

Ungdom med depresjonssymptomer

*Hvordan identifisere, forebygge og behandle
i førstelinjetjenesten?*

Nicoline Færden Giørtz



Masteroppgave ved Institutt for pedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2014

TITTEL

Ungdom med depresjonssymptomer: Hvordan identifisere, forebygge og behandle i førstelinjetjenesten?

AV

Nicoline Færden Giørtz

EKSAMEN

Master i pedagogikk

Studieretning pedagogisk-psykologisk rådgivning

Vår 2014

STIKKORD

Depresjon

Ungdom

Risikofaktorer

Konsekvenser

Forebygging

Behandling

Førstelinjetjenesten

© Forfatter

Vår 2014

Ungdom med depresjonssymptomer: Hvordan identifisere, forebygge og behandle i
førstelinjetjenesten?

Forfatter: Nicoline Færden Giørtz

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Problemområde

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hva som kjennetegner ungdom med depresjonssymptomer, hvordan lidelsen utvikler seg og hvilke konsekvenser en slik lidelse kan ha. I tillegg vil jeg se på hvordan dette kan forebygges og behandles innen førstelinjetjenestens rammer. Programmene MoodGYM og Kurs i depresjonsmestring (KiD) får mest oppmerksomhet, fordi det er programmer som kan iverksettes av førstelinjetjenesten. De viser seg i tillegg å være kostnadseffektive.

Problemstillingen er derfor som følger; *Ungdom med depresjonssymptomer: Hvordan identifisere, forebygge og behandle i førstelinjetjenesten?*

Metode og kilder

For å belyse problemstillingen har jeg brukt litteratursøk som metode. Arbeidet har derfor bestått i å systematisk samle inn og vurdere forskning på feltet. Litteraturen som er benyttet er både internasjonal og nasjonal. Spesielt når det kommer til forekomst anså jeg det som viktig å få et bilde av hvordan situasjonen er i Norge. Dette var også viktig da jeg skulle avgrense forebygging og behandlingsdelen. Jeg så på det som hensiktsmessig å finne programmer som allerede har blitt oversatt til norske forhold, for å heve oppgavens praktisk-pedagogiske betydning i Norge. De teoretiske utgangspunktene for oppgaven er kognitiv –og interpersonlig teori. Dette fordi begge de forebyggende og behandlende programmene bygger på disse. Kognitiv teori fokuserer på momenter ved individets kognisjon som betydning for utvikling av depresjon, mens teoretikere innen interpersonlig teori fokuserer på miljøets betydning.

Resultater

Norske og internasjonale undersøkelser rapporterer om en høy forekomst av depressive plager blant ungdom. Blant annet finner Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), at mellom 9-14 % av ungdommen opplevde depresjonssymptomer i perioden 2010-2012 (Bakken, 2013). «Ungdata» fra Stavanger viser at 10 % av jentene i undersøkelsen hadde forsøkt å begå selvmord, og en av fire hadde drevet med selvskading (Hartberg og Hegna, 2014). En depresjon kan føre til alvorlige konsekvenser, blant annet

psykososiale vansker og akademisk underyting. Derfor argumenteres det for viktigheten av økt fokus på både behandling og forebygging hos denne gruppen, både i psykologien og i pedagogikken.

Empirien indikerer at programmer som MoodGYM og KiD kan være effektive for å forebygge depresjon hos ungdom. Disse kan også brukes når symptomene har oppstått, og de har best effekt ved milde til moderate depresjonsplager. Likevel er det utfordringer knyttet til programmene. Det er mange som faller fra MoodGYM og flere opplever å få tilbakefall etter KiD. Utfordringene er tatt opp til diskusjon, i tillegg til praktiske utfordringer. Det kan for eksempel tenkes at den enkelte skole ikke har nok elever til å fylle et kurs som KiD eller at skolen ikke har personale som innehar den nødvendige kompetansen for å iverksette slike programmer. Det kan derfor tenkes at det vil være mer hensiktsmessig å tilby slike programmer utenfor skolen. Egnede instanser kan være blant annet pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) eller en kommunepsykolog. Det fremstår likevel viktig å øke fokuset på psykisk helse i skolen, hvor den enkelte lærer bevisstgjøres på sin rolle som støttende voksenperson. I denne sammenheng er det interessant at flere studier finner en sterk negativ korrelasjon mellom lærerstøtte og depresjonssymptomer (Helland og Mathiesen, 2009; Undheim, 2008).

Forord

Oppgaven er skrevet som det avsluttende arbeidet ved institutt for pedagogikk, studieretning pedagogisk-psykologisk rådgivning. Jeg ønsket å skrive en oppgave som kan bidra til økt forståelse for fenomenet depresjon hos ungdom.

Det å skrive denne masteroppgaven har vært en lang og svært lærerik prosess. Depresjon er et komplekst fenomen, der det foreligger mye forskning og et hav av behandlingsprogrammer og muligheter. Det var vanskelig, men gøy, å navigere seg gjennom litteraturen for å finne hva som passet best i akkurat denne sammenhengen.

Jeg vil først og fremst takke min veileder Stein Erik Ulvund for konstruktive og verdifulle tilbakemeldinger.

Takk til venner og familie for støtte, engasjement og korrektur. Det settes stor pris på!

Studietiden hadde ikke vært den samme uten alle fine folk på lesesalen og i kantinen. Jeg kommer til å savne de gode diskusjonene, latteren og samholdet. Takk for fem fine år på Helga eng!

Oslo, 26. mai 2014

Nicoline Færden Giørtz

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Oppgavens formål og problemstilling	2
1.2	Avgrensning og tilnærming til problemstillingen	2
1.2.1	Metode.....	3
1.2.2	Oppgavens struktur	4
2	Ungdom med depresjonssymptomer	5
2.1	Klassifisering	5
2.1.1	DSM	6
2.1.2	ICD	7
2.1.3	Måleinstrumenter	7
2.2	Kjennetegn.....	8
2.3	Forekomst	10
2.4	Kjønnforskjeller	11
2.5	Komorbiditet.....	12
2.6	Risikofaktorer og sårbarhet	14
2.6.1	Biologisk sårbarhet.....	15
2.6.2	Personlighetstrekk som sårbarhetsfaktor.....	16
2.6.3	Stressende livshendelser.....	19
2.7	Konsekvenser.....	26
2.7.1	Psykososiale vansker.....	27
2.7.2	Skoleprestasjoner	28
2.7.3	Selv mord	30
2.7.4	Metodiske utfordringer i forskningen av konsekvenser.....	30
2.8	Oppsummering	31
3	Teoretiske forklaringsmodeller	33
3.1	Kognitiv teori.....	33
3.1.1	Kognitiv atferdsterapi.....	34
3.1.2	Hvilken betydning har stress på utviklingen av depresjon?.....	35
3.2	Interpersonlig teori	36
3.2.1	Interpersonlig terapi	37
3.3	Oppsummering	38

4	Forebygging og behandling.....	39
4.1	Det internettbaserte forebyggende programmet MoodGYM	41
4.1.1	MoodGYMs effekt på jenter	43
4.1.2	MoodGYMs effekt på gutter	44
4.1.3	Har lav fullføringsrate noe å si for effekt?	45
4.1.4	Langtidsvirkninger	45
4.1.5	MoodGYMs effekt i Norge	46
4.1.6	Oppsummering	47
4.2	Kurs i depresjonsmestring (KiD).....	48
4.2.1	Effekten av originalkurset til Lewinsohn mfl.	50
4.2.2	Cuijpers, Munoz, Clarke og Lewinsohn's metaanalyse.....	51
4.2.3	Effekten av KiD i Norge	52
4.2.4	Kurs i depresjonsmestring for ungdom (DU).....	53
4.2.5	Oppsummering	55
4.3	Diskusjon av KiD og MoodGYM	55
4.4	Forebygging og tilrettelegging i klasserommet	58
4.4.1	Forebygging i ungdomskolen.....	60
4.4.2	Forebygging i videregående opplæring.....	61
4.5	Behandling med antidepressiva	62
4.6	Oppsummering	65
5	Pedagogiske implikasjoner.....	66
5.1	Inkludering av hjem og skole ved implementering	66
5.2	Effektive programmer i førstelinjetjenesten?	67
5.2.1	Er programmene kostnadseffektive?	68
5.2.2	Hvem egner seg til å implementere programmene?.....	69
5.3	Utfordringer ved implementeringen av programmene og forebygging i førstelinjetjenesten	70
5.3.1	... Og muligheter.....	72
5.4	Programmene diskutert opp mot risikofaktorene	73
5.5	Oppsummering	76
6	Avsluttende kommentarer	77
6.1	Oppsummering av hovedfunn	77
6.2	Oppgavens styrker og svakheter.....	79

6.3 Videre forskning.....	79
Litteraturliste	80

1 Introduksjon

I ungdomstiden endres individet på mange måter. Puberteten inntreffer og man forandrer seg betraktelig både fysisk og psykisk samtidig som omgivelsene stiller andre forventninger. En skal blant annet bli fysisk og seksuelt moden, tilegne seg flere ferdigheter som er nødvendige i voksenlivet og omstille seg til nye roller i forhold til jevnaldrende – både av samme og motsatte kjønn. Det er med andre ord mange og særegne forandringer som skjer. Denne kontrastfylte hverdagen blir for mange preget av sterke følelser som kan gjøre at det er vanskelig både for ungdommen selv og de rundt å skille mellom vanlige utfordringer og problemer som kan utvikle seg til noe mer alvorlig, slik som betydelige psykiske plager og depresjon (Helland og Mathiesen, 2009).

Psykiske helseproblemer har høy prevalens, og debuterer gjerne i tidligere alder enn de fleste andre helseproblemer. Ungdomstiden er en risikabel periode for utvikling av symptomer på psykiske lidelser. Studier viser at symptomer på depresjon i aldersgruppen 17 til 18 år predikerer senere symptomer på klinisk depresjon og selvmordsforsøk. Longitudinelle studier har i tillegg demonstrert at psykiske helseplager i ungdomsårene er assosiert med lavere akademisk motivasjon og prestasjon over tid (Nordfjærn, Flemmen og Dahl, 2012).

NOVA undersøkte blant annet andelen av psykiske plager hos ungdom i Norge i undersøkelsen Ungdata. Tallene indikerer at 9-14 % av alle unge i undersøkelsen opplevde depressive symptomer. Andelen så ut til å øke etter kommunestørrelse (Bakken, 2013). Ungdata viser et bilde av en ungdomsgruppe hvor depressive symptomer er relativt utbredt. Det er viktig å poengtere at Ungdata ikke nødvendigvis fanger opp de som ut i fra klinisk setting klassifiseres som depressive, men ser på symptomer og psykiske plager for å få et bilde av situasjonen blant unge i dag. De siste årene har det vært en økende bekymring angående selvmedisinering blant ungdom. En norsk studie viste at så mange som 50 % av guttene og 71 % av jentene blant 15 til 16 åringer i Drammen hadde brukt smertestillende i løpet av sist måned. Dette er en fordobling av bruken hos gutter og rundt 30 % økning av bruken hos jenter, siden sist dette ble målt i 2000/2001 (Lagerløv, Holager, Helseth og Rosvold, 2009). Likevel viser landsomfattende undersøkelser at ungdom vurderer sin egen fysiske helse som god og samlet er ca 71 % enten svært fornøyd eller litt fornøyd med egen fysiske helse (Bakken, 2013). Dette kan vise til en tendens blant selvmedisinering blant ungdom. Depresjonssymptomer kan også komme til uttrykk i fysiske plager da gjerne

gjennom hodepine og magesmerter (Weller, Weller, Roulan og Svadjan, 2002). Annen forskning viser at depresjonssymptomer øker sterkt fra 13 årsalder, så en kan argumentere for at ungdomstiden er en avgjørende periode for å sette inn forebyggende tiltak. Forebygging krever et paradigmeskifte fra tradisjonelle sykdomsmodeller hvor symptomer blir behandlet når de fremtrer, til et proaktivt fokus på psykisk helse og ved å maksimere beskyttelsesfaktorene samtidig som å redusere risikofaktorene for psykiske lidelser (Gladstone, Beardslee og O'Connor, 2011).

Behandling av depresjoner er kostbart. I Norge er de direkte kostnadene for behandling estimert til ca. 1,5 milliarder kroner per år. Depresjon er i tillegg årsaken til 30 % av all utbetalt uføretrygd i Norge. Lidelsen utgjør dermed en stor belastning for samfunnet, både gjennom direkte behandlingskostnader og tapt arbeidskraft. Samtidig som depresjon representerer en betydelig belastning for den enkelte som rammes, og på samfunnet, er dette en lidelse der det finnes vel utprøvde metoder for forebygging (Dalgard og Bøen, 2008).

1.1 Oppgavens formål og problemstilling

På bakgrunn av det som har blitt framsatt vil oppgaven omhandle ungdom med depresjonssymptomer, eller som er i risikogruppen til å utvikle depresjoner. Formålet med oppgaven er å gi et oppdatert bilde på hva som kjennetegner ungdom med depresjonssymptomer, hvem som er spesielt utsatt for risiko og hvilke konsekvenser slike symptomer kan ha. I tillegg vil det bli sett på hvordan en kan forebygge og behandle i førstelinjetjenesten. Problemstillingen blir derfor som følgende:

Ungdom med depresjonssymptomer: Hvordan identifisere, forebygge og behandle i førstelinjetjenesten?

1.2 Avgrensning og tilnærming til problemstillingen

Av plass -og tidsmessige årsaker blir det foretatt avgrensninger som vil ha betydning for oppgavens utforming. Med hensyn til aldersmessige begrensninger vil ungdom hovedsakelig benyttes som en betegnelse på unge mellom 13-19 år. Oppmerksomheten vil i størst grad ligge på forebygging, da dette kan sies å være svært aktuelt. Som assisterende direktør i folkehelseinstituttet Arne Holte (2011) sier; behandlingstilbud vil ikke hindre at nye pasienter strømmer til. Det å kunne bremse symptomer før det utvikler seg til en psykisk lidelse kan

sies å være nærliggende og mulig kostnadsbesparende for samfunnet på sikt. Den forebyggende delen av oppgaven vil avgrense seg til to programmer, det internettbaserte forebyggende programmet MoodGYM og kurs i depresjonsmestring (KiD). Det er likevel naturlig å drøfte behandlingseffekt og hva den enkelte skole og lærer kan gjøre, så noe fokus vil også ligge her.

Jeg har valgt å ikke avgrense det forebyggende arbeidet til kun en yrkesgruppe. Isteden er fokuset på hva førstelinjetjenesten i sin helhet kan gjøre. Dette fordi jeg anser det som en viktig diskusjon vedrørende hvem som skal ha ansvaret for slikt arbeid. Med førstelinjetjenesten menes de tjenestene kommunen har ansvaret for. Dette er den første tjenesten som befinner seg nær ungdommen. Dette inkluderer yrkesgrupper som blant annet lærere og andre som jobber i skolen, PPT, helsestasjonen og kommunepsykologer (Nilsen, 2008). Det er i tillegg liten grad diskutert tiltak i hjemmet, da for eksempel tiltak rettet mot deprimerte foreldre, for å indirekte hjelpe ungdommen.

1.2.1 Metode

Opgaven er teoretisk og litteraturstudie blir benyttet som metode. En litteraturstudie tar sikte på å innhente og evaluere forskningslitteratur på det området som er av interesse (Bordens og Abbott, 2005). En god litteraturstudie kjennetegnes av at relevant forskning belyses på en riktig og nyansert måte. Resultatene må gjøres til gjenstand for kritisk vurdering. Det forutsetter dermed refleksjon og innsikt i ulike metodiske utfordringer i undersøkelsene (Petticrew og Roberts, 2006). Dette dreier seg blant annet om å gjøre vurderinger angående studienes gyldighet. I denne vurderingen har jeg tatt utgangspunkt i Cook og Campbells validitetssystem. Det er spesielt spørsmålet om indre og ytre validitet som her har vært relevant. Indre validitet dreier seg om relasjoner mellom variabler. Det omhandler forholdet mellom årsak-virkning, med andre ord kausalitet. En undersøkelse har god indre validitet dersom det kan trekkes en holdbar slutning om at sammenhengen eller tendensen mellom den uavhengige og den avhengige variabelen er kausal (Kleven, 2002a). Ytre validitet dreier seg om generaliserbarheten av resultatene i undersøkelsen. Om det er god ytre validitet kan resultatene generaliseres til og over relevante individer, situasjoner og tider (Kleven, 2002b).

Litteraturstudie kan være en egnet metode for å få oversikt over hva som foreligger av forskning, og hvor det er behov for mer kunnskap. Oppgaven er basert på litteratur innhentet i universitetsbibliotekets database, både nasjonale og internasjonale undersøkelser. Studier ble

funnet i perioden desember 2013 til mai 2014. I tillegg ble litteraturlistene til relevante bøker og artikler studert. Oppgaven baserer seg hovedsakelig på primærlitteratur, men med noe sekundær, der de originale artiklene ikke var mulig å oppspore.

1.2.2 Oppgavens struktur

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. *Kapittel to* går inn på hva som kjennetegner ungdom med depresjonssymptomer, da herunder kjennetegn, forekomst, kjønnsforskjeller, komorbiditet, risikofaktorer og konsekvenser. I *kapittel tre* vil relevant teori bli presentert.

Oppmerksomheten vil her ligge på kognitiv -og interpersonlig teori grunnet deres relevans blant annet for de forebyggende programmene som blir presentert i *kapittel fire*. Forebygging og behandling blir belyst i kapittel fire. Her er fokuset på det internettbaserte forebyggende programmet MoodGYM, og Kurs i depresjonsmestring (KiD). Effektstudier vil bli presentert. Det vil i tillegg diskuteres hva den enkelte skole og lærer kan gjøre for å tilrettelegge og forebygge psykiske vansker på skolen og i klasserommet. Ettersom det ser ut til å være en økende tendens til å gi ut resept på antidepressiva til ungdom, vil dette kort diskuteres og problematiseres. Pedagogiske implikasjoner vil bli diskutert i *kapittel fem*. Det vil diskuteres implikasjoner i forhold til programmene generelt, og tas opp viktige praktiske spørsmål i forhold til hvem som bør ha ansvaret for implementeringen, når og hvor programmene skal gjennomføres. I *kapittel seks* vil jeg komme med noen avsluttende kommentarer. Her vil det oppsummeres hovedfunn, reflekteres over oppgavens styrker og svakheter og peke på hva som behøves av videre forskning.

2 Ungdom med depresjonssymptomer

Ungdomstiden er vanligvis en turbulent periode med mange humørsvingninger. Psykiske lidelser i ungdomstiden er ikke lenger kun sett på som å reflektere normal turbulens og stress, men er nå anerkjent som en lidelse som skaper betydningsfulle vansker i livet til unge og som truer helse og velvære gjennom voksen alder. Nøkkeldilemmaer for foreldre og andre omsorgspersoner inkluderer om «depresjonen» er «normal» eller bekymringsverdig (Rudolph, 2009a; Parker, 2013). Forståelse for ungdomsdepresjon kan bidra til tidlig identifisering, og iverksetting av forebygging og tilrettelegging på en god måte (Rudolph, 2009a). Dette sees derfor på som viktig for yrkesgrupper innen førstelinjetjenesten, da disse jobber tett på barn og unge.

Definisjoner på depresjon indikerer at depresjon kan forekomme i både klinisk og sub-klinisk forstand. Ved klinisk depresjon oppfyller en kriteriene for en diagnose, mens ved sub-klinisk viser man symptomer som medfører betydelige plager uten at man oppfyller kriteriene for en diagnose (Neumer og Aalberg, 2005).

Dette kapittelet omhandler viktige aspekter ved depresjoner hos ungdom. Klassifisering, kjennetegn, komorbiditet, forekomst, kjønnsforskjeller, risikofaktorer og konsekvenser vil gjennomgå teoretisk og underbygges med relevante empiriske undersøkelser.

2.1 Klassifisering

Depressive lidelser kan plasseres langs et spekter fra mild, moderat til alvorlig depresjon, og klassifiseres på bakgrunn av gjennomgripenhet, samt tilstedeværelse eller fravær av mani (Brent og Weersing, 2008). I psykiatrien benyttes som oftest diagnosemanualene International Classification of Diseases (ICD) eller Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) for å stille diagnose. ICD er utviklet av Verdens helseorganisasjon, mens DSM er fra American Psychiatric Association. DSM-kriterier benyttes i store deler av forskning på depresjon. Det vil derfor fokuseres på DSM i den videre fremstillingen. Likevel vil en kort fremstilling av ICD kriterier fremlegges ettersom det er denne norske helsearbeidere skal følge. For kartlegging og diagnostisering er psykiatrisk intervju gullstandard (Brent og Weersing, 2008). Selvrapporing blir mye brukt, særlig i forskning da det er mindre ressurskrevende. Likevel byr selvrapporing på visse utfordringer når det kommer til

gyldighet og nøyaktighet (Verhulst og Van der Ende, 2008). Blant annet kan depresjon vise seg også nonverbalt, noe som selvrappoteringskjema ikke fanger opp (Weller mfl., 2002). Dette er viktig å ta med seg når man tolker resultater av undersøkelser. Den videre fremstillingen fokuserer på unipolar lidelse og bipolar lidelse blir ikke nærmere omtalt i denne oppgaven.

2.1.1 DSM

Depressive lidelser i DSM-5 inkluderer blant annet «major depressive disorder/episode» (klinisk/alvorlig depresjon eller depressiv episode), «persistent depressive disorder» (kronisk depresjon) og «unspecified depressive disorder NOS» (depresjon NOS). Diagnosemanualen viser i tillegg til fem andre, men disse anses ikke som relevante for den videre fremstillingen og er dermed ekskludert i denne oppgaven. Dette skyldes blant annet at forskningen på depresjoner hos ungdom ofte tar for seg de overnevnte (American Psychiatric Association, 2013).

Fem eller flere av følgende symptomer må være til stede i en to ukersperiode, og representere en forandring fra tidligere fungering, for å klassifisere til klinisk depresjon/depressiv episode (MDD); deprimert humør, markert redusert interesse og glede, signifikant vekttap eller vektoppgang, søvnforstyrrelser, psykomotoriske forstyrrelser, utmattelse eller tap av energi, lav selvfølelse eller følelse av skyld, redusert konsentrasjon eller ubesluttsomhet og tanker om døden. Minst en av symptomene må være enten deprimert humør eller tap av interesse eller glede. Symptomene må være av den karakter at de skaper betydningsfulle vansker eller funksjonshemming i sosiale – og/eller yrkessettinger eller andre viktige arenaer. I tillegg må ikke den depressive episoden kunne bedre forklares av psykotiske tilstander. Om episoder med mani har oppstått tilfredsstillende eller ikke kravene om diagnosen. Om depresjonen får en mer kronisk karakter og blir en del av individets personlighet kan diagnosen dystymi stilles (nå kalt persistent depressive disorder) (American Psychiatric Association, 2013).

Som følge av den reviderte utgaven DSM-5, ble det gjort noen endringer i klassifiseringen i forhold til DSM-IV. Lidelsen dystymi er fjernet og erstattet med «persistent depressive disorder». Denne nye diagnosen inkluderer både kronisk klinisk depresjon og den tidligere dystymi diagnosen. Endringen ble foretatt grunnet vanskeligheter med vitenskapelig å skille mellom disse to tilstandene (Grohol, 2013). Ettersom DSM-5 er relativt ny (utgitt 2013)

benytter majoriteten av forskningen fremsatt i oppgaven DSM-IV eller tidligere revideringer sine kriterier og derav diagnosen dystymi.

I den norske litteraturen finnes det flere begreper knyttet til «major depressive disorder». Begreper som alvorlig depresjon, markert depresjon og klinisk depresjon blir benyttet om hverandre. Av pragmatiske grunner vil betegnelsen klinisk depresjon omfatte denne lidelsen i oppgaven.

2.1.2 ICD

ICD deler inn symptomene i hovedsymptomer og andre symptomer. For å kunne stille diagnosen depressiv episode etter ICD-10, må det foreligge minst to av tre hovedsymptomer, samt andre symptomer. Hovedsymptomene er depressivt stemningsleie, interesse – og gledeløshet, energitap eller økt tretthet. Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om, eller utførelse av selvskading eller selvmord, søvnforstyrrelse samt redusert eller endret appetitt er andre symptomer (Verdens helseorganisasjon, 2011; Norsk legemiddelhandbok, 2013). ICD kommer med ny revidering neste år (2015). Det er forventet at denne blir svært lik DSM-5, med kun små justeringer for å unngå opphavsrettslige problemstillinger (Nordahl, 2012).

2.1.3 Måleinstrumenter

Det benyttes i stor grad selvrapporteringskjema i kartleggingen av depresjon. Spesielt i forskningen som blir fremlagt i den videre fremstillingen er det noen måleinstrumenter som går igjen. For å få en bedre forståelse av fremgangsmåten i denne forskningen er det derfor naturlig å kort redegjøre for de mest brukte måleinstrumentene i disse. Dette gjelder Beck Depression Inventory (BDI), The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) og The Center of Epidemiological Studies- Depression scale (CES-D).

Beck Depression Inventory (BDI): brukes for å estimere dybden av depresjon. En kan oppnå maks 60 poeng på testen, der 0-9 poeng representerer normalt stemningsleie, 10-14 poeng representerer mild depresjon og poengskårene 15-24 og 25 + representerer henholdsvis moderat og alvorlig/dyp depresjon. Om et individ skårer over 30 poeng bør en vurdere medikamenter. BDI blir ofte brukt som inklusjonskriterium i forskning, der det som oftest

benyttes et inklusjonskriterium på 10 poeng eller mer for å være kvalifisert til å delta. Dette ser vi blant annet i kapittel fire. BDI har blitt vurdert til å ha høy indre reliabilitet, noe som betyr at testen måler det den er laget for å måle (Norsk helseinformatikk, 2010; Beck, Ward, Mendelson, Mock og Erbaugh, 1961).

The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ): er den eneste selvrapporeringen som er validert både for barn og ungdom. Har også et foreldrerapporteringsskjema. Den norske oversettelsen kalles «Humøret Ditt». Denne måler barn og unges (8-18år) depresjonssymptomer basert på DSM-IV kriterier. Inneholder rundt 37 spørsmål med tre svaralternativer (Brent og Weersing, 2008; Richter og Sund, 2013).

The Center of Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D): inneholder 20 spørsmål der en skal rangere hvor ofte den siste uken vedkommende har opplevd symptomer på depresjon, slik som for eksempel søvnforstyrrelser, forstyrrelser i appetitt og følelse av ensomhet. Det er fire svaralternativer per spørsmål som rangeres: 0= sjeldent, 1= en gang i blant, 2= ganske ofte og 3= ofte, hele tiden. Inneholder skjæringspunkter, der for eksempel en skåre på 16 indikerer risiko for klinisk depresjon. Jo høyere skåre – desto mer plaget. Svakheten ved dette instrumentet er at den ikke inkluderer selvmordstanker i spørsmålene (Brent og Weersing, 2008; Radloff, 1977).

2.2 Kjennetegn

For lettere å kunne identifisere ungdom som trenger behandling, eller unge som er i faresonen til å utvikle en depresjon anses det som viktig at mennesker som jobber tett med denne gruppen har kunnskaper om hvordan lidelsen kommer til uttrykk. Depresjoner kan fremtre noe ulikt blant aldersgrupper. Den mest markerte forskjellen mellom barn og tidlig ungdomsalders depresjoner og depresjoner hos voksne, er at blant barn og yngre ungdom er irritabilitet mer fremtredende enn tristhet. Jo eldre ungdommen blir, jo mer likner det kliniske bilde den voksne (Brent og Weersing, 2008; Eknes, 2006).

Depressive lidelser hos barn og unge er karakterisert av vedvarende tristhet, manglende evne til å oppleve glede fra aktiviteter en vanligvis finner glede i slik som for eksempel hobbyer, kjedsomhet eller irritabilitet som er funksjonsnedsettende i tillegg til at ungdommen gir lite respons til aktiviteter, interaksjoner og oppmerksomhet fra andre. Funksjonsnedsetting er det

mest fremtredende skillet mellom depresjon og normale svingninger i puberteten (Brent og Weersing, 2008).

En depresjon kan vise seg gjennom nonverbale uttrykk. Dette gjelder blant annet nedsatt oppmerksomhet, hukommelse og reaksjonsevne. Deprimerte individer kan vise nedsatt psykomotorisk fungering, mindre øyekontakt, færre gester og passivitet i sosialt samspill med andre. Deprimerte barn og unge kan ofte se triste ut, ha tregere bevegelser og snakke i en monoton stemme. De kan beskrive seg selv i negative termer slik som; «Jeg er dum», «Ingen elsker meg» og liknende. Skoleprestasjonene kan bli dårligere og noen vegrer seg for å gå på skolen. De har en tendens til å droppe ut av fritidsaktiviteter de tidligere hadde stor interesse av. Somatiske symptomer oppstår ofte, hvor de mest vanlige er magesmerter og hodepine. (Weller mfl.,2002; Neumer og Aalberg, 2005; Brent og Weersing, 2008).

Som tidligere nevnt kan depresjon utarte seg noe annerledes hos ungdom i forhold til barn og voksne. Det essensielle tegnet på en depresjon er skiftning i humør, da enten irritabilitet eller tristhet. Negative forvridde tanker om seg selv, svekket konsentrasjon og oppmerksomhet er vanlige tegn. Fysiske tegn er gjerne appetitt (enten svekket eller økt), søvn (svekket eller økt), svekket energi og aktivitet. De vanligste symptomene er deprimert humør, håpløshet, sosial tilbaketrekking, irritabilitet og nedbrytende tanker. Disse opptrer hos flere enn tre fjerdedeler av tilfellene ved klinisk depresjon (MDD) i alle aldre i ungdomstiden (Goodyear, 2002).

