

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

DU - Mestringskurs for ungdom (2. utg.)

Mestringskurs for ungdom (DU) er et tiltak for ungdom i alderen 14-20 år med lette eller moderate depresjonssymptomer. Hovedmålene for tiltaket er å redusere symptomer, forebygge utvikling av depresjon eller å forebygge tilbakefall.

BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering om effektene av Depresjonsmestring for ungdom (DU). Artikkelen er en revisjon av en tidligere evaluering av DU i Ungsinn (Kvello, 2013), og omarbeidet i henhold til Ungsinn sine nye kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak (Martinussen m. fl., 2016). DU er et tiltak på 10 sesjoner rettet mot ungdom i alderen 14–20 år med lett til moderat depresjon eller depresjonssymptomer. I siste versjon av tiltaket er navnet endret til DU - Mestringskurs for ungdom. Tiltaket er utviklet av Trygve Arne Børve og implementeres i Norge gjennom Fagakademiet og Rådet for psykisk helse. Hensikten med denne artikkelen er å undersøke om DU er virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge.

Hovedmålene for DU er å redusere symptomer på lett til moderat depresjon, forebygge utvikling av depresjon og å forebygge tilbakefall. DU følger en fastsatt struktur som er beskrevet i en manual. Gjennom kurset skal deltakerne få en forståelse for sammenhengen mellom tankestil og nedstemthet, kunnskap og ferdigheter til å redusere risikoen for å utvikle depresjon, og å mestre nedstemthet best mulig.

METODE

Kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk i databasene Embase, Medline, Psycinfo, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS, og SweMed, rapporter fra kunnskapssenteret, NREPP, NICE og Blueprint, samt informasjon gitt fra tiltakseier.

RESULTATER

Resultatene fra litteratursøket samt en vurdering av kvaliteten på tiltaket presenteres. Forskningsmetodisk kvalitet på foreliggende effektstudie og implementeringskvalitet beskrives, i tillegg til at effektene fra studien summeres opp. DU vurderes som godt beskrevet gjennom en detaljert manual og flere andre dokumenter. Tiltaket har god teoretisk og empirisk forankring gjennom kognitiv atferdsterapi, og det foreligger en norsk pre-post effektivitetsstudie med oppfølgingsmåling 6 måneder etter avsluttet tiltak, samt en norsk kvalitativ evaluering. Effektstudien viser signifikant nedgang i symptomer på depresjon i løpet av intervensjonstiden, med en ytterligere nedgang seks måneder etter avsluttet intervensjon. Effektstørrelsen er sammenlignbar med effektene funnet i referansestudier med kontrollgruppe. Studien har imidlertid metodologiske utfordringer knyttet blant annet til mangel på kontrollgruppe og et stort frafall, noe som gjør resultatene usikre og at effektene trolig er overestimerte. For å sikre implementeringskvalitet er det utarbeidet en sertifiseringsordning, men det er ikke utarbeidet en systematisk evaluering i hvordan tiltaket gjennomføres.

KONKLUSJON

DU er et godt beskrevet tiltak, med sterk teoretisk forankring rettet mot en av de hyppigste psykiske lidelsene blant ungdom. Det er imidlertid behov for effektstudier med tilfredsstillende kvalitet for å kunne konkludere med at tiltaket gir gode indikasjoner på effekt. DU klassifiseres på evidensnivå 3: Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

Depresjon kjennetegnes ved senket stemningsleie, mangel på glede eller interesse og redusert energi eller økt tretthet (ICD-10). I tillegg kan man ha andre

symptomer som konsentrasjonsvansker, nedsatt selvfølelse og selvtillit, økt skyldfø-



Gro Janne Wergeland
gjwergeland@gmail.com

RKBU Vest Regionalt kunnskaps-
senter for barn og unge,
Uni Research
Klinikk psykisk helsevern for
barn og unge, Psykiatrisk
divisjon, Haukeland
Universitetssykehus




Siv Skotheim
siv.skotheim@uni.no

RKBU Vest Regionalt kunnskaps-
senter for barn og unge,
Uni Research



Øyvind Kvello
oyvind.kvello@ntnu.no

Institutt for pedagogikk
og livslang læring
NTNU

 Engelsk sammendrag på
nettsiden

ISSN 2464-2142

Tidsskriftet Ungsinn utgis av
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge- nord (RKBU
Nord) ved UiT Norges arktiske
universitet.



lelse, opplevelse av verdiløshet, psykomotoriske forstyrrelser (rastløshet, uro eller atferdshemming), forstyrrelser i appetitt, søvnmønster og tanker om død eller selvmord. Depresjon graderes som lett, moderat eller alvorlig avhengig av antall symptomer, alvorlighetsgrad på disse og hvordan funksjonen i hverdagen påvirkes. Depresjonsfølelse er symptomer på depresjon, men der diagnosekriteriene i ICD-10 ikke er innfridd.

Forekomsten av depresjon blant norske ungdommer (13–18 år) er anslått til 1–7 % (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2011). En norsk studie viste at blant 15-åringene hadde 2,6 % moderat eller alvorlig depresjon, 1,0 % hadde kronisk depresjon (dystymi) og 6,3 % hadde lett depresjon (Sund, Larsson & Wikstrøm, 2011). Selv om angitt forekomst varierer mellom studier, konkluderer de med at depresjon er en av de hyppigste psykiske lidelsene hos ungdom. Depresjon hos ungdom er forbundet med høyere sannsynlighet for venne- og familieproblemer, skolevansker og frafall fra skole, helsemessige vansker, rusmisbruk, redusert livskvalitet, gjentatte depressive episoder og selvmord (Essau & Chang, 2009). Studier viser at også unge med dystymi og lett depresjon, og ikke bare dem med moderat og alvorlig depresjon, opplever betydelig påvirkning i hverdagen og redusert livskvalitet (Gonzalez-Tejera m. fl., 2005). Disse ungdommene står også i fare for å utvikle en depresjon av mer alvorlig grad (Georgiades, Lewinsohn, Monroe & Seeley, 2006). Depresjon hos unge viser høy grad av komorbiditet med andre psykiske lidelser som angstlidelser, atferdsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser, spiseforstyrrelser og ruslidelser (Avenevoli, Knight, Kessler & Marikangas, 2008; O’Neil, Conner & Kendall, 2011; Rudolph, Hammen, Daley, S., 2006). Komorbiditeten rammer ytterligere den unges livskvalitet og øker risikoen for gjentatte depressive episoder (Richards, 2011).

