

# Depresjon hos ungdom

*Årsaker, konsekvenser og forebyggende tiltak, med vekt på PP- tjenestens rolle*

Kristin Rebne Olsen



Masteroppgave i pedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Pedagogisk forskningsinstitutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2012



## *Depresjon hos ungdom*

*«Vi kan velge å leve med åpne øyne, ved å forholde oss aktivt og bevisst til både smerten og gleden i livet. Det kan innebære drama, men også mye mer mening enn en søvngjengertilværelse vil gi oss (Øiestad, 2009, s. 54)».*

© Forfatter

År 2012

Tittel: Depresjon hos ungdom- årsaker, konsekvenser og forebyggende tiltak, med vekt på PP-tjenestens rolle

Forfatter: Kristin Rebne Olsen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

**TITTEL:**

Depresjon hos ungdom- årsaker, konsekvenser og forebyggende tiltak, med vekt på PP-tjenestens rolle.

**AV:**

Kristin Rebne Olsen

**EKSAMEN:**

Master i pedagogikk

Studieretning pedagogisk psykologisk rådgivning

**SEMESTER:**

Vår 2012

**STIKKORD:**

Ungdom

Depresjon

Risiko- og beskyttende faktorer

Konsekvenser

Forebyggende tiltak

# Sammendrag

Depresjon er en lidelse som er utbredt blant ungdom. Å rammes av en depresjon vil ikke bare frarøve ungdom en positiv og innholdsrik livsutfoldelse, den vil også kreve samfunnet for enorme økonomiske kostnader (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2004; Eknes, 2006). Tar man disse forholdene i betraktning, blir det av betydning å jobbe for å hindre utbredelsen av depresjon blant ungdom. I denne sammenheng blir det viktig å fange opp deprimerte på et tidlig stadium av depresjonsutviklingen, slik at depresjonen ikke utvikler seg til en mer alvorlig og kronisk lidelse (Neumer & Aalberg, 2005). Forebyggende arbeid utpeker seg derfor som et viktig satsningsområde.

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse hvordan en depresjon kan utarte seg hos ungdom, samt se nærmere på to forebyggende tiltak som kan implementeres i PP- tjenestens praksis. Kunnskap om førstnevnte er relevant, fordi det bidrar til å kunne identifisere ungdom som sliter med depresjonsplager. I første del av oppgaven har jeg derfor sett på symptomer for depresjon hos ungdom, samt hvordan ulike risikofaktorer kan operere og føre til en depresjon. Jeg har også sett på konsekvenser knyttet til en depresjonslidelse, da dette er forhold som fremmer betydningen av forebyggende arbeid.

For ungdom som utvikler en alvorlig depresjon, kan effekten av behandling bli redusert, og sjansen for at depresjonen tilbakevender er stor (Garber, Webb & Horowitz, 2009).

Samfunnet og ungdom som er i risiko for å utvikle en depresjon, vil derfor nyte godt av forebyggende intervensjoner. PP- tjenesten kan, gjennom sin kompetanse og nærhet til brukerne, være en arena hvor effektive forebyggende tiltak kan implementeres. Jeg har i oppgaven sett på de forebyggende programmene «kurs i depresjonsmestring», og det internettbaserte selvhjelpsprogrammet «MoodGYM». Programmene representerer, gjennom sine ulike tilnærminger ovenfor deprimerte ungdommer, to tiltaksprogram som kan hjelpe ungdom med mild til moderat depresjon, og med ulike behov og ønsker for intervensjon.

# Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang, til tider stressende, men mest av alt en lærerik prosess. Jeg vil takke min veileder, Stein Erik Ulvund, for verdifulle tilbakemeldinger. Jeg vil også rette en stor takk til Veiledningssenteret Romerike, og spesielt til Hanne Jorun Johnsen Bogen, som hjalp meg med nødvendig litteratur og gode innspill til oppgavens forebyggende tiltak, «kurs i depresjonsmestring». Anneli Stanger Blomseth, takk for at du satte av tid til å lese gjennom oppgaven min. Dette var til stor hjelp for meg.

Dagene på lesesalen ville ikke blitt de samme uten mine gode studievenner og venninner. Å få ha vært en del av dette inspirerende, støttende og humørfylte miljøet, har gjort studietiden til noen uforglemmelige år. En varm og stor takk må også rettes til min familie, og kjæreste, som alltid er der for meg.

Igjen, takk til alle som har gjort arbeidet med masteroppgaven til en minnerik og fin prosess.