Sund, Larsson og Wichstrøm (2001) så på blant annet depresjonssymptomer hos ungdom. I et stratifisert, randomisert og representativt utvalg på 2560 13 til 14 åringer i Norge, målte de depresjonssymptomer med Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). Resultatene viste at å føle seg lite attraktiv, ubesluttsomhet, rastløshet og forbigående følelse av dårlig humør var vanlig i hele utvalget. Disse symptomene predikerer ikke nødvendigvis kliniske tilfeller av depresjon, men indikerer at flertallet av utvalget i undersøkelsen viste symptomer på mildere former av depresjoner. Hos de med høy skåre var fellesnevneren følelse av ulykkelighet, irritabilitet, lav selvtillit og konsentrasjonsproblemer. Jenter opplevde oftere dårlig humør, var mer bekymret over sitt eget utseende og hadde mer selvnedssettende tanker enn gutter. Guttene var til gjengjeld mer misfornøyd med skolen. Resultatene indikerer at konsentrasjonsproblematikk, hjelpeløshet, ensomhet og lavt selvbilde var de sterkeste predikatorene for klinisk depresjon. En svakhet i denne studien var imidlertid at symptomene var målt i en begrenset aldersgruppe med selvrapporing som metode. Som nevnt tidligere kan symptomer også fremtre nonverbalt. Dette fanger ikke selvrapporingsskjema opp. Et

psykiatrisk intervju viser seg å være gullstandarden i kartleggingen, og en kan argumentere for mer valide resultater om studien hadde benyttet seg av dette (Brent og Weersing, 2008). Derimot var utvalgsstørrelsen stor (n=2560), noe som kan styrke generaliseringen. Et stort utvalg bidrar til at man sikrere kan generalisere funnene til populasjon (Kleven, 2002b). Studien benyttet seg i tillegg av et kartleggingsverktøy (MFQ) som dekker alle DSM-IV kriteriene for klinisk depresjon (MDD).

En liknende studie ble utført av Cooper og Goodyear (1993). Fra et utvalg på 1068 jenter mellom 11-16 år som hadde besvart MFQ, trakk de ut 368 jenter til et psykiatrisk intervju. De fant liknende resultater som Sund mfl. (2001), med kjernesymptomer som deprimert humør, i tillegg til sosial tilbaketrekking og tidlig søvnløshet. Depressive tanker ble derimot estimert til å være mindre vanlig, med skyldfølelse og lavt selvbilde funnet hos færre enn 10 %, og nedbrytende tanker hos 16 %. Vanlig problematikk var skolefobi, skoleangst og konflikt med foreldre, med forekomst på henholdsvis 37 %, 20% og 29%.

2.3 Forekomst

Cooper og Goodyear (1993) konkluderer i sin undersøkelse med at en av fire ungdomsjenter har en form for depressive symptomer. Denne høye andelen finner man også i studien til Sund mfl. (2001), hvor flertallet i undersøkelsen hadde symptomer på mildere former for depresjoner. Forekomsten av depresjoner varierer derimot mellom studier og landegrenser. Å undersøke forekomst for enhver lidelse skaper noen viktige avgjørelser angående hvor en skal sette skjæringspunktet mellom frisk og syk. Hvor dette skjæringspunktet går, påvirker resultatet og kan dermed være noe av forklaringen på forskjellige resultater i studier (Angold og Costello, 2001).

I «The Youth and Mental Health Study», undersøkte Sund, Larsson og Wichstrøm (2011) forekomsten av depressive lidelser (klinisk depresjon/MDD, dystymi og depresjon NOS) hos ungdom. Et representativt utvalg på 2432 ungdomsskoleelever (gjennomsnittsalder; 14,9) fra to områder i Norge ble kartlagt med «The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)» og 375 av disse ble trukket ut og intervjuet med et semistrukturert intervju (Kiddie SADS-PL). De fant at nesten en av fire (23%) hadde opplevd en form for depresjonslidelse i løpet av livet. Forekomsten for nåværende klinisk depresjon (MDD), dystymi og dobbel depresjon (klinisk depresjon og dystymi) var på henholdsvis 2,6 %, 1,0 % og 0,6 %. For depresjon NOS var

forekomsten på 6,3 %. Resultatene viser en livstidsprevalens for enhver depresjonslidelse på 23 %, et funn i tråd med tall fra en undersøkelse på noe eldre ungdom og unge voksne i USA (25 %). Forekomsten av depresjon NOS er derimot høyere i Norge enn i andre land. Studier av depresjon NOS i USA, Sverige og Storbritannia viser en forekomst på henholdsvis 2,6 %, 2,4 % og 0,66 %. Sammenlikner en tallene fra Norge (6,3 %) viser dette til en betydelig høyere forekomst av denne lidelsen i Norge enn de andre landene undersøkt (Sund mfl., 2011). I tolkningen av de norske resultatene bør det derimot tas noen hensyn. Retrospektive data ble brukt til å kartlegge tidligere depressive episoder og disse kan ha vært influert av tidsrommet, spesielt med tanke på når symptomene startet opp. Videre bør det bemerkes at komorbide (sammenfallende) diagnoser ikke ble tatt med i analysen. Karakteristikkene av depresjon kan dermed være uspesifikke og delt med andre lidelser. Det var i tillegg lite gutter blant respondentene, noe som medfører at forekomsten for denne gruppen kan ha blitt unøyaktig. Avslutningsvis bør det påpekes at utvalget fra denne studien var kun hentet fra en geografisk region i Norge, inkludert kun en moderat stor by. Andre studier har vist til at det er noen geografiske forskjeller i andelen med depressive symptomer blant ungdom, hvor Oslo skårer høyest mens Midt –og Sør-Norge skårer lavest (Sund mfl., 2011; Bakken, 2013). Dette kan ha påvirket resultatet.

Forekomsten av depresjoner hos ungdom varierer mellom studier. I Europa, er prevalensen for klinisk depresjon (MDD) registrert å rangere fra en ett års prevalens mellom 14-17 åringer på 3,4 % i Tyskland, blant 16-17 åringer på 5,8 % i Sverige, til en seks måneders prevalens på 1,9 % blant 15 åringer i Storbritannia, 2,7 % blant 13-18åringer i Nederland og 5,0% blant 13-15 åringer i Sveits. Disse forskjellene kan representere de faktiske forskjellene, men de kan også komme av forskjeller i studienes design. Blant annet forskjeller i metoder og målinger brukt til å kartlegge depresjon, utvalgsprosedyrer, tidsrammer, alder, informasjonskilder og type depresjonslidelse. Det bør også bemerkes at prevalensen for mildere former av depresjon sjeldent er målt. Dette kan påvirke forekomsten. Om en hadde inkludert mildere former kan det tenkes at prevalensen ville økt betraktelig (Sund mfl., 2011).

2.4 Kjønnforskjeller

Forekomsten av psykiske lidelser har relativt små kjønnforskjeller frem til seksårsalderen. Gutter er overrepresentert med diagnostiserbare psykiske lidelser i alderen 6-12 år, hvor to av tre er gutter. Etter puberteten skjer det et skifte. Nå er det omvendt, og to av tre klienter som

er til behandling er jenter. Dette gjelder både i befolkningen samt i poliklinikker og institusjoner (Mathiesen, 2009). En forklaring på denne forskjellen kan være at depresjon kan arte seg noe annerledes hos gutter enn jenter. Mindre fremtredende nedstemthet kan gjøre det vanskelig å identifisere depresjoner hos gutter og menn (Dalgard og Bøen, 2008). Kan det i tillegg ha noe med hvem som oppsøker hjelp? Er det en mulighet for at det er flere kvinner enn menn som oppsøker hjelp, og dermed er det store mørketall? En ny tendens er derimot funnet av Sandanger, Nygård, Sørensen og Dalgard (2007). De studerte hvorvidt det hadde vært en økning i depresjoner mellom 1990 og 2001 i Norge. De fant ingen økning, derimot fant de en tendens til at kjønnsforskjellene så ut til å utjevnes, ved at hyppigheten av depresjoner hos yngre menn/gutter hadde økt i løpet av de siste tiårene, mens en finner at det motsatte er tilfelle blant yngre kvinner. Til tross for disse funnene er likevel et av de mest karakteristiske trekkene ved depresjon den tiltakende kjønnsforskjellen i løpet av ungdomstiden. Studier viser at jenter begynner å vise høyere nivåer av depressive symptomer og lidelser ved tidlig ungdomstid (rundt 12-14årsalderen). Denne kjønnsforskjellen øker gjennom ungdomstiden til den når et 2:1 forhold, som vedvarer gjennom livet. Det er i tillegg noen kjønnsforskjeller i hvordan depresjon manifesterer seg. Deprimerte ungdomsjenter er blant annet mer sannsynlig å oppleve vekt eller spiseforstyrrelser, følelse av verdiløshet eller skyldfølelse (Rudolph, 2009a).

Sund mfl. (2011) fant at et estimat for enhver form for depressiv lidelse var kjønnsforskjellene 13,7 % hos norske jenter, sammenliknet med 5,2 % hos norske gutter. Kjønnsforskjellene for klinisk depresjon (MDD) og dystymi var større enn for depresjon NOS, hvor ingen kjønnsforskjeller ble funnet for nåværende eller livsomspennende lidelse. Dette kan være grunnet i at depresjon NOS innebærer alle individer som ikke møter kriteriene for en spesifikk depresjonslidelse (American Psychiatric Association, 2013). Det kan derfor være mange ulike sammensetninger av symptomer i denne gruppen. Utfordringen blir da å oppnå god begrepsvaliditet da operasjonaliseringen kan bli problematisk (Kleven, 2002c). Hvordan operasjonalisere depresjon NOS når denne viser til så mange ulike sammensetninger?

2.5 Komorbiditet

Komorbiditeten er ofte regelen heller enn unntaket når det kommer til depresjoner hos barn og ungdom (Brent og Weersing, 2008), både innen en depressiv episode og gjennom livet

(Rudolph, 2009a). Med komorbiditet menes sammenfallende lidelser. Hos ungdom er det funnet rater av komorbiditet så høyt som 42% i kommunale utvalg med enda høyere i kliniske. Hvilke komorbide lidelser som oppstår kan variere i aldersgrupper. Barn er mer sannsynlig å ha separasjonsangst og ADHD, mens ungdom oftere sliter med nedbrytende atferd, rusavhengighet og spiseforstyrrelser (Rudolph, 2009a). Sammenhengen mellom depresjon og ADHD har derimot inkonsistente funn (Brooks-Gunn, Auth, Petersen og Compas, 2001; Brent og Weersing, 2008). Rusmisbruk, panikk lidelse, tvangslidelse, spiseforstyrrelser og borderline personlighetsforstyrrelser viser seg alle å være vanlige komorbide lidelser (Eknes, 2006).

Det har vist seg at flertallet av individer med komorbide lidelser har depresjon som sekundærlidelse. Med dette menes at depresjonen oppstår etter at de har blitt rammet av en annen vanske/psykisk lidelse. Sekundære depresjoner anses gjerne som mer alvorlig og vanskeligere å behandle enn primære depresjoner (Eknes, 2006).

Rhode, Lewinsohn og Seeley (1991) så på komorbiditet hos blant annet ungdommer med depresjoner. De fant at ungdom som var deprimerte ved tidspunktet av kartleggingen, var mer sannsynlig enn forventet å ha en annen psykisk lidelse (angst, atferdsproblematikk, spiseforstyrrelse, rusmisbruk og annet). Når de undersøkte jenter og gutter separat fant de kjønnsforskjeller også i komorbiditet. Gutter hadde oftere atferdsproblematikk, mens jenter oftere hadde spiseforstyrrelser. I tillegg til kun å se på om det var komorbiditet, ville de undersøke hvilke av de psykiske lidelsene som oppstod først. Det mest slående funnet fant de når det kom til angst. I 85,1 % av de komorbide tilfellene, var det angst som oppstod først, med depresjon som sekundærlidelse. Forskjellene mellom de som kun var deprimerte og de som hadde en komorbid vanske ble undersøkt for å finne ut av hvordan det å ha en komorbid vanske innvirket på depresjonen. Funnene indikerte at ungdommene med en eller flere komorbide vansker var signifikant mer sannsynlig å ha mer enn en depressiv episode i løpet av livet i forhold til de som kun var deprimerte.

Rhode mfl. (1991) fant at komorbide vansker er sterkere og forekommer oftere hos deprimerte ungdommer, sammenliknet med voksne. Ungdom med depresjoner viste seg å være signifikant mer sannsynlig enn først antatt for å ha en annen psykisk lidelse i tillegg til depresjon. Dette med unntak av bipolar lidelse. Nesten halvparten (46 %) av ungdommene som opplevde en depressiv episode når intervjuene ble foretatt erfarte en eller flere av de andre psykiske lidelsene forskerne undersøkte. Simonoff mfl. (1997) fant enda større rate av

komorbiditet, ved at 77 % av deprimerte hadde en annen psykisk lidelse i tillegg, mens 27 % viste to eller flere komorbide lidelser. De fant derimot ikke støtte i at ADHD var komorbid med depresjoner. De mest vanlige komorbide lidelsene med depresjon viste seg å være overnervøsitet (angst) (55%) og fobier (45%).

Angst er den mest vanlige komorbide lidelsen hos barn og ungdom med depresjoner (Brooks-Gunn mfl., 2001), og har som nevnt tidligere en tendens til å være forut for depresjonen (Rhode mfl., 1991). En hypotese på dette er grunnet i at komorbiditeten kan være et resultat av delt etiologi. Middeldorp, Cath, Van Dyck og Boomsma (2005) ønsket å undersøke denne antakelsen. I deres litteraturgjennomgang analyserte de 23 tvillingstudier og 12 familiestudier. Tvillingstudiene indikerte at komorbiditeten kan forklares med en delt genetisk sårbarhet for begge lidelser. Dette ble støttet av noen av familiestudiene, mens andre indikerte at komorbiditeten er årsaken til at den ene lidelsen er et sekundært fenomen som inntreffer parallelt med det primære fenomenet. Diskrepansen mellom tvillingstudiene og familiestudiene virker til dels å skyldes forskjeller i metodebruk. Det kan likevel se ut til at komorbiditeten delvis kan forklares i at lidelsene har en delt etiologi. Med delt etiologi menes at lidelsene har en felles sykdomsårsak. Dette kan blant annet innebære medfødte anlegg eller miljøpåvirkninger og risikofaktorer. Videre forskning på dette anses som nødvendig.

Det å forstå årsaker og konsekvenser av komorbiditet kan ha viktige implikasjoner for kunnskap om depresjon og hvordan denne kan utarte seg. Å identifisere forklaringer mellom depresjoner og andre lidelser kan gi essensiell informasjon i kartlegging og klassifisering, samt mellom overlapping og egenart blant lidelsene (Rudolph, 2009a). En kan i tillegg argumentere for at kunnskap om komorbide lidelser er viktig i tilrettelegging, forebygging og behandling av ungdommen.

2.6 Risikofaktorer og sårbarhet

For å kunne sette i gang relevante forebyggende tiltak og behandlinger er det essensielt å vite hvilke ungdommer som har behov for slike programmer. Det å ha kunnskaper om risikofaktorer anses derfor som nærliggende. De teoretiske fremstillingene i kapittel tre gir innblikk i prosesser for hvordan risikofaktorer kan lede til depresjon. Først skal oppgaven imidlertid se på risikofaktorer som ikke er knyttet opp til en bestemt teori. Nå er det ikke nødvendigvis slik at hvis du for eksempel har en mor som er deprimert, eller opplever mye

stress i hverdagen at du automatisk utvikler en depresjon. Det er et samspill av risikofaktorer og beskyttende faktorer som kan avgjøre om et individ utvikler depresjon eller ikke. Hvordan en person forholder seg til og takler en stressende hendelse påvirkes av kognisjonen. Både risiko og sårbarhet refererer til faktorer som sees i sammenheng med økt sannsynlighet for en lidelse. Risiko beskriver imidlertid kun økt sannsynlighet, og spesifiserer i motsetning til sårbarhetsbegrepet, ikke hva som forårsaker lidelsen. Risikofaktorer alene er dermed ikke sett på som informative nok med hensyn til hvilke mekanismer som ligger til grunn for psykiske lidelser som depresjon (Halvorsen og Nordahl, 2012). Det vil derfor bli sett på både sårbarhet og risikofaktorer.

Som det tidligere ble vist til under avsnittet om komorbiditet viser det seg at depresjoner ofte kommer som en sekundærvanske av andre lidelser (Eknes, 2006). Det å ha annen problematikk eller sykdommer kan dermed sies å være en risikofaktor i seg selv. Det anses derfor som viktig å kartlegge disse for depresjon når de får hjelp for sin primære vanske. Dette for å kunne identifisere tidlig, men også for å kunne forebygge en mulig utvikling av depresjon.

2.6.1 Biologisk sårbarhet

Depresjon er en lidelse som sannsynligvis utvikler seg på bakgrunn av en genetisk sårbarhet i samspill med miljøfaktorer. Den biologiske sårbarheten kommer sterkest til uttrykk hvis negative miljøfaktorer, slik som stressende livshendelser, er til stede (Sund, Bjelland, Holgersen, Israel og Plessen, 2012). Det er derfor viktig å se disse i sammenheng med hverandre og interaksjonen dem imellom. Dette kan forklare hvorfor noen utvikler en depresjon på bakgrunn av stressende livshendelser, mens andre ikke. At det ligger en genetisk sårbarhet til grunn for depresjon som utspiller seg i samspill med miljøpåvirkninger er en forklaring man går ut i fra i dag (Sund mfl., 2012). Biologisk sårbarhet kan i tillegg ha betydning for hvordan ungdom reagerer på og tolker stress, og kan dermed påvirke utfallet av den stressende hendelsen (Mathiesen mfl., 2007). Depresjon kan forekomme i et samspill mellom medfødt sårbarhet og risikofaktorer i miljøet. Det er derfor ingen grunn til å tro at biologisk sårbarhet alene vil operere som risiko for depresjon, men heller modererer depresjonen.

Sårbarhet kan være problematisk å undersøke, da særlig i forhold til kausalitet. Majoriteten av studier som undersøker sårbarhet som personlighetstrekk og kognitiv stil, er tverrsnittstudier

og korrelasjonsstudier som refererer til observasjoner av grupper på forskjellige tidspunkter i løpet av depresjonen. Å trekke slutninger om kausalitet blir derfor problematisk. For å belyse mulige sårbarhetsfaktorer bør en bruke prospektive, longitudinelle undersøkelser, som inkluderer flere måletidspunkter (Halvorsen og Nordahl, 2012).

Via tvillingstudier, familiestudier og adopsjonsstudier har man fått kunnskap om at arvelige faktorer spiller en viktig rolle i forhold til depresjon (Sund mfl., 2012). Som jeg kommer inn på senere i kapittelet, har blant annet barn av deprimerte foreldre opptil tre ganger så stor sannsynlighet for å få en depressiv episode i forhold til barn med ikke deprimerte foreldre. Det er nærliggende å tro at dette også kan være grunnet arv, og ikke kun at disse foreldrene kan ha en problematisk oppdragerstil. Det er ikke funnet støtte for et enkelt gen som forårsaker psykiske lidelser. Gener ser ut til å samspille med hverandre og med miljøet (Sund mfl., 2012). Dette samspillet mellom flere gener, antas å utgjøre en indirekte risiko for depresjon. Man kan altså ikke fastslå at det er visse enkeltgener som direkte fungerer som risiko for depresjon (Haugen, 2008). Dette var et tema for Pajer mfl., (2012) som ønsket å undersøke hvorvidt klinisk depresjon kunne vise seg gjennom blodprøver, basert på markører for depresjon via genene. Gjennom et utvalg på 14 15-19 åringer med klinisk depresjon (MDD) og en kontrollgruppe på 14 uten depresjon, fant de støtte for 11 markører som var spesielle for gruppen med MDD. Det er viktig å understreke at dette kun var en pilotstudie, med et lavt utvalg. Det er likevel interessante funn. Særlig blant ungdom kan en slik blodprøve være til hjelp, der det ofte kan være vanskelig å skille mellom depresjon og normale humørsvingninger grunnet puberteten. En slik blodprøve kan dermed bidra til større nøyaktighet i diagnostiseringen. Det er derimot viktig å påpeke at en slik blodprøve aldri kan erstatte samtaler med ungdommen og bør heller sees på som et supplement til diagnostiske intervjuer.

2.6.2 Personlighetstrekk som sårbarhetsfaktor

Individuelle forskjeller i sårbarhet hos ungdom gjør at de kan reagere ulikt på de samme miljømessige påvirkningene (Mathiesen mfl., 2007). Det er økende empirisk grunnlag for å hevde at personlighetstrekk som nevrotisisme, negative selvskjemaer og spesielt tankestiler som grubling kan spille en viktig rolle i utvikling av depresjon og tilbakevendende depressive episoder (Halvorsen og Nordahl, 2012). I denne delen vil jeg sette fokus på temperament som personlighetstrekk og diskutere dette opp mot biologisk sårbarhet.

Studier viser at det finnes en viss sammenheng mellom temperament og utviklingen av psykopatologi. Temperament kan sees på som en del av ungdommens personlighet og karakteriseres som en relativt stabil tilbøyelighet i reaksjon og emosjonsuttrykk, både på tvers av situasjoner og tid. Et «ekstremt» temperament antas å kunne sette ungdommen i større risiko for å utvikle blant annet internaliserte vansker som depresjon (Caspi og Shiner, 2008).

Temperament refererer til individuelle forskjeller som har genetisk base og som er manifestert tidlig i livet. Temperamentstrekk kan spille en rolle i sårbarhet for depresjon, enten som risikofaktor eller beskyttelsesfaktor. Temperament kan direkte påvirke mottakeligheten for depresjon, eller regulere reaksjonen til miljømessige stimuli og få frem spesielle responser som kan være mer eller mindre adaptive (Zappitelli mfl., 2013). Flere temperamentsforskere hevder at en substansiell andel av variansen i utbredelsen av psykiske plager kan forklares av genetiske faktorer. Mye av denne genetiske påvirkningen virker antakeligvis via temperamentstrekk som emosjonalitet og sjenertethet. Det er enighet om at det mest sannsynlig ikke er temperamentstrekkene i seg selv som fører til spesifikke utfall, men at trekkene påvirker sosiale relasjoner, og derved utviklingsprosessen. For eksempel kan trekket negativ emosjonalitet fungere direkte som risikofaktor ved å framprovosere konflikt og avvisning, og med dette øke sannsynligheten for at ungdommen utvikler en psykisk plage eller lidelse (Mathiesen mfl., 2007). Avvisning fra andre synes å være medvirkende på den unges depresjonssymptomer. Slike temperamentstrekk kan gjøre ungdommen mer fokusert på de negative sidene av tilværelsen enn andre unge, og det ser ut til at disse oftere er utsatt for negative hendelser. For eksempel har studier vist at negativ emosjonalitet hos den unge blir møtt med mer aggresjon og utålmodighet, samt mindre ros fra omsorgspersoner enn søsken med andre temperamentstrekk (Mathiesen mfl., 2007). I tillegg til at noen temperamentstrekk direkte kan sette den unge i risiko for psykiske plager, kan andre trekk indirekte økte risikoen. Sjenertethet/skyhet kan for eksempel hindre barn og unge i å ta kontakt med andre når de står ovenfor en utfordring de ikke mestrer alene. Ved å unngå denne kontakten får ikke den unge tilgang på den støtten og beskyttelsen han eller hun kunne fått. Et positivt temperamentstrekk som å foretrekke å være sammen med andre fremfor å være alene (sosialitet) kan fungere som beskyttende faktor ved å hjelpe ungdom med gode sosiale relasjoner som igjen virker støttende når de møter på utfordringer. Dette kan blant annet redusere effekter og risikoer av stressede livshendelser (Mathiesen mfl., 2007).

Temperamentstrekk som er funnet å være beskyttende er fleksibilitet, sosialitet og lav impulsivitet (Mathiesen mfl., 2007). Dette er i tråd med hva Murberg (2009) fant i sin studie av ungdom. Han fant signifikante interaksjoner mellom sjenert/et/skyhet og sosial støtte, som predikerte flere depressive symptomer i fremtiden, etter å ha kontrollert for kjønn og utadvendthet over ett år. Andre studier har også funnet at skyhet målt så tidlig som ved 18 måneder predikerte depresjon i ungdomsårene, og denne relasjonen mellom skyhet og depresjonssymptomer var mediert av et lavt nivå av sosial støtte (Karevold, Røysamb, Ystrom og Mathiesen, 2009).

Studier viser at temperamentstrekket høy negativ emosjonalitet kan sees i sammenheng med utviklingen av depresjon. Temperamentstrekket utgjør en manglende evne til å regulere negative emosjoner eller negativt humør, samt tendensen til å være sensitiv for negative livshendelser (Kovacs og Devlin, 1998). Dinovo og Vasey (2011) fant blant annet at høy negativ emosjonalitet, lav positiv emosjonalitet og lav selvreguleringskapasitet kan interagere med hverandre og bidra til økt risiko for utviklingen av depresjonssymptomer. Positiv emosjonalitet refererer til blant annet utadvendthet og handlingskraft. Dette ble støttet av funnene til Vasey mfl. (2013) som fant signifikante interaksjoner i fire av de fem utvalgene de undersøkte. Det kan dermed se ut til at temperamentstrekk hos ungdom kan bidra til økt risiko for utviklingen av depresjonssymptomer. Dette gjelder særlig tendensen til negativ affekt, slik som ubehag, sinne, tristhet og stress kombinert med mindre grad av positive temperamentstrekk som utadvendthet og sosialitet. Den indre validiteten i disse studiene er derimot problematisk, da studiene ikke målte kausalitet. En vet for eksempel ikke om utvikling av depresjon kan ha resultert i lavere selvreguleringskapasitet, eller om selvreguleringen påvirker og bidrar til utviklingen av symptomene. Det trenger heller ikke å være et motsetningsforhold mellom disse. Temperamentsfaktorene kan være sårbarhetsfaktorer, men også bidra til å gjøre en depresjon mer kompleks (Dinovo og Vasey, 2011; Vasey mfl., 2013; Hankin, 2012).

Kunnskap om temperament som risiko kan være viktig i både det forebyggende og behandlende arbeidet. Ved å være oppmerksom på de temperamentstrekkene som utgjør risiko kan man jobbe med å snu for eksempel negativ emosjonalitet til positiv. Dette ved å veilede foreldre men også i direkte arbeid med den unge. Det er vist at i familier der barn har et «vanskelig temperament» er det gjerne disharmoni (Caspi og Shiner, 2008). Dette kan igjen skape en negativ sirkel i henhold til ungdommens depresjoner. Et stressende hjemmemiljø

kan dermed være med på å opprettholde depresjonssymptomene. Det at et vanskelig temperament kan gjøre sosiale relasjoner med jevnaldrende utfordrende er også et viktig moment i arbeidet med ungdom. Som jeg vil komme tilbake til under stressende livshendelser, er sosial isolasjon og mobbing en risikofaktor for depresjoner. Ved å trene på sosial kompetanse i forbindelse med ungdommens temperament kan derfor tenkes å redusere denne risikofaktoren. Dette er et eksempel på hvordan personlige trekk hos ungdommen og miljøbelastninger interagerer med hverandre og bidrar til utviklingen av symptomer.

2.6.3 Stressende livshendelser

Stressende livshendelser og erfaringer kan utløse en depresjon. Hvordan en slik hendelse påvirker ungdommen kan modereres av blant annet biologisk sårbarhet og personlighetstrekk som ble belyst ovenfor, samt kognitiv stil.

Det har lenge vært en antakelse at det sosiale miljøet spiller en viktig rolle i utvikling og opprettholdelse av depresjon (Monroe, Slavich og Georgiades, 2009). Akutte, alvorlige stressende hendelser er en spesielt sterk prediktor for depresjon (Hammen, 2005). Når en skal se på stressende hendelser og risikofaktorer i miljøet er det hensiktsmessig å avgrense hva man mener med disse begrepene. Hva slags aspekter av det sosiale miljøet er relevant for depresjon? I denne oppgaven er det avgrenset til å ha en forelder som er deprimert, å oppleve mobbing og det å miste en nær. Det er likevel viktig å påpeke at disse ikke er de eneste risikofaktorene, men det er disse som fremstår som mest vanlig i litteraturen og er relevant for oppgavens aldersgruppe.

Tidligere i kapittelet ble det vist til store kjønnsforskjeller i forekomsten av depresjon hos ungdom. En mulig forklaring på disse kan være forskjeller i å takle stress blant jenter og gutter. Calvete, Camara, Estevez og Villardon (2011) undersøkte hvilken rolle mestring av sosiale stressorer hadde i utviklingen av depresjonssymptomer og kjønnsforskjeller i denne prosessen. De fant, basert på et utvalg på 978 ungdommer (14-18 år), at høye nivåer av «disengagement» mestring (som innebærer blant annet unngåelsesatferd og fornektelse) kombinert med lave nivåer av «secondary control» mestring (som innebærer distraksjon og positiv tankegang) predikerte en økning i depresjonssymptomer ved oppfølgingstest seks måneder etter. De fant i tillegg kjønnsforskjeller i mestring, noe som sammen med forskjeller i oppfattet stress kan bidra til å forklare at jenter har større rater av depresjonssymptomer.

Dette kan man se i sammenheng med funnene innen temperamentsforskningen som jeg så på tidligere i kapittelet. Kan forskjeller i mestring komme av forskjeller i temperament?

Både eksponering for stressorer som varer over lengre tid og akutte stressende hendelser henger sammen med depresjon hos ungdom. Videre i kapittelet vil jeg derfor ta for meg risikofaktorer knyttet til begge typer stressfaktorer, da henholdsvis barn av deprimerte foreldre, mobbing og tap av omsorgsperson eller en annen betydningsfull person.

Barn av deprimerte foreldre

Depresjon går igjen i familier. Ofte er en eller begge foreldre deprimert når et barn eller ungdom er deprimert. Dette kan skape problemer i kartleggingen, ettersom den deprimerte foresatte kan ha en tendens til å overrapportere problemer, da de ser ting i et negativt lys. De kan også underrapportere problemer, når deres egne symptomer distraherer dem slik at de legger mindre merke til hva som skjer rundt dem (Weller mfl., 2002).

Studier viser at barn av deprimerte foreldre har opptil to eller tre ganger så høy risiko for depresjon og andre lidelser sammenliknet med kontrollgrupper. Disse lidelsene oppstår typisk ved tidlig ungdomsalder og er ofte i sammenheng med psykososiale og somatiske problemer. Funnene viser dermed at å ha en eller to foreldre som har en depresjonsdiagnose utgjør en betydelig risikofaktor for å utvikle en depresjon selv (Hammen, 2009).