Forekomst og konsekvensene av depresjon tilsier at behovet for effektive tiltak er stort. Til tross for et betydelig behandlingsbehov er under 20 % av ungdom med depresjon i kontakt med spesialisttjenesten (Sund m. fl., 2011). Det er derfor behov for effektive lavterskeltiltak for ungdom med slike symptomer.

Om tiltaket

DU er et 10-sesjoners kurs for behandling og forebygging av lett til moderat depresjon eller depresjonssymptomer hos ungdom i aldersgruppen 14–20 år. DU blir gitt som gruppetiltak med mellom 8–12 ungdommer, med både jenter og gutter i gruppene.

Kurset er utviklet for å kunne tilbys gjennom kommunale hjelpetjenester slik som skolehelsetjeneste, Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste (PPT) og helsestasjon for ungdom, men også spesialisthelsetjenesten. DU er utviklet av Trygve Arne Børve (Børve, 2013a). Tiltaket implementeres i Norge gjennom Fagakademiet, mens Rådet for psykisk helse er forlag for materialet som benyttes.

Beskrivelse og materiell

Tiltaket er grundig beskrevet gjennom en kursbok (138 sider) som også er kursdeltakernes arbeidsbok gjennom kurset (Børve, 2013a). Kursboken inneholder en presentasjon av målsetninger for DU, teori-grunnet og beskrivelse av teknikker samt treningsøvelser og oppgaver som inngår i kurset. Det er grundig beskrevet hvordan deltakerne kan arbeide med de ulike temaene, og det er satt av plass til å skrive notater og refleksjoner i boka.

DU inkluderer i tillegg et hefte om formidlingspedagogikk (58 sider) for kursleder (Børve, 2013b). I heftet beskrives målgruppen, rutiner for inntaksvurderinger, det teoretiske grunnlaget for intervensjonen, råd om praktisk gjennomføring av kurset og oversikt over presentasjonene som gis på samlingene.

Det er også utviklet to informasjonsbrosjyrer rettet mot henholdsvis foreldre/foresatte og skole/arbeidssted (Børve, 2013c,d). Brosjyrene (7 sider hver) gir faktaopplysninger om hva depresjon er og om innholdet i DU. I brosjyren for foreldre/foresatte beskrives det i tillegg hvordan de kan hjelpe ungdommen under og etter deltakelse på kurset, mens det i brosjyren til skole/arbeidssted vektlegges tilrettelegging av arbeidssituasjon ved depresjon. Det er utarbeidet et PowerPoint-sett til skole som lærer kan benytte dersom det er aktuelt å tematisere psykisk helse, nedstemthet og angst hos elever, og det gis ut internettlenker slik at interesserte kan skaffe seg mer informasjon. Tiltaket er også beskrevet i to artikler (Garvik, Idsoe & Bru, 2013; Bru, Solholm & Idsoe, 2012).

Målsetninger og målgruppe

DU er rettet mot ungdom i alderen 14–20 år med depresjon fra lett til moderat grad eller symptomer på depresjon. Hovedmålene med tiltaket er symptomreduksjon samt å forebygge utvikling og tilbakefall av depresjon. Målene skal nås ved at deltakerne forstår sammenhengen mellom tankestil og nedstemthet, at de får kunnskap om faktorer som øker risikoen for nedstemthet og depresjon og at de lærer hensiktsmessige mestringsstrategier for å hindre tilbakefall av depresjon. Fokuset er på å lære deltakerne å gjenkjenne og forstå egne reaksjoner, forutsi og påvirke egne reaksjoner og å integrere de tilegnede kunnskapene og ferdighetene slik at de brukes i etterkant.

Eksklusjonskriterier for DU er tilstander som bipolar affektiv lidelse, psykose, rusmiddelmisbruk, ADHD, ADD, hjerneorganiske skader, svake intellektuelle evner eller betydelige lesevansker, svak affektregulering eller at kursleder vurderer at ungdommen ikke fungerer tilfredsstillende i gruppe.

Deltagelse til kurset baseres på en vurderingssamtale som blant annet inneholder en kartlegging av ungdommens behov, en avklaring av om DU er riktig tiltak og eventuelt informasjon om andre tilbud som kan være aktuelle.

Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

DU består av 10 sesjoner med tydelig definert struktur og innhold for hver sesjon. De første åtte sesjonene gjennomføres ukentlig og har en varighet på ca. 2,5 timer inkludert en halv times pause. De to siste sesjonene holdes tre og seks uker etter sesjon nummer åtte og har kortere varighet (ca. 1,5 time). Kurset ledes av en kursleder og en hjelpe-kursleder.

I kurset vektlegges ungdommenes egne refleksjoner og aktive deltakelse i gruppen, og gruppeprosessen står sentralt. Kursleders rolle endrer seg gjennom kurset fra å være lærer og motivator til en som tilrettelegger og fremmer diskusjon og refleksjon og som bruker teorien for å forklare og nyansere. Gjennom kursboken kan ungdommene øve videre på de ulike temaene fra timene.

Temaene som gjennomgås i gruppen har følgende

progresjon:

- Hvordan følelser oppstår.
- Situasjoner og tanker som kan lede til nedstemthet.
- Bruk av tanker for å styre følelser.
- Bruk av handlinger for å styre følelser.
- Utvikling av mer hensiktsmessig tankestil.
- Trening på positiv tenking.
- Bedring av sosial kontakt.
- Mestringsopplevelser og bruk av kognitive teknikker for å påvirke egen tenkning, følelser, og atferd.
- Samlingene 9 og 10 handler om daglig bruk av metodene og avslutning av kursrekken.

Det teoretiske grunnlaget for metoden

Det er gjerne flere risikofaktor som ligger til grunn for utvikling og opprettholdelse av depresjon (Liu & Alloy, 2010; Sund, Bjelland, Holgersen, Israel & Plesken, 2012). Det er vist at personer med depresjon oftere har et mønster med negativ informasjonsprosesser, håpløshet og lav selvfølelse. De tenderer mot å forstørre vansker og årsaksforklare negative hendelser til indre, stabile og globale faktorer (for eksempel personlighetstrekk, tilbøyeligheter eller preferanser). Positive hendelser årsaksforklares gjerne til ytre, ustabile og spesifikke faktorer (for eksempel flaks eller bistand fra andre) (Coward & Ollendick, 2010; Hayden, Seeds & Dozois, 2009; Phillips, Hine & Thorsteinsson, 2010; Teachman, Joormann, Steinman & Gotlib, 2012; Yiend, 2010). Tankemønstrenes sterke betydning illustreres av at tilbakefall til depresjon i betydelig grad er relatert til vedvarende negative tanker og grubling – spesielt tanker knyttet til interpersonlige forhold (Joormann & Gotlib, 2007). Det er også betydelig risiko for tilbakefall når depresjoner debuterer i barne- eller ungdomsårene (Richards, 2011). Effektiv hjelp til deprimerede må ivareta bredden av årsaksforhold og tilleggs lidelser som gjerne opptrer sammen med depresjon (Ibarra-Rovillard & Kupier, 2011).