Oslo, våren 2012

Kristin Rebne Olsen

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Oppgavens formål og problemstilling .....	2
1.2	Avgrensning og tilnærming til problemstillingen .....	2
2	Hva er depresjon .....	5
2.1	Klassifisering av depresjonslidelser .....	5
2.2	Depresjon hos ungdom .....	7
2.2.1	Kjennetegn .....	7
2.2.2	Komorbiditet .....	10
2.2.3	Forekomst .....	11
2.2.4	Kjønnforskjeller .....	13
2.3	Oppsummering .....	15
3	Teoretiske perspektiver på depresjon .....	17
3.1	Beck's kognitive teori .....	17
3.2	Interpersonlig teori .....	19
3.3	Kan kognitive og interpersonlige teorier utfylle hverandre? .....	21
3.4	Oppsummering .....	22
4	Risiko- og beskyttende faktorer .....	23
4.1	Eksponering for stressende livshendelser .....	23
4.1.1	Barn av deprimerte foreldre .....	25
4.1.2	Barn som opplever skilsmisse .....	27
4.1.3	Mobbing .....	30
4.2	Biologisk sårbarhet .....	32
4.3	Oppsummering .....	34
5	Konsekvenser ved depresjon .....	35
5.1	Psykososiale vansker .....	35
5.1.1	Selvfølelsen .....	37
5.1.2	Når man ikke lenger ønsker å leve .....	38
5.2	Oppsummering .....	40
6	Forebyggende arbeid .....	42
6.1	Forebyggende arbeid i PP- tjenesten .....	42
6.1.1	Oppsummering .....	45



6.2	Kurs i depresjonsmestring .....	45
6.2.1	Kurs i depresjonsmestring i Norge.....	46
6.2.2	Behandlingsmodell.....	47
6.2.3	Effektstudier.....	51
6.2.4	Oppsummering.....	54
6.3	Et internettbasert selvhjelpsprogram for depresjon – MoodGYM.....	55
6.3.1	Behandlingsmodell.....	55
6.3.2	Effektstudier.....	58
6.3.3	Oppsummering.....	60
7	Diskusjon av KiD og MoodGYM .....	61
7.1	KiD .....	61
7.1.1	KiD som forebyggende tiltak innenfor PP- tjenesten.....	65
7.2	MoodGYM.....	68
7.2.1	MoodGYM som forebyggende tiltak innenfor PP- tjenesten .....	72
7.3	KiD og MoodGYM- implikasjoner knyttet til begge intervensjonsprogrammene ....	75
7.3.1	KiD og MoodGYM sett opp mot oppgavens risikofaktorer og konsekvenser ved depresjon hos ungdom .....	77
7.3.2	Kostnadseffektive tiltak? .....	80
7.4	Oppsummering.....	80
8	Avslutning .....	82
	Litteraturliste.....	83



# 1 Innledning

Ungdomstiden er en sårbar periode i et menneskes liv, hvor mange vil oppleve utfordringer i forhold til å mestre de miljømessige, biologiske og sosiale endringene som er en del av ungdomsårene. Noen unge opplever også en oppvekst preget av negative markører, som for eksempel å leve med psykisk syke foreldre. For noen vil opplevelser i barne- og ungdomsårene være så utfordrende at det leder til psykiske vansker. Psykiske helseproblemer har høy prevalens, og debuterer gjerne i tidligere alder enn de fleste andre helseproblemer. Verdens helseorganisasjon definerer psykisk helse som «- en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress- situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet» (Nes og Clench- Aas, 2011, s.11). God psykisk helse innebærer derfor en forventning om å fungere optimalt på mange områder i livet. Befinner man seg i en tilstand preget av dårlig psykisk helse, vil det tilsvarende kunne bidra til begrenset håndtering av de formuleringer som fremkommer av definisjonen ovenfor. Plagene som følger psykiske vansker er ofte langvarige med alvorlige ringvirkninger på mange livsområder som utdanning, yrkesaktivitet, inntekt, produktivitet, personlige relasjoner og sosial deltagelse (Nes og Clench- Aas, 2011).

Denne oppgaven vil omhandle den psykiske lidelsen depresjon, med en avgrensning til ungdom. Depresjon rangeres av Verdens Helseorganisasjon som nummer fire av sykdommer når det gjelder redusert livskvalitet og funksjon (Dalgard og Bøen, 2008). Symptomer på depresjon er noen av de mest vanlige plagene i ungdomsårene. Studier basert på diagnostiske intervjuer og selvrappport, indikerer at symptomer på depresjon øker sterkt i ungdomstiden, og at denne økningen begynner i 13- til 15- årsalderen (Mathiesen m.fl., 2007). Ungdom som sliter med en depresjon fungerer som regel dårligere sammen med familie og venner, og de presterer ofte dårligere på skolen, sammenlignet med ungdom uten depresjon (Ibid). En depresjon kan derfor ødelegge drømmer, karriere og mennesker, da de personlige kostnadene ved depresjon er store. I arbeidet med å forebygge depresjon hos ungdom, er det derfor viktig å vite hva som er de første tegnene på problemutvikling, og hvilke forhold i oppveksten som kan bidra til utvikling av depresjon.