Hvorfor er barn i risikogruppen hvis en eller begge av foreldrene er deprimert? Dette kan ha flere grunner. En er ikke helt sikker på mekanismene, til tross for en skiftning av fokus i forskningen, fra å forske på om det *er* en risiko, til *hvorfor*. Når samhandling, respons og væremåte er farget av depresjon hos en eller flere i familien, påvirkes også de andre. Det å leve tett på personer med depresjon er i seg selv en risikofaktor for å utvikle depresjon, særlig når man lever sammen som en familie. Dette kalles sosial smitte (Eknes, 2006). En bør være bekymret for fungeringen til barn av deprimerte foreldre av flere grunner. For det første er det godt dokumentert at depresjon er arvelig. Dessuten er det flere av depresjonssymptomene som ikke er kompatible med oppdragelse av barn. Det å føle seg trist eller nedfor, erfare mindre interesse eller glede, mindre energi, lav selvfølelse og konsentrasjon, ubeslutsomhet og irritabilitet kan gjøre det vanskelig for foreldre å være oppmerksomme på et barns eller en ungdoms behov, samt være gode rollemodeller for sunn sosial og emosjonell fungering. Det at livet til disse ungdommene kan oppleves som ekstra belastende og stressende kan også ha

innvirkning. På bakgrunn av denne konteksten er det ikke så overraskende at barn av deprimerte foreldre har høye rater av psykiske lidelser (Goodman og Gotlib, 2002).

Forskning har også vist til noe evidens for sammenhengen mellom tilknytning og depresjon. Voksne med god tilknytning har en tendens til å gjøre det bra, ha gode sosiale ferdigheter, har god selvtillit og har evnen til å forme stabile og gode relasjoner. De med dårlig tilknytning har en tendens til å ha større vanskeligheter med å forme og opprettholde nære personlige relasjoner. Det er vist at en dårlig tilknytning er assosiert med både depresjonssymptomer og klinisk depresjon (Hames, Hagan og Joiner, 2013). Dette kan være en av forklaringene på hvorfor barn av deprimerte foreldre har større risiko for utvikling av depresjon. En kan argumentere for at tilknytningen med barnet kan være problematisk når en eller begge foreldre lider av depresjoner. Hammen mfl. (1995) fant blant annet støtte for diatase stress modellen for forholdet mellom tilknytning og depresjon, der de fant at dårlig tilknytning og interpersonlig stress interagerer med hverandre for å predikere depresjonssymptomer. Liknende funn ble funnet av Sund og Wichstrøm (2002) blant norske ungdommer. Usikker tilknytning til foreldre kan bidra til utviklingen av depresjonssymptomer. De peker på å bedre relasjonen mellom ungdommen og foreldre som et viktig fokus for intervensjon.

Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau og Olfson (1997) fulgte 182 barn fra 91 familier der en eller begge av foreldrene hadde depresjon (høy risiko) eller hvor ingen av foreldrene var deprimerte (lav risiko). Aldersgruppen var 6-23 år. Barna ble tilfeldig fordelt ved tredje oppfølging, ved å bruke et strukturert diagnostisk instrument 10 år etter den første identifiseringen. De fant at sammenliknet med barn som kom fra familier der ingen av foreldrene var deprimerte, hadde barn av deprimerte foreldre høyere forekomst av depresjoner, spesielt før puberteten, samt fobier, panikk lidelse, alkoholavhengighet og større sosiale vansker. Etter 10 år hadde 78 % av barna med deprimerte foreldre en form for diagnose (56,4 % depresjon) sammenliknet med 47 % av kontrollgruppen (25 % depresjon). Deprimerte ungdommer som hadde deprimerte foreldre sammenliknet med ikke deprimerte foreldre, hadde mer seriøse og funksjonsnedsettende depresjoner ved oppfølging, men var mindre sannsynlig til å oppsøke hjelp. Etter 20 år ble de samme individene fulgt opp av Weissman mfl. (2006). Her fant forskerne tre ganger så høyt nivå for depresjon, rusavhengighet og angstlidelser i høyrisikogruppen sammenliknet med kontrollgruppen. Barna av deprimerte foreldre hadde i tillegg signifikant høyere nivåer av psykososiale

vansker, behandlingssøking og fysisk sykdom. Funnene støtter betydningen av tidlig identifisering av barn som har deprimerte foreldre.

Sosial isolasjon/mobbing

God sosial støtte kan øke opplevelsen av å mestre utfordringer og fremmer utvikling av sosiale ferdigheter hos ungdom. Mangel på sosial støtte fra jevnaldrende derimot, kan bidra til utvikling av både psykiske plager og lidelser, særlig om ungdommen i tillegg har en vanskelig hjemmesituasjon. I Trivsel og Oppvekst, barndom og ungdomstid (TOPP)- studien fant Mathiesen mfl. (2007) at nær tre prosent av 14-15 åringene i utvalget (n= 459) mobbet andre ofte, og ytterligere 13 % svarte at de hadde mobbet andre en sjelden gang. Det kunne vært interessant å måle hvor mange som følte de hadde blitt mobbet kontra hvor mange som mobber. Hadde forekomsten vist seg å være høyere? En nyere norsk undersøkelse, gjorde nettopp dette. Funnene i rapporten samsvarer med funnene i TOPP studien. De fant at tre prosent ble utsatt for negative handlinger flere ganger i uken, og ytterligere tre prosent hver 14. dag. To til tre prosent oppga at de selv jevnlig plager, truer eller fryser ut andre på skolen eller på fritiden (Bakken, 2013). Det ser dermed ut som disse to norske undersøkelsene er relativt samsvarende, med noe høyere forekomst i TOPP studien når det kommer til mobbing en sjelden gang.

Å bli mobbet av jevnaldrende kan settes i sammenheng med depresjon (Iyer, Dougall og Jensen-Campbell, 2013; Knack, Jensen-Campbell og Baum, 2011). Hvorfor anses mobbing som risikofaktor for depresjon? Kan det være en sammenheng med hvem som blir mobbet? Kan karakteristikk ved ungdom som gjør en sårbar for depresjon sammenfalle med å være i risiko for mobbing? Tidligere argumenterte jeg for at utviklingen av depresjon kan sees i samspill med miljø og kognisjon. Dette kan også være aktuelt i forbindelse med mobbing. Dette kan sees i sammenheng med temperament som beskrevet tidligere i kapittelet. Måten barn og unge reagerer på stressende hendelser, kan reguleres av individets temperament. Det å ha et «lett» temperament, med høy grad av positiv emosjonalitet kan ikke bare beskytte ungdommen mot å bli mobbet, men også beskytte mot å utvikle en depresjon på bakgrunn av mobbing. Tidligere så jeg på foreldredepresjon som risikofaktor for utvikling av depresjon hos ungdom. Kan en oppvekst preget av disharmoni i hjemmet, slik som for eksempel foreldredepresjon gjøre ungdom ekstra sårbar for å bli mobbet? Og ekstra sårbare for å utvikle en depresjon på bakgrunn av mobbing?

Det å vokse opp i et hjem preget av mye stress kan påvirke atferden til den unge. Det kan resultere i en personlighet som er mer stille med en lav selvfølelse. Det kan også påvirke atferden i motsatt fall, ved at ungdommen blir aggressive og opprørske. En mulig forklaring på dette kan være for å motta oppmerksomhet. Det er vist at deprimerte foreldre gir mindre oppmerksomhet og støtte til barna sine (Gotlib, Lewinsohn og Seeley, 1995). Olewus og Solberg (2006) peker på to hovedgrupper som er ekstra utsatt for mobbing. Dette er de underdanige og de provoserende. Disse to gruppene har klare fellestrekk med atferden beskrevet over. Det kan dermed se ut til at disharmoni og stress i hjemmet *kan gjøre* ungdommen mer utsatt for mobbing, i tillegg til ungdommens temperament. Olewus og Solberg (2006) trekker i tillegg frem at støtte fra foreldrene kan virke beskyttende mot utvikling av depresjon på bakgrunn av mobbing. Noen deprimerte foreldre har dessverre ikke overskudd, eller evne til å oppfatte disse tingene, da deres personlige ressurser kan være svekket (Eknes, 2006). Dette kan være et argument for at karakteristikk ved og rundt ungdom kan sammenfalle med risiko for både mobbing og for å utvikle depresjon grunnet mobbingen. Samtidig fant Rothon, Head, Klineberg og Stansfeld (2011) at støtte fra foreldre og venner ikke var nok til å beskytte ungdommen fra psykiske helseproblemer i forbindelse med mobbing. De peker på skolen som en støttende og forebyggende arena, og en aktiv involvering fra skolen kan dermed være hensiktsmessig for å forhindre at elevene utvikler en depresjon som følge av mobbing.

En metaanalyse av Hawker og Boulton (2000) fant at å bli mobbet var sterkt relatert til depresjon, mer enn andre former for psykologisk stress. Mobbing var i tillegg assosiert med større risiko for selvmord, noe som er en konsekvens av depresjon, som jeg vil komme tilbake til senere. Dette ble støttet opp under av data innsamlet av *Centers for Disease Control and Prevention*, som en del av *the Youth Risk Behavior Surveillance System*. Disse tallene viste at det var 73 % større sjanse for at ungdom vil prøve å ta livet av seg minst en gang i løpet av livet hvis hun eller han blir mobbet, sammenliknet med de som ikke blir mobbet (Ilyer mfl., 2013).

Paredes og Calvete (under publisering) fant at emosjonell mobbing fra foreldre og jevnaldrende predikerer en forverring av flere kognitive sårbarheter. Dette indikerer at erfaringene av mobbing i barndommen eller ungdomstid tjener som forløper til å utvikle negativ kognitiv stil, en sårbarhet som, når først utviklet, er en risikofaktor for utvikling av depresjonsymptomer i ungdomstid. Hvis ikke ungdommen direkte utvikler

depresjonssymptomer på bakgrunn av mobbingen, viser altså studien til Paredes og Calvete (under publisering) at en kan utvikle negativ kognitiv stil, eller såkalte negative kognitive skjema. Disse gjør en igjen sårbar for depresjonssymptomer ved at ungdommen kan begynne å tolke ting negativt og utvikle den kognitive triade (Beck, Rush, Shaw og Emry, 1979).

Tap av forelder eller betydningsfulle andre

Det å miste en man er glad i kan oppleves svært traumatisk for mennesker i alle aldersgrupper. Studier har vist at plutselig død virker spesielt krevende inn på den psykiske helsen (Brent, Melhem, Donohoe og Walker, 2009). Det er derimot inkonsistente funn vedrørende hvilke psykologiske påvirkninger dette har på den psykiske helsen (Nickerson, Bryant, Aderka, Hinton og Hofmann, 2013). At en forelder dør er likevel en av de mest stressende hendelser et barn eller en ungdom kan oppleve. I tillegg til død vil jeg under dette avsnittet belyse skilsmisse og dens påvirkning på ungdommens depresjonssymptomer. Dette fordi en skilsmisse kan medføre følelser hos ungdommen om å ha mistet en av foreldrene- spesielt om den unge ender opp med å bo kun hos den ene forelderen.

Brent mfl. (2009) så i sin longitudinelle undersøkelse på effekter av sorg og savn ni og 21 måneder etter en forelders død. Utvalget bestod av 176 barn og unge i aldersgruppen 7-25 år hvor en forelder hadde dødd av selvmord, ulykke eller plutselig naturlig død. Disse ble sammenliknet mot en kontrollgruppe på 168 barn og unge uten dødsfall i nærmeste familie. De fant at klinisk depresjon (MDD) og rusmisbruk var vanligere blant de som hadde mistet enn hos kontrollgruppen. Unge med foreldreselvmord hadde høyere forekomst av depresjon enn de der foreldre døde en naturlig død. Sorg/savn og tidligere historie med depresjoner økte risikoen for depresjon. Å miste moren, skyld på andre, lav selvfølelse, negativ mestring og komplisert sorg var assosiert med depresjon det andre året etter tapet. Konklusjonen var at ungdom som mister en forelder, spesielt grunnet selvmord, er sårbare for depresjoner og rusmisbruk i løpet av det andre året etter tapet. De som utviklet depresjon i løpet av de første ni månedene etter dødsfallet var mer sannsynlig for å utvikle en ny depressiv episode mellom ni og 24 måneder (54,5%) enn de som ikke hadde depresjon i de første ni månedene. Det mest gunstige tidspunktet for å forebygge eller dempe/svekke depressive episoder hos slik ungdom, synes å være kort tid etter dødsfallet.

Ved å undersøke data fra *the National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) forsket Nickerson mfl. (2013) på betydningen av alder når en forelder dør. Har det noe å si for den

videre psykiske helsen på hvilket stadium av utviklingsprosessen barnet er når en forelder dør? Gjennom et utvalg på 2823 individer indikerte funnene at tap av en forelder tidlig i livet signifikant predikerte tilstedeværelsen av de fleste angst- og stemningslidelser i tillegg til rusproblematikk senere. Utfallet ble også moderert av hvordan den gjenværende forelder tenkte på barnet etter dødsfallet. Om denne ble mindre oppmerksom på barna og utviklet en uønsket oppdragerstil, predikerte dette dårligere psykisk helse inn i voksenalder. Det kan dermed se ut til at det ikke trenger å være kun tapet av forelder som dør som er utslagsgivende. Om den gjenværende forelder er så inne i sin egen sorg at det ikke lenger er «plass» til barnet, kan dette gjøre en tung situasjon enda tyngere. Dyregrov (2004) peker på viktigheten av et godt kommunikasjonsklima i familien etter et dødsfall. Spesielt selvmord kan føre til forlenget og komplisert sorgbearbeiding fordi familiemedlemmer er ute av stand til å dele sine opplevelser og tanker, da særlig skyldfølelse som mange sliter med etter selvmord. En felles forståelse av realitetene etter et dødsfall, og felles opplevelse av tapet hos medlemmene innen en familie, kan være av betydning for den videre psykiske helsen. Studier har vist at 15 år etter et søskens selvmord viste de nå voksne søsknene sterk frustrasjon rundt det de opplevde som hemmeligholdelse, taushet og blokkert familiekommunikasjon etter dødsfallet (Dyregrov, 2004).

I slike studier og i tiltaksplanlegging kan det imidlertid være viktig å skille mellom sorg og depresjon. Studier på voksne har vist at symptomer på *Prolonged grief disorder* (PGD) skiller seg fra sorgrelatert depresjon og post traumatisk stress. Spuij mfl. (2012) ønsket å bekrefte disse funnene basert på to ulike utvalg av barn (n= 197, 8-12 år) og ungdom (n= 135, 13-18 år) som var i sorg grunnet død hos en forelder, søsken eller annen nær slektning. Funnene støtter tidligere funn på voksne, at PGD er et distinkt syndrom og foreslår at PGD symptomer bør bli inkludert i kartleggingen og behandlingen av barn og unge som søker hjelp etter et tap/dødsfall. Resultatene understreker at ulike behandlingsmetoder kan være nødvendig for de ulike syndromene.

Det å miste en betydningsfull andre trenger heller ikke nødvendigvis å innebære død. En skilsmisse kan i noen tilfeller oppfattes som å miste en av foreldrene, særlig hvis skilsmissen er komplisert og barnet eller ungdommen kun bor hos en av foreldrene. Oldehinkel, Ormel, Veenstra, De Winter og Verhulst (2008) undersøkte assosiasjonen mellom skilsmisse hos foreldrene og forandringer i depresjonssymptomer i tidlig ungdomstid på tyske barn og unge. (n= 2149, 10-15 år). Effektene av skilsmisse ble justert for foreldredepresjon. De fant, både

fra selvrapporteringer og foreldrerapporteringene, en treveis interaksjon av kjønn, alder og skilsmisse. Skilsmissen ble sterkere assosiert med depresjonssymptomer blant jenter og ved økt alder. Disse resultatene foreslår at jenter med skilte foreldre har spesielt høy risiko for å utvikle depresjoner i løpet av ungdomstiden. Disse funnene ble til en viss grad støttet av Culpin, Heron, Araya, Melotti og Joinson (2013). De undersøkte assosiasjonen mellom fravær av far i løpet av barndommen og ungdomstid og depresjonssymptomer. Basert på et utvalg på 5631 barn fra den longitudinelle studien *Avon Longitudinal Study of Parents and Children* (ALSPAC), og selvrapporteringer fra 14 åringer med *Short Mood and Feelings Questionnaire* (SMFQ), fant de at det var en sammenheng mellom fravær av far i tidlig barndom og større sjanse for utvikling av depresjonssymptomer når ungdommen er 14 år. Denne sammenhengen var sterkere hos jenter enn hos gutter. De fant ingen sammenheng når far ble fraværende senere i utviklingen, ved 10 år. Dette er interessant, da Oldehinkel mfl. (2008) fant sammenhenger mellom depresjon og skilsmisse i senere alder. Resultatene til Culpin mfl. (2013) skiller seg dermed noe fra den andre studien, og indikerer at om far blir fraværende tidlig i barnets liv, kan dette sette barnet i større risiko for utvikling av depresjon når de kommer i ungdomstiden, da særlig jenter.

2.7 Konsekvenser

Psykiske lidelser kan føre til betydelig redusert funksjonsevne på flere arenaer og i livskvalitet. I alle OECD-landene utgjør disse en stadig større andel av all sykemelding og uføretrygd. Omtrent hver tredje uføretrygd i Norge gjelder psykiske lidelser. Depressiv episode står for den største andelen av de tapte årsverkene (Major mfl., 2011). I følge undersøkelsen «*The Global Burden of Disease*» er depresjon rangert som nummer fire av sykdommer når det kommer til tapte funksjons og kvalitetsjusterte leveår og antas innen 2020 å bli nummer to (Dalgard og Bøen, 2008). Det ser dermed ut til at det ikke er noen tvil om at depresjon kan ha store konsekvenser. Disse konsekvensene innebærer alvorlig funksjonstap, lange sykemeldinger og hyppig tilbakefall. Konsekvensene av depresjoner koster både samfunnet og den enkelte som rammes dyrt. Direkte kostnader for depresjon knyttes til behandling i institusjon og hjemmebaserte tjenester. I Norge er det antatt at disse dreier seg om lag 1,5 milliarder kroner årlig. I tillegg kommer utbetalt uføretrygd og sykemeldinger (Dalgard og Bøen, 2008). Til tross for at disse konsekvensene i stor grad gjelder voksne, er

det likevel et argument for forebygging og tidlig intervensjon da disse konsekvensene (tapte årsverk, uføretrygd etc) i stor grad kan gjelde når denne ungdomsgruppen vokser opp.

At ungdom som utvikler depresjon tidlig eller som har depressive symptomer er i risiko for flere negative konsekvenser, har fått bred støtte i empirien. Dette dreier seg om nye depressive episoder, lavere sosial fungering, dårligere skoleprestasjoner og et spekter av andre psykiske helseproblemer (Fergusson og Woodward, 2002). Det er derfor svært viktig å identifisere ungdom med symptomer tidlig for å forebygge utvikling av klinisk depresjon og eventuelle negative konsekvenser inn i voksen alder. Kunnskap om konsekvenser kan brukes som argument for at samfunnet skal prioritere psykisk helse fremover.

2.7.1 Psykososiale vansker

Ungdommer som sliter med depresjoner eller depresjonssymptomer kan ofte ha psykososiale vansker i form av både internalisert og/eller eksternalisert atferd. Disse inkluderer blant annet negative attribusjonsmønstre, svak sosial kompetanse, dårlig selvfølelse og selvmordstanker. Psykososiale vansker kan føre til vansker innenfor viktige livsområder slik som skoleprestasjoner og utdanning, jobb, sosiale relasjoner og helse (Gotlib mfl. 1995).

Fergusson og Woodward (2002) ønsket å undersøke i hvilken grad deprimerte ungdommer har risiko for psykososiale vansker. De kartla depresjonssymptomer basert på selvrapportering fra 964 unge fra New Zealand ved 15-16 årsalder. Kartleggingen baserte seg på «*The Diagnostic Interview Schedule for Children*» og supplementerte med elementer fra DSM-III-R diagnosekriterier. Ved alderen 18 og 21 år ble ungdommen intervjuet for å måle personlig og sosial fungering. De fant at de med depresjon i ungdomstid var i signifikant forhøyet risiko for senere depressive episoder, angstlidelser, nikotin – og alkoholavhengighet, selvmordsforsøk, underprestering på skolen og arbeidsløshet.

Forskerne fremmer to konklusjoner. For det første var det støtte for en klar og spesifikk kontinuitet fra ungdomsdepresjon til senere depresjon, selv etter å ha kontrollert for andre faktorer og komorbide lidelser. For det andre; i alle tilfellene ble sammenhenger mellom ungdomsdepresjon og andre utfall (nikotinavhengighet, alkoholmisbruk, selvmordsforsøk, akademisk underdyting, arbeidsløshet og tidlig graviditet) forklart av andre faktorer. Disse innebar forandringer i foreldrenes væremåte, seksuelle misbruk i barndommen, intelligens, temperament og involvering med avvikende jevnaldrende. Det kan derfor se ut til at den

forhøyete forekomsten av disse utfallene ikke er direkte konsekvenser av depresjon, men heller reflekterer risikofaktorer som sosial bakgrunn, familiære- og personlige faktorer. Svakheterne ved denne studien er at kartleggingen av depresjon i løpet av ungdomstid og tidlig voksenalder baserte seg på de unges retrospektive rapportering av symptomer. Det er i tillegg uklart hvor mange av de som rapporterte symptomer ville ha oppfylt kravene til en klinisk diagnose (Fergusson og Woodward, 2002).

Naicker, Galambos, Zeng, Senthilselvan og Colman (2013) undersøkte og beskrev de sosiale, demografiske -og helseutfallene av ungdomsdepresjon med overgangen til tidlig voksen alder over en 10 års periode. Utvalget bestod av 1027 ungdom i alderen 16-17 år. De fant ingen signifikante sammenhenger knyttet til utdanning, jobbstatus, personlig inntekt eller sivilstatus. Signifikante utfall som vedvarte etter 10 år inkluderte tilbakevendende depressiv episode, migrene, dårlig selvrapportert generell helse og lav sosial støtte.

En litteraturgjennomgang av Rao og Chen (2009) viser at prospektive studier har funnet at etter friskmelding, fortsetter barn og unge å vise nedsatt psykososial fungering på flere områder i livet. I tillegg har barn og unge med depresjon vedvarende psykososiale problemer inn i voksenlivet. Disse inkluderer kriminalitet, dysfunksjonelle interpersonlige relasjoner, tidlig graviditet, lav utdanningsoppgjør og selvmordsatferd. Undersøkelser på voksne indikerer at deprimerte pasienter med oppstart i ungdomstid, har mer nedsatt sosial – og arbeidslivsfungering samt dårligere livskvalitet, sammenliknet med pasienter hvor den første depressive episoden oppstod i voksen alder. Det kan dermed se ut til at depresjonen kan påvirke milepæler i utviklingen. For eksempel er depresjon ofte assosiert med problemer med interpersonlige relasjoner og skoleprestasjoner. I tillegg er forsinkelser i sosial, emosjonell og kognitiv utvikling påvist. Det er i midlertidig ikke klart om disse psykososiale forstyrrelsene er forløper eller konsekvenser av depresjonen.

2.7.2 Skoleprestasjoner

Ved en depresjon svekkes de kognitive funksjonene konsentrasjon og oppmerksomhet, noe som igjen kan føre til at hukommelsen svekkes. Dette er alle egenskaper som er viktige i en læringsprosess. I tillegg er en av kjennetegnene ved depresjon en forandring i søvnmønsteret. Noen opplever et større behov for søvn, mens andre har problemer med å sove (Verdens helseorganisasjon, 2011). Å ha et forstyrret søvnmønster kan påvirke om ungdommen kommer seg på skolen, og kan føre til mer fravær som igjen kan resultere i mindre læring. Det

kan dermed se ut til at noen av symptomene på depresjon kan føre til et lavere læringsutbytte og underyting på skolen.

I tillegg til direkte symptomer kan også en depresjon føre til lavere selvfølelse og at ungdommen sliter med redusert egenverdi. Dette kan føre til at den unge attribuerer på en lite hensiktsfull måte, da i henhold til håpløshetsteorien jeg kommer tilbake til i kapittel tre (Abramson, Metalsky og Alloy, 1989). Et attribusjonsmønster der den unge attribuerer til indre egenskaper om noe går dårlig kan føre til unngåelsesatferd. Unngåelsesatferd innebærer at ungdommen unngår situasjoner som kan føre til feiling, da for eksempel prøver på skolen. Dette kan igjen føre til skulk og større fravær. Vi ser her at det er flere komponenter ved en depresjon som kan føre til at tenåringer underpresterer på skolen som igjen kan ha konsekvenser for muligheter senere i livet, spesielt når det kommer til videre utdanning og jobb. Hvis dette utvikler seg kan det da føre til arbeidsløshet og igjen lavere livskvalitet som kan virke enten opprettholdende på depresjonen, eller føre til en ny depressiv episode.

Etter å ha kontrollert for sosiodemografiske faktorer, livshendelser, seksuelt misbruk, fysisk misbruk og utsettelse for vold, fant Glied og Pine (2002) at ungdom med depresjonssymptomer i snitt mistet en dag mer av skolen i løpet av den måneden undersøkelsen pågikk, enn de andre elevene. Om dette vedvarer kan en derfor tenke seg at elever som sliter med depresjon eller depresjonssymptomer mister betraktelig mer tid på skolen enn ungdom med god psykisk helse. Det hadde derfor vært interessant å undersøke dette over et lengre tidsspenn for å få et mer nøyaktig bilde av fraværsmønsteret. Konklusjonen var at høye nivåer av depresjonssymptomer hadde sammenheng med alvorlige og betydningsfulle konsekvenser, selv etter å ha kontrollert for livsomstendigheter. Det er derimot vanskelig å kartlegge de direkte konsekvensene, da depresjon hos ungdom ofte er assosiert med mange andre faktorer som også forhøyer risikoen for uheldig atferd og konsekvenser. Det kan derfor se ut til å være et årsak-virkningsproblem her. For når en depresjon kan føre til lavere skoleprestasjoner, har blant annet Masi mfl. (2000) funnet en signifikant sammenheng mellom oppfatninger av skolen og læring med depresjonssymptomer. De fant støtte for antakelsen om at ulike komponenter ved selvbildet kan assosieres med depresjonssymptomer. En kan dermed stille spørsmålet om dårligere skoleprestasjoner går forut depresjonen, eller om det er en konsekvens av den.

2.7.3 Selvmord

En nyere undersøkelse basert på ungdommer i Stavanger viser at ti prosent av jentene i utvalget har forsøkt å begå selvmord, og en av fire har forsøkt selvsykdom. De tilsvarende tallene for guttene er noe lavere, hvor fire prosent har forsøkt å begå selvmord, og 11 % har forsøkt selvsykdom. Tallene kommer fra et utvalg av "vanlig" ungdom, og ikke fra et klinisk utvalg. Dette gjør forekomstene spesielt høye (Hartberg og Hegna, 2014). Det er derimot noe rart at denne undersøkelsen viste høyere forekomst for jenter når det kommer til selvmordsforsøk. Tall fra statistisk sentralbyrå viser at i 2009 var det totalt 25 gutter i alderen 10-19 år som døde av selvmord. Tilsvarende tall for jentene viser til 14 stykker (Statistisk sentralbyrå, 2009). En mulig forklaring kan være at gutter i større grad lykkes med sine selvmordsforsøk. Weissman mfl. (1999) fant at for voksne som hadde oppstart av depresjon i ungdomstiden, var det en høy forekomst av selvmord 10-15 år etter første kartlegging. Andelen som hadde begått selvmord var på 7,7 %, og resultatene viste fem ganger så høy risiko for selvmordsforsøk sammenliknet med de som ikke hadde erfaring med depresjon. Imidlertid hadde denne studien et lite utvalg (73 deprimerte og 37 i kontrollgruppen), noe som kan begrense generaliserbarheten av funnene. Likevel er dette bekymringsfulle tall og peker på viktigheten av et økt fokus på å identifisere og forebygge depresjon i ungdomstiden, da en depresjon både vil øke sannsynligheten for selvmordstanker og forsterke alvorlighetsgraden i tankene (Eknes, 2006).

Studier viser at depresjoner er den vanligste lidelsen hos mennesker som dør av selvmord. Tilleggsvarer, særlig rusmisbruk og borderline personlighetsforstyrrelse, er assosiert med en forhøyet risiko. I tillegg er det vist at interpersonlige problemer, som mobbing, kan føre til økt forekomst av selvmordstanker. Det er derfor nærliggende å kartlegge ungdommens sosiale kontekst i kartleggingen av risiko for selvmord og selvmordsforsøk. Depresjonssymptomer som følelse av håpløshet, skyld og lav selvoppfatning, synes å være mer avgjørende for selvmord enn symptomer som søvnforstyrrelser, vektnedgang, konsentrasjonsproblemer eller psykomotoriske forstyrrelser (Barzilay og Apter, 2014).

2.7.4 Metodiske utfordringer i forskningen av konsekvenser

Det er en utfordring å måle kausalitet i studier som har til hensikt å måle konsekvenser av depresjon (Glieb og Pine, 2002). Til tross for at flere sammenhenger og utfall har blitt godt dokumentert, vet vi mindre om hvilken utviklingsbane tidlig depresjon har på senere

konsekvenser og utfall. Fergusson og Woodward (2002) hevder at tre utviklingsbaner gjør seg gjeldende. For det første så kan det være en direkte sammenheng mellom effekten av depresjon og senere konsekvenser. Depresjon kan for eksempel lede til en lavere utdanningsoppnåelse og reduserte livsmuligheter. For det andre er det mulig at assosiasjonen mellom tidlig depresjon og senere konsekvenser er ikke-kausalt og heller reflekterer tilstedeværelsen av forutgående faktorer som er risikofaktorer for depresjon. Til slutt er det mulig at sammenhengen mellom tidlig depresjon og senere konsekvenser påvirkes av komorbide lidelser. Derfor kan sammenhengen mellom blant annet tidlig depresjon og rusmisbruk reflektere effekten av en komorbid atferdsforstyrrelse og ikke en konsekvens av depresjonen i seg selv. For å forstå rollen depresjon har på senere lidelser og tilpasning, er det derfor viktig å kartlegge de ulike banene som knytter depresjon til senere konsekvenser (Fergusson og Woodward, 2002).