DU bygger på en kognitiv atferdsteoretisk forståelse av depresjon med utgangspunkt i arbeidene til Beck (Beck, 1967; 2005) og Ellis (Ellis & MacLareb, 2005). I tillegg er DU basert på metakognitiv terapi (Wells, 2003; 2009) og positiv psykologi (Seligman, 2004).

I DU integreres kunnskapen fra de beslektede teoretiske retningene. De ulike perspektivene brukes i arbeidet med å øke bevisstheten hos deltakerne. Både i forhold til hvordan ens egen væremåte kan utløse, opprettholde, forsterke eller redusere negativ tenking, nedstemthet og depresjon, og hvordan stressende situasjoner kan håndteres på en mer hensiktsmessig måte. DU adresserer hvordan flukt og/eller unngåelsesstrategier, som er hyppig benyttede mestringsstrategier ved engstelighet, nedstemthet og depresjon (Trew, 2011), både bidrar til å utløse, men også opprettholde en depresjon. I kurset læres det å reflektere over egen tankestil, og å nyttiggjøre seg teknikker for å bryte negative mønstre i tanker og atferd.

Kognitiv terapi og atferdsmodifikasjon er grundig beskrevet som metode benyttet for barn og ungdom (se f. eks. Friedberg & McClure 2002; Grova, 2007), og den er vist å være blant de mest nyttige behandlingsformene for behandling av depresjon hos ungdom, (March m. fl., 2004; Weisz, McCarty & Valeri, 2006). Kognitiv terapi/atferdsmodifikasjon og mentaliseringsbaserte psykoterapier synes spesielt å være mer effektive enn andre psykoterapiformer ved gjentatte depresjoner (Beshai, Dobson, Bockting & Quigley, 2011). Kognitiv terapi er også dokumentert som en effektiv behandling ved mange av de komorbide tilstandene ved depresjon (Tyner & Silk, 2011; Verduyn, 2010). Metakognitiv terapi (MKT) er en relativt ny behandlingsmetode for symptomlidelser slik som angst og depresjon. MKT skiller seg fra kognitive terapiformer ved å fokusere på *hvordan* man tenker (tankeprosessen) fremfor tankeinnholdet (Fisher & Wells, 2011). Gjennom terapien arbeides det med å redusere selve grubleprosessen gjennom å utfordre forskjellige metaantakelser som opprettholder et negativt tankemønster. Forskning tyder på at MKT har en god effekt ved behandling av depresjon (Wells m. fl., 2009; 2012; Bevan, Wittkowski & Wells m. fl., 2013). Positiv psykologi fokuserer på faktorer som fremmer subjektivt og psykologisk velvære, samt forebygger psykiske lidelser, slik som depresjon (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En nylig publisert metastudie viste at intervensjoner basert på prinsippene fra positiv psykologi kan ha en effekt, om enn liten, i forhold til å redusere depressive symptomer på kort sikt (Bolier m. fl., 2013). På lengre sikt vil effekten være avhengig av flere forhold, slik

som lengden på intervensjonen og om behandlingen er gitt i grupper eller individuelt.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostander

Rådet for psykisk helse har ansvaret for implementering av DU i Norge. De samarbeider med Fagakademiet om spredning av tiltaket. Fagakademiet er en ikke kommersiell organisasjon som eies av Den norske legeforening og Fagforbundet. De har representanter i alle landets fem helseregioner og et kontaktnett mot målgruppen av ansatte i kommunal og offentlig sektor.

Kursledere i DU må minimum ha treårig bachelorutdannelse i relevante fagområder i tillegg til opplæring og sertifisering i DU. Opplæringen av kursledere er på 40 timer. Denne strekker seg over en uke, og innholdet veksler mellom teori og trening av ferdigheter. I løpet av opplæringen er det fokus på temaer knyttet til psykisk helse og depresjon hos ungdommer, kognitiv atferdsteori, metoder som anvendes på kurset, pedagogikk og arbeid med skole og hjem. Kursdeltakerne skal også utvikle praktiske ferdigheter i forhold til rollen som kursleder.

Kurslederne sertifiseres etter individuell vurdering. Arbeidsbok for deltakerne, manual for kursledere, kompetansekrav, opplæring og sertifiseringsordninger for kurslederne er med på å sikre at tiltaket utøves slik det er tiltenkt. For å sikre kvalitet i kartleggingen av ungdommens symptomer på depresjon, er det anbefalt å benytte kartleggingsinstrumentet Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer & Brown, 1996) som er en del av Beck Youth Inventories-Second Edition (BYI-II; Beck, Beck & Jolly 2005; Beck, Beck, Jolly & Steer, 2012). Ved starten av tiltaket gjøres en kartlegging for å vurdere om ungdommen bør vurderes av spesialist eller henvises videre til andre tiltak.

Det finnes ingen systemer for overvåking av kvaliteten i utøvelsen av tiltaket. Det er imidlertid utviklet et evalueringsskjema som hjelpekursholder benytter ved tilbakemelding til kursleder på om kurset gjennomføres i henhold til kursmanualen. Det stilles heller ingen krav til organisasjonene som skal ta i bruk tiltaket, bortsett fra at de er etablerte og offentlige tjenester underlagt offentlige tilsynsmyndigheter.

Årlige regionale erfarings- og oppdateringsseminar er planlagt igangsatt når et visst volum av kursledere er oppnådd. Det tilbys veiledning i oppstartfasen som en del av opplæringen, ut over dette er det ikke etablert et fast system for veiledning. Kurslederne i DU registreres av Rådet for psykisk helse. Registeret danner et potensial for på sikt å etablere lokale veiledningsgrupper.

Opplæringen for å bli kursleder koster i 2016 ca. 7500,- Dette inkluderer deltakelse på kurset, materialet som benyttes i DU og veiledning under første gjennomføring av tiltaket. Helsedirektoratet har over noen år gitt økonomisk støtte til kurset, noe som har ført til redusert kursavgift. Utgifter til eventuell overnatting kommer i tillegg.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om DU kan antas å være virksomt for målgruppen når det benyttes i vanlig praksis i Norge.

Metode

Litteratursøk etter studier om tiltaket i databasene Embase, Medline, Psykinfo, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS, og SweMed, litteratursøk i rapporter fra kunnskapssenteret, NREPP, NICE og Blueprint, Søkedato: 23.02.16. I tillegg har tiltakseier sendt inn kursbok, veileder, informasjonsbrosjyrer, forskningsdokumentasjon som ikke ble fanget opp av søket samt informasjon om implementeringsstrategier og kvalitetssikring.