Dalgard (2004) viser til at bare et mindretall av deprimerte får behandling, og at det derfor er et behov for utvikling og utprøving av behandlingsmetoder, særlig i primærhelsetjenesten. Holte, assisterende direktør ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt, peker på behovet for å

iverksette forebyggende tiltak som mer effektivt enn behandling. Dette fordi behandlingstilbud ikke vil hindre at nye pasientgrupper strømmer til (Holte, 2011). Holtes argument kan også støttes av at alvorlig depresjon kan vanskeliggjøre behandling, og bidra til større risiko for tilbakefall (Eknes, 2006). Det vil derfor være av spesiell betydning å fange opp ungdom på et tidlig stadium av deres depresjonsutvikling (Ibid). Tar man disse forholdene i betraktning, er det ikke overraskende at forebygging er blitt et førende prinsipp i forslaget til ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Major m.fl., 2011). Forebyggende arbeid utpeker seg derfor som et viktig og aktuelt satsningsområde, og er hva oppgaven vil avgrense seg mot.

## 1.1 Oppgavens formål og problemstilling

Oppgavens problemstilling er: *Depresjon hos ungdom- årsaker, konsekvenser og forebyggende tiltak, med vekt på PP- tjenestens rolle.* Jeg anser oppgavens tema som viktig, da depresjon er en utbredt lidelse blant ungdom. For å kunne jobbe forebyggende, må man som PP- rådgiver kunne identifisere ungdom som viser symptomer på depresjon, samt vurdere hvilke tiltak som kan være mest mulig effektive. I tillegg til kunnskap om hvilke forebyggende tiltak som kan iverksettes av PP- tjenesten, er det derfor også viktig å vite noe om hvordan en depresjon kan utarte seg hos ungdom, og om hvilke faktorer som kan utløse slike vansker. Å fokusere på implementering av forebyggende tiltak i møte med deprimerte ungdommer, gir videre mening ut ifra hva vi vet om hvilke konsekvenser en depresjonslidelse vil kunne medføre. Ved å se nærmere på de overnevnte forholdene knyttet til depresjon hos ungdom, ønsker jeg å få en bedre forståelse for hvordan jeg, som fremtidig PP- rådgiver, kan jobbe forebyggende med deprimerte ungdommer. Jeg håper også oppgaven kan være til inspirasjon for andre kommende, eller allerede fungerende, PP- rådgivere.

## 1.2 Avgrensning og tilnærming til problemstillingen

Problemstillingen «depresjon hos ungdom- årsaker, konsekvenser og forebyggende tiltak, med vekt på PP- tjenestens rolle» er en omfattende og utfordrende problemstilling. Det eksisterer mye velbegrunnet og motstridende forskning, samt faglig relevante teorier innenfor

dette feltet. Det er derfor ingen lett oppgave å gi en fremstilling av et så bredt og komplekst fagområde. Valg av tema og problemstilling, gjør det derfor nødvendig med noen avgrensninger.

Kapittel 2 vil omhandle depresjon og hvordan dette utarter seg hos ungdom. I denne sammenheng vil fokuset ligge på en drøfting av kjennetegn, komorbiditet, forekomst og kjønnsforskjeller.

I kapittel 3 vil jeg se på teorier for utvikling av depresjon hos ungdom. Becks kognitive teori og interpersonlig teori for utvikling av depresjon er valgt. Dette på bakgrunn av teoriens relevans til de ulike tiltakene fremstilt i kapittel 6.

Kapittel 4 vil ta for seg risiko- og beskyttelsesfaktorer ved depresjon. Risikofaktorer for depresjon hos ungdom beskrives som en kompleks, multifaktoriell årsaksstruktur (Garber, 2006, s. 105). I denne forklaringen ligger det to ting. For det første at det er mange risikofaktorer som kan lede frem til en depresjon. For det andre vil én risikofaktor sjeldent lede til depresjon alene, men det vil heller ligge flere risikofaktorer bak. Da oppgaven ikke gir rom for å utdype omfanget av risikofaktorer ved depresjon i sin helhet, vil det her avgrensnes til betydningen av biologisk sårbarhet, samt risikoen ved å vokse opp med deprimerte foreldre, å oppleve at ens foreldre skilles, og å bli utsatt for mobbing. Dette er livsbelastninger som kan føre til mindreverd, skyld og skam, følelser som igjen kan lede til en depresjon. De miljømessige risikofaktorene er i hovedsak valgt på bakgrunn av egen interesse, og på bakgrunn av min fremtidige rolle som PP- rådgiver. I denne rollen må jeg samarbeide med både foreldre, lærere og elever. Jeg så det derfor som interessant å gå nærmere inn på risikofaktorer som er aktuelle innenfor både hjem og skole. Risikofaktorene vil drøftes opp mot beskyttelsesfaktorer. Sistnevnte kan virke modererende ovenfor de risikofaktorer som ungdommen utsettes for, og vil dermed kunne bidra til å redusere sjansen for at ungdom utvikler depresjon som følge av opplevd risiko.