2.8 Oppsummering

Depresjon blir omtalt som en av de nye folkesykdommene og i ungdomstid ser man en ekspansjon av lidelsen (Eknes, 2006; Helland og Mathiesen, 2009). Alvorlighetsgrad og omfang kan variere, og karakteriseres av en rekke kjennetegn som kan komme til uttrykk på ulike måter. En depresjon rammer følelseslivet og det er derfor naturlig at man opplever lidelsen forskjellig og har ulike symptomer og uttrykk (Eknes, 2006). Likevel er det visse likhetstrekk og kjennetegn som er felles. Ettersom lidelsen kan skape store utfordringer for ungdommen som rammes, argumenteres det for viktigheten av at mennesker som jobber i førstelinjetjenesten har informasjon om hvordan depresjoner kan gjenkjennes. Dette for å identifisere individer som er i faresonen, eller som allerede har utviklet en depresjon, slik at forebygging, tilrettelegging og behandling kan igangsettes så tidlig som mulig.

Det er flere faktorer som gjør at noen er mer utsatt for å utvikle en depresjon enn andre. Personlighetstrekk og miljøfaktorer kan i samspill lede til depresjonssymptomer. Om en ungdom utvikler en depresjon ser derfor ut til å medieres av biologisk sårbarhet, kognitiv stil, personlighetstrekk og stressorer i miljøet. Kunnskap om risikofaktorer er viktig ved identifisering av de som trenger behandling og hvilke grupper en burde rette forebyggende tiltak mot. Det kan være vanskelig å si noe om årsak-virkning om hvorfor en depresjon oppstår, da det er mange ulike faktorer som spiller inn, og det at ungdommen reagerer forskjellig i møte med risikofaktorer.

Depresjon kan få alvorlige konsekvenser. Undersøkelser viser at mennesker som opplever depresjon i ungdomstid, kan ha mer alvorlige følger, enn mennesker som utvikler dette i voksen alder (Rao og Chen, 2009). I tillegg ser det ut til at depresjonen kan påvirke skoleprestasjoner, som igjen kan få følger senere i livet når det kommer utdanning og arbeid. Det er derfor viktig å sette inn tiltak tidlig for å forhindre at de underpresterer i forhold til sine evner på skolen. Det å føle seg mislykket og føle at mange dører lukkes grunnet dårlig eller ufullstendig vitnemål, kan være med på å svekke livskvaliteten ytterligere. Den mest alvorlige konsekvensen av depresjon kan sies å være selvmord. Det at den unge ikke lenger vil leve bør sees på som svært alvorlig, og det er spesielt viktig å ta de unges selvmordstanker på alvor.

3 Teoretiske forklaringsmodeller

Hvorfor oppstår depresjoner? Finnes det forklaringer på hvorfor noen blir rammet, men ikke andre? Dette kapitlet presenterer teoretiske forklaringsmodeller for hvorfor depresjon oppstår, supplert med behandlingsformer innen hver av disse tilnærmingene. Dette danner grunnlaget for tiltakene presentert i kapittel fire, da disse er utviklet på bakgrunn av teoriene. Dessuten er det en sammenheng mellom denne kunnskapen og risikofaktorene i kapittel to. Dette følger av at både teoriene og risikofaktorene ønsker å forklare hvorfor noen utvikler depresjon, mens andre ikke.

I det følgende vil kognitiv teori, kognitiv atferdsterapi, betydningen av stress og interpersonlig teori og terapi bli belyst.

3.1 Kognitiv teori

Grunntanken i kognitiv teori er at en persons følelser og atferd blir bestemt ut fra individets tanker og hvordan man oppfatter og tenker om verden. Beck med mfl. (1979) utviklet en sentral teori om at depresjonssymptomer kan oppstå på grunn av måten vi tolker våre erfaringer på. Sårbarhetsfaktorer hos ungdommen interagerer med miljøfaktorer og bidrar til å utvikle eller utløse depresjon. En sentral komponent i denne teorien er såkalte kognitive skjema. Alle mennesker konstruerer indre skjema i møte med erfaringer, og det er disse vi tolker ut fra, og tilpasser nye erfaringer til. Teorien har et diatese-stress perspektiv ved at den hevder at om barnet eller ungdommen møter på utfordringer eller stressende livshendelser kan negative skjema utvikles. Disse kan da ligge latente og kan aktiveres når den unge utsettes for en ny negativ eller stressede hendelse. De negative skjemaene betraktes som dysfunksjonelle da de ikke alltid stemmer overens med virkeligheten, men er i overkant negative. Disse medfører at ungdommen tolker alt i negativ retning slik at de nye erfaringene skal passe inn i det allerede negative skjemaet. Dysfunksjonelle skjema øker sjansen for å utvikle det teoretikerne kaller den kognitive triade. Triaden postulerer at deprimerte individer tenker negativt om seg selv, sine omgivelser og fremtiden. Triaden kan føre til pessimistisk, hjelpeløs og isolerende atferd, hvor den unge blir avhengig av bekreftelse fra andre. Triaden blir uttrykt gjennom det Beck mfl. (1979) kaller for negative automatiske tanker. Disse tankene er urimelig kritiske og vedlikeholder tristhet og uhensiktsmessige tankemønstre. Symptomer på depresjon blir dermed en konsekvens av aktiveringen av disse negative

kognitive skjema. Depresjonsskjema utvikles dermed tidlig i barndommen på bakgrunn av erfaringer og forblir latente frem til de blir trigget av senere stressende livshendelser. Ut fra dette diatese-stress perspektivet har skjemaene innflytelse på hvordan ungdommen tolker og erfarer stressende hendelser, i tillegg til å moderere påvirkningen disse hendelsene har på utviklingen av depresjonssymptomer (Beck mfl., 1979).

3.1.1 Kognitiv atferdsterapi

Roten til emosjonelle vansker er ifølge kognitiv atferdsterapi menneskets tendens til å tenke irrasjonelt. Mennesker har derimot muligheten til å tenke logisk og rasjonelt, men dette må læres. Rasjonell emosjonell atferdsterapi (REBT), med ABC teorien til Ellis (1995), postulerer at det ikke er ytre hendelser (A) i seg selv som forårsaker depresjonssymptomer (C). Det er derimot et punkt mellom disse to, nemlig tolkningen av hendelsen (B). Det er derfor viktig å bli klar over, og konfrontere, hvilke tanker som aktiveres ved B for å snu den negative tankegangen og bli mer rasjonell og logisk (Ellis, 1995). Denne tilnærmingen ser derfor på pasienten som aktiv i behandlingen, da det kreves oppgaver og øvelser for å endre B. Både MoodGYM og Kurs i depresjonsmestring (KiD) som blir presentert senere i oppgaven har som mål å endre disse irrasjonelle tankene. Kognitiv restrukturering er en sentral komponent i kognitiv atferdsterapi (Brent og Weersing, 2008). I tråd med REBT gir programmene informasjon om irrasjonelle tanker og ungdommen lærer oppgaver og strategier for hvordan man kan endre B til en mer rasjonell og logisk tolkning. En kan også trekke klare likhetstrekk mellom Ellis' komponent B og Beck med mfl. (1979) negative automatiske tanker. Negative automatiske tanker og irrasjonelle tanker er begge tanker og tolkninger som ikke er logiske og rasjonelle.

Som jeg var inne på i kapittel to er det flere risikofaktorer som kan sette ungdommen i risiko for å utvikle depresjonssymptomer. Blant annet gjelder det stressende livshendelser. Her kan Ellis ABC modell fremstå noe enkel som forklaringsmodell. Er det virkelig slik at det kun er hvordan et individ tenker om en hendelse som skaper depresjon? Hvis en ungdom blir utsatt for svært traumatiske hendelser, slik som at en av foreldrene dør, er det kun hvordan han eller hun tenker om dette som skaper problemer i etterkant? Det kan oppleves urimelig. Likevel er det jo slik at negative ettervirkninger av traumer kan reduseres ved kognitiv bearbeiding. Tenåringen kan for eksempel hjelpes til å tenke at det ikke var han eller hennes skyld etter et dødsfall eller en skilsmisse. Det kan likevel argumenteres for at Ellis sin fremgangsmåte er

mest passende ved mer dagligdagse problemer (Vogt, 2008). Dette støttes ved at både programmene MoodGYM og KiD har vist seg å ha best effekt ved milde til moderate depresjonsplager (Dalgard, 2004; Major mfl., 2011).

3.1.2 Hvilken betydning har stress på utviklingen av depresjon?

En potensiell svakhet ved diatese-stress rammeverket til blant annet Beck mfl. (1979), er dens manglende evne til å ta hensyn til hvordan og hvorfor stress oppstår. Dette er bemerkelsesverdig da ungdom genererer en større andel interpersonlige stressorer i forhold til andre aldersgrupper (Auerbach, Ringo, Ho og Kim, under publisering).

Stressgenereringsperspektivet hevder på sin side at det er et transaksjonelt forhold mellom stress og depresjon. Ungdommens kognitive karakteristikker, slik som temperament, kan forme deres interaksjoner på en slik måte at de skaper større interpersonlig stress, som igjen medfører forhøyet risiko for å utvikle depresjon (Alloy, Liu og Bender, 2010). Dette så vi også i kapittel to, da undersøkelser kan tyde på at visse temperamentstrekk hos ungdommen er assosiert med en forhøyet risiko for depresjon (Caspi og Shiner, 2008). Auerbach mfl. (under publisering) fant blant annet at negativ attribuering og selvkritikk predikerte mer interpersonlig stress. Det vil si å årsaksforklare nederlag til egenskaper i deg selv. Det å være selvkritisk skaper stress for hele tiden å ønske å prestere bedre, noe som kan sette deg i risiko for depresjon. Dette er i tråd med hva Abramson, Metalsky og Alloy (1989) hevder i sin håpløshetsteori. Dette er en diatese-stressteori som postulerer at tendensen til å tilskrive negativt, forøker risikoen for klinisk depresjon. Depressive tilleggsfaktorer forøker sårbarheten til individer som a) gjør globale og stabile tilleggsfaktorer etter negative erfaringer, b) tror negative hendelser vil ha katastrofale følger, og c) skylder på seg selv som respons til negative hendelser. Dette kan sees i sammenheng med Banduras begrep om mestringstro. I følge Bandura (1986), er erfaringer fra situasjoner der en måtte mestre noe bestemt, den kraftigste kilden til mestringsforventninger. Troen på å lykkes driver motivasjonen og kan dermed føre til høyere prestasjoner og bedre selvtillit. Det ser derfor ut til at oppmerksomhet bør rettes mot å bedre selvtillit og mestringstro i intervensjoner. Spesielt ettersom en konsekvens av depresjon er undertrykkning på skolen, noe jeg så på i kapittel to.

3.2 Interpersonlig teori

Flere teorier ser på viktigheten av å forstå ungdomsdepresjon innenfor en interpersonlig kontekst. Felles for disse er at de fokuserer på interaksjonen mellom ungdommen og deres sosiale kontekst i forhold til oppstart og utvikling av depresjon (Rudolph, 2009b).

Interpersonlig teori tar dermed for seg samspillet mellom den unge og den sosiale konteksten de er en del av. For å forstå hvordan miljøet i samspill med individet kan utgjøre en risiko kan man se på interaksjonen mellom a) karakteristikker hos ungdommen som øker sjansen for depresjoner. Dette kan være sosiale –eller atferdsvansker, personlighetstrekk og temperament. b) sosiale, kontekstuelle påvirkninger som øker risikoen for depresjon, for eksempel foreldredepresjon, og c) overgangsfaser i livet som kan skape stress i løpet av ungdomstiden. Dette kan blant annet være overgangen fra ungdomsskolen til videregående skole. Teorien baserer seg på dynamiske perspektiver på utvikling og psykopatologi som vektlegger hvordan pågående interaksjoner og transaksjoner blant ungdom og deres miljø påvirker utviklingen. Et sentralt prinsipp er hvordan ungdommen spiller en aktiv rolle i å konstruere, forme, tolke og velge deres sosiale verden (Rudolph, 2009b). Dette kan for eksempel dreie seg om tolkninger av erfaringer og valg av sosiale relasjoner. Ungdommen tar altså aktive valg som påvirker tilværelsen. De aktive valgene de unge tar, kan påvirke hvorvidt den sosiale verden til ungdommen er preget av negative eller positive opplevelser. Samtidig er det flere risikofaktorer innad i en familie, blant annet depresjoner hos en eller begge foreldre. Det kan her diskuteres om tenåringene er en aktiv agent i alle settinger i livet.

En kan bare til en viss grad velge sosiale relasjoner innen familien, foreldre er ofte omsorgspersoner ungdommen er nødt til å forholde seg til. I tillegg kan kognitiv sårbarhet bidra til å problematisere denne aktive rollen til ungdommen. Hvorfor er det slik at noen tolker situasjoner annerledes enn andre? Hvis ungdommen har utviklet det Beck mfl. (1979) kaller negative automatiske tanker kan det stilles spørsmål vedrørende tenåringens aktive rolle. Disse negative tankene og tolkningene vil jo for mange komme ubevisst og automatisk, og disse vil igjen påvirke valg og konstruksjon av verden. Det hele grunner nok i hvordan man operasjonaliserer begrepet aktiv agent. Om det handler om å være bevisst sine tolkninger og valg, kan det diskuteres om dette er legitimt. Når tolkninger påvirker valg, og disse i mange tilfeller er automatiske, oppstår det derfor innvendinger mot denne operasjonaliseringen. Gjennom terapi og støtte kan man derimot endre tankemønstre, og hjelpe ungdommen til å bli en aktiv agent og være mer bevisst de negative automatiske

tankene (Beck mfl., 1979). Kurs i depresjonsmestring (KiD) er et eksempel på et program som vektlegger dette. Kan man gjennom intervensjonsprogrammer hjelpe ungdommen til å bli en aktiv agent? Og dermed gjøre de interpersonlige relasjonene mer positive?

Som beskrevet i kapittel to er blant annet mobbing en risikofaktor for å utvikle depresjoner. Her kan en også komme med innvendinger til den aktive agenten. I hvor stor grad teller ungdommens aktive valg om hun eller han blir mobbet eller ikke?

I følge Coyne (1976) er overdreven søken etter bekreftelse og nedsatt sosial støtte viktige sårbarhetsfaktorer for depresjon. Han hevder at atferden og holdningene til deprimerte individer produserer avvisning fra andre. Dette fordi deprimerte mennesker har et stort behov for bekreftelse fra andre. Der andre gir bekreftelse, stiller den deprimerte seg skeptisk til om denne er reell og søker ytterligere bekreftelse. En negativ spiral etableres, hvor den deprimerte søker mer hyppig og ekstrem bekreftelse fra andre. Videre hevder Coyne (1976) at mennesker med depresjon fremkaller negativ affekt i andre. Når denne negative affekten eskalerer fører dette til en tilbøyelighet til å avvise den deprimerte og dermed blir den deprimerte sosialt isolert og ensom. Dette kan man se i sammenheng med temperament som jeg så på i forrige kapittel. For eksempel kan trekket negativ emosjonalitet fremprovosere konflikt og avvisning (Mathiesen mfl., 2007).

Den kognitive triade skaper negative automatiske tanker. Et moment i den kognitive triade er nettopp at ungdommen ser negativt på seg selv, og følgelig trenger bekreftelse fra andre om at dette ikke stemmer (Beck mfl., 1979). Samtidig tolker den unge alt negativt, gjennom sine negative automatiske tanker. Det samme gjelder Ellis (1995) ABC modell, ved at man har irrasjonelle tanker omkring en hendelse. Om ungdommen hele tiden tolker responser og hendelser i et negativt lys kan det føre til et større behov for bekreftelse slik Coyne (1976) hevder. En kan derfor se disse tre synene i sammenheng med hverandre når en skal forstå utviklingen av depresjon. Kan individets konstante behov for bekreftelse, som igjen ifølge Coyne (1976) produserer avvisning, virke opprettholdende for depresjon?

3.2.1 Interpersonlig terapi

Interpersonlig psykoterapi for ungdom (IPT-A) er en tilpasset versjon av interpersonlig terapi for voksne. En slik tilnæringsmåte konsentrerer seg om interpersonlig stress, og jobber for å redusere dette. En begynner ofte med å kartlegge viktige relasjoner i ungdommens liv for å

finne passende intervensjoner og øvelser man kan jobbe videre med. Type problematikk som ofte blir tatt opp er hvordan tenåringer kan forholde seg til tap av en viktig person, forvirring i forhold til hvilken rolle ungdommen har i relasjoner, rolleoverganger (for eksempel overgangen fra barn til ungdom, eller ungdom til voksen), tilpasning til endrede familieforhold (for eksempel ved skilsmisse) og sosiale ferdigheter. Målet er å bytte ut konfliktfylte relasjoner med meningsfulle, trygge relasjoner preget av et lavt konfliktnivå (Brent og Weersing, 2008).

Av tiltaksprogrammene sett på i denne oppgaven benytter både MoodGYM og KiD seg av denne strategien. Blant annet har den siste modulen i MoodGYM et fokus rettet mot interpersonlige relasjoner og en tar sikte på å bedre ungdommens tilpasning til endringer i relasjoner og problemløsningsstrategier (MoodGYM terapeutmanual, 2012). Kurs i depresjonsmestring (KiD) har en nettverkskomponent, der man blant annet øver på sosiale ferdigheter (Lewinsohn og Clarke, 1984). Dette er også videreført i kurs i mestring av depresjon for ungdom (DU) programmet, der hovedmålet for et av møtene er hvordan ungdommen kan forbedre interpersonlige relasjoner (Fagakademiet, 2012).

3.3 Oppsummering

Dette kapittelet hadde som formål å presentere ulike teoretiske forklaringsmodeller og bakgrunnen for særlig innholdet som blir presentert i kapittel fire. Likevel er teoriene som har blitt presentert svært relevante for innholdet i resten av oppgaven, og man kan se ideene fra teoriene også i risikofaktorene presentert i kapittel to. Det kan være utfordrende å plassere noen teorier som rene kognitive teorier, da mange av dagens teoretikere ofte benytter seg av komponenter fra ulike tilnærminger (Gelso og Fretz, 2001). En kan derfor argumentere for at blant annet Beck mfl. (1979) som her ble beskrevet under kognitiv teori tar i stor grad for seg også kognitiv atferdsteori. Likevel har oppmerksomheten her vært på Beck mfl. (1979) sine kognitive ideer, med den kognitive triade som fokus.

4 Forebygging og behandling

«Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008» (Sosial –og Helsedepartementet, 1999-1998) og «Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse» (2003) hadde som overordnet mål å styrke barn og unges psykiske helse. «Psykisk helse i skolen» (1999-2008a) fulgte opp disse to planene som en nasjonal forebyggende satsing direkte rettet mot forebygging av psykiske plager i skolen. Videre står det i Stortingsmelding 16 02/03 «Resept for et sunnere Norge» at vi skal jobbe mot å forebygge mer for å reparere mindre (Helsedepartementet, 2002-2003). Det ser dermed ut til å ha blitt et økt fokus på både psykisk helse og forebyggende arbeid de siste årene. Likevel viser en rapport fra SINTEF fra forholdene i 2011 at forebyggingen blir nedprioritert til fordel for behandling. Kommunene gir i økt grad tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, noe som går ut over det forebyggende helsearbeidet. Rapporten konkluderer med at det er et behov for å vurdere en øremerking av midler til forebygging i kommunen. Det synes å være lett for kommunene å nedprioritere forebygging for mer akutte tilfeller (Slettebak, Kaspersen, Jensberg og Osberg Ose, 2013; Tønseth, 2013).

Stortingsmelding 16 02/03 peker på nødvendigheten av mer tverrfaglig samarbeid. Det er viktig at det etableres et godt samarbeid mellom instanser som pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), skoler, barnehager helsestasjoner og helsesøster for å fange opp psykiske lidelser hos ungdom. Ansvar for barn og unges oppvekst og utvikling ligger der barnet tilbringer tiden sin, deriblant skolen (Major mfl., 2011). Det vil derfor være et fokus på førstelinjen som helhet, men også diskusjon av hva den enkelte skole eller lærer kan gjøre for å skape et psykisk helsebringende miljø på skolen. Programmene det fokuseres på (MoodGYM og KiD) kan brukes både forebyggende –og behandlende. Det vil i tillegg diskuteres den økende tendensen til medisinerings av ungdom med depresjoner.

Med forebygging ønsker man å forhindre nye sykdomstilfeller, eller man ønsker å hindre at symptomer utvikler seg til alvorlige diagnoser, ved at man griper inn på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen. Dette refereres til som primær –og sekundærforebygging (Dalgard og Bøen, 2008). Med behandling ønsker man å lette allerede oppståtte symptomer. Med andre ord dreier det seg om tiltak vi setter inn etter at den unge har oppnådd et klinisk høyt symptomnivå (Major mfl., 2011).

MoodGYM og Kurs i depresjonsmestring (KiD) er valgt ut grunnet deres egnethet som programmer innen førstelinjetjenestens rammer. Tidligere i oppgaven har jeg sett på risikofaktorer for utvikling av depresjon. De valgte programmene tar spesielt for seg risikofaktorene vedrørende personlighet og temperament. Likevel bør det i noen tilfeller suppleres med tiltak rettet mot miljøet rundt ungdommen. Dette kan for eksempel dreie seg om foreldreveiledning ved belastende hendelser, slik som skilsmisse. Dette er et eksempel på hvorfor tverrfaglig samarbeid er viktig i arbeid med ungdom, da for eksempel barnevernet eller kommunepsykolog kan gå inn å gjøre dette. Programmene krever ikke psykologisk utdanning for å implementeres. MoodGYM gjøres over internett og KiD implementeres som gruppeformat. De fremstår derfor som mer kostnadseffektive og tilgjengelige sammenliknet med tradisjonell samtaleterapi.

I tillegg til redegjørelse vil det være en gjennomgang av effektstudier på programmene MoodGYM og KiD. En effektstudie/tiltaksstudie er en studie der man undersøker hvorvidt en bestemt behandling har effekt på mennesker med en bestemt utfordring. For å sikre god validitet i slike studier, bør det involvere et stort utvalg, som fordeles tilfeldig på en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe. Slike studier kalles ekte eksperimentelle design (Kleven, 2002a).

Effektstørrelser er viktige å ta med når man rapporterer resultater, i tillegg til resultatenes signifikans. Dette fordi de sier noe om den praktiske betydningen av funnene. Flere av studiene gjennomgått i oppgaven bruker effektstørrelsemålet Cohen's d. Ved bruk av Cohen's d regnes effektstørrelser på 0,20 som små, mens effektstørrelser på henholdsvis 0,50 og 0,80 regnes som moderate og sterke (Meltzoff, 1997). Hvis ikke effektstørrelsen er oppgitt i denne gjennomgangen er det fordi effektstørrelsen ikke er oppgitt i den aktuelle artikkelen, eller fordi de ikke har presisert hvilket effektstørrelsemål som er brukt.

I effektstudier er spørsmålet om hvorvidt vi kan si noe om hva som forårsaker effekten viktig. I denne sammenheng kan det sentrale spørsmålet for eksempel være; I hvilken grad er det en kausal sammenheng mellom uavhengig(MoodGYM) og avhengig variabel (depresjon)? Dette er et spørsmål om indre validitet (årsaksforklaringer). For å kunne trekke mest mulig valide slutninger om indre validitet er det viktig å benytte seg av et design som legger til rette for årsaksforklaringer. Den optimale designtypen er ekte eksperimentelt design. Undersøkelser hvor minst en gruppe gis en «eksperimentell» påvirkning, men hvor forsøkspersonene ikke er tilfeldig fordelt på grupper, kalles kvasiexperiment. Disse oppleggene omfatter tiltak, men

mangler eksperimentell kontroll på ett eller flere punkter, og er derfor mer sårbare for trusler mot indre validitet (Kleven, 2002a).

4.1 Det internettbaserte forebyggende programmet MoodGYM

MoodGYM er basert på to behandlingsformer. Disse er kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi som det ble gjort rede for i kapittel tre. Begge har vist seg å være effektive for å forebygge og behandle depresjon og angst. Programmet er et selvhjelpsprogram, men det kan også kombineres med annen behandling. Negative tanker, følelser, stress og relasjon til familie og venner, samt det å styrke selvfølelsen, står sentralt i de fem modulene MoodGYM består av. Programmet ble opprinnelig utviklet for ungdom og unge voksne, og noen av problemstillingene og eksemplene bærer preg av dette. Prinsippene er imidlertid generelle og kan være lette å kjenne seg igjen i også for mennesker i andre aldersgrupper (MoodGYM terapeutmanual, 2012).

Programmet går over syv uker. I begynnelsen av hver modul gjennomfører ungdommen Goldbergs depresjons –og angsttest og får oppgitt symptomnivået sitt. I *modul en* er fokuset på følelser. Her skal den unge identifisere tanker som kan fremkalle negative følelser. Ungdommen blir presentert for seks personligheter, og de skal da se om de kan identifisere seg med noen av disse. I denne modulen fullføres også en test om negative tanker og man får tilbakemelding på områder for sårbarhet og hvor man skårer høyt. På denne måten kan den unge bli mer bevisst på hva som kan forårsake negative tanker og følelser. Det er syv områder for sårbarhet. Disse er: behovet for aksept fra andre, behovet for å bli elsket, behovet for å lykkes, behovet for å være perfekt, følelsen av å være ansvarlig for andres følelser, oppfatningen av at lykke er avhengig av ytre faktorer og følelsen av å fortjene noe. Modulen introduserer konseptet «det du tenker er det du føler» som utforsker hvordan negative, selvkritiske eller fordomsfulle tanker påvirker følelsen av for eksempel nedstemthet. Ungdommen fullfører også tre oppgaver i denne modulen. Disse er å identifisere negative tanker fra en samtale mellom personlighetene som ble presentert, identifisere eksempler på egne negative tanker, samt å identifisere tanker som nylig har gjort vedkommende opprørt eller sint (MoodGYM terapeutmanual, 2012).

I *modul to* er målet er å identifisere tanker som kan utfordres, undersøke sårbarhet for dysfunksjonelle tanker og å bedre selvfølelsen. Oppgavene i denne modulen omhandler å identifisere negative tanker og begynne å revurdere de hemmende tankene gjennom eksempler og oppgaver. «Negative tanker testen» tas for å se hvilke negative tanker som er gjennomgående. Ungdommen går også igjennom sine sårbarhetsområder funnet i modul en, og ser nærmere på sine positive og negative sider. En ukesoppgave går ut på å bruke 10 minutter hver dag gjennom hele uken på å gjøre en lystbetont aktivitet (MoodGYM terapeutmanual, 2012).

Det å endre negative tanker er fokus i *modul tre*. Her gjør ungdommen oppgaver som har som mål å hjelpe til å utvikle en mer realistisk forståelse av hendelser og hvordan man tolker disse. Et variert antall øvelser gjøres basert på den unges høyeste skåre i «negative tanker testen». Deretter gjør ungdommen en praktisk øvelse som slår sammen læringen på tvers av alle sårbarheter. Så fyller tenåringen ut et skjema om lystbetonte handlinger. Dette skjemaet gir vedkommende en indikasjon på hvor ofte slike aktiviteter gjøres. Dette kan danne grunnlaget for planleggingen av aktiviteter som også skal gjøres i denne modulen (MoodGYM terapeutmanual, 2012).

Det å stresse ned er fokuset i *modul fire*. Her skal ungdommen identifisere situasjoner som kan fremkalle negative tanker. Det fokuseres på å skille mellom hendelser i livet som kan oppleves stressende og kroniske stressfaktorer. Vedkommende veiledes så i strategier for å bedre forholdet med sine foreldre, der negative tanker knyttet til foreldrene blir diskutert. Bakgrunn og metoder for avslapning blir presentert og man kan også laste ned lydfiler med tre ulike typer avslapningsøvelser fra internettsiden til MoodGYM (MoodGYM terapeutmanual, 2012).

Modul fem tar for seg interpersonlige relasjoner. Ungdommen leser materiale om forhold og hvordan man kan lære seg å bedre takle fremtidige brudd i relasjoner. Man leser også om uheldige reaksjonsmåter ved samlivsbrudd. Enkle strategier læres for å løse problemer (MoodGYM terapeutmanual, 2012).

Det vil i det følgende legges frem effektstudier gjort på MoodGYM. De fleste av studiene gjort på MoodGYM kommer fra det landet programmet ble utviklet, - Australia. Det er også gjort noen studier av effekt på det oversatte norske programmet. Det fremstår likevel som nødvendig med mer forskning på MoodGYMs effekt på norske forhold.

4.1.1 MoodGYMs effekt på jenter

O’Kearney, Kang, Christensen og Griffiths (2009) studerte effekten av MoodGYM på jenter mellom 15 og 16 år i Australia som var deprimerte, eller som befant seg i risiko for å utvikle en depresjon. 157 jenter ble fordelt på en gruppe som mottok MoodGYM og en kontrollgruppe uten intervensjon. Hele utvalget kom fra samme skole. MoodGYM ble gitt som et personlig utviklingskurs på skolen over seks uker med hver modul åpen i to uker. Kontrollgruppen gjennomgikk et vanlig kurs om personlig utvikling med aktiviteter om ernæring. Måling av depresjon, attribusjonsstil, kunnskap om og holdninger til depresjoner ble målt før, rett etter og 20 uker etter intervensjon. Antakelsen var at individer som bruker MoodGYM sammenliknet med kontrollgruppe vil vise en høyere bedring i depressive symptomer i forsøksperioden, og større forandringsrate fra høy til lav depresjonsstatus. Gruppene var relativt ekvivalente (like) før tiltaket ble iverksatt, uten signifikante forskjeller på pretest, med unntak av på kunnskaper om depresjon. Her viste kontrollgruppen signifikant høyere kunnskap enn tiltaksgruppen.

Resultatene indikerte at intervensjonsgruppen hadde en nedgang i sine depresjonssymptomer, sammenliknet med kontrollgruppen. Effekten viste seg imidlertid signifikant først 20 uker etter intervensjonsprogrammet, med moderat styrke ($d=0,46$). MoodGYM indikerte spesielt god effekt på ungdom som før programmet rapporterte om et høyt nivå av depressive symptomer. Det er derfor en svakhet at flertallet av denne gruppen ungdommer befant seg innenfor de 70 % som gjennomførte mindre enn tre av modulene i programmet (O’Kearney mfl., 2009).