To forskere gjennomgikk sammendragene til de identifiserte publikasjonene, uavhengig av hverandre, etter at duplikater var fjernet. Publikasjoner som var relevante ble bestilt og gjennomgått i fulltekst. To forskere vurderte, ut fra forskningsdokumentasjonen den identifiserte relevante litteraturen for tre typer studier: nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer og andre norske studier i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen m. fl., 2016). Den følgende gjennomgangen av litteraturen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av DU i Ungsinn (Kvello, 2013), og omarbeidet ut fra Ungsinn sine nye kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak.

Resultater

Gjennomgang av beskrivelser

Problembeskrivelse, målgruppe og hovedmål (primærmål) for tiltaket er tydelig beskrevet i kursboken og i heftet om formidlingspedagogikk (Børve, 2013a, 2013b). Det er ikke angitt sekundærmål for tiltaket. Kvalifikasjonskrav for å bli kursleder er godt beskrevet. Innholdet i hver time og hvordan deltakerne kan arbeide med de ulike temaene er godt beskrevet. Mulighet for tilrettelegging av progresjon for gruppen er derimot beskrevet i liten grad. Rutiner for inntaksvurderinger, råd om praktisk gjennomføring av kurset og oversikt over presentasjonene som gis på samlingene samt tilleggsmateriell er beskrevet i heftet. Det er ikke utviklet en egen implementeringsveileder, men det beskrives noe i manualen om strategier for spredning (se tabell 1).

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse.

	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Er godt beskrevet
Problembeskrivelse			X
Målgruppe			X
Hovedformål			X
Undermålsetninger	X		
Utforming av tiltaket			X
Metoder som benyttes			X
Kjerneelementer/fleksibilitet		X	
Utøvere av tiltaket			X
Manual/veileder for utøvere			X
Materiell for mottakere av tiltaket			X
Undersøkelser som styrker beskrivelsen		X	

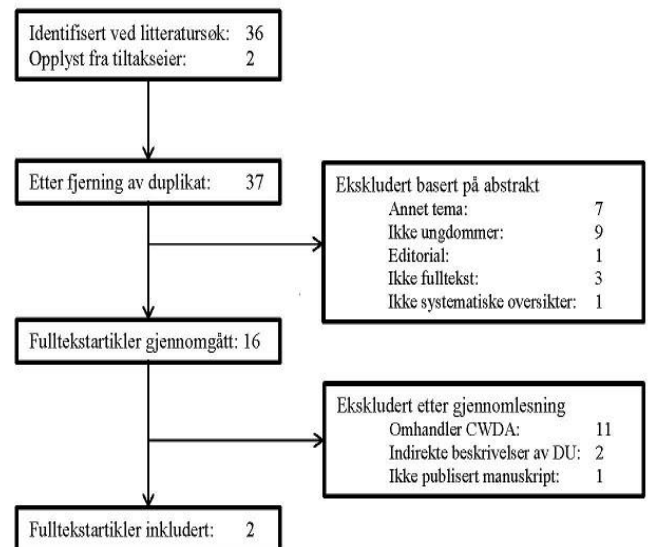
Resultater fra litteratursøk

Litteratursøket resulterte i 36 treff (se figur 1). I tillegg var det to artikler som ikke kom frem i det opprinnelige litteratursøket, men som var oppgitt fra tiltakseier. Av de totalt 38 artiklene ble tre artikler vurdert å omhandle tiltaket direkte. En av artiklene var en nordisk effektstudie (Garvik m. fl., 2013), mens en av artiklene var en kvalitativ studie som omhandlet grad av tilfredshet med tiltaket for et mindre utvalg av studiedeltagerne fra effektstudien (Bru m. fl., 2013). Ytterligere en kvalitativ artikkel basert på samme utvalg og dataanalyser er beskrevet, men ble ikke inkludert da den fortsatt er under utarbeidelse (Bru, Idsoe & Solholm). To masteroppgaver som omhandlet tiltaket ble identifisert (Giørtz, 2012; Olsen, 2012), men dette var kun indirekte beskrivelser og de er derfor ikke inkludert her. Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter på tiltaket eller vurdering av tiltaket i internasjonale databaser. DU er utviklet i Norge, og tiltakseier kjente ikke til at det var gjennomført studier på DU i andre land.

DU er imidlertid basert på, og har mange likhetstrekk med tiltaket *Coping with depression-adolescent* (CWDA; Lewinsohn, Antonuccio, & Steinmetz, 1984; Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews, 1990), som inngår i mange internasjonale kunnskapsoppsummeringer ($N=11$). Til tross for mange fellestrekk mellom DU og CWDA er likevel DU kortere og mindre intensivt sammenlignet med CWDA (20 timer over 8 uker versus 32 timer over 12–16 uker) og DU foregår i større grupper (8–13 vs. 4–8 deltakere). I tillegg er det i DU inkludert elementer fra metakognitiv terapi og positiv psykologi som ikke finnes i CWDA, samt at det i CWDA er et tydeligere fokus på aktiv problemløsning sammenlignet med DU. Det vurderes derfor at forskjellen mellom intervensjonene er så store at kunnskapsoppsummeringer på CWDA ikke inkluderes i denne artikkelen.

Nordiske effektstudier

Den norske effektstudien av DU (Garvik m. fl., 2013) besto opprinnelig av et utvalg på 107 deltagere mellom 16-20 år fra ulike kommuner. Deltagerne var rekruttert fra allmennpraktikere,



Figur 1. Flytskjema for litteratursøk.

skolehelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), eller gjennom annonsering i lokale aviser. Kurslederne ble rekruttert fra Rådet for psykisk helse. Til sammen 127 ungdommer ble vurdert for deltagelse, men 18 ungdommer ble ekskludert fra studiedeltagelse grunnet de var under 16 år eller hadde for lav skåre på depresjonssymptomer. Deltagerne var fordelt på 16 ulike intervensjonsgrupper, der ungdommene før deltagelse hadde depressive symptomer på et selvrapportskjema over et visst nivå. Til sammen 77 av deltakerne fullførte post-målingen etter endt intervensjon, og 40 av dem besvarte kartleggingen seks måneder etter intervensjonen (oppfølgingsvurdering), se tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over inkluderte nordiske effektstudier.

