætisters arbejde

Dette paradigmeskift får betydning for, hvordan diætister udfører deres behandling af den overvægtige patient bedst. Behandlerrollen skal ændres fra ekspert til både ekspert og samarbejdspartner/coach. Heri ligger, at den overvægtige patient skal opfattes som aktør frem for passiv modtager af information. Det kræver ikke blot en ændret tankegang, men også ændrede professionelle kompetencer på det kommunikative og det menneskelige plan (21). På det metodemæssige plan kunne der være tale om anvendelse af motivationssamtalen (28) og elementer fra kognitiv terapi.

Desuden skal der etableres tværfaglige teams med henvisningsmuligheder til psykolog især i tilfælde med spiseforstyrrelse, depression og andre væsentlige psykologiske problemstillinger. Meningen er ikke at psykologisere overvægt, men at medtænke de psykiske aspekter i en tværfaglig forståelse af overvægt, og dermed en tværfaglig interventionsstrategi med flere tilbud til den meget forskelligartede gruppe af overvægtige patienter ■

ingevinding@vip.cybercity.dk

Referencer

1. Richelsen B. Fedmebehandling: Diæt, vægttab og vægtstigning – hvad er problemet? Motions- og Ernæringsrådets Nyhedsbrev 2006; 1: 4-6.
2. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. Behavioural Processes 2002; 60(2): 157-164.
3. Heatherton TF, Striipe M, Wittenberg L. Emotional distress and disinhibited eating: The role of the self. Personality and Social Psychology Bulletin 1998; 24(3): 301-313.
4. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. Psychol Bull 1991; 110(1): 86-108.
5. Polivy J, Herman CP. Distress and eating: Why do dieters overeat? Int J Eat Disord 1991; 26(2): 153-164.
6. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. Int J Obes 2003; 27: 1-12.
7. Grothe KB, Dubbert PM, O'jile JR. Psychological assessment and management of the weight loss surgery patient. Am J Science 2006; 331(4): 201-206.
8. Golay A, Buclin S, Ybarra J et al. New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment: a 5-year follow-up study. Eating Weight Disorder 2004; 9(1): 29-34.
9. Skårderud F. Stærk – svag. En håndbog om spiseforstyrrelser. København: Hans Reitzels Forlag 2001.
10. Hart S. Hjerne, samhørighed, personlighed. København: Hans Reitzels Forlag 2006.
11. Lindroos AK. Sukker og afhængighed. Perspektiv 2006; 1: 35-37.
12. Saint-Exupéry A de. Den lille prins, 4. udg. Lindhardt og Ringhof 2000.
13. Hermansen M. Omlæring. Århus: Klim 2003.
14. Jensen B. Sundhed og sårbarhed.

Inge Vinding

Uddannelser

- Psykolog (cand. pæd. psych.). Speciale: Hvorfor er det så svært at fastholde et opnået vægttab? Om sammenhængen mellem følelser, spisevaner og overvægt. Beskrivelse, forståelse og intervention 2003.
- 1-årig videreuddannelse i kognitiv terapi på Kognitiv Terapi Center, Århus 2005
- Klinisk diætist 1989.
- Husholdningslærer, Suhrs Seminarium 1985.

Arbejde

- Siden august 2003: Adjunkt, JCVU, Ernæring og Sundhedsuddannelsen. Underviser i psykologi og sundheds-

pædagogik på de tre specialelinjer klinisk diætetik, human ernæring og ernæring og fysisk aktivitet.

Kernemedarbejder i Videncenter Sundhedsfremme.

- Fra februar 2005: Psykolog på projekt JobForm – et tværfaglig forløb for overvægtige uden for arbejdsmarkedet, Jobcenter Djursland i Grenaa – samt medlem af den overordnede projektgruppe.
- 2006: Psykolog på projekt Vægt på Job på Jobcenter Århus Syd – et tværfagligt tilbud til overvægtige ledige.
- En række freelanceopgaver (undervisning, foredrag, konsulent, klientarbejde) inden for temaet overvægt og psykologi.

- 1989-1996: Klinisk diætist på afd. M, Århus Kommune Hospital – vejledning af primært diabetikere.
- 1996-1999: Konsulent i Image Selskabet, Århus. PR og kommunikation inden for sundhed, fødevarer og ernæring.

Andet

- Har sammen med to andre diætister udgivet to kogebøger i samarbejde med Diabetesforeningen: Den nye kogebog (1994) og Kager der smager (1996).
- Har udgivet bogen: Sundt, nemt og lækkert. Opskrifter og tips til mad i en travl hverdag. Forlaget Klim (2005).
- Eget firma: Mad og Psykologi 2005: www.madogpsykologi.dk

- Store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv. København: Hans Reitzels Forlag 2002.
15. Jørgensen PS, Holstein BE, Due P. Sundhed på vippen. En undersøgelse om de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels Forlag 2004.
 15. Aaen S, Nielsen GA. Trivsel, sundhed og sundhedsvaner blandt 16-20årige i Danmark. København: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen 2006.
 16. Byrne SM. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1029-1036.
 17. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes* 2003; 27: 955-962.
 18. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behav Res Ther* 2004; 42 (11): 1341-1356.
 19. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* 2005; 6(1): 67-85.
 20. Jensen B. Kompetencebegrebet og pædagogisk design – en skitse til en model. København: Gyldendal 2002.
 21. Vinding I. Psykologiske barrierer i forbindelse med vægttab. *Perspektiv* 2003; 3: 7-10.
 22. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; Apr 18(2).
 23. Hay, P.J.; Bacaltchuk, J. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (CochraneReview). I: *Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 24. Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH et al. Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychol* 2000; 19(1 Suppl): 5-16.
 25. Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone JM, Lewis EL. Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(2): 260-266.
 26. Hejgaard T, Hølund U, Bruun JJ et al. Metoder og redskaber til indsatser mod overvægt. Erfaringer fra 26 projekter belyst ud fra forskellige temaer. København: Sundhedsstyrelsen 2006.
 27. Miller WR, Rollnick S. Motivationssamtalen. København: Hans Reitzels Forlag 2004.
 28. Mørch MM, Rosenberg NK. Kognitiv terapi. Modeller og metoder. København: Hans Reitzels Forlag 2005.