Det er begrensninger angående generalisering av funnene (ytre validitet) ettersom utvalget kommer fra kun en skole, med relativt høy sosial status. I tillegg er utvalget for lite til å oppdage effekter etter 20 uker. Tildelingen til personligutviklingsklasser er heller ingen randomisert prosess, til tross for at dette ble gjort før studien var påbegynt. Tildelingen på gruppene var basert på hvor fort de fullførte et generelt personlighetsutviklingskurs og kan dermed ha skapt en form for skjevhet. Forskerne prøvde å utelukke dette ved å bestemme seg for metoden for tildeling før rekrutteringen og ved å skjule tildelingsmetoden for deltakerne og lærerne frem til etter første kartlegging (såkalt blinding). Til tross for dette, kan noen faktorer ha påvirket hvor raskt deltakerne ble ferdige med dette kurset, slik som for eksempel lærerens effektivitet (O’Kearney mfl., 2009).

4.1.2 MoodGYMs effekt på gutter

En liknende studie som den over, ble gjennomført på gutter av O’Kearney, Gibson, Christensen og Griffiths (2006). Utvalget bestod av 15 og 16 år gamle gutter som var deprimerte, eller i risikogruppen til å utvikle en depresjon, fra en australsk skole. 78 gutter ble fordelt på en gruppe som mottok MoodGYM og en kontrollgruppe uten intervensjon. Effektstudien indikerte relativt små endringer i guttenes depresjonssymptomer. Dette kan ha sammenheng med at kun 40 % av tiltaksgruppen gjennomførte alle fem av MoodGYMs moduler. Deltakere som gjennomførte tre eller flere moduler viste en liten bedring i sine depresjonssymptomer og selvtillit, og de så ut til å utvikle en mer hensiktsmessig attribusjonsstil. Risikoen for å utvikle en depresjon så derfor ut til å bli redusert. Den positive effekten ble imidlertid ikke opprettholdt ved senere oppfølgingsstudier.

Det lille utvalget kan ha skapt begrensninger. Det var i tillegg frafall underveis i studien, noe som førte til at ved posttest mistet tiltaksgruppen 12 individer (av 35). I kontrollgruppen var det derimot ikke registrert frafall ved posttest, men fire falt fra ved 16 ukers oppfølging. Tiltaksgruppen led dermed mest under frafall ved å miste enda syv individer ved 16 ukers oppfølging, noe som utgjør et frafall på til sammen 19 personer. Dermed var det kun 16 personer som kunne analyseres i slutfasen. Ved å ha et såpass lite utvalg kan dette påvirke den ytre validiteten av studien, altså om resultatene kan generaliseres utover utvalget og til populasjonen. I tillegg kan frafallet svekke muligheten til å trekke valide slutninger om indre validitet. Det kan ha vært en svakhet ved studien at guttene selv ikke meldte seg på, men ble rekruttert av forskere på bakgrunn av symptomer. Det faktum at guttene selv ikke tok initiativ til å delta i undersøkelsen kan derfor ha påvirket motivasjonen for å gjennomføre, noe som kan forklare den lave fullføringsraten. (O’Kearney mfl., 2006).

En annen svakhet ved undersøkelsen er at det ikke var tilfeldig fordeling på gruppene. Skolen utvalget var hentet fra ville at tiltaksgruppen skulle komme fra der lærerne var motiverte til å sette i gang programmet. Lærermotivasjon kan ha vært et resultat av mer kontakt med deprimerte eller sårbare elever og kan derfor ha medført at tiltaksgruppen var mer sårbare enn kontrollgruppen i utgangspunktet (O’Kearney mfl., 2006). Forskjellene bør imidlertid ha vært synlige ved pretest og dermed blitt kontrollert for.

4.1.3 Har lav fullføringsrate noe å si for effekt?

Ut fra de foregående studiene ser det ut til å være en tendens til at mange faller fra og/eller ikke fullfører alle fem moduler av programmet. Callear, Christensen, Mackinnon og Griffiths (2013) så på om fullføringsrate til programmet hadde noe å si for effekten. Antakelsen var at større fullføringsrate til MoodGYM ville resultere i sterkere effekter. Sammenliknet med kontrollgruppen, fant de at menn med depresjoner som fullførte mange moduler rapporterte høyere effekt av intervensjonen ved posttest ($d=0,35$) og ved oppfølging etter seks måneder ($d=0,43$), enn de som fullførte færre moduler ($d=0,35$ posttest, og $0,26$ ved 6 måneder). Disse forskjellene var derimot ikke signifikante. Fraværet av signifikante funn kan ha noe med det lille utvalget i gruppen med høy fullføringsrate, noe som resulterer i mindre styrke til å finne intervensjonseffekter. Videre forskning med et større utvalg vil kunne styrke reliabiliteten av den observerte effekten.

Også intervensjonseffekten hos kvinner/jenter i undersøkelsen var større hos de med høy fullføringsrate (posttest, $d=0,13$ og $0,20$ ved 6 mnd. mot $0,04$ posttest og $0,02$ ved 6 mnd.). Disse funnene kan tyde på at de ikke-signifikante effektene observert for kvinner i hele utvalget kan reflektere kvinners lave fullføringsrate og/eller engasjement med programmet, heller enn programmets ineffektivitet for kvinner, ettersom de kvinnene som fullførte større del av programmet opplevde bedre effekt (Callear mfl., 2013). Disse tendensene finner man også i den andre undersøkelsen vist til i oppgaven. 70 % av jentene i utvalget fullførte mindre enn tre moduler (O’Kearney mfl., 2009).

4.1.4 Langtidsvirkninger

Mackinnon, Griffiths og Christensen (2008) ønsket å undersøke langtidsvirkningene av MoodGYM. Utvalget bestod av 525 deltakere med depresjonssymptomer. Disse ble tilfeldig fordelt på tre tiltaksgrupper: MoodGYM ($n=182$), en informasjonsnettside om depresjon (Bluepages)($n=165$) og en kontrollgruppe som fikk spørsmål om sin livsstil ($n=178$). Utvalget ble målt med «Center for Epidemiologic Studies- Depression (CES-D)». I tillegg ble demografisk informasjon innhentet, noe som inkluderte blant annet alder, sivilstatus, utdanningsoppnåelse og tidligere erfaring med depresjon. I løpet av tiltaksperioden ringte forskerne deltakerne på alle de tre gruppene (totalt seks 10-minutters samtaler). Deltakerne ble i tillegg oppringt opp til tre ganger for påminnelse om fullføring av posttest-spørreskjema.

Ved posttest fant forskerne en svak til moderat effekt på MoodGYM ($d=0,38$). Etter 12 måneder hadde MoodGYM fortsatt en statistisk signifikant reduksjon i depresjonssymptomer basert på CES-D skårer i forhold til kontrollgruppen ($d= 0,29$). Det var derimot noe frafall i denne studien som kan gå utover generaliserbarheten av resultatene. Dette fordi det kan tenkes at noen av de som falt fra skiller seg betydelig fra de som fortsatte. Blant annet kan det tenkes at de som ikke fikk noe særlig effekt av programmet valgte å droppet ut, mens de som opplevde reduksjon i symptomer valgte å fortsette både ved å gjennomføre hele programmet og stille opp på oppfølgingstest. Totalt 46 av 525 personer falt fra undersøkelsen. Dessuten var undersøkelsen slik at alle deltakerne ble kontaktet på ukentlig basis mens de gjennomgikk programmet. Andre studier viser at der det er minimal kontakt mellom deltaker og terapeut er det en betydelig større frafallsrate. Effekten i denne undersøkelsen bør derfor tolkes i lys av at denne gruppen har fått mer oppfølging enn det som er vanlig ved gjennomføring av MoodGYM i en naturlig setting, og derfor kan ha oppnådd høyere effekt og bedre fullføringsrate. Det er likevel grunn til å tro at disse resultatene gir en støtte til MoodGYMs effekt på langsikt, men mer forskning er nødvendig (Mackinnon mfl., 2008).

4.1.5 MoodGYMs effekt i Norge

Lintvedt mfl. (2013) foretok den første effektevalueringen av MoodGYM i Norge. 163 studenter fra Universitetet i Tromsø ble tilfeldig fordelt på to grupper; en tiltaksgruppe ($n=81$) som mottok MoodGYM og fikk tilgang til en internettside med informasjon om depresjon (Bluepages), og en kontrollgruppe ($n=82$) som ble satt på venteliste for å motta programmet. Kontrollgruppen ble informert da de tok pretest spørreskjema om at undersøkelsen ville gå over flere uker, slik at det kunne ta litt tid før de mottok instruksjoner om programmet. Ingen annen informasjon eller kontakt ble gitt før ved posttest åtte uker etter, og de fikk da tilgang til programmet og ble forklart at undersøkelsen nå ble avsluttet. Resultatene av undersøkelsen indikerer at internettbaserte intervensjoner kan være effektive uten oppfølging også på norske forhold. Ved posttest viste intervensjonsgruppen signifikante lavere nivåer av depresjonssymptomer, lavere forekomst av negative automatiske tanker og høyere kunnskap om depresjoner. Signifikante bedringer ble funnet ved to måneders oppfølging. Effektstørrelsen var moderat til sterk ($d= 0,57$). Undersøkelsen viste også at deltakerne generelt sett var fornøyde med programmet og ville anbefalt det til venner og bekjente som hadde liknende problematikk. I snitt fullførte deltakerne tre av MoodGYMs fem moduler.

Funnene støtter konklusjonene til de andre studiene gjort i Australia og sammen indikerer disse at MoodGYM kan være et godt forebyggende program. En kan ikke se bort ifra at noe av bedringen i intervensjonsgruppen kommer av støtte fra betydningsfulle andre eller av annen terapi. På en annen side hadde kontrollgruppen samme mulighet til slik støtte, så det er derfor grunn til å tro at bedringen til tiltaksgruppen kommer av tiltaket (Lintvedt mfl., 2013).

Også denne studien møter på utfordringer i forhold til frafall. Kontrollgruppen mistet 39 til oppfølgingstest, noe som tilsvarer nesten halvparten av deltakerne på denne gruppen. Mye frafall kan begrense generaliserbarheten av resultatene. Det manglet i tillegg en langtidsoppfølging, så vi kan ikke vite om effektene av programmet opprettholdt seg utover de to månedene. Det hadde vært ønskelig med oppfølgingstest ved 6 og 12 måneder for å måle langtidseffekt (Lintvedt mfl., 2013).

Det er uvisst om funnene i denne undersøkelsen kan generaliseres til målgruppen i denne oppgaven. Snittalderen på utvalget var 28,2 år, altså en del høyere enn alderen vi her er interessert i (12-18 år). Universitetsstudentene i utvalget kan ha hatt mer erfaring med databruk og kan ha vært mer villige til å bruke internett som hjelp for deres problemer enn yngre ungdommer eller andre med lavere utdanning (Lintvedt mfl., 2013). Videre forskning på effekten av MoodGYM på norske ungdommer anses derfor som nødvendig.

4.1.6 Oppsummering

Studiene ovenfor indikerer at MoodGYM kan være effektiv i forhold til å redusere depresjonssymptomer hos ungdom. For guttene derimot, ble ikke denne effekten opprettholdt, motivasjonelle forhold hos deltakerne kan være en forklaring. Dette, sett i sammenheng med det lille utvalget i studien til O’Kearney mfl. (2006) begrenser derfor anvendeligheten av resultatene fra denne studien. Det kan se ut til at en av utfordringene ved å bruke MoodGYM som forebyggende program er den lave fullføringsraten. Det at programmet er lett tilgjengelig og gratis er svært positivt, men hvis ikke materialet er engasjerende og attraktivt nok til at ungdommer opprettholder motivasjon til å fullføre, blir det et problem. O’Kearney mfl. (2006) foreslår et fokus på å bedre bruken og engasjementet til programmet ved å forbedre materialet og tilpasse den til spesielle populasjoner. Det bør påpekes at de fleste av studiene i gjennomgangen er utført i Australia. Det kan diskuteres om generaliseringen til Norge er valid, og videre forskning på effekten av MoodGYM i Norge er nødvendig.

4.2 Kurs i depresjonsmestring (KiD)

Originalkurset til Lewinsohn «Coping with depression» er basert på sosial læringsteori, kognitiv atferdsterapi og interpersonlig teori. Det er et multimodalt psykoedukativt behandlingsprogram for depresjoner som foregår i grupper. I sosial læringsteori er depresjon forbundet med en redusering i behagelige –og en forhøyning i forekomsten av ubehagelige interpersonlige erfaringer og interaksjoner. Originalkurset tar for seg områder som har vist seg å være problematiske for deprimerte individer slik om stressende livshendelser, reduksjon av engasjement i lystbetonte aktiviteter, irrasjonelle tanker og problematiske sosiale interaksjoner. Kurset består av 12 to-timers møter gitt over en åtteukersperiode. Etter en og seks måneder holdes det oppfølgingsmøter for å samle inn informasjon om eventuell forbedring eller tilbakefall. På de første to møtene fokuseres det på kursets grupperegler, begrunnelse for kurset og det sosiale læringsperspektivet på depresjon. I tillegg er det en instruksjon av strategier som deltakerne kan ta i bruk i det videre arbeidet med personlig utvikling. De neste åtte møtene er gitt til å lære spesifikke ferdigheter. Hver ferdighet har to møter hver. Disse er sosiale ferdigheter, kontroll over irrasjonelle tanker, øke lystbetonte aktiviteter og avslapningsteknikker. I de siste to møtene er fokuset på integrering av teknikker, opprettholdelse og forebyggende elementer (Lewinsohn og Clarke, 1984).

Kurset har i senere tid blitt modifisert og tilpasset norske forhold. Kurs i depresjonsmestring (KiD) tar utgangspunkt i at interpersonlige erfaringer påvirker sosiale relasjoner og mestring. I likhet med originalkurset baserer det seg på momenter fra sosial læringsteori, kognitiv atferdsterapi og interpersonlig teori. Studier har vist at de som opplever avvísning fra andre attribuerer feiling til indre årsaker, som igjen skaper en lav mestringsfølelse. I KiD vil en derfor lære problemløsende mestringsstrategier. I den norske utgaven har hvert kurs 8-10 deltakere over åtte ukentlige møter a 2,5 timer. Møtene er ledet av to personer, vanligvis to spesialopplærte psykiatriske sykepleiere. Undervisning og skriftlige oppgaver trener deltakerne i positiv tenkning, søking av lystbetonte aktiviteter og utvikling av sosiale relasjoner (Nord og Dalgard, 2006). KiD er utarbeidet for mennesker som har hatt, eller som har, perioder med nedstemthet og symptomer på depresjon. Formålet med kurset er å lære metoder og teknikker som kan brukes for å forebygge eller mestre nedstemthet og depresjon (Børve, Nævra og Dalgard, 2009).

Første del av kurset handler om hvordan vi tenker, altså om kognisjonen. De ser på teknikker for å gjenkjenne og arbeide med å endre negativ kognisjon. Disse bygger på elementer fra Beck mfl. (1979) kognitiv teori for depresjon og Ellis (1995) ABC modell som jeg så på i kapittel tre. I KiD legger man derimot til en «D» i ABC modellen, noe som skaper en ABCD modell. D'en representerer komponenten drøfting. For at en drøfting skal endre følelsen, må den være så god at en ny forståelse har troverdighet, ellers vil ikke følelsen endres. Å innføre D understreker at tolkningen kan revurderes for å se om den opprinnelige tolkningen er hensiktsmessig og logisk, eller om situasjonen kan forstås og tolkes på alternative måter (Børve mfl., 2009).

Videre går kurset inn på hvordan aktiviteter og handlinger påvirker følelser. Endring kan også skje ved å velge handlinger eller situasjoner (A) som man på forhånd vet har et spesifikt utfall (C). Ved å bevisst velge lystbetonte handlinger man vet en blir glad av kan man forebygge negative automatiske tanker. Gjennom å bevisst velge en situasjon (A) er det mulig å påvirke hvilken følelse som produseres. Det vil derimot også være nødvendig å utsette seg for situasjoner som kan utløse negative automatiske tanker, slik at man får trening i å gjenkjenne og argumentere mot disse tankene for dermed å bryte mønstret av disse (Børve mfl., 2009).

Kursets siste del omhandler hvordan relasjoner til andre påvirker følelsene og sinnsstemningen. Ved en depresjon er det vanlig at den unge tar mindre kontakt med andre, føler seg mer ukomfortabel med andre enn det man gjorde før, blir mindre pratsom og mer var for å bli oversett, kritisert eller avvist. Lav sosial kontakt kan bidra til eller forsterke en depresjon ved at en kilde til glede faller bort. ABCD modellen benyttes i denne delen av kurset til å forstå hva som skjer i de sosiale relasjonene. Ved at man er trist kan dette påvirke tolkningene en gjør i samspill med andre. Her kan man bruke ABCD modellen aktivt for å gjenkjenne negative automatiske tanker, for dermed å forebygge de negative tolkningene som igjen kan skape negative relasjoner til andre (Børve mfl., 2009). Dette er i tråd med Coyne's (1976) interpersonlige teori som jeg så på i kapittel tre. Coyne (1976) hevdet at den deprimertes konstante behov for bekreftelse og dens tvil vedrørende denne bekreftelsen kan bidra til avvisning fra andre. Ved å bruke ABCD modellen kan man derfor lære seg å ikke betvile den andres bekreftelse, og heller godta denne. Dermed kan man forebygge den avvisningen fra andre Coyne (1976) hevder den deprimerte opplever. Videre står planlegging av flere sosiale aktiviteter og undervisning i strategier for å danne vennskap sentralt. Dette er i tråd med sosial læringsteori; personens tro på egne evner er viktigere enn de sosiale

ferdighetene i seg selv. Ved å skape mestringstillit er mye gjort ifølge denne tankegangen (Børve mfl., 2009).

Ettersom hensikten med en litteraturgjennomgang er å få oversikt over forskningen gjort på feltet er det i hovedsak naturlig å benytte seg av nyere forskning. Dette fordi det da viser et mer oppdatert bilde av situasjonen i dag. Til tross for dette har jeg da jeg skulle se på effekten av KiD inkludert en studie av eldre dato. Dette fordi KiD ble utviklet på 80-tallet og jeg ville ha med en evaluering av Lewinsohn mfl. originalkurs.

4.2.1 Effekten av originalkurset til Lewinsohn mfl.

Brown og Lewinsohn (1984) var en av de første som undersøkte effekten av originalkurset til Lewinsohn mfl. 63 individer mellom 16-65 år som møtte kriteriene for unipolar depresjon, basert på «Research Diagnostic Criteria (RDC)», ble tilfeldig fordelt på fire grupper. De som fikk gruppeterapi (n= 25), individuell terapi (n=13), telefonbasert terapi med minimal kontakt mellom deltaker og terapeut (n=14), og en kontrollgruppe som ventet på behandling (n=11). 22 av de i utvalget mottok annen terapi i tillegg da undersøkelsen startet opp (35%).

Deltakerne ble målt før studien startet opp (pretest), etter intervensjon (posttest) og ved en og seks måneder (oppfølgingstest). Ved pretest ble demografisk data innhentet; alder, sivilstatus, utdanning, arbeidsstatus i tillegg til snitt i BDI skårer og erfaring med tidligere depresjon. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ved pretest. Kurset bestod av 12 møter over åtte uker. Møtene ble holdt to ganger i uken de første fire ukene og deretter en gang i uken de resterende fire ukene. Instruktørene tok i tillegg kontakt en og seks måneder etter endt kurs (Brown og Lewinsohn, 1984).

Resultatene indikerte at alle deltakere opplevde en bedring i symptomer fra pretest til posttest, men gruppene skilte seg fra hverandre når det kommer til hvor stor denne forbedringen var. Deltakerne i tiltaksgruppene forbedret seg mer i løpet av åtte uker enn de i kontrollgruppen, og effekten av tiltakene var signifikant. Til tross for at prosenten av deltakerne som møtte kriteriene for depresjon gikk fra 100% til 25% ved seks måneder oppfølging, var det ingen signifikant forskjell mellom de tre tiltaksgruppene. Vi kan derfor ikke forkaste nullhypotesen om at det ikke er noen forskjeller mellom de tre tiltaksgruppene. Dette viser også til at 25% fortsatt var plaget med depresjonssymptomer etter endt kurs (Brown og Lewinsohn, 1984).

Resultatene av undersøkelsen indikerte at det var effektivt å vektlegge instruktør-student relasjonen over terapeut-pasient. Det at man opplever at man deltar på et kurs kan oppleves mindre stigmatiserende. Det kan i tillegg tyde på at kurset var motiverende grunnet det lave frafallet i undersøkelsen (4,6% generelt og 3% for gruppene). De som fikk minst effekt av kurset var de som hadde utviklet depresjonen tidlig i livet, noe som argumenterer for tidlig intervensjon. I tillegg hadde de som opplevde mye stress og stressende livshendelser mindre effekt (Brown og Lewinsohn, 1984).

En svakhet ved denne studien kan være at deltakerne måtte betale for å delta (100-150 dollar, avhengig av inntekt). En kan spørre seg om dette da tiltrekker kun ressurssterke mennesker til å delta. Blir da utvalget representativt? Det at de betalte for å være med viser også en større motivasjon og vilje. Dette kan også ha påvirket resultatene. I tillegg bestod utvalget av relativt få deltakere (n=63) og med et bredt aldersspenn (16-65år) (Brown og Lewinsohn, 1984).

Andre studier på effekten av KiD viser til noen forskjeller i effekt på forskjellige aldersgrupper (Cuijpers, Munoz, Clarke og Lewinsohn, 2009), så det at denne undersøkelsen har et såpass bredt aldersspenn kan ha påvirket resultatet til å bli noe unøyaktig.

4.2.2 Cuijpers, Munoz, Clarke og Lewinsohn's metaanalyse

Cuijpers mfl. (2009) foretok en metaanalyse av de 25 randomiserte og kontrollerte studiene som fantes av KiD på det tidspunktet. En metaanalyse er en teknikk hvor resultater fra to eller flere studier er statistisk kombinert for å gi en overordnet eller gjennomsnittssvar til et studiespørsmål. En kan derfor gjennom denne metoden kombinere flere studier for å få et bredere bilde og sammenfatte hva gjennomsnittsresultatet av effekten blir (Garvik, Idsoe og Bru, 2013). Metaanalysen tok for seg studier hvor KiD ble brukt som intervensjon for å behandle eller forebygge depresjon og hvor KiD ble sammenliknet med en kontrollgruppe eller direkte sammenliknet med en annen form for behandling. Totalt var det 25 studier som møtte inklusjonskriteriene. Seks studier var forebyggende, 19 studier var behandlende og åtte studier på ungdom. For de forebyggende studiene ble effektstørrelsen regnet ut som «*incidence rate ratio*» (IRR). Med dette menes at man sammenlikner forekomsten av depresjon i tiltaks -og kontrollgruppen etter intervensjonen. For behandlingsstudiene regnet de ut Cohen's d (Cuijpers mfl., 2009).

Resultatene indikerte at ved å bruke KiD som forebyggende program ble gjennomsnittss IRR på 0,62. Dette indikerer at deltakerne på KiD har 38 % mindre sjanse til å utvikle depresjon

enn de i kontrollgruppene. For KiD som behandlingsprogram var det mer problematisk å sammenfatte resultatene i en metaanalyse. Dette grunnet metodeforskjeller i de gjeldende studiene. Blant annet ble det i noen studier brukt KiD som internettintervensjon og studiene hadde forskjellige i aldersgrupper. Likevel ble en sammenfatning gjort for å få en generell ide om effekten av programmet. Sammenfattet ga studiene der KiD ble brukt som behandlende program en svak til moderat effekt ($d=0,28$). I de studiene der effekten kun ble basert på BDI skårer og endringer i disse, oppnådde man en høyere effektstørrelse ($d=0,47$). Effekten av KiD på spesielle grupper var alle svak til moderat ($d=0,35-0,39$). Det er denne siste effektstørrelsen som er interessant i vår sammenheng, da ungdom ble definert som spesielle grupper (Cuijpers mfl., 2009).

4.2.3 Effekten av KiD i Norge

Dalgard (2004) ønsket å undersøke effekten av den modifiserte og tilpassede KiD for norske forhold. For å teste ut om motivasjon hadde noe å si for effekt, ble deltakerne rekruttert gjennom avisoppslag i mediene. Totalt 155 av de påmeldte innfridde inklusjonskriteriene og hadde klinisk depresjon ut fra ICD-10 kriterier. Utvalget skilte seg noe ut fra populasjonen med en høyere andel kvinner, skilte seg med høyere utdanning enn snittet. Det var ingen signifikante forskjeller mellom tiltaks- og kontrollgruppen før intervensjon, bortsett fra alder og tilleggsbehandling. Tiltaksgruppen viste seg å være yngre og flere mottok annen behandling ved siden av sammenliknet med kontrollgruppen. Dette ble tatt hensyn til i analysen. I tillegg til at Dalgard (2004) benyttet seg av et kontrollert og randomisert design, var det et «Intention to treat» design, noe som vil si at både de som fullførte kurset og de som ikke fullførte er med i beregningen av effekt. Som effektmål ble det brukt gjennomsnittlig endring i BDI skårer samt andel der BDI skårene endret seg med seks poeng eller mer. Resultatene viser til 35% reduksjon i BDI skårer i intervensjonsgruppen sammenliknet med 19% i kontrollgruppen. Fullføringsraten var på 85%. I intervensjonsgruppen opplevde 69% en bedring i symptomer sammenliknet med 37% i kontrollgruppen. Effekten synes å være størst ved moderate depresjoner og kun her er forskjellene mellom intervensjons- og kontrollgruppen statistisk signifikant.

Styrken ved undersøkelsen til Dalgard (2004) er det store utvalget i tillegg til designet. Ved å bruke et randomisert, kontrollert design kan man lettere dra konklusjoner vedrørende årsaksforklaringer (Kleven, 2002a). Svakheten er at effekten kun baserte seg på endringer i

BDI skårer. Det å inkludere en klinisk psykiatrisk undersøkelse ved oppfølging kan gi et mer nøyaktig bilde av effekt. Det er også usikkert om utvalget var representativt, spesielt ettersom utvalget var spesielt motiverte, fordi de selv meldte seg på kurset. Kurset ble i tillegg holdt av uerfarne kursledere. Kunne det ha hatt en bedre effekt om det ble brukt mer erfarne kursledere? Kan man derfor forvente bedre resultater for tilsvarende pasienter/deltakere ved senere kurs (Dalgard, 2004)?

4.2.4 Kurs i depresjonsmestring for ungdom (DU)

En versjon av KiD tilpasset for ungdom i alderen 14-20 år, ble utviklet av Børve i 2010. Kurs i depresjonsmestring for ungdom (DU) har store likheter med «storebroren» KiD, forskjellen er at det har blitt lagt til flere teoretiske elementer. I likhet med KiD inneholder kurset ulike tilnærminger basert på Ellis og Beck (kognitiv atferdsterapi). Det er i tillegg lagt til elementer fra metakognitiv teori (MCT) og positiv psykologi (PP) (Garvik mfl., 2013).

Hovedfokuset i kurset er på redusering av symptomer, i tillegg til et fokus på systemet rundt ungdommen. I likhet med KiD, er kjennetegnet på DU en psykoedukativ tilnærming (Garvik mfl., 2013).

DU har til hensikt å forebygge utviklingen av klinisk depresjon og nye depressive episoder. En ønsker i tillegg å forkorte varigheten og redusere intensiteten av allerede oppstått depresjon. Programmet er utviklet for ungdommer med milde og moderate depresjonstilstander, eller som har erfaring med tidligere depresjon. Regulering av følelser (affektregulering) er en sentral del av kurset, i tillegg til å øve på å bryte væremåter og tanker som bidrar til nedstemthet. Ungdommen lærer å bli bevisst på egne tanker og følelser i forhold til nedstemthet og de opplyses om andre hjelpetiltak i lokalmiljøet. Da vet de hvor de kan henvende seg om de skulle få større plager ved et senere tidspunkt. Et av hovedmålene ved kurset er at de unge skal tilegne seg en «verktøykasse» av ferdigheter og teknikker for å bedre takle depresjonssymptomer i fremtiden (Rådet for Psykisk helse, 2012).

Kurset består av åtte møter. Målet for det første møte er hvordan tristhet og depresjon oppstår, og hvordan en kan forstå forholdet mellom tenkning, emosjonelle erfaringer og følelser. Det andre møtet handler om hvordan identifisere og forandre kognisjoner og bli klar over negative automatiske tanker. Kognitiv restrukturering blir introdusert i det tredje møtet, hvor fokuset er på regulering av følelser gjennom kognitiv restrukturering. Målet for det fjerde møtet er å

regulere følelser og forandre atferd. Forvrengte og dysfunksjonelle tanker er fokuset på det femte møtet. På det sjette møtet blir positiv tenkning introdusert og øvd på for å kunne endre forvrengte kognisjoner. Dette er også fokuset på det syvende møtet, hvor hovedmålet er å lære hvordan ungdommen kan forbedre interpersonlige relasjoner. Det åttende møtet dekker hvordan ungdommen kan håndtere forvrengte tanker ved bruk av kognitive teknikker. Generelt starter hvert møte med å oppsummere det forrige. Passende gruppestørrelse er 8-12 ungdommer, både gutter og jenter (Rådet for Psykisk helse, 2012).

Garvik mfl. (2013) undersøkte effekten av DU på ungdom fra 16-20 år. Inklusjonskriteriene var at ungdommen måtte ha en BDI skåre på 10 eller mer, og være i alderen 16-20 år. Dette resulterte i et utvalg på 107 ungdommer som fullførte pretest, med en stor overvekt av jenter (84%). Undersøkelsen benyttet seg av et såkalt pretest-posttest design og var en referansestudie. En referansestudie dokumenterer effekt i en naturlig setting. Her sammenlikner man resultatene funnet i undersøkelsen med resultatene fra en annen randomisert kontrollgruppestudie, som viser signifikant bedre effekt for et liknende tiltak for det samme problemet (Mørch, Neumer, Holth og Martinussen, 2009).