Artikkel	Forsknings-design	Deltakere	Utvalget	Måletidspunkter
Garvik, Idsoe & Bru, 2013	Pretest-posttest design	N = 107 ungdom, 16-20 år, 79% jenter	Beck Depression Inventory ≥ 10	Pretest, posttest, 6 måneder oppfølging

Forskningsmetodisk kvalitet

Den metodiske vurderingen av studien er presentert i tabell 3.

Tabell 3. Metodisk kvalitet.

Studie	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj.snitt
Garvik, Idsoe & Bru, 2013	2	2	1	2	2	1,8

Note. Skalaen som benyttes er: 0 = ikke rapportert eller undersøkt, 1 = dårlig/utilfredsstillende, 2 = tilfredsstillende, 3 = godt, 4 = svært godt.

1. Statistiske analyser

Analysemetodene, ANOVA og ANCOVA, som er brukt (Garvik m. fl., 2013), er i henhold til det som anbefales for den type gjentatte målinger som er benyttet i studien. I og med at studien er gjennomført i 16 DU-grupper er det imidlertid en svakhet at det ikke er oppgitt om det er avhengighet i observasjoner/data mellom ungdommer i samme gruppe (cluster) eller grupper av ungdommer som får behandling av samme terapeut (nesting). Manglende poweranalyser er også en svakhet ved studien.

Analysene er basert på ”Treatment completers” (TC). Det er ikke oppgitt om det er manglende data på spørreskjema som ble samlet inn, og eventuelt hvordan dette ble håndtert i analysene. For å undersøke om det var systematiske forskjeller mellom ungdommene som fullførte DU og de som falt fra, er fallanalyser gjennomført. Pretestdata (alder, kjønn og depressive symptomer) fra gruppen som falt fra er sammenlignet med de som gjennomførte

gruppene. Tilsvarende analyser er gjennomført ved 6 måneder oppfølging, der posttestdata (alder, kjønn og depressive symptomer) fra gruppen som deltok på oppfølgingsvurderingen er sammenlignet med posttestdata fra de som ikke deltok.

Kontrollgruppe inngikk ikke i evalueringstudien, men resultatene ble sammenlignet med en referanse (”benchmark”) bestående av seks studier på ungdom referert i en metastudie av tiltaket ”Coping with Depression” av Cuijpers og kollegaer (2009). Garvik og kollegaer (2013) metaanalyserte resultatene fra disse studiene og sammenlignet resultatene med resultatene fra DU-studien.

2. Målinger

Det er brukt ett velutprøvd spørreskjema og ett klinisk intervju som det ikke er angitt nærmere opplysninger om. Ungdommene fylte ut et skjema for selvrapport av depressive symptomer, BDI (Beck m. fl., 1996) som inngår in BYI-II (Beck m. fl., 2005). BDI

er standardisert i forhold til norske barn (aldersgruppe 7–10 år, 11–14 år og 15–18 år) og norske forhold, og psykometriske egenskaper for normdataene, foruten test-retest og kriterievaliditet, er oppgitt i den norske BYI-II manualen (Beck m. fl., 2012). Måleinstrumentet er nylig evaluert av PsykTestBarn (Kornør & Johansen, 2016). For å undersøke indre konsistens eller reliabilitet av instrumentet som er brukt i en studie kan man beregne Cronbach's alpha, men det er ikke rapportert for BDI for den aktuelle studien. Det er også gjennomført et klinisk intervju, men type intervju og opplæring i dette intervjuet er ikke nærmere beskrevet.

Studien mangler data fra mer enn ett spørreskjema fra en informant, og reliabilitet er ikke oppgitt. Det hadde styrket kvaliteten på utfallsmålene med flere data.

3. Indre validitet

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene i studien var klare og rimelige.

Studien har et stort frafall, noe som reduserer påliteligheten av resultatene. I tillegg vil resultater basert på et pre- og posttest-design trolig overestimere effekten av intervensjonen sammenlignet med studier som inkluderer kontrollgrupper. Dette kan forklares ved at det sannsynligvis skjer en spontan bedring i symptomer hos deprimerte (spontanremisjon), utover den effekten som skyldes tiltaket. Det opplyst om at noen av ungdommene brukte medikamenter for depresjon og mottok annen behandling utover DU (Bru m. fl., 2013). Opplysninger gitt i den kvalitative studien viste at 44 % av ungdommene også brukte medikamenter for depresjon og at 11 % mottok annen behandling på samme tid som DU. Det er ikke opplyst hvor mange av det totale antallet studiedeltakere dette var aktuelt for, om medikamentdosen ble holdt stabil i forkant av og i gjennomføringen av tiltaket, eller om type/omfang av den øvrige behandlingen. Samlet sett gjør dette at den indre validiteten blir lav. Dette skaper usikkerhet for om de endringene som er funnet, er forårsaket av intervensjonen og ikke av andre faktorer.

4. Troskap mot tiltaket

Det finnes en manual for gjennomføring av kurset (Børve, 2013 a,b). For å bli sertifisert som kursledere deltok instruktørene på en omfattende opplæring i

administrering av tiltaket, med sertifisering etter individuell vurdering. Det er ikke rapportert noen mål på kursledernes etterlevelse og kompetanse i leveringen av tiltaket. Bruk av veiledning eller hvordan tiltaket er gitt er ikke rapportert.

5. Ytre validitet

Studien er utført i vanlig praksis og gjennomført med overførbare betingelser som når tiltaket tilbys av hjelpetjenestene. Resultatene kan dermed brukes for å anslå praktiske effekter av DU. Studien er norsk, er forholdsvis ny, og inkluderer en oppfølgingsvurdering som viser at effektene holder seg over tid. Imidlertid vet vi lite om bakgrunnsinformasjon til ungdommene i studien (utover alder, kjønn og grad av depressive symptomer). Informasjon om sosioøkonomisk status, foreldres psykopatologi, komorbide tilstander, bruk av samtidig annen psykologisk og/eller medikamentell behandling for hele utvalget mangler. Følgelig er det vanskelig å vite hvor representativt dette utvalget er i forhold til målgruppen for tiltaket generelt. Det kan derfor ikke automatisk antas at effektene fra denne studien kan overføres til en vanlig praksis.

Effekter

Resultatene viser en signifikant nedgang i symptomer på depresjon hos kursdeltakerne målt med BDI (Beck m. fl., 1996, Beck m. fl., 2012) i løpet av intervensjonstiden. Det dokumenteres ytterligere en signifikant nedgang i depresjon seks måneder etter intervensjonen. Det oppgis effektstørrelser i form av en standardisert gjennomsnittsforskjell (Cohens *d*) ved posttest og ved 6 måneders oppfølgingsvurdering. Effektstørrelsen mellom pre-test og post-test innebærer en moderat til stor nedgang i symptomtrykk. Forskjellen mellom post-test og 6 måneders oppfølging var mindre, se tabell 4. Det beskrives at 57 % av utvalget hadde en reduksjon på 6 poeng eller mer på BDI, noe som er vurdert å være en klinisk signifikant endring.

Analysene er imidlertid basert på "Treatment completers" (TC). Det var 28 % som ikke møtte til vurdering etter avsluttet kurs, og 39 % som ikke møtte til 6- måneders oppfølgingsvurdering. Det er ikke oppgitt om det er manglende data på spørreskjema som ble samlet inn, og eventuelt hvordan dette ble håndtert i analysene. Det er rimelig å anta at frafallet i DU ikke er tilfeldig, og det er derfor gjennomført to

analyser for å undersøke dette. I den ene analysen ble pretestdata fra gruppen som falt fra sammenlignet med de som gjennomførte gruppene. Det ble ikke funnet forskjeller i kjønnsfordeling, alder eller depresjonsskårer mellom de to gruppene. Tilsvarende analyser ble gjort for oppfølgingsvurderingen, som heller ikke viste forskjell i posttestdata mellom de som svarte på ved 6 måneders oppfølging og de som ikke svarte.

Kontrollgruppe inngikk ikke i evalueringsstudien, men resultatene ble sammenlignet med en referanse ("benchmark") bestående av seks studier på ungdom referert i en metastudie av tiltaket "Coping with Depression" av Cuijpers og kollegaer (2009). Det mangler en begrunnelse om hvorfor 2 av studiene i metaanalysen ikke ble inkludert i sammenligningsgruppen brukt som referanse og for hvorfor resultatene fra forebyggingsstudier og behandlingsstudier er slått sammen. Noen av studiene presenterer også data for TC mens andre inkluderer ITT-analyser (Intention To Treat). Det er uklart om dette er omregnet til samme dataform før sammenligningen. Garvik og kollegaer (2013) metaanalyserte resultatene fra disse studiene og sammenlignet resultatene med resultatene fra DU-studien. De beregnet at gruppene som fikk behandling basert på disse seks studiene hadde en gjennomsnittlig nedgang på $\bar{d} = 1,05$ og fant at nedgangen i symptomer på depresjon ikke skilte seg signifikant fra nedgangen hos deltakerne i DU ($\bar{d} = 0,79$). Den gjennomsnittlige nedgangen i de tilsvarende kontrollgruppene var betydelig mindre med en gjennomsnittlig effekt på $\bar{d} = 0,24$.

Gitt at det ikke er avhengighet i observasjoner/data mellom ungdommer i samme gruppe (cluster) eller grupper av ungdommer som får behandling av samme terapeut (nesting), er de valgte metodene adekvate. Imidlertid er ikke intraklasse-korrelasjonene (ICC) oppgitt slik at det ikke er klart hvorvidt forutsetningene for å bruke de valgte analysene er oppfylt.

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

DU er utviklet i Norge. Det er ikke funnet internasjonale kunnskapsoppsummeringer ved litteratursøk om tiltaket.

Andre norske evalueringer

I en kvalitativ studie ble ungdommenes vurderinger av DU undersøkt (Bru m. fl., 2013). Ungdommer ($N = 30$) ble oppfordret av kurslederne til å la seg intervjuet, og tolv meldte seg. To av de tolv mistet man kontakt med, og en møtte eksklusjonskriterier for intervjuet (oppfylte kriteriene for bipolar lidelse). Skåren på BDI for deltakerne ($N = 9$) var sammenlignbar med skåren hos de øvrige ungdommer som deltok i intervensjonen. Intervjuene varte mellom 45–80 minutter, ble lagret som lydopptak, transkribert og analysert. Ungdommene ble intervjuet om grad av tilfredshet med DU. Kursdeltakerne vurderte de kognitive komponentene som styring av tanker, følelser og atferd som det beste og mest nyttige ved intervensjonen, selv om de også sa at de var vanskelig å bruke i praksis. De psykoedukative elementene, atferdsaktiveringen og sosial kontakt, ble også omtalt som nyttig. Det var delte oppfatninger blant kursdeltakerne om nytten av avslapningsøvelser og hjemmeoppgaver.

Tabell 4. Rapporterte effektstørrelser.

Effekt (Cohens d)	Effektstørrelse (mellom pre og post)	Effektstørrelse (mellom post og 6 mnd. oppfølging)
Beck Depression Inventory	$d = 0,79$ ($n = 77$)	$d = 0,32$ ($n = 40$)

Implementeringskvalitet

Rådet for psykisk helse og Fagakademiet har flere rutiner for å sikre god kvalitet i spredning av tiltaket i tjenesten, samt i å sikre kvaliteten på tilbudet ungdommene får (for nærmere beskrivelse av rutinene se under Implementeringsstrategi, kvalitetssikring og kostnader). Vurdering av implementeringskvalitet finnes i tabell 5.

Tabell 5. Vurdering av tiltakets systemer for å fremme god implementeringskvalitet.

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
1. Implementeringsstøtte		X	
2. Kvalifikasjonskrav	X		
3. Opplæring	X		
4. Sertifiseringsordninger	X		
5. Monitorering av fidelity/etterlevelse		X	
6. Veiledning		X	
7. Identifisering av målgrupper	X		
8. Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy	X		
9. Strategier for tilpasning		X	
Total skåre	Σ5/9		

Diskusjon

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om DU er virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge. I de følgende avsnittene diskuteres funnene fra kunnskapsoppsummeringen i forhold til klassifiseringen i Ungsinn, før det avsluttes med en konklusjonen på forskningsspørsmålet.

Beskrivelse

DU er grundig beskrevet gjennom en egen kursbok og et veiledningshefte. Det fremgår tydelig hvem som er målgruppen og hva som er hovedmålet med tiltaket, samt hvordan og hvem som kan utføre tiltaket. Det er imidlertid mangelfull beskrivelse av hva

som er nødvendige kjernekomponenter i gjennomføringen av tiltaket og hvor det er mer rom for fleksibilitet. Dette kan falle uheldig ut gjennom en enten for rigid gjennomføring av tiltaket eller fokus på mindre viktige komponenter fremfor kjernekomponenter. Det vil styrke beskrivelsen ytterligere dersom informasjon om dette blir lagt til.