Forskerne fant signifikante forandringer fra pretest til posttest. Forandringen i gjennomsnittsskåre på BDI ga en moderat til sterk effekt ($d=0,79$). Denne reduksjonen i depresjonssymptomer var opprettholdt ved oppfølgingstest. Ved pretest indikerte BDI skårene minimal depresjon hos ingen av deltakerne, mild depresjon blant 35%, moderat hos 40% og alvorlig depresjon hos 25%. Ved posttest var fordelingen på: minimal depresjon 26%, mild depresjon 36%, moderat depresjon 28% og alvorlig depresjon 10%. Videre hadde 57% en reduksjon på seks poeng eller mer i BDI skårer, noe som beregnes å indikere en klinisk signifikant reduksjon i depresjonssymptomer. Ungdom som fullførte oppfølgingstest viste at denne reduksjonen vedvarte etter seks måneder (Garvik mfl., 2013).

Svakheten ved denne studien er at den ikke har et randomisert kontrollert design. Likevel gir referansestudier mulighet til å sammenlikne forandring i studiens utvalg med randomiserte kontrollerte studier med liknende utvalg. Dette er et godt alternativ til egen kontrollgruppe. En annen begrensning er det store frafallet. Det opprinnelige utvalget bestod av 107 ungdommer. Posttest ble fullført av 77, mens ytterligere 30 falt fra ved seks måneder oppfølging. Dette gir en frafallsrate på 28% fra pre til posttest, og på 39% fra post til oppfølgingstest. En kan dermed ikke utelukke at de som falt fra var de som følte de ikke fikk så mye ut av kurset, noe som kan ha ført til en overestimering av effekt. På den andre siden

var det ingen signifikante forskjeller mellom de som falt fra og de som fullførte hele løpet. Det var i tillegg en stor overvekt av jenter i studien (84% ved pretest og 79% ved oppfølgingstest), men dette skilte seg ikke fra utvalgene brukt som referanse/kontrollgruppe. Det ser ut til være en tendens til å være en overvekt av jenter i slike studier, noe som kan reflektere de store kjønnsforskjellene i depresjoner hos ungdom (Garvik mfl., 2013).

4.2.5 Oppsummering

Studiene ovenfor indikerer at KiD kan være et effektivt program for å redusere depresjonssymptomer hos ungdom, da spesielt for de med milde til moderate depresjonsplager (Dalgard, 2004). Studien til Garvik mfl. (2013) om effekten av den ungdomsmodifiserte versjonen av KiD på norske ungdommer (DU) viser til lovende resultater. Det fremstår likevel som nødvendig med mer forskning på KiDs effekt på denne gruppen, spesielt siden mange av studiene er gjort på voksne. Kan vi da generalisere effekten til ungdom?

4.3 Diskusjon av KiD og MoodGYM

Basert på redegjørelsen og empirien, er det flere momenter det er interessant å se videre på når det kommer til effekt. Praktiske utfordringer og pedagogiske implikasjoner knyttet opp til programmene vil diskuteres i neste kapittel.

I KiD er det en relativt høy tilbakefallsprosent, eller individer som ikke får tilfredsstillende utbytte av kurset, dette gjelder omkring 20-30 %. Oppfølgingsstudier viser også til tilbakefall og nye depresjonssymptomer (Brown og Lewinsohn, 1984; Lewinsohn og Clarke, 1984). Hva kan forklare manglende effekt og dette tilbakefallet? Lewinsohn og Clarke (1984) spør seg om kurset er for kort. De foreslår at kursene bør ha oppfølgingsmøter for å øke motivasjonen til deltakerne til å fortsette å benytte seg av mestringsteknikkene som de lærte i løpet av kurset. Dette ble tatt hensyn til i den norske versjonen av KiD. Her er det to oppfølgingsmøter. Likevel viser studien til Dalgard (2004) liknende prosentandel som ikke bedrer seg som i de øvrige studiene. Det ser derfor ikke ut til at manglende oppfølging kan forklare den manglende bedringen av depresjonssymptomer hos noen av deltakerne. En annen forklaring kan være at de som ikke får effekt er de som har mer alvorlige symptomer? Om dette stemmer støtter dette KiD som et program med best effekt ved milde til moderate

depresjonsplager, og at dette programmet egner seg mer til forebygging enn behandling. Lewinsohn og Clarke (1984) peker derfor på nødvendigheten av at blant andre kurslederne er bevisste dette og jobber med å identifisere de med mer alvorlig problematikk som muligens trenger et annet tilbud, eller andre tilbud ved siden av KiD. Brown og Lewinsohn (1984) viser til at de som ikke fikk effekt av kurset var de med mange livsbelastninger og stress. De hevder derfor at det ikke er mangler i kurset at bedring hos noen uteblir, men heller tilleggsvansker og stress hos den enkelte. Det ser dermed ut til at KiD ikke kan bidra til å fjerne depresjonsplager hos de med mange livsbelastninger. Likevel kan det argumenteres for at KiD er hensiktsmessig også her, blant annet for å lære ungdommen teknikker som gjør at de mestrer dette stresset bedre.

Er det en fordel at KiD blir definert som kurs og ikke behandling? Kan dette ha noe å si for grad av effekt? Brown og Lewinsohn (1984) peker på at ved å definere det som undervisning kan det få ned opplevelsen av stigmatisering. Dette kan derfor appellere mer til ungdom og dermed øke antallet som får hjelp. Det samme kan sies om MoodGYM. Dette kan også ha noe å gjøre med at ungdommen kan oppleve at vanskene ikke er alvorlige nok til å motta behandling. Det er som tidligere nevnt vanskelig å skille normale pubertetsplager og plager av mer alvorlig art, da ungdomstiden kan være en turbulent periode. Kan terskelen være høy for en ungdom å erkjenne at hjelp er nødvendig og ber om denne? Ettersom KiD betegnes som kurs kan det derfor fremstå mer som et lavterskeltilbud i forhold til å snakke med fastlege og be om henvisning til samtaleterapi. I tillegg kan MoodGYM gjøres anonymt på nett, noe som kan gjøre terskelen lavere for å oppsøke hjelp og oppleves mindre stigmatiserende.

Hvor virkningsfullt er gruppeformatet og nettverkskomponenten til KiD? Det er ingen krav om at ungdommen må dele sine erfaringer. Teknikkene undervises på generelt grunnlag, og den enkelte ungdom kan knytte disse opp til egne problemer gjennom arbeidsheftet de får utdelt. De motiveres likevel til å dele erfaringer (Børve mfl., 2009). Det å dele erfaringer kan være positivt i den forstand at ungdommen kan få et nytt perspektiv på problemene ved å diskutere de med andre. Det kan også hjelpe om andre har liknende utfordringer, da de kan oppleve å ikke være alene om å ha slike problemer. Ungdommen ser da at andre har det som dem og de er ikke de eneste som strever med dette. Ved å være åpen og dele skaper dette også mulighet for erfaringsutveksling. Om Mari deler en utfordring hun står oppi, og Per har opplevd noe liknende. Hva gjorde Per for å løse problemet? Har de andre i gruppen noen tanker om hva som kan gjøres? Det er derfor interessant om slik erfaringsutveksling og å

knytte det man lærer opp til egne erfaringer øker effekt. Lewinsohn, Clarke og Hoberman (1989) støttet denne antakelsen. De hevder at ved å tilnærme seg problemene til forskjellige individer, gir gruppeaspektet en mulighet til å modellere tilegnelsen av ferdigheter til mange liknende, men individuelle, unike problemer. Dette bidrar til økt generalisering av tilegnede ferdigheter til nye utfordringer. En ser dermed at de ulike teknikkene kan brukes til flere problemer. Kursleder kan også knytte problemene direkte opp til strategiene som læres. Ungdommen kan dermed oppleve strategiene som mer anvendbare og dermed øke motivasjonen til å ta de i bruk. På bakgrunn av dette kan man spørre seg om det ville vært hensiktsmessig å øke fokuset på erfaringsutvekslingen. Dette kan derimot være problematisk. Dersom det blir et økende press til å dele sine erfaringer og som konsekvens av dette være mer utleverende, kan dette skape vegring blant ungdom til å delta og muligens vil flere droppe ut. Det fremstår derfor som hensiktsmessig å beholde formatet slik det er i dag, med erfaringsutveksling på frivillig basis, men at kursleder heller har økt fokus på å motivere ungdommen til å dele, ved å skape en trygg ramme rundt møtene.

På bakgrunn av studiene gjort på MoodGYM, bør særlig det store frafallet tas opp til diskusjon. O’Kearney mfl. (2009) fant at de som falt fra var de med høyt nivå av depresjonssymptomer. Motivasjon kan være en mulig forklaring i denne sammenheng. Individer med depresjon kjennetegnes av mindre energi og manglende tiltakslust (Brent og Weersing, 2008). På bakgrunn av dette kan det være en utfordring med selvhjelpsprogram, slik MoodGYM er. Her har ungdommen selv ansvaret for gjennomføring av modulene. Det kan derfor være lett å droppe ut. Studier viser til bedre gjennomføring med støtte underveis (Høifødt mfl., 2011; MoodGYMs terapeutmanual, 2012). Her kan det derfor være en løsning å benytte seg av sosial støtte som tilleggsværktøy, ved at ungdommen har samtaler med en voksen i løpet av tiltaksperioden. O’Kearney mfl. (2006) peker på MoodGYMs design som forklaring på det høye frafallet. Er programmet attraktivt nok for brukergruppen? Eller er materialet for vanskelig? Om svaret på spørsmålene er ja bør en vurdere å modifisere innholdet. Dette kan blant annet innebære og tilpasse programmet spesielle grupper, eller gjøre lokale tilpasninger. Et annet forslag kan være å opprette grupper av unge som benytter seg av MoodGYM. Da kan man benytte seg av fordelene ved erfaringsutveksling og nettverkskomponenten til KiD. Dette kan derimot skape nye utfordringer. For eksempel fjerner man den anonyme komponenten som kan oppleves trygt og positivt for noen. I tillegg har gruppeformat flere praktiske utfordringer, som jeg vil komme tilbake til i neste kapittel. Hva med klientrollen i forhold til MoodGYM? MoodGYM fremstår som et godt alternativ til

de som av ulike grunner kvier seg for å delta på kurs med gruppeformat. Her er man i stor grad anonym, noe som kan oppleves som positivt.

Det at MoodGYM implementeres via datamaskin kan virke motiverende. I tillegg gjennomfører ungdommen i starten av hver modul en test om symptomer og får tilbakemelding på symptomnivå. Dette kan virke motiverende da eventuell fremgang blir tydelig. Da ser ungdommen at tiden de investerer i å gjennomføre modulene har gevinst og det kan derfor bli lettere å motivere seg til å fortsette.

4.4 Forebygging og tilrettelegging i klasserommet

Det er viktig å skape et godt samarbeid med skolen og lærer når man skal implementere forebyggende programmer i skolen. Det er likevel også naturlig å se på hva skolen og læreren kan gjøre for å fremme et klassemiljø som legger til rette for god psykisk helse blant elevene. Dette er aktuelt da ungdommen tilbringer mye tid på skolen, og dens miljø kan ha konsekvenser for ungdommens helse og livskvalitet. Dette gjenspeiles i lov om grunnskolen og den videregående opplæringen, § 9, som handler om at alle har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø, som fremmer helse, trivsel og læring (Major mfl., 2011). Ystgaard (1993) kartla den psykiske helsen blant skoleungdom i 16-17 årsalderen. Faglige problemer, press fra omgivelsene for å lykkes, stort arbeidspress på skolen, problemer i forhold til venner og problemer i forhold til lærere fremstod som mest belastende. Sosial støtte så ut til å ha en beskyttende effekt. Helland og Mathiesen (2009) fant på bakgrunn av TOPP -og HUS-studien at opplevelsen av skolehverdagen er forbundet med ungdommens psykiske helse. I likhet med Ystgaard (1993) var støtte fra lærerne forbundet med god psykisk helse. Denne sammenhengen var sterkest for jenter. Undheim (2008) fant også betydningen av lærerstøtte i sin doktorgradsavhandling. Høyt skolestress, lav trivsel, dårlige karakterer og lite støtte fra læreren hadde sammenheng med depresjonssymptomer, med lav lærerstøtte som den viktigste prediktoren. Det ser dermed ut til at dette er områder skolen bør reflektere over og jobbe mot. Spesielt å jobbe med læreren som en nærværende og støttende voksenperson fremstår som viktig.

Om en ser tilbake på risikofaktorene og konsekvensene av depresjon ser vi at mobbing og manglende mestring kan gå ut over den unges psykiske helse. Et miljø som fremmer en god psykisk helse kan derfor argumenteres for å være et miljø der det ikke forekommer mobbing

og hvor ungdommen opplever å være en del av et fellesskap med andre i klassen. Det å oppleve å mestre skolearbeidet anses som viktig. Her bør den enkelte lærer være god til å tilpasse opplæringen slik at alle opplever å utfordres, men også å mestre. Når ungdommen opplever støtte fra miljøet rundt seg reduseres etter hvert nivået av opplevde helseplager (Major mfl., 2011). Det å ha en helsefremmende skole kan derfor forebygge en rekke plager. Dette innebærer blant annet å jobbe med evnen til læring, sosial kompetanse og positiv selvoppfatning (Dalgard mfl., 2006).

Tidligere i oppgaven tok jeg for meg stressende livshendelser som risikofaktor for depresjon. I det teoretiske rammeverket ble det også trukket frem at hvordan ungdommen reagerer på stress, kan være en forklaring på hvorfor noen utvikler depresjon mens andre ikke (Auerbach mfl., under publisering). Depresjon på skolen kan bli sett på som en reaksjon på stress (Miezitis, 1992). Etter hvert som ungdommen blir eldre, blir det stadig høyere forventninger. Det å få gode karakterer samtidig som man skal være godt likt og gjerne være aktiv og flink i en fritidsaktivitet kan oppleves som stressende. For noen kan dette stresset ta overhånd. Hvordan lette stress i skolehverdagen? Tilpasset opplæring kan være et viktig moment her. Som jeg tidligere var inne på, kan tilpasset opplæring hjelpe med å etablere mestringstillit, men det kan tenkes at dette også kan hjelpe på opplevd stress. Om undervisningen og oppgavene blir tilpasset, og ungdommen opplever økt mestring som en konsekvens av dette, kan det fjerne opplevelsen av frustrasjon og stress for å ikke mestre (Dalgard mfl., 2006). Betydningen av tilpasset opplæring støttes av Helland og Mathiesen (2009) som skriver at ungdom med depresjonssymptomer har svakere skoleprestasjoner, noe vi også så var en konsekvens i kapittel to. De kan dermed oppleve mindre mestring i hverdagen. Det at skolen jobber med attribusjon kan også være hensiktsmessig. Slik Auerbach mfl. (under publisering) fant i sin studie som jeg så på i kapittel tre; negativ attribuering predikerte blant annet mer interpersonlig stress. Dette støttes av håpløshetsteorien som postulerer at negative attribusjoner kan føre til depresjon (Abramson mfl., 1989). Om man bevisstgjør for ungdommen nettopp dette, og jobber med å tilskrive til innsats istedenfor indre egenskaper kan dette tenkes å ha en forebyggende effekt.

Skolen kan skape et støttende miljø for å få ungdommen til å bryte med de negative tankene og følelsen av håpløshet før dette utvikler seg til noe mer alvorlig. Tverrfaglig samarbeid, økt bevisstgjøring og informasjon synes her å være nærliggende. Det fremstår likevel som viktigst at skolen og lærerne er bevisst på at mange unge ikke har det så bra. At lærer er en

tilstedeværende og trygg voksenperson som er opptatt av relasjonsbygging og som de unge opplever de kan ta kontakt med ved behov.

Det finnes programmer skolen kan sette i gang for å forbygge psykiske lidelser. Noen av disse kan møte utfordringene til MoodGYM og KiD som oppgaven kommer tilbake til i kapittel fem. Blant annet når det kommer til tilgjengelighet og når de skal implementeres. Samtidig er det viktig å påpeke at disse programmene er kun av forebyggende art, og dreier seg ikke om behandling og læring av mestringsstrategier slik som MoodGYM og KiD. Likevel kan disse være verdifulle opplegg som er mindre tidskrevende, og lettere å implementere i skolen. Disse gagnar også hele klassen.

«Psykisk helse i skolen» var et omfattende prosjekt som ble gjennomført i perioden 2004-2008 gjennom et samarbeid mellom blant andre Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Blant annet omfattet prosjektet seks ulike programmer til bruk i grunnskolen og videregående: «Zippys venner», «Alle har en psykisk helse», «Ungdom møter ungdom (STEP)», «Veiledning og informasjon om psykisk helse» (VIP), «Venn1.no» og «Hva er det med Monica?» (Sekretariatet for Psykisk helse i skolen, 2007). Programmene er senere blitt evaluert med oppmuntrende, dog ikke sterke effekter. (Major mfl., 2011).

Programmene er forankret i den Generelle delen av læreplanen, i Prinsipper for opplæringen i Kunnskapsløftet, samt at den er inkludert i Læringsplakaten. I tillegg oppfyller programmene kompetansemål fra Kunnskapsløftet, slik som sosial, digital og muntlig kompetanse. I tillegg til disse programmene som implementeres i klasserommet, får også lærerne et tilbud om et kompetansehevingskurs («Hva er det med Monica?»). Målet er å gjøre lærere på ungdomskolen og videregående bedre i stand til å hjelpe elever som har det vanskelig. Kurset henvender seg i tillegg også til andre yrkesgrupper som jobber med ungdom, slik som helsesøstre, PPT og sosiallærere (Sekretariatet for Psykisk helse i skolen, 2007).

4.4.1 Forebygging i ungdomskolen

Programmet «Alle har en psykisk helse» er laget for å implementere i ungdomsskolens alle tre trinn. Det tar opp ulike følelser og utfordringer ungdommen kan møte på i ungdomstiden og er tilpasset Kunnskapsløftet. Hensikten med programmet er å gi tenåringene innsikt i hva man gjør når man har det vanskelig, hvor man kan få hjelp og hvordan man hjelper venner som har det vanskelig (Sekretariatet for Psykisk helse i skolen, 2007).

På åttende trinn er tema selvopplevelse og identitet. Tenåringene har nettopp begynt på ungdomsskolen med et nytt miljø, nye krav og forventninger. Målet er at ved å ta opp temaene blir ungdommen mer bevisst på hvilke utfordringer som oppstår på denne tiden. På niendetrinn er tema annerledeshet og ensomhet. Det er kanskje ikke alle som har funnet sin plass på ungdomsskolen enda, og kan føle seg ensomme. For at de unge skal bli bevisst på at dette er følelser mange har og at de ikke er alene, utfordrer man her elevene til å reflektere rundt ensomhet og det å være annerledes i forbindelse med psykisk helse. På tiendetrinn er frykt for det ukjente tema. Nå skal ungdommen snart begynne på videregående og møte andre utfordringer og forventninger. Temaene her skal settes i sammenheng med de foregående tema. Elevene får da økt bevissthet og forståelse for egen og andres psykiske helse og vil forhåpentligvis være tryggere i møte med nye utfordringer (Sekretariatet for Psykisk helse i skolen, 2007).

Om det blir vanskelig for skolen å gjennomføre programmet «Alle har en psykisk helse» kan man også ha en temadag om psykisk helse. Et tips er å arrangere denne dagen i forbindelse med verdensdagen for psykisk helse, den 10 oktober. Dette fordi det da ofte er et større fokus på psykisk helse i media. Temadagen dreier seg i hovedsak om å gjøre ungdommen kjent med begrepet psykisk helse gjennom oppgaver hvor de må bruke egne erfaringer. Dagen deles inn i tre tema; velvære, problemløsning og vennskap. På slutten av dagen skal elevene i grupper lage en film eller kollasj. Alle oppgavene som gjøres er hentet fra programmet «Alle har en psykisk helse» (Psykisk helse i skolen, 1999-2008b).

4.4.2 Forebygging i videregående opplæring

Intervensjonen «Veiledning og Informasjon om psykisk helse» (VIP) ønsker å bidra til reduisering av psykiske problemer gjennom kunnskapsbygging i tillegg til at ungdommen skal få økt kjennskap til hvilke hjelpeinstanser som kan oppsøkes ved behov (Andersen, 2011). Programmet er utviklet for det første trinnet på vgs. Elever og lærere jobber med temaet psykisk helse i tre skoletimer. I tillegg kommer psykisk helsepersonell og helsesøster/PPT på besøk til klassen i to timer for dialog og for å svare på eventuelle spørsmål. Når programmet gjennomføres etableres det et tverrfaglig nettverk i arbeidet med ungdommen. VIP er utviklet til å samsvare med innholdet i den generelle læreplanen for videregående skole (Sekretariatet for Psykisk helse i skolen, 2007).

For andre og tredje trinn er det utviklet programmene «Ungdom møter ungdom (STEP)» og «Venn1.no». STEP er et tiltak som går over hele skoleåret og innebærer blant annet at elevene er aktører og bistår en annen jevnaldrende eller yngre ungdom. Et hovedbudskap er at «ungdom møter ungdom». Etersom programmet går over hele skoleåret kan det argumenteres for at det bidrar til å styrke det psykososiale miljøet på skolen (Sekretariatet for Psykisk helse i skolen, 2007).

Venn1.no programmet har tre fokusområder. Disse dreier seg om å lære elevene hvordan de kan ivareta egen psykisk helse, hvordan de kan være en støtte for venner som har det vanskelig, og hvor de kan oppsøke hjelp om det blir nødvendig. Programmet gjennomføres på tre timer. I den første timen kommer det en ungdomskontakt fra «Mental Helse Ungdom» og en prosessleder som presenterer seg selv og opplegget. Ungdomskontakten holder et foredrag om psykisk helse, og elevene gjør deretter øvelser der de må tenke over hva de selv mener om en sak og vise de andre i klassen hva de står for. På slutten av timen skal ungdommene snakke og reflektere i grupper over samfunnstema som hva myndighetene bør gjøre for ungdom som har det vanskelig og mer nære tema som hva de selv kan gjøre for å stille opp for venner som sliter. I den andre timen er tema hvordan man kan håndtere psykiske vansker.

Ungdomskontakten forteller om egne opplevelser, hva hun eller han gjorde –og ikke gjorde når han/hun var i sin krise. Deretter går elevene i grupper og diskuterer hva de skal gjøre og ikke gjøre når de selv eller andre har det vanskelig. I den siste timen er tema rolleavklaring. Her markeres og synliggjøres grenseskillet mellom vennskap og profesjonelle tilbud. Elevene får en oversikt over tilgjengelige tilbud i deres lokalmiljø (Sekretariatet for Psykisk helse i skolen, 2007).

Liknende temadag som i ungdomskolen kan også implementeres i videregående. Oppgaver innebærer å reflektere og diskutere hva psykisk helse innebærer, hva man kan gjøre om man selv eller en venn har det vanskelig, hva samfunnet kan gjøre og hvor man kan oppsøke hjelp (Psykisk helse i skolen, 1999-2008c).

4.5 Behandling med antidepressiva

Når en skal benytte seg av legemidler i behandlingen av depresjoner benyttes et SSRI-preparat i to av tre tilfeller. SSRI står for selektiv serotonin reopptakshemmer. Medikamenter for depresjon påvirker omsetningen av signalstoffer i hjernen. Det er hovedsakelig

serotoninomsetningen som påvirkes. Antidepressivene kan deles inn i tre hovedgrupper: 1) SSRI, den nyeste formen for antidepressivere og brukes i stor grad i dag, 2) Trisykliske antidepressiver (TCA). Disse omtales ofte som eldre antidepressivere, og påvirker omsetningen av serotonin og andre signalstoffer i hjernen, men virkemåten er forskjellig fra SSRI og preparatet medfører andre bivirkninger. 3) Andre midler (Folkehelseinstituttet, 2014). I forhold til førstelinjetjenesten er det i hovedsak fastlege som har ansvaret for denne medisineringsen.

Steffenak (2014) så på psykiske lidelser og medikamentbruk blant ungdom og helsesøsters oppfatning av sin rolle knyttet til dette. Hun fant at blant de som ikke brukte antidepressiva ved oppstart av studien var det 15,5 % som hadde en psykisk lidelse. 75% av disse var jenter. I et dybdeintervju av åtte ungdommer fant hun at de unge erfarte både fordeler og ulemper ved bruken av denne typen legemidler. Ungdommen opplevde en manglende tilgang til profesjonell støtte og oppfølging. De savnet ofte informasjon om hvordan medikamentet påvirket kroppen og måtte selv søke opp informasjon om mulige bivirkninger. Et funn som gir grunn til bekymring var at flere av de unge opplevde at de kunne ringe legen for fornyelse av resept, uten å få tilbud om en samtale.

Steffenak (2014) peker på nødvendigheten av økt oppmerksomhet rettet mot dårlig psykisk helse og den økende bruken av medikamenter i behandlingen av depresjon, spesielt hos ungdom. Fra 2005 til 2012 økte antall jenter på antidepressiva i alderen 15-19 år med hele 53%. Mørch peker på en mulig trend blant leger ved å gjøre depresjon til et rent medisinsk problem (Eraker og Snekvik, 2013). Dette er problematisk. Som jeg pekte på i kapittel to om risikofaktorer kan det være flere grunner til at en ungdom utvikler depresjon. Om man kun medisinerer, uten å behandle årsaken til at den unge utviklet depresjonen i utgangspunktet, kan det tenkes at det fører til mindre bedring på lang sikt og flere tilbakevendende episoder. Kun bruk av medisiner fremstår derfor som en «quick fix». Det er lett og relativt kostnadseffektivt og kan løse et problem der og da, men kan det løse det i det lange løp? Det er spesielt alvorlig at ungdommen ikke blir fulgt opp av lege eller annet helsepersonell ved bruk av slike legemidler. Studier viser at antidepressiva kan medføre en forhøyet risiko for selvmordsforsøk og selvmord. Denne risikoen er spesielt høy for ungdom og i de første ukene av medisineringsen (Cipriani, Barbui og Geddes, 2005). Det fremstår derfor som spesielt viktig å følge opp ungdommen tett, særlig de første ukene. Gullstandarden i behandlingen av depresjon sies å være både kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med antidepressiva (Brent og

Weersing, 2008). Det er derfor viktig å tilby ungdommen samtaler i tillegg. Helst skal man vel kun gi legemidler etter å ha prøvd andre metoder først. Først da kan man prøve medisiner – i kombinasjon med andre programmer eller behandlinger.

Jakobsen (2014) hevder at når ungdommen først har fått resept, kan dette føre til mange års sammenhengende bruk. Dette er i tråd med hva Steffenak (2014) fant, at ungdommen kun trengte å ringe inn til legekantoret for ny resept. Det at ungdommen ikke får tilbud om samtale, medfører at legen ikke får gjort en vurdering om det fortsatt er nødvendig å fortsette på medikamentene. Dermed kan ungdommer som egentlig bør slutte på pillene fortsette som før, uten å bli fanget opp av systemet. Å tilføre kroppen medikamenter som kan føre til bivirkninger bør kun gjøres om det er nødvendig. Det er derfor nærliggende at legen følger opp ungdommen jevnlig og vurderer om man kan slutte med medikamentene.

Steffenak (2014) så også på hvordan helsesøster opplever sin rolle. Ettersom fastlegen har lite tid og synes å ikke prioritere psykisk helse, fant Steffenak at helsesøster opplevde at mye av ansvaret ble tillagt dem. Dette kan være problematisk da helsesøstre ikke alltid har den nødvendige kompetansen til dette. Hun peker på om etterutdanning av helsesøstre innen psykisk helse kan være hensiktsmessig. Dahm, Landmark, Kirkehei og Reinart (2010) viser i sin rapport fra kunnskapsenteret at en synlig og tilgjengelig skolehelsetjeneste kan føre til økt bruk av primærhelsetjenestene for barn og unge, som igjen kan føre til tidligere identifisering av depresjon. Om primærhelsetjenestene øker sin kompetanse innen psykisk helse og dermed kan identifisere ungdom i risiko for symptomene når et klinisk bilde vil færre måtte bli henvist til spesialisthelsetjenesten, og videre færre bli medisinert.

En litteraturgjennomgang av Ranjbar, Pai og Deng (2013) viser til at flere antidepressive medikamenter kan medføre vekt oppgang. Dette er en relativt vanlig bivirkning av slike legemidler. Dette kan være en problematisk bivirkning for individer i alle aldre, men kanskje spesielt blant ungdom. I denne alderen er usikkerhet rundt egen kropp vanlig, og det å legge på seg betydelig kan skape et enda lavere selvbilde enn ungdommen allerede har. En kan spørre seg om dette kan gå ut over effekten av preparatet. Man kan heller ikke gå ut i fra at ungdommen skal gå på medikamenter gjennom livet og når tiden er inne for å slutte på pillene kan en spørre seg om denne vekt oppgangen medfører en ny risiko for en ny depressiv episode. Slik jeg var inne på i kapittel to er lavt selvbilde et kjennetegn hos de som hadde mange depresjonssymptomer (Sund mfl., 2001). Det å legge på seg betraktelig kan gå ut over selvbilde og dermed skape en ny risiko for depresjon ved medikamentslutt. I tillegg fant blant

annet Rhode mfl. (1991) at spiseforstyrrelser var en relativt vanlig komorbid lidelse ved depresjon, spesielt hos jenter. Kan det å legge på seg forverre denne spiseforstyrrelsen og videre føre til en ny depressiv episode? Dette er igjen et eksempel på at kun medisinerer alene uten annen intervensjon fremstår som et kortvarig og lett løsning på et alvorlig problem.

4.6 Oppsummering

Programmer som MoodGYM og KiD kan implementeres for å forebygge depresjoner hos ungdom. Begge programmene baserer seg i stor grad på teknikker fra kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi som ble redegjort for i kapittel tre. Dette kapitlet viser en redegjørelse for de ulike programmene og inneholder en gjennomgang av relevante studier gjort på programmenes effekt. I tillegg diskuteres det hva som kan gjøres i det enkelte klasserom.

Det at det er en økning i ungdom på antidepressiva er et argument for hvorfor forebygging bør få økt fokus hos denne aldersgruppen. Slike medikamenter kan gi alvorlige bivirkninger. Det er spesielt problematisk at Steffenak (2014) fant at ungdom ikke får tilbud om samtaler med legen når det blir skrevet ut resept eller i fornyelse av denne.