Teoretisk rasjonale

Tiltaket har en solid teoretisk forankring i hovedsak basert på kognitiv atferdsteori (Beck, 1967; 2005). Det er en klar sammenheng mellom metodene som benyttes i tiltaket og både målsetningene og de tenkte virkningsmekanismene er forankret i både teori og empiri. Det er likevel ikke gitt at kunnskapsgrunnlaget for kognitiv terapi gitt som behandling for depresjon i spesialisthelsetjenesten, direkte er overførbart til indikert forebyggende tiltak for depresjon i primærhelsetjenesten. En metastudie viser imidlertid at tiltak basert på kognitiv atferdsterapi gitt som indikert forebyggende tiltak i primærhelsetjenesten, hadde en liten, men signifikant effekt i forhold til å redusere depressive symptomer hos ungdom (Stice, Shaw, Bohon, Marti & Rohde, 2009). Videre ser det ut til at enkelte grupper av ungdom har et større utbytte av slike forebyggende program for depresjon sammenlignet med andre, som f. eks. det å være jente og/eller det å være i slutten av tenårene (Stice m. fl., 2009). Disse funnene tyder på at kognitivt baserte tiltak, slik som DU, kan ha en effekt i forhold til å redusere depressive symptomer hos ungdom gitt som forebyggende tiltak i primærhelsetjenesten, og at enkelte grupper vil profitere mer på tiltaket enn andre.

Antall effektstudier

DU har én nordisk ikke-kontrollert effektstudie.

Forskningsdesign

Effektstudien er gjennomført med et pretest-posttest design, uten egen kontrollgruppe. Mangel på egen kontrollgruppe gjør at man ikke kan utelukke hvilke endringer som skyldes tiltaket og hvilke som skyldes andre forhold, f. eks. naturlig remisjon (bedring). Gjennom den kvalitative studien kom det også frem at flere av deltakerne mottok medikamentell og/eller annen behandling utover tiltaket (Bru m. fl., 2013). I

mangel på kontrollgruppe er resultatene sammenlignet med en referanse («benchmark strategy») bestående av seks studier basert på «Coping with Depression Adolescents» (CWD-A). Det er imidlertid viktige forskjeller mellom DU og CWD-A i henhold til tid, omfang og gruppestørrelse. I tillegg er det metodologiske uklarheter i sammenligningen mellom DU og referansen, som gjør at verdien av å sammenligne effekten av DU med effektene av CWD-A reduseres.

Forskningsmetodisk kvalitet

Effektstudien som er gjennomført på DU har metodiske svakheter knyttet til både mangel på kontrollgruppe, stort frafall og manglende opplysninger om eventuell avhengighet i dataene.

Selv om analyser i studien viser at frafall ikke var knyttet til alder, kjønn eller nivået av depressive symptomer, så kan det være relatert til andre forhold som ikke ble målt, f. eks. komorbiditet og/eller at de som falt fra hadde mindre fremgang. Det store frafallet er en trussel mot generaliserbarheten av resultatene. Et eventuelt systematisk frafall (f.eks. dårlig fremgang) vil gi en høyere effektstørrelse enn det i virkeligheten er. Det er heller ikke gitt opplysninger om eventuell avhengighet i dataene (intraklasse korrelasjoner). Dersom effektene av tiltaket varierer i forhold til hvilke gruppe ungdommene har deltatt i, så burde dette vært tatt hensyn til i analysene. Det er ikke usannsynlig å tenke seg at enkelte grupper fungerer bedre enn andre og at ungdommene i en gruppe blir likere hverandre sammenlignet med ungdommene i en annen gruppe. Både gruppesammensetningen og kvaliteter ved terapeuten kan påvirke i hvilken grad man oppnår positive effekter av et tiltak som DU. Mangel på denne informasjonen gjør at det er uklart hvorvidt forutsetningene for å bruke de valgte statistiske analysene er oppfylt

Effekter

I effektstudien på DU ble det funnet en signifikant og moderat til stor nedgang i ungdommenes nivå av depressive symptomer etter gjennomført intervensjon. Etter 6 måneder viste resultatene en ytterligere nedgang, noe som indikerer at tiltaket har en effekt og at effekten varer over tid. Imidlertid gjør mangel på kontrollgruppe og det store frafallet resultatene usikre, og effektene er sannsynlig overestimert.

Hvilke endringer i depresjonssymptomer som skyldes tiltaket og hvilke endringer som skyldes andre forhold er derfor vanskelig å vurdere ut i fra studien som til nå er gjennomført på DU. Studier med kontrollgruppe vil derfor i større grad kunne si noe om effektene av DU for ungdommer med depressive plager.

Implementeringskvalitet

Det foreligger en implementeringsstrategi som sikrer at utøverne av tiltaket har tilstrekkelig kompetanse gjennom utdanningskrav, opplæring og sertifiseringsordninger. Det finnes foreløpig ikke systemer for å monitorere kvaliteten i utøvelsen av tiltaket eller for å støtte tjenestene i implementeringsprosessen. Manglende monitorering kan føre til at tiltaket i praksis ikke gjennomføres i tråd med intensjonene i opplæringen, og at eventuelle misforståelser i utøvelsen av tiltaket ikke blir rettet opp i. Forskjellene som kan oppstå i praksis kan være knyttet til ressurser, ledelsesforankring, tid til kvalitetsutvikling og muligheten for veiledning. Krav om ledelsesforankring før oppstart av tiltaket og at det settes av tid og mulighet for å få veiledning både i oppstartsfasen og underveis, bør derfor vurderes for å sikre best mulig implementeringskvalitet av DU.

Konklusjon

Tiltaket DU har god teoretisk og empirisk forankring gjennom kognitiv atferdsterapi, og det foreligger en norsk ukontrollert pre-post effektivitetsstudie med oppfølgingsmåling 6 måneder etter avsluttet tiltak. Resultatene tyder på at DU er virksomt brukt i vanlig norsk praksis. Tiltaket er godt beskrevet og det foreligger en implementeringsstrategi som sikrer at utøver har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre tiltaket. Det er likevel betydelig usikkerhet knyttet til effekten av tiltaket, og det trengs ytterligere dokumentasjon for å kunne trekke mer pålitelige konklusjoner. En egen veileder for å sikre god implementeringskvalitet vil styrke tiltaket.