5 Pedagogiske implikasjoner

Til nå har jeg lagt frem hva som kjennetegner ungdom med depresjonssymptomer, teoretiske forklaringsmodeller på hvorfor depresjon oppstår samt redegjort for og diskutert programmer som kan virke både forebyggende og behandlende, og effekten av disse. Når en skal implementere programmer kan det oppstå utfordringer. Blant annet er det viktig å undersøke om programmene er kostnadseffektive, altså om det lønner seg å bruke ressurser på dette, om de har god effekt og hvem som skal ha ansvaret for implementeringen. I forrige kapittel ble det redegjort for om programmene har god effekt eller ikke. Empirien gir en indikasjon på at både MoodGYM og KiD kan være effektive forebyggende programmer, til ungdommer med milde til moderate depresjonsplager. Det gjenstår nå blant annet å se om de er kostnadseffektive og hvilke utfordringer og muligheter implementeringen av disse gir.

5.1 Inkludering av hjem og skole ved implementering

Kan det være hensiktsmessig å inkludere foreldrene og/eller lærer i prosessen når programmene skal implementeres? Kurs i depresjonsmestring for ungdom (DU) inkluderer ikke foreldrene direkte, men de blir gitt et informasjonsheftet om hvordan de kan være en støtte for ungdommen. Liknende blir gitt til lærer (Fagakademiet, 2012). Det at lærerne får et slikt hefte kan være svært hensiktsmessig. Dette blant annet grunnet funnene til blant andre Helland og Mathiesen (2009). De fant at ungdom med depresjonsplager opplevde liten støtte fra lærerne. Det så ut til å være en sterk, negativ sammenheng mellom lærerstøtte og psykisk helse. Slik jeg så på i kapittel fire kan det derfor være nødvendig at lærer reflekterer over dette og er bevisst på å være en støttende og trygg voksenperson for ungdom med depresjonssymptomer. Det at de da får et hefte med informasjon, kan bidra til denne refleksjonen og bevisstheten. Dessuten kan man da som lærer vurdere å lette hjemmeleksene for eleven i perioden han eller hun deltar på KiD eller MoodGYM, slik at ungdommen får mer tid og motivasjon til å gjennomføre (Stark, 1990).

I forhold til å inkludere foreldrene kan det diskuteres hvor god effekt dette kan ha i noen tilfeller. En av risikofaktorene for å utvikle depresjon er at en eller begge av foreldrene har psykiske problemer. Klarer disse da å være en støttende omsorgsperson, slik ungdommen kan ha nytte av? Eknes (2006) peker på at det å gi hjelp til foreldrene kan indirekte hjelpe

ungdommen, og kan dermed bidra til økt støtte. I ungdomsvarianten av originalkurset, la Clarke og Lewinsohn, referert i Lewinsohn mfl. (1989) til gruppetrening til foreldrene. Hensikten var å gi foreldrene et overblikk over ferdighetene og teknikkene ungdommen lærte for å skape økt positiv forsterkning. I tillegg ville de gi foreldrene trening i kommunikasjon og problemløsningsstrategier slik at både ungdommen og foreldrene hadde de samme teknikkene til å adressere familieproblemer uten at disse ender i krangling og konflikter (Lewinsohn mfl., 1989). Basert på hva Eknes (2006) påpeker, er det derfor grunn til å tro at foreldreinkludering kan bidra til en større redusering i depresjonssymptomer. Det er derfor overaskende at Lewinsohn, Clarke, Hops, Andrews og Osteen (referert i Lewinsohn mfl., 1989) ikke fant en statistisk signifikant forskjell i depresjonssymptomer for gruppen der kun ungdommen ble tilbudt kurs, og gruppen der også foreldrene deltok. Basert på disse funnene ser det derfor ikke ut til at å tilby kurs til foreldrene er like effektivt som ønsket.

5.2 Effektive programmer i førstelinjetjenesten?

Som jeg var inne på innledningsvis i oppgaven dreier førstelinjetjenesten seg om de tjenestene kommunen har ansvaret for. Dette er den første tjenesten som befinner seg nær ungdommen, og inkluderer yrkesgrupper som lærere, PPT, helsesøster og kommunepsykologer (Nilsen, 2008).

Høifødt, Strøm, Kolstrup, Eisemann og Waterloo (2011) foretok en litteraturgjennomgang av 17 studier som undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT) i primærhelsetjenesten/førstelinjetjenesten. Sammenfallende med tidligere kliniske undersøkelser foreslår forfatterne at støttet databasert CBT gitt i førstelinjetjenesten er effektivt for milde til moderate depresjoner. Programmer som KiD og MoodGYM kan derfor være effektive om de er gitt av trente personer som har erfaring med psykisk helse. Motivasjon er en viktig faktor her. Både for å tilegne seg ferdigheter og tilnærmingsteknikker om kognitiv atferdsterapi, og for å iverksette denne kunnskapen i praksis. Resultatene indikerer imidlertid at denne motivasjonen ikke alltid var til stede i førstelinjetjenesten. Mange syntes at implementeringen av slike intervensjonsprogrammer var svært tidskrevende, og dette medførte en lav motivasjon for iverksetting av tiltaket. Dette førte igjen til at terskelen til å viderehenvise ungdommen til spesialisthelsetjenesten var lav. Det kom derfor frem at ansatte i førstelinjetjenesten fant intervensjonsprogrammer som KiD og MoodGYM

tidskrevende, noe som medførte lav motivasjon for iverksetting av tiltaket. Konsekvensen blir da en nedprioritering av slike intervensjonsprogrammer i førstelinjetjenesten.

MoodGYM har den fordelen i forhold til KiD at ungdommen kan gjøre programmet alene. Derimot viser forskning at når MoodGYM brukes uten støttesamtaler vil om lag 30-50% av brukerne droppe ut av programmet i løpet av de første modulene. Programmet fremstår som mest virkningsfullt når det kombineres med motiverende støtte fra en fagperson (MoodGYM terapeutmanual, 2012). Likevel vil dette være mindre tidskrevende for ansatte i førstelinjetjenesten, og krever mindre timer til direkte samtaler med den unge. I områder med store avstander hvor det kanskje er langt til for eksempel PPT, kan disse samtalene også foregå over telefon, noe som kan bli lettere å få til. Griffiths og Christensen (2007) fant blant annet at MoodGYM var et godt alternativ til behandling i områder med lite bebyggelse og der det er langt til tilgjengelige tilbud i kommunen. Derimot er frafallsraten stor i MoodGYM, noe som kan ha noe med at det er mindre oppfølging enn det som blir gitt i KiD. MoodGYM har dermed den fordelen at programmet er lett tilgjengelig, men den ulempen at det er lett å falle fra og ikke fullføre.

5.2.1 Er programmene kostnadseffektive?

Kan man si at programmene er kostnadseffektive? Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er sprengt, og det er lange ventelister for behandling (Norsk psykologforening, 2010). Det vil derfor være svært hensiktsmessig å forebygge slik at ikke symptomene går over i sykdom. Det ser ut til at spesialisthelsetjenestene ikke har kapasitet til å hjelpe alle som trenger behandling. Tidligere har oppgaven vist til at ungdom som ikke får hjelp står i fare for å utvikle en mer alvorlig depresjon og det synes derfor nærliggende at forebygging bør prioriteres (Dalgard og Bøen, 2008). KiD og MoodGYM er derfor eksempler på programmer som kan være med på å lette ventelistene til spesialisthelsetjenestene og til å bedre den negative utviklingen i hjelpeapparatet. KiD har den fordelen at programmet kan inkludere flere i samme intervensjon, mens MoodGYM kan nå ut til ungdom ute i distriktene og kan tas i bruk uavhengig av når en eventuell kursleder kan. En kan også tilby MoodGYM for de ungdommene som ikke ønsker å benytte seg av gruppebaserte programmer slik som KiD er. På denne måten åpner disse programmene for å behandle flere ungdommer med milde til moderate depresjonsplager og igjen bidra til å avlaste spesialisthelsetjenestene.

Nord og Dalgard (2006) undersøkte kostnadseffektiviteten av KiD. Bedring i symptomer ble sammenliknet med resultater av behandling av andre sykdommer. De fant at KiD var kostnadseffektivt og innenfor de rammene samfunnet er villige til å betale for å vinne leveår. Også MoodGYM har funnet å være kostnadseffektiv. Lintvedt, Griffiths, Eisemann og Waterloo (2013) fant at å oversette MoodGYM til norske forhold var betydelig kostnadseffektivt.

5.2.2 Hvem egner seg til å implementere programmene?

I planleggingen av forebygging er det flere sentrale spørsmål som må avklares. Hvem er aktuelle for intervensjonen, og hvordan identifisere disse? Her kommer kunnskapen fra kapittel to til nytte. Ved at ansatte i førstelinjetjenesten har kunnskap om hvordan depresjon kan vise seg er det lettere å fange opp hvem som trenger disse programmene. Hvordan få til et mest mulig praktisk, virkningsfullt og kostnadseffektivt opplegg? Hvem egner seg til å lede disse intervensjonene? Etter som spesialisttjenestene er sprenget (Norsk psykologforening, 2010) er det et fokus på førstelinjetjenesten. Dette innebærer yrkesområder som lærere, PP-rådgivere, sosiallærere og helsesøster. Har de nevnte yrkesgruppene egentlig nok kompetanse på dette området til å ha et slikt ansvar? Hvordan jobbes det med kompetanseheving i de nevnte gruppene? Det er nedskrevet i Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 at spesialisthelsetjenesten skal gi veiledning, råd og opplysninger til kommunale tjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 2013). Dette betyr å veilede, undervise og gi informasjon til kommunale tjenester, slik som for eksempel PP-tjenesten og skoler. Om kommunens tjenesteapparater får mer kunnskap om psykiske vansker og lidelser hos ungdom kan dette bidra til at flere i risikogrupper blir identifisert tidlig og man kan sette inn forebyggende programmer, istedenfor behandling. Det kan tyde på at det mest hensiktsmessige er at instanser som PPT, helsestasjon eller kommunepsykolog har ansvaret for å iverksette programmer som KiD og MoodGYM. Spesielt når det gjelder gruppebaserte programmer som KiD kan det argumenteres for å implementere utenfor skolens rammer. Dette fordi ikke alle skoler har nok elever til å fylle opp slike kurs, og det vil derfor være mindre kostnadseffektivt å sette i gang programmet uten det riktige antallet kursdeltakere. En kan også spørre seg om det er for mye å forvente av lærerne å ha et slikt ansvar, spesielt når det kommer til kompetanse.

5.3 utfordringer ved implementeringen av programmene og forebygging i førstelinjetjenesten

Ett viktig spørsmål ved implementeringen av programmer som MoodGYM og KiD er når det er hensiktsmessig å gjennomføre kursene. Dette kan by på utfordringer. Det mest kostnadseffektive kan sies å være på dagtid. På denne måten slipper man å innføre kveldsarbeid for ansatte i førstelinjetjenesten, noe som kan spare kommunen for ekstra lønnsutgifter. Det kan i tillegg også virke motiverende for ungdommen at deltakelse i programmene ikke går ut over fritiden. Likevel er det å ta elever ut av undervisningen problematisk. Om programmene implementeres på dagtid, kan ungdommene miste verdifull undervisningstid. I tillegg kan man også møte motstand fra foreldrene. Det å miste undervisning kan være spesielt problematisk fordi ungdommer med depresjonsplager har mer fravær enn sine jevnaldrende og kan underyte på skolen, slik jeg tidligere var inne på (Glied og Pine, 2002; Helland og Mathiesen, 2009). Det kan argumenteres for at psykiske lidelser som går ut over undervisningsutbyttet går under behovet for spesialundervisning. Dette anses derimot som noe søkt. For at en skal godta at en elev tas ut av undervisningen bør det være grunnet i at eleven ikke får akseptabelt utbytte av undervisningen innen de tilpassede undervisningsrammene. Om ungdommen har så alvorlige symptomer at vedkommende ikke får tilfredsstillende utbytte, er det sannsynlig at den unge har nådd et klinisk nivå i symptomene, og derfor ikke vil ha særlig utbytte av programmer som MoodGYM og KiD, men heller ha behov for individuell behandling. Dette støttes av at både MoodGYM og KiD viser seg å være mest effektive for milde til moderate depresjonsplager (Dalgard, 2004; MoodGYM terapeutmanual, 2012).

En utfordring ser derfor ut til å være spørsmålet om når slike programmer skal implementeres. Det å ha dem på kveldstid krever en økning i ressurser, samtidig som det kan være vanskelig å rekruttere ansatte i førstelinjetjenesten til kveldsarbeid. Som vist tidligere er motivasjon allerede en utfordring ved slik implementering (Høifødt mfl., 2011). En mulighet for å imøtekomme disse utfordringene er å godkjenne programmene som valgfag i skolen. Da kan en egnet person, som for eksempel PP-rådgiver eller kommunepsykolog, komme en eller to ganger i uken å holde kurs for de som har behov, samtidig som disse får studiepoeng av kurset. Her oppstår det derimot en ny utfordring. Valgfag vises på vitnemålet når ungdommene uteksamineres fra videregående. Dette kan øke faren for stigmatisering, ved at kurset følger de unge etter endt kurs. Det er heller ikke sikkert at alle skoler har nok elever i

målgruppen til å fylle opp gruppekurs slik som KiD. Her er det kanskje mer ideelt å ha disse kursene gjennom PPT eller helsestasjon som tidligere nevnt, fordi en da kan ta inn ungdommer fra forskjellige skoler i samme kurs. En kan for eksempel kompensere for eventuelt kveldsarbeid gjennom avspasering for å holde kostnadene nede.

MoodGYM kan fremstå lettere å implementere da det er et mer fleksibelt program i og med at ungdommen kan utføre modulene uten en fagperson til stedet. Likevel indikerer empirien fra kapittel fire et motivasjonsproblem. Mange fullfører ikke hele kurset (O’Kearney mfl., 2006; O’Kearney mfl., 2009). I tillegg viser MoodGYM seg mest effektiv når det kombineres med samtaler (Høifødt mfl., 2011; MoodGYM terapeutmanual, 2012). Dette kan for eksempel gjøres ved at ungdommen har samtaler med helsesøster eller sosiallærer når det passer seg. Som nevnt tidligere kan dette også gjøres over telefon, om det heller er ønskelig at PP-rådgiver har ansvar for oppfølgingssamtalene og det er langt til nærmeste PPT kontor. Det at programmet viser best effekt ved tilleggssamtaler kan ha noe å gjøre med at det kan være vanskeligere å falle fra og ikke fullføre programmet når man må «svare til» en annen person. Om ungdommen gjør programmet på egenhånd kan det tenkes å være lettere å ikke fullføre fordi det ikke oppleves som at man «skuffer» en annen om man ikke fullfører. Dette støttes av at KiD har mindre utfordringer med frafall. Synligheten ved å droppe ut kan derfor være en faktor.

En annen utfordring ved å fokusere på forebygging er arbeidskapasitet. Hvordan få for eksempel PP-rådgivere til å prioritere dette over sakkyndig arbeid? Ofte er det ventelister hos PP-kontorer, og en kvalitativ undersøkelse viste at mange opplevde at arbeidet deres ble målt i antall sakkyndige rapporter. Dette resulterte i et økt fokus på individarbeid over systemarbeid (Høydal og Aaraas, 2009). Ser vi tilbake til funnene til Høifødt mfl. (2011) ser vi at ansatte i primærhelsetjenesten opplevde programmene som svært tidskrevende. Hvordan motivere ansatte i førstelinjetjenesten til å prioritere systemarbeid og dermed forebygging? Kan det være hensiktsmessig å gjøre ledelsen i slike instanser bevisst på hvilke signaler de sender ut til sine ansatte og øke fokuset på å motivere disse til å prioritere forebyggende arbeid? Om man fjerner opplevelsen av at arbeidet blir målt i antall sakkyndige rapporter, og verdsetter det arbeidet som ikke kan måles direkte, kan det tenkes at de ansatte opplever større motivasjon til slikt arbeid. En kan også spørre seg om dersom slike yrkesgrupper øker fokuset på forebygging, vil dette bidra til kortere ventelister på sikt, og videre bidra til økt motivasjon og tid til slikt arbeid?

5.3.1 ... Og muligheter

Norske undersøkelser indikerer at høy grad av lærerstøtte gir psykisk velvære hos ungdommen. Motsatt ser det ut til at de med depresjonsplager opplever liten grad av støtte fra læreren (Helland og Mathiesen, 2009; Undheim, 2008). Det ser derfor ut til å være nærliggende at læreren er bevisst dette, og kontinuerlig jobber mot et godt miljø i klasserommet. Om læreren er en tydelig, støttende og trygg voksenperson kan derfor anses som forebyggende. Disse funnene indikerer at klasserommet som forebyggende arena har potensiale, spesielt lærerens rolle i dette.

Ved å tilby forebyggende programmer kan man hindre at psykiske plager glir inn i en psykisk lidelse. Depresjoner er samfunnets dyreste sykdom, men også en av de sykdommene det er lettest å forebygge (Dalgard og Bøen, 2008). Med et økt fokus på slik forebygging i førstelinjetjenesten kan det argumenteres for at flere unge i risikozonen blir identifisert, som igjen kan føre til en bedre psykisk helse i befolkningen på sikt. Som en konsekvens av dette blir det da mindre belastninger både for individ og samfunn. Økonomiske belastninger for samfunnet kan reduseres. På lang sikt kan man derfor bruke de midlene samfunnet sparer til å videreutvikle og undersøke effekt av forebyggende programmer i høyere grad enn det blir gjort i dag.

Norsk psykologforening (2010) peker på mulighetene en kommunepsykolog gir. Ved at kommunene prioriterer kommunepsykologer har man muligheten til å gi kompetent psykisk helsehjelp der ungdommen bor. Det er her risikofaktorene opptrer og de første symptomene kommer til uttrykk. Om man har et lavterskeltilbud med kompetent hjelp kan man unngå at mange blir henvist til spesialisthelsetjenesten, slik som for eksempel Barne – og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). BUP har ofte lange ventelister og det kan vurderes at ungdommen ikke har store nok psykiske vansker og dermed ikke kvalifisert for hjelp i denne instansen. Det er likevel viktig å forebygge at disse vanskene går over i noe mer alvorlig som er vanskeligere å behandle, derfor er kommunen en fin forebyggende arena. Omkring 20% av barn og unge har psykiske vansker i større eller mindre grad. Kun fem prosent av disse videreføres til spesialisthelsetjenesten. Om kommunene, enten ved en kommunepsykolog som representerer et lavterskeltiltak, eller gjennom mer kompetente psykisk helsearbeidere i PPT, skolehelsetjenesten eller skoler, tar hånd om de resterende, kan dette lette både vansker for den enkelte, og gi store lettelser i kostnader for samfunnet i fremtiden. En kommunepsykolog kan fungere som lim mellom etatene. Her er gevinsten en felles faglig

plattform og mer samhandling mellom yrkesgrupper. Kommunepsykologen kan veilede ansatte i andre yrkesgrupper som jobber med ungdom. Dette kan være veiledning av PPT, helsestasjon og barnevern i enkelte saker der det er et behov (Norsk psykologforening, 2010). På denne måten kan man bygge et faglig sterkt nettverk rundt sårbar ungdom.

Programmene jeg har sett på i denne oppgaven gir muligheter til å gane en større gruppe ungdommer, sammenliknet med individuell samtalerapi. Det er i tillegg større fleksibilitet i hvem som kan ha ansvaret for implementeringen. En god løsning synes å være og ansette en eller flere kommunepsykologer, slik det er argumentert for i forrige avsnitt. Disse kan gå inn å veilede yrkesgruppene, og også kanskje ha ansvaret for implementeringen av MoodGYM og KiD.

I tillegg til kommunen generelt, kan skolen som forebyggende arena gi mange muligheter. Det er her ungdommen tilbringer mest tid. Resultater fra «Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) studien viser til skolen som en viktig arena for forebyggende arbeid (Ystgaard, 2003). I tillegg fant Ystgaard (1993) at en skole med økende prestasjonspress og avtakende sosial støtte kan bidra til økt forekomst av psykiske lidelser hos ungdom. Som jeg så på i kapittel fire er det derfor viktig at skolen er bevisst dette og jobber kontinuerlig for en helsefremmende skole med god psykisk helse.

Ved implementeringen av programmene kan det også oppmuntres til tverrfaglig samarbeid. I dag er fokuset i slike tverrfaglige samarbeid som oftest på skoleprestasjoner, men undersøkelser viser at psykisk helse kan gå ut over disse (Helland og Mathiesen, 2009). Det ville derfor være naturlig og også fokusere på dette. Ved å forebygge psykiske lidelser kan det derfor tenkes at man indirekte forebygger mot undertrykkning på skolen og økende problematikk som skolevegring og frafall i videregående.

5.4 Programmene diskutert opp mot risikofaktorene

Hvordan tar programmene hensyn til de risikofaktorene som ble presentert i kapittel to?

I forhold til risikofaktorene vedrørende personlighet og temperament kan det argumenteres for at programmene tar hensyn til disse i stor grad. Både MoodGYM og KiD lærer ungdommen mestringsteknikker og strategier som utfordrer de irrasjonelle tankene som kan

oppstå. Dessuten kan det tenkes at ved å gjøre disse øvelsene og ved å bli bevisst på irrasjonelle tanker og andre dysfunksjonelle tankemønstre, kan ungdommen bli mer bevisst på sitt temperament. Det kan derfor tenkes at disse øvelsene gjør at ungdommen kan regulere og mestre sitt temperament på en mer hensiktsmessig måte.

Det ser dermed ut til at programmene har tatt hensyn til risikofaktorene vedrørende personlighet og temperament. Likevel finnes det risikofaktorer også i miljøet til ungdommen. I kapittel to ble barn av deprimerte foreldre, tap av omsorgsperson og bli mobbet, trukket frem som stressende livshendelser som kan sette ungdommen i risiko for depresjon. Kan programmene virke forebyggende for også disse risikogruppene? I noen tilfeller, ja. Lintvedt mfl. (2013) fant blant annet at MoodGYM hjalp for stress i eksamenstiden. Det er derfor interessant om dette indikerer at MoodGYM hjelper mot stress generelt? MoodGYMs modul fire fokuserer på å stresse ned. Her veiledes ungdommen i strategier for å bedre forholdet med sine foreldre og negative tanker vedrørende foreldre blir diskutert (MoodGYM Terapeutmanual, 2012).

Brown og Lewinsohn (1984) fant at de som hadde minst effekt av KiD blant annet var de som opplevde mye stress og stressende livshendelser. Kan dette være en indikator på at KiD ikke egner seg i like stor grad til å forebygge risikofaktorene i ungdommens miljø? Mye mulig. Likevel kan man argumentere for at KiD er et positivt tiltak også her, fordi den unge kan lære teknikker gjennom kurset som kan føre til at han eller hun mestrer dette stresset på en bedre måte.

Nettverkskomponenten til KiD kan sies å være et positivt moment, spesielt i forhold til risikofaktoren sosial isolasjon og mobbing. Derimot fant Brown og Lewinsohn (1984) at de som hadde god effekt av kurset var de som var fornøyd med vennene sine. Det ser derfor ut til at det å ha en god omgangskrets forsterker effekten av et slikt kurs. Dette kan ha sammenheng med hva sosial læringsteori og interpersonlig teori hevder. Å ha dårlige sosiale relasjoner kan forverre depresjonen, samtidig som det kan være en forklaring på hvorfor ungdommen får depresjon i utgangspunktet (Rudolph, 2009b). En kan derfor anta at det er lettere for en ungdom med gode venner å få god effekt av slike tiltaksprogrammer, fordi de får mye sosial støtte og dermed mer mestringsfølelse. I KiD lærer en også om å være bevisst de tolkningene man gjør ovenfor andre, og dette kan være en forklaring på hvorfor de med gode venner får bedre effekt. Når de lærer seg strategier for hvordan de kan tolke på en mer positiv måte, så opplever de kanskje å få et nytt syn på omgangskretsen sin, og videre sine interpersonlige

erfaringer. Det vil dermed også være lettere å gjøre lystbetonte aktiviteter slik kurset vil man skal øve på. Om en ungdom føler at han eller hun ikke har venner og føler seg ensom, kanskje mobbet, vil det være enda vanskeligere å øve på å gjøre mer lystbetonte aktiviteter, fordi det kan oppleves som vanskelig å få tilgang til dem. På bakgrunn av dette fremstår nettverkskomponenten til KiD som svært hensiktsmessig for å kompensere for lite sosial støtte ellers i ungdommens miljø, og kursleder bør oppmuntre til samhandling med de andre i stor grad.

I forhold til risikofaktoren mobbing og sosial isolasjon ser det dermed ut til at KiD kan være forebyggende ved at det har en nettverkskomponent, samtidig som at undersøkelser indikerer at de som allerede har et godt nettverk har bedre effekt av kurset (Brown og Lewinsohn, 1984). I denne sammenheng kan programmet STEP til prosjektet «Psykisk helse i skolen» komplimentere KiD. Som tidligere nevnt har STEP fokus på å bedre det psykososiale miljøet på skolen. Programmet kan derfor tenkes å få ned forekomsten av mobbing på skolen. Ungdommen kan da få bedre effekt av KiD og videre forebygge for risikofaktoren mobbing og sosial isolasjon. Alle de klasseroms-baserte tiltakene som ble forslått i kapittel fire kan tenkes å få ned forekomsten av mobbing. Likevel er det viktig å poengtere at utenom STEP, varer alle programmene kun noen få dager (Sekretariatet for psykisk helse, 2007). Mye av kunnskapen og refleksjonene kan glemmes etter hvert som lærer ikke følger opp og hverdagen går sin vante gang. Derfor anbefaler nå eksperter, blant annet innen selvmordsforskning, at psykisk helse kommer inn som fag på skolen. Dette skaper da en kontinuitet og et stadig fokus på psykisk helse. Dette kan virke forebyggende på blant annet selvmord (Halvorsen, 2014), som vi tidligere har sett er en svært alvorlig konsekvens av depresjon. Det at ungdommen får informasjon om hvem de kan kontakte hvis de har behov for hjelp, samtidig som en får informasjon om hva man kan gjøre som bekymret venn, kan argumenteres for å ha en forebyggende effekt. På denne måten kan unge oppsøke hjelpeapparatet på et tidligere stadium og dermed få hjelp før de psykiske plagene går over i psykiske lidelser.

I forhold til risikofaktorene innad familien, foreldredepresjon og tap av en forelder eller annen nær, ser kommunikasjonskomponentene til både KiD og MoodGYM ut til å være positive. Likevel er det vist til at ungdomsvarianten av originalkurset til KiD ikke hadde ønsket effekt av å inkludere foreldene (Lewinsohn mfl., 1989). En kan likevel tenke seg at ved å lære ungdommen bedre problemløsningsstrategier, og gjøre dem bevisst på irrasjonelle tanker, kan

dette hjelpe på kommunikasjonsklimaet i familien. Da kan de unge lære at det ikke var han eller hennes skyld at foreldrene for eksempel ikke lenger bor sammen, og muligens lette stresset og den mulige skylden som oppstår. Dette støttes også av det Dyregrov (2004) skriver som ble påpekt i forbindelse med risikofaktorene i kapittel to. Mange opplevde det ekstra belastende med det de opplevde som blokkert familiekommunikasjon etter dødsfall i familien og dette kunne være av betydning for den videre psykiske helsen. Når det kommer til foreldredepresjon fremstår det først og fremst som viktig at foreldrene oppmuntres til å oppsøke hjelp til sin egen problematikk.

5.5 Oppsummering

Programmene MoodGYM og KiD har både utfordringer og muligheter ved implementering. Det å inkludere foreldre og lærere i prosessen kan sees på som virkningsfullt, men undersøkelser tyder på at foreldreinkludering dessverre ikke har ønsket effekt. Det fremstår likevel naturlig å inkludere foreldre og lærere i prosessen slik at disse kan være med på å forsterke og oppmuntre ungdommen til å ta i bruk strategiene som læres. I forhold til det praktiske ved implementering av slike programmer fremstår motivasjon som spesielt viktig, både når det kommer til ungdommen selv, og til yrkesgruppenes motivasjon for å sette i gang tiltakene. I forhold til risikofaktorene fremstår programmene som gode, spesielt når det kommer til faktorer vedrørende den unges personlighet og kognisjon.

6 Avsluttende kommentarer

I tillegg til diskusjonen av programmene i kapittel fem, vil det være noen avsluttende kommentarer til oppgaven. Jeg vil oppsummere hovedfunn, reflektere over oppgavens styrker og svakheter og kommentere hva som fremstår som nødvendig av mer forskning.

Tanken bak det å ikke avgrense det forebyggende arbeidet til kun en yrkesgruppe i denne oppgaven, er fordi jeg mener det er en nødvendig og viktig diskusjon hvem det er som skal ha ansvaret for det forebyggende arbeidet for ungdommens psykiske helse. Det er mye som kan gjøres innenfor klasserommets rammer, så vel som innenfor den enkelte kommune. Dessuten fremstår et godt tverrfaglig samarbeid mellom de yrkesgrupper som arbeider med målgruppen som viktig.

Som vi så i kapittel to under risikofaktorer, er en sentral påvirkningsfaktor og risikofaktor når det kommer til ungdoms psykiske helse, hvordan det står til med foreldrenes psykiske helse. Forebyggende tiltak rettet mot foreldre vil derfor indirekte kunne hjelpe ungdommen (Dalgard mfl., 2006; Eknes, 2006). Dette er derimot i liten grad belyst i denne oppgaven.

En studie gjennomført av NIFU finner at det ikke er avgjørende hvilken pedagogisk grunntanke skolene bygger virksomheten sin på. Like viktig er skolens bevisste og reflekterte forhold til sin pedagogiske praksis. Studien viste at når skolen har et reflektert og gjennomtenkt forhold til den pedagogiske praksisen man driver så oppnås gode resultater for elever i spesialundervisning (Markussen, Brandt og Hatlevik, 2003). På bakgrunn av dette kan en undre seg om dette også gjelder for skolens arbeid med forebygging og tilrettelegging for ungdom med depresjonsplager. Det kan tenkes at det viktigste ikke er å basere dette på et bestemt opplegg, men at det er like viktig å sørge for at skolene har et refleksjonsnivå og en bevissthet rundt arbeidet som gjøres. Om skolen oppnår dette, kan være like viktig som å finne de riktige programmene å basere dette arbeidet på.

6.1 Oppsummering av hovedfunn

Ungdomstiden er en risikabel periode for utvikling av symptomer på psykiske lidelser. Studier viser at symptomer på depresjon i aldersgruppen 17 til 18 år predikerer senere symptomer på alvorlig depresjon og selvmordsforsøk. Longitudinelle studier har i tillegg demonstrert at psykiske helseplager i ungdomsårene er assosiert med lavere akademisk

motivasjon og prestasjon over tid (Nordfjærn mfl., 2012). Studier på ungdom i Norge indikerer at milde til moderate depresjonsplager er mest vanlig hos denne gruppen (Sund, mfl., 2011).

Dalgard og Bøen (2008) viser til at ca. 75% av deprimerte ikke får hjelp for sine vansker. Derfor argumenteres det i denne oppgaven for forebygging i førstelinjetjenesten. Ved å øke kompetansen til yrkesgrupper som lærere, PP-rådgivere og helsesøstre kan dette bidra til at flere får hjelp, og tidlig intervensjon kan settes inn for å hindre at plagene går over i klinisk depresjon.

For å kunne jobbe forebyggende og identifisere ungdom som trenger ekstra tilrettelegging og hjelp er det viktig å ha den nødvendige kompetansen om psykisk helse. Av denne grunn har jeg sett på blant annet hvordan depresjonssymptomer kan vise seg hos ungdom og hvilke faktorer i miljøet som kan bli en risiko for ungdommen. Jeg har i tillegg sett på hvilke konsekvenser depresjon hos ungdom kan ha. Dette kan dreie seg om akademisk underyting og den mest alvorlige av alle; selvmord. Dette ble belyst som en argumentasjon for hvorfor det forebyggende arbeidet er så viktig. For å møte denne problematikken har jeg sett på programmer som for eksempel PP-rådgiver, kommunepsykolog eller helsesøster kan igangsette, tillegg til hva den enkelte lærer kan gjøre i klasserommet både for å fremme god psykisk helse, og for å tilrettelegge for elever med psykiske plager eller lidelser. Av programmer har oppgaven i hovedsak fokusert på det internettbaserte forebyggende programmet MoodGYM samt Kurs i depresjonsmestring (KiD). Basert på empirien i kapittel fem kan en si at begge har dokumentert effekt, spesielt for milde til moderate plager. Det er likevel utfordringer knyttet til å gjennomføre slike programmer. Viktige spørsmål som hvem som skal ha ansvaret for en slik implementering og når programmene kan gjennomføres, er diskutert.

Kunnskapen fremsatt i oppgaven har praktisk-pedagogisk betydning. Spesielt fremstår sammenhengen mellom lærerstøtte og psykisk velvære som betydningsfull. Dette er kunnskap det er viktig at skolen er klar over i hverdagen. At skolen og den enkelte lærer er bevisst dette, og reflekterer over sin rolle i klasserommet, fremstår som spesielt viktig.

6.2 Oppgavens styrker og svakheter

Referansematerialet i denne oppgaven har begrensninger. Teori og empiri som er inkludert for å belyse og forklare depresjon samt effekten av de forebyggende programmene kan være mangelfull. Det må tas høyde for at det kan finnes annen relevant litteratur som ikke har blitt dekket. I tillegg fremstår longitudinelle undersøkelser på effekten av programmene som mangelfull. Vi sitter da igjen med kun evidens for kortidseffekter av de aktuelle programmene.

Litteraturen som er blitt valgt ut er i hovedsak av nyere dato, noe som gir en oppdatert oversikt over forskningsområdene. Der det er blitt lagt frem litteratur av eldre dato er dette begrunnet, eller det er fordi det ikke var tilgjengelig relevante undersøkelser utgitt på et nyere tidspunkt. Metodiske refleksjoner rundt studienes styrker og svakheter etter hvert som de har blitt presentert har bidratt til å belyse deres relevans, gyldighet og troverdighet.

6.3 Videre forskning

Depresjoner er et tema der det foreligger mye forskning. De siste årene har det også blitt økt fokus på depresjoner hos barn og unge. I forhold til oppgavens problemstilling og det som har blitt fremsatt, fremstår det som nødvendig med særlig mer forskning på MoodGYMs og KiDs effekt i Norge. I tillegg bør en undersøke effekten av programmene fra «Psykisk helse i skolen». Tidligere i oppgaven tok jeg for meg biologisk sårbarhet for utviklingen av depresjon. Videre forskning på dette, og om arvelighet ville vært svært interessant, blant annet for å kunne sette inn forebyggende tiltak for risikogrupper så tidlig som mulig.

Landsomfattende kartleggingsstudier, longitudinelle studier av risiko, utviklingsveier og årsaker samt lokale kartleggingsstudier fremstår som nødvendig. For å få kunnskap om blant annet forekomst og symptomer er landsomfattende kartleggingsstudier nødvendig. Her er for eksempel Ungdata gjort av NOVA en god undersøkelse som gir oss mye informasjon. Kunnskap om risikofaktorer som særlig er tilstede i den enkelte kommune kan hjelpe oss til å igangsette de mest passende forebyggende tiltak lokalt (Helland og Mathiesen, 2009).

Litteraturliste

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Alloy, L.B., Liu, R.T., & Bender, R.E. (2010). Stress generation research in depression: a commentary. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 380-388.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5.utg.). Washington DC, London: American Psychiatric Publishing.
- Andersen, B.J. (2011). *Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Angold, A., & Costello, E.J. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. I: I.M Goodyear (Red.), *The depressed child and adolescent*. (s.143-178). Cambridge: Cambridge University Press.
- Auerbach, R.P., Ringo Ho, M.H., & Kim, J.C. (under publisering). Identifying Cognitive and Interpersonal Predictors of Adolescent Depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought & action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bakken, A. (2013). *Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012* (NOVA Rapport: 10/13). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Ungdata-Nasjonale-resultater-2010-2012>
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Predictors of suicide in adolescents and adults with mood and common comorbid disorders. *Neuropsychiatry*, 4 (1), 81-93. doi: 10.2217/npv.13.86
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4 (6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Bordens, K.S., & Abbott, B.B. (2005). *Research and design methods: a process approach* (6 utg.). Boston: McGraw Hill.
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M.B., & Walker, M. (2009). The incidence and Course of Depression in Bereaved Youth 21 Months After the Loss of a Parent to Suicide, Accident, or Sudden Natural Death. *The American journal of psychiatry*, 166 (7), 786-794. doi: 10.1176/appi.2009.08081244
- Brent, D., & Weersing, R.V. (2008). Depressive Disorders in Childhood and Adolescence. I: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (s.587-612). Oxford: Blackwell Publishing.
- Brooks-Gunn, J., Auth, J.J., Petersen, A.C., & Compas, B.E. (2001). Physiological processes and the development of childhood and adolescent depression. I: I.M. Goodyear (Red.), *The depressed child and adolescent*. (s.79-118). United Kingdom: University Press, Cambridge.
- Brown, R.A., & Lewinsohn, P.M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 774-783. doi: 10.1037/0022-006X.52.5.774
- Børve, T.A., Nævra, A., & Dalgard, O.S. (2009). *Å mestre depresjon. Kurs i mestring av depresjon (KiD)-revidert utgave*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., & Griffiths K. M. (2013). Adherence to the MoodGYM program: outcomes and predictors for an adolescent school-based population. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), 338-344. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.036>
- Calvete, E., Camara, M., Estevez, A., & Lourdes, V. (2011). The role of coping with social stressors in the development of depressive symptoms: gender differences. *Anxiety*,

- Stress & Coping: An International Journal*, 24 (4), 387-406. doi:
10.1080/10615806.2010.515982
- Caspi, A., & Shiner, R. (2008). Temperament and Personality. I: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (s.182-198). Oxford: Blackwell Publishing.
- Cipriani, A., Barbui, C., & Geddes, J. R. (2005). Suicide, depression, and antidepressants: Patients and clinicians need to balance benefits and harms. *BMJ: British Medical Journal*, 330 (7488), 373-374. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7488.373>
- Cooper, P.J., & Goodyear, I. (1993). A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. *The British Journal of Psychiatry*, 163 (SEPT), 369-374. doi: 10.1192/bjp.163.3.369
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of abnormal psychology*, 85(2), 186-193. doi: 10.1037/0021-843X.85.2.186
- Cuijpers, P., Munoz, R.F., Clarke, G.N., & Lewinsohn, P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29 (5), 449-458. doi:
10.1016/j.cpr.2009.04.005
- Culpin, I., Heron, J., Araya, R., Melotti, R., & Joinson, C. (2013). Father absence and depressive symptoms in adolescence: findings from a UK cohort. *Psychological Medicine*, 43 (12), 2615-2626. doi: 10.1017/S0033291713000603
- Dalgard, O.S. (2004). Kurs i mestring av depresjon-en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124 (23), 3043-3046.
- Dalgard, O.S., mfl. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. (Rapport 2006:2) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Dalgard, O.S., & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. (Rapport 2008:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Dahm, K.T., Landmark, B., Kirkehei, I., & Reinart, L.M. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstsvilkår* (Rapport nr. 15). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Dinovo, S.A., & Vasey, M.W. (2011). Reactive and self-regulatory dimensions of temperament: Interactive relations with symptoms of general distress and anhedonia. *Journal of Research in Personality*, 45 (5), 430-440. doi: 10.1016/j.jrp.2011.05.002
- Dyregrov, K. (2004). Søsken etter selvmord- «de glemte sørgende». *Barn*, 22 (3), 69-85.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og Mani- forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellis, A. (1995). Rational Emotive Behavior Therapy. I: R.J. Corsini, & D. Wedding (Red.), *Current Psychotherapies* (s. 162-196). Illinois: F.E. Peacock Publishers.
- Eraker, H., & Snekvik, L. (2013, 05.november). Dramatisk økning i bruk av antidepressiva blant unge jenter. Hentet fra: <http://www.nrk.no/fordypning/flere-unge-jenter-pa-antidepressiva-1.11330141>
- Fagakademiet. (2012). Kurslederopplæring-Depresjonsmestring for ungdom- «DU». Hentet fra https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:EdVkgGoJHyQJ:www.fagakademiet.no/Modules/Biblio/showFile.asp?level%3D4621%26modid%3D4621%26lngFileID%3D16591+depresjonsmestring+for+ungdom&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEESiIzzsv0wGJ7cwDrwzFTdYDoP9V-DYTJAoLJ_MGNIamKg2IWgnsNvx5Mjfdb9-elicsOwMM5XyO64iTrd3mmmgEm9ST0Ndfog8jRJVWymTb5FfsKuAwhaMfZuLJucydCxI7q4f&sig=AHIEtbRQo7lkgPcdy7IGwT63EJXIejepIw
- Fergusson, D.M., & Woodward, L.J. (2002). Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59 (3), 225-231. doi: 10.1001/archpsyc.59.3.225
- Folkehelseinstituttet. (2014, 30. januar). Fakta om antidepressiver - serotoninreopptakshemmere (SSRI). Hentet fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=56672>

- Garvik, M., Idsoe, T., & Bru, E. (2013). Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 19 (2), 195-209. doi: 10.1080/13632752.2013.840959
- Gelso, C., & Fretz, B. (2001). *Counseling Psychology* (2.utg.). United States of America: Wadsworth Cengage Learning.
- Gladstone, T.R.G., Beardslee, W.R., & O'Connor, E.E. (2011). The Prevention of Adolescent Depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 34 (1), 35-52. doi: 10.1016/j.psc.2010.11.015
- Glied, S. & Pine, D.S. (2002). Consequences and Correlates of Adolescent Depression. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156 (10), 1009-1014. doi:10.1001/archpedi.156.10.1009
- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (2002). *Children of Depressed Parents*. Washington DC: American Psychological Association
- Goodyear, I.M. (2002). Symptoms of Depression. I: M. Lewis (Red.), *Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. (s.352-358). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1995). Symptoms Versus a Diagnosis of Depression: Differences in Psychosocial Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1), 90-100.
- Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *The Australian journal of rural health*, 15 (2), 81-87. doi: 10.1111/j.1440-1584.2007.00859.x
- Grohol, J. (2013, 18. mai). DSM-5 Changes: Depression & Depressive Disorders. Hentet fra: <http://pro.psychcentral.com/2013/dsm-5-changes-depression-depressive-disorders/004259.html>
- Halvorsen, B.E. (2014, 04.april). Vil ha psykisk helse som nytt fag i skolen. Aftenposten. Hentet fra: http://www.aftenposten.no/amagasinet/Vil-ha-psykisk-helse-som-nytt-fag-i-skolen-7526308.html#.U0eRIPl_snx

- Halvorsen, M., & Nordahl, H.M. (2012). Personlighetstrekk og kognitiv stil: Risiko, sårbarhet eller opprettholdende faktorer gjennom depresjonsforløpet? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49 (1), 21-29. Hentet fra:
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=161782&a=2
- Hames, J.L., Hagan, C.R., & Joiner, T. E. (2013). Interpersonal Processes in Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9 (1), 355-377. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185553
- Hammen, C.L., Burge, D., Daley, S.E., Davila, J., Paley, B., & Rudolph, K.D. (1995). Interpersonal Attachment Cognitions and Prediction of Symptomatic Responses to Interpersonal Stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 436-443. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.436
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1 (1), 293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Hammen, C.L. (2009). Children of Depressed Parents. I: I.A. Gotlib, & C.L. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (s.275-298). New York: The Guilford Press.
- Hankin, B.L. (2012). Future Directions in Vulnerability to Depression Among Youth: Integrating Risk Factors and Processes Across Multiple Levels of Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41 (5), 695-718. doi: 10.1080/15374416.2012.711708
- Hartberg, S., & Hegna, K. (2014). *Hør på meg. Ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2013* (NOVA Rapport: 2/14). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Hoer-paa-meg>
- Haugen, R. (2008). Hva er sosiale og emosjonelle vansker? I: R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3* (s. 15-42). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Hawker, D. S., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (4), 441-455. doi: 10.1111/1469-7610.00629

- Helland, M.J., & Mathiesen, K.S (2009). *13-15 åringer fra vanlige familier i Norge- hverdagsliv og psykisk helse*. (Rapport 2009:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helsedepartementet. (2002-2003). Resept for et sunnere Norge- Folkehelsepolitikken. (St.meld. nr. 16 2002-2003). Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000D/DDPDFS.pdf>
- Holte, A. (2011, 18.oktober). Depresjon kan forebygges. *Aftenposten*. Hentet fra:
<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Depresjon-kan-forebygges-6633761.html#.UspzYvTuK8A>
- Høifødt, R.S., Strøm, C., Kolstrup, N., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2011). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review. *Family Practice*, 28 (5), 489-504. doi: 10.1093/fampra/cmr017
- Høydahl, A., & Aaraas, R.M. (2009). *Forebygging: PP-rådgivers utfordring i arbeid med forebygging av psykososiale vansker* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo.
- Ilyer, P.A., Dougall, A.L., & Jensen-Campbell, L.A. (2013). Are some adolescents differentially susceptible to the influence of bullying on depression? *Journal of Research in Personality*, 47 (4), 272-281. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2013.02.004>
- Jakobsen, S.E. (2014, 30.januar). Psykisk syke unge får medisiner- ikke oppfølging. Hentet fra: <http://www.forskning.no/artikler/2014/januar/379584>
- Karevold, E., Røysamb, E., Ystrom, E., & Mathiesen K.S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*, 45 (4), 1051-1060. doi: 10.1037/a0016123.
- Kleven, T. A. (2002a). Hvilke alternative forklaringer er mulige? Spørsmålet om indre validitet. I: T.A. Kleven (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode-en hjelp til kritisk tolkning og vurdering* (s. 139-158). Oslo: Unipubforlag.

- Kleven, T.A. (2002b). Hvilken kontekst er resultatene gyldige i? Spørsmålet om ytre validitet. I: T.A. Kleven (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode- en hjelp til kritisk tolkning og vurdering* (s. 159-175). Oslo: Unipubforlag.
- Kleven, T.A. (2002c). Hvordan er begrepene operasjonalisert? Spørsmålet om begrepsvaliditet. I: T.A. Kleven (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode- en hjelp til kritisk tolkning og vurdering* (s. 120-138). Oslo: Unipubforlag.
- Knack, J.M., Jensen-Campbell, L.A., & Baum, A. (2011). Worse than sticks and stones? Bullying is associated with altered HPA axis functioning and poorer health. *Brain and Cognition*, 77 (2), 183-190. doi: 10.1016/j.bandc.2011.06.011
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of child psychiatry*, 39 (1), 47-63.
- Lagerløv, P., Holager, T., Helseth, S., & Rosvold, E.O. (2009). Selvmedisinerer med reseptfrie smertestillende legemidler hos 15 – 16-åringer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129 (15), 1447-1450. doi: 10.4045/tidsskr.09.32759
- Lewinsohn, P.M., & Clarke, G.N. (1984). Group treatment of depressed individuals: The “coping with depression” course. *Advances in Behavior Research & Therapy*, 6 (2), 99-114. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402\(84\)90005-5](http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402(84)90005-5)
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., & Hoberman, H.M. (1989). The Coping With Depression Course: Review and future directions. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21 (4), 470-493. doi: 10.1037/h0079846
- Lintvedt, O.K., Griffiths, K.M., Sørensen, K., Østvik, A.R., Wang, C.E.A., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2013). Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help intervention for the prevention of depression: a randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20 (1), 10-27. doi: 10.1002/cpp.770
- Mackinnon, A., Griffiths, K M., & Christensen, H. (2008). Comparative randomized trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12 month outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 130-134. doi: 10.1192/bjp.bp.106.032078

- Markussen, E., Brandt, S.S., & Hatlevik, I.K. (2003). *Høy pedagogisk bevissthet og tett oppfølging* (Rapport 2003:5). Oslo: NIFU.
- Masi, G., Sbrana, B., Poli, P., Tomaiuolo, F., Favilla, L., & Marcheschi, M. (2000). Depression and school functioning in non-referred adolescents: A pilot study. *Child Psychiatry and human development*, 30 (3), 161-171. doi: 10.1023/A:1021395504617
- Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mathiesen, K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst-barndom og ungdomstid* (Rapport 2007:5). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Major, E.S., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L.E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Meltzoff, J. (1997). *Critical Thinking About Research*. Washington DC: American Psychological Association.
- Miezitis, S. (1992). *Creating Alternatives to Depression in Our Schools*. Tyskland: Hogrefe & Huber Publishers.
- Middeldorp, C.M., Cath, D.C., Van Dyck, R., & Boomsma, D.I. (2005). The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology: A review of twin and family studies. *Psychological Medicine*, 35 (5), 611-624.
doi:10.1017/S003329170400412X
- MoodGYM Terapeutmanual. (2012). *Manual for behandlere*. Hentet fra:
<http://uit.no/Content/302326/MoodGYM%20Terapeutmanual%20fullversjon%20.pdf>
- Monroe, S.M., Slavich, G.M., & Georgiades, K. (2009). The Social Environment and Life Stress in Depression. I: I.H. Gotlib, & C.L. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (s. 340-360). New York & London: The Guilford Press.

- Murberg, T.A. (2009). Shyness predicts depressive symptoms among adolescents: a prospective study. *School Psychology International*, 30 (5), 507-519. doi: 10.1177/0143034309107065
- Mørch, W. T., Neumer, S.P., Holth, P., & Martinussen, M. (2009). Ungsinn – En kunnskapsbase over virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (10), 960-964.
- Naicker, K., Galambos, N.L., Zeng, Y., Senthilselvan, A., & Colman, I. (2013). Social, Demographic, and Health Outcomes in the 10 years Following Adolescent Depression. *Journal of adolescent health*, 52 (5), 533-538. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.12.016.
- Neumer, S-P., & Aalberg, M. (2005). Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge. I: *Se meg. Barn i Norge 2005. Årsrapport om barn og unges psykiske helse* (Rapport 2005). (s. 89-101). Oslo: Voksne for Barn, Gamlebyen Grafisk.
- Nickerson, A., Bryant, R.A., Aderka, I.M., Hinton, D.E., & Hofmann, S.G. (2013). The impacts of Parental Loss and Adverse Parenting on Mental Health: Findings From the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychological Trauma: Theory, Research and Policy*, 5 (2), 119-127. doi: 10.1037/a0025695
- Nilsen, V. (2008). Tiltaksmodeller med utgangspunkt i førstelinjetjeneste og andrelinjetjeneste. I: R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3* (s. 190-228). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Nordahl, M. (2012, 02.februar). Kritiserer grunnlaget for nytt diagnosesystem. Hentet fra: <http://www.forskning.no/artikler/2012/februar/312162>
- Nord, E., & Dalgard, O.S. (2006). Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 126 (5), 586-588. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1343928>
- Nordfjærn, T., Flemmen G., & Dahl, H. (2012). Psychosocial factors related to mental distress among Norwegian adolescents. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14 (3), 151-161. doi: 10.1080/14623730.2012.732410

- Norsk helseinformatikk. (2010, 29.oktober). Becks depression inventory-BDI. Hentet fra:
<http://nevro.legehandboka.no/skjema/skaringsskjema/becks-depression-inventory-bdi-35830.html>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2013, 10.april). T5.5 Depresjoner. Hentet fra:
<http://legemiddelhandboka.no/terapi/s%C3%B8ker/depresjon/8564>
- Norsk psykologforening (2010). *Psykisk helse i første rekke- Tidlig hjelp i kommunal regi*.
Hentet fra:
<http://www.psykologforeningen.no/pf/content/download/25834/255151/file/Psykisk%20helse%20i%20f%C3%B8rste%20rekke.pdf>
- O’Kearney, R., Gibson, M., Christensen H., & Griffiths, K. (2006). Effects of a Cognitive-Behavioral Internet Program on Depression, Vulnerability to Depression and Stigma in Adolescent Males: A School-Based Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35 (1), 43-54. doi: 10.1080/16506070500303456
- O’Kearney, R., Kang, K., Christensen H., & Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression And Anxiety*, 26 (1), 65-72. doi: 10.1002/da.20507
- Oldehinkel, A.J., Ormel, J., Veenstra, R., De-Winter, A.F., & Verhulst, F.C. (2008). Parental Divorce and Offspring Depressive Symptoms: Dutch Developmental Trends during Early Adolescence. *Journal of Marriage and Family*, 70 (2), 284-293. doi: 10.1111/j.1741-3737.2008.00481.x
- Olewus, D., & Solberg, C. (2006). *Mobbing blant barn og unge. Informasjon og veiledning til foreldre og andre voksne*. Hentet fra:
<http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Program%20for%20foreldrerettleiing/Temahefte/Mobbing%20blant%20barn%20og%20unge.pdf>
- Pajer, K., Andrus, B.M., Gardner, W., Lourie, A., Strange, B., Campo, J., Bridge, J., Blizinsky, K., Dennis, K., Vedell, P., Churchill, G.A., & Redei, E.E. (2012). Discovery of blood transcriptomic markers for depression in animal models and pilot validation in subjects with early-onset major depression. *Translational Psychiatry* 2, (4), e101. doi: 10.1038/tp.2012.26

- Paredes, P.P., & Calvete, E. (under publisering). Cognitive Vulnerabilities as Mediators between Emotional Abuse and Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Parker, G. (2013). Teenage depression: some navigational points for parents and professionals. *World psychiatry*, 12 (3), 272-274. doi: 10.1002/wps.20059
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*. Malden, Mass: Blackwell Publishing.
- Psykisk helse i skolen. (1999-2008a). Forankring. Hentet fra:
<http://phis.postmann.net/?id=1308>
- Psykisk helse i skolen. (1999-2008b). Ungdom og psykisk helse. Veiledning og undervisningsopplegg for lærere på ungdomstrinnet. Hentet fra:
http://psykiskhelseiskolen.no/postmann/dbase/bilder/shdir_1%E6rere_ungdomstrim.pdf
- Psykisk helse i skolen. (1999-2008c). Veiledning og undervisningsopplegg for lærere i videregående opplæring- ungdom og psykisk helse. Hentet fra:
http://psykiskhelseiskolen.no/postmann/dbase/bilder/shdir_1%E6rere_videreg%E5end e2.pdf
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1 (3), 385-401.
doi: 10.1177/014662167700100306
- Ranjbar, S., Pai, N.B., & Deng, C. (2013). The Association of Antidepressant Medication and Body Weight Gain. *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 12 (1), 1. Hentet fra: <http://www.ojhas.org/issue45/2013-1-1.html>
- Rao, U., & Chen, L.A. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11 (1), 45-62.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) ...*Sammen om psykisk helse...* Hentet Fra:

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/strategiplan_for_barn_og_unges_psykiske_helse.pdf

Rhode, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1991). Comorbidity of Unipolar Depression: II. Comorbidity With Other Mental Disorders in Adolescents and Adults. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (2), 214-222.

Richter, J., & Sund, A. M. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Mood and Feelings Questionnaire - Humøret Ditt (MFQ). *PsykTestBARN, 1* (1), 1-6. Hentet fra: <http://www.r-bup.no/CMS/ptb.nsf/pages/mfq>

Rothon, C., Head, J., Klineberg, E., & Stansfeld, S. (2011). Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence, 34* (3), 579-588. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.02.007

Rudolph, K.D. (2009a). Adolescent Depression. I: I.A. Gotlib, & C.L. Hammen (Red.), *Handbook of depression*. (s.444-466). New York: The Guilford Press.

Rudolph, K.D. (2009b). The Interpersonal Context of Adolescent Depression. I: S. Nolen-Hoeksema, & L.M. Hilt (Red.), *Handbook of Depression in Adolescents*. (s.378-405). New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Rådet for psykisk helse. (2012, 29.mai). Depresjonsmestring for ungdom. Hentet fra: <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=31446>.

Sandanger, I., Nygård, J.F., Sørensen, T., & Dalgard, O.S. (2007). Return of depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *Journal of Affective Disorders, 100* (1-3), 153-162. doi: 10.1016/j.jad.2006.10.006

Sekretariatet for Psykisk helse i skolen. (2007). Opplæringsprogrammer: Grunnskole, Videregående opplæring, Kompetansehevingskurs. Psykisk helse i skolen. Hentet fra: http://psykiskhelseiskolen.no/postmann/dbase/bilder/Brosjyre_phis_.pdf

- Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J.M., Silberg, J.L., Maes, H.H., Loeber, R., Rutter, M., Hewitt, J.K., & Eaves, L.J. (1997). The Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Archives of General Psychiatry*, 54 (9), 801-808. doi: doi:10.1001/archpsyc.1997.01830210039004.
- Slettebak, R.T., Kaspersen, S.L., Jensberg, H., & Osberg Ose, S. (2013). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011-Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon* (Rapport 2013:1). Trondheim: SINTEF.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp.nr.63 1997-1998). Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
- Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-2013-06-07-29. § 6-3. (2013). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6
- Spuij, M., Reitz, E., Prinzie, P., Stikkelbroek, Y., de Roos, C., & Boelen, P.A. (2012). Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 21 (12), 673-679. doi: 10.1007/s00787-012-0307-4
- Stark, K. (1990). *Childhood Depression- School-Based intervention*. New York: The Guilford Press.
- Statistisk sentralbyrå. (2009). Dødsårsaker. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statistikbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Selvmord&KortNavnWeb=dodsarsak&PLanguage=0&checked=true>
- Steffenak, A.K.M. (2014). *Mental Distress and Psychotropic Drug Use among Young People, and Public Health Nurses' Conceptions of Their Roles* (Doktorgradsavhandling). Karlstad University Studies.
- Sund, A.M., Bjelland, I., Holgersen, H., Israel, P., & Plessen, K.J. (2012). Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49 (1), 30-39. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=161968&a=2

- Sund, A.M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *European Child & Adolescent Psychiatry, 10* (4), 222-229.
- Sund, A.M., & Wichstrøm, L. (2002). Insecure Attachment as a Risk Factor for Future Depressive Symptoms in Early Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41* (12), 1478-1485. doi: 10.1097/01.CHI.0000024870.60748.3D
- Sund, A.M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in Central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5* (28), 2-36. doi: 10.1186/1753-2000-5-28
- Tønseth, S. (2013, 2.september). Samhandlingsreformen svekker forebyggende psykisk helsearbeid. Hentet fra:
<http://www.sintef.no/Presserom/Forskningsaktuelt/Samhandlingsreformen-svekker--forebyggende-psykisk-helsearbeid/>
- Undheim, A. M. (2008). *Short and long-term outcome of emotional and behavioral problems in young adolescents with and without reading difficulties* (Doktorgradsavhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Vasey, M.W., Harbaugh, C.N., Lonigan, C.J., Phillips, B.M., Hankin, B.L., Willem, L., & Bijttebier, P. (2013). Dimensions of temperament and depressive symptoms: Replicating a three-way interaction. *Journal of Research in Personality, 47* (6), 908-921. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2013.09.001>
- Verdens helseorganisasjon. (2011). ICD-10: *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10.utg. norsk utgave). Oslo: Helsedirektoratet.
- Verhulst, F.C., & Van der Ende, J. (2008). Using Rating Scales in a Clinical Context. I: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A.Thapar (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (s.289-298). Oxford: Blackwell Publishing.

- Vogt, A. (2008). Direkte rådgivning for barn og unge med sosiale eller emosjonelle vansker. I: R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3* (s. 339-386). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Weissman, M.M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of Depressed Parents. *Archives of General Psychiatry*, 54 (10), 932-940. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830220054009
- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C.M., Ryan, N.D., Dahl, R.E., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed Adolescents Grown up. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 281 (18), 1707-1713.
- Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 1001-1008. doi:10.1176/appi.ajp.163.6.1001
- Weller, E. B., Weller, R.A., Rowan, A., & Svadjan, H. (2002). Depressive Disorders In Children And Adolescents. I: M. Lewis (Red.), *Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (s.767-782). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ystgaard, M. (1993). *Sårbar ungdom og sosial støtte – en tilnærming til forebygging av psykisk stress og selvmord*. Oslo: Senter for sosial nettverk og helse.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 123 (16), 2241-2245. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/861795>
- Zappitelli, M.C., Bordin, I.A., Hatch, J.P., Caetano, S.C., Zunta-Soares, G., Olvera, R.L., & Soares, J.C. (2013). Temperament and character traits in children and adolescents with major depressive disorder: A case-control study. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (4), 346-353. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.009>