Tiltaket klassifiseres som funksjonelt virksomt på evidensnivå 3: Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Referanser

- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. & Marikanges, R. (2008). *Epidemiology of depression in children and adolescents. Handbook of Depression in Children and Adolescents*. London: Guilford.
- Beck, A. T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953.
- Beck, J. S. Beck, A. T. & Jolly, J. B (2005) *Beck Youth Inventories-Second edition*. San Antonio, USA: Psychological Corporation
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B & Steer, R. A. (2012) *Beck Youth Inventories-Second edition*. Manual. Norsk versjon.
- Beck A.T., Steer R. A., & Brown G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Beshai, S., Dobson, K. S., Bockting, C. L. H., & Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31, 1349–1360. Doi: 10.1016/j.cpr.2011.09.003
- Bevan, D., Wittkowski, A. & Wells, A. (2013). A Multiple-Baseline Study of the Effects Associated With Metacognitive Therapy in Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58, 69–75
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 1–20, doi: 10.1186/1471-2458-13-119
- Bru, L., Idsoe, T., & Solholm, R. (submitted - 2012). Participants' experiences of the group format of an early cognitive behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression. *Emotional and Behavioural Difficulties*.
- Bru, L., Solholm, R. & Idsoe, T. (2013). Participants' experiences of an early cognitive behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression. *Emotional and Behavioural Difficulties*, advance online publication, 18, 24–43. doi:10.1080/13632752.2012.675138
- Børve, T. (2013a) *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Kursbok*. Oslo: Rådet for Psykisk helse.
- Børve, T. (2013b) *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Kursledermanual*. Oslo: Rådet for Psykisk helse.
- Børve, T. (2013c) *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Til familie/foresatte*. Oslo: Rådet for Psykisk helse.
- Børve, T. (2013d) *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Til skole/ arbeidsplass*. Rådet for Psykisk helse, Oslo.
- Cowart, M. J. W. & Ollendick, T. H. (2010). Attentional biases in children: Implications for treatment. I J. A. Hadwin & A. P. Field (red.), *Information processing biases and anxiety. A developmental perspective* (s. 297–319). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- 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. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 449–458. doi: 10.1016/j.cpr.2009.04.005
- Ellis, A. & MacLaren, C. (2005). *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide* (2. Utg.). Atascadero, CA: Impact.
- Essau, C. A. and Chang W. C. (2009). "Epidemiology, Comorbidity and Course of Adolescent Depression". I C. A. Essay (red), *Treatments for Adolescent Depression. Theory and practice* (s. 3–25), London: Oxford University Press.
- Fisher, P. & Wells, A. (2001). *Metakognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2011. ISBN/EAN: 9788205415447
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice if cognitive therapy with children and adolescents. The nuts and bolts*. New York: Guilford.
- Garvik, M., Idsoe, T. & Bru, E. (2013). Effectiveness study of a CBT based Adolescent Coping with Depression Course. *Emotional and Behavioural Difficulties*, doi: 10.1080/13632752.2013.840959
- Georgiades, K., Lewinsohn, P. M., Monroe, S. M. & Seeley, J. R. (2006). Major depressive disorder in adolescence: the role of sub-threshold symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 936–944. doi: [10.1097/01.chi.0000223313.25536](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000223313.25536)
- Giørtz, N. F. (2012). Ungdom med depresjonssymptomer: Hvordan identifisere, forebygge og behandle i førstelinjetjenesten? [Mastergradsoppgave], UiO.
- Gonzalez-Tejera, G., Canino, G., Ramirez, R., Chavez, L., Shrout, P., Bird, H., ... Bauermeister J. (2005).

- Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46, 888–899. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x
- Grova, B. (2007). Kognitive metoder i terapi med barn og ungdom. I H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi – terapeutiske framgangsmåter og forandring* (s. 196–223). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hayden, E., Seeds, P. & Dozois, D. (2009). Risk and vulnerability in adolescent depression. I C. Essau (red.), *Treatments for Adolescent Depression* (s. 27–56). New York: Oxford University Press.
- Ibarra-Rovillard, M. S. & Kupier, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31, 342–352. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.005
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10, World Health Organization, 1992).
- Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 80–85. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.80
- Kornør, H. & Johansen, S. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Youth Inventories-Second Edition (BYI-II). *PsykTestBarn*, 2016, 1:1.
- Kvello, Ø. (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Depresjonsmestring for ungdom (DU). *Ungsinn*. Hentet fra www.ungsinn.no/wp-content/uploads/DU-til-nett_20.05.pdf
- Lewinsohn, P. M, Antonuccio, D. O & Steinmetz, J. L, 1984. *The Coping with Depression Course. A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company
- Lewinsohn, P. M, Clarke, G. N, Hops, H, & Andrews J. A. (1990). Cognitive behavioral Treatment for Depressed Adolescents", *Behavior Therapy* 21: 385-401.
- Liu, R. T. & Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30, 582–593. doi: [10.1016/j.cpr.2010.04.010](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.010).
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J. ... Severe, J.. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 292, 807–820. doi: 10.1001/jama.292.7.807
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S. P., Patras, J., & Mørch, W. T. (2016). *Ungsinn – Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak* (2. utg). Tromsø: Universitetet i Tromsø. ISBN: 978-82-93031-43-7
- Olsen, K. R. (2012). *Depresjon hos ungdom: Årsaker, konsekvenser og forebyggende tiltak, med vekt på PP-tjenestens rolle* [Mastergradsoppgave], Oslo: UiO.
- O'Neil, K. A., Conner, B. T. & Kendall, P. C. (2011). Internalizing disorders and substance use disorders in youth: Comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clinical Psychology Review*, 31, 104–112. doi: [10.1016/j.cpr.2010.08.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.002).
- Phillips, W. J., Hine, D. W. & Thorsteinsson, E. B. (2010). Implicit cognition and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 691–709. doi: [10.1016/j.cpr.2010.05.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.002)
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117–1125. doi: [10.1016/j.cpr.2011.07.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004)
- Rudolph, K., Hammen, C. & Daley, S. (2006). "Mood Disorders". I D. A. Wolfe & E. M. Mash (red). *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents. Nature, Assessment, and Treatment* (s. 300- 343). New York: Guilford press
- Seligman, M. E. P. (2004). *Lykkens Psykologi: Ny Psykologi Sætter Fokus På Dine Fortrin* (Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Youth Potential for Lasting Fulfillment). København: Aschehoug
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066x.56.1.89
- Stice, E. Shaw, H. Bohon, C. Marti, C N. & Rohde, P. (2009): A Meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 77, No. 3, 486–503
- Sund, A. M., Larsson, B. S. & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 28–41.

- 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, 30–39.
- Teachman, B. A., Joormann, J., Steinman, S. A. & Gotlib, I. H. (2012). Automaticity in anxiety disorders and major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 32, 575–603.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review*, 31, 1156–1168. doi: [10.1016/j.cpr.2012.06.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.004).
- Tyrer, P. & Silk, K. R. (2011). *Effective treatments in psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Verduyn, C. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in children and adolescents. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 34–39.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A. & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132–149
- Wells, A. (2003). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Publishing.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 291–300.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 367–373
- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24, 3–47. doi: 10.1080/02699930903205698

Mottatt 18.06.2016, godkjent 07.12.2016,
publisert 21.12.2016.

Redaktør: Monica Martinussen