I kapittel 5 vil jeg gå inn på hvilke konsekvenser depresjon hos ungdom kan gi. I denne sammenheng vil oppgaven se nærmere på psykososiale vansker ved depresjon generelt, og selvfølelsen og selvmordstanker spesielt.

I kapittel 6 vil jeg først gå inn på betydningen av forebyggende arbeid i førstelinjetjenesten, med fokus på hvorfor PP- tjenesten kan være en egnet arena for forebyggende arbeid ovenfor

deprimerte ungdommer. Videre i kapitlet vil jeg se nærmere på de forebyggende intervensjonsprogrammene «Kurs i depresjonsmestring», og det internetbaserte selvhjelpsprogrammet «MoodGYM». Behandlingsmodellene tilknyttet de to programmene, vil diskuteres i lys av deres bakenforliggende teoretiske forståelsesmodeller. Programmene forebyggende effekt vil videre utdypes på bakgrunn av nasjonale og internasjonale effektstudier. Depresjonsmestringskurs tilpasset ungdom er et relativt nytt tilbud i Norge, og effektstudier er ennå ikke tilgjengelige. I hvilken grad et depresjonsmestringskurs vil være effektivt for ungdom med depresjoner, vil derfor basere seg på effektstudier av originalkursene til Lewinsohn og kollegaer, samt på studier foretatt på den modifiserte norske kursutgaven tilpasset voksne.

I kapitel 7 vil tiltakene drøftes på bakgrunn av effektstudiene. Jeg vil også diskutere tiltakene i lys av andre forhold knyttet til de ulike intervensjonsprogrammene, samt i forhold til implementering av tiltakene i PP- tjenesten.

Den anvendte metoden i denne oppgave er litteraturstudie. Oppgaven er basert på litteratur fra universitetsbiblioteket og dets pedagogiske og psykologiske databaser. Problemstillingen vil drøftes ut fra aktuell teori og empiri. Oppgaven baserer seg på både primær- og sekundærlitteratur, samt på nasjonale- og internasjonale studier. De fleste av studiene er av nyere dato. «Kurs i depresjonsmestring» er et tiltaksprogram som ble utarbeidet på 1980-tallet. For å belyse utviklingen og effekten av dette kurset, så jeg det derfor som nødvendig å inkludere enkelte studier av eldre dato.

## 2 Hva er depresjon

I faglitteraturen kan man finne flere definisjoner på depresjon. Depresjon blir blant annet sett som «... a transient mood or affective state...», «... a syndrome of related symptoms...» eller som «... a clinical disorder defined by official nosologies...» (Avenevoli, Knight, Kessler & Merikangas, 2008, s. 6). Definisjonene indikerer at depresjon kan forekomme i både klinisk og sub- klinisk forstand. Ved klinisk depresjon oppfyller man kriteriene for en diagnose, definert etter kjennetegn fra diagnosemanualer som blant annet DSM-IV og ICD-10. Ved sub- klinisk depresjon, viser man symptomer som medfører betydelige plager uten at man oppfyller kriteriene for en diagnose (Neumer & Aalberg, 2005).

Eknes (2006, s. 29) refererer til depresjon som et syndrom, med en rekke kjennetegn som til sammen tegner et bilde av en bestemt psykisk lidelse. Bildet omfatter både tanker, følelser, atferd og kroppslige forstyrrelser. Dette er områder som i utgangspunktet utarter seg svært forskjellig hos ulike personer, og det bidrar til at en depresjonslidelse vil slå forskjellig ut hos de personer som rammes. Depresjonens komplekse struktur gjør det derfor vanskelig å gi en bestemt beskrivelse av en deprimert person.

### 2.1 Klassifisering av depresjonslidelser

Depressive lidelser kan plasseres langs et kontinuum fra mild og moderat til alvorlig depresjon, og klassifiseres på bakgrunn av gjennomgripenhet, samt tilstedeværelse eller fravær av mani (Brent & Weersing, 2008, s. 587). Om vi tar for oss ICD-10, skilles det her mellom hovedsymptomer og tilleggssymptomer på depresjon. Hovedsymptomer beskrives til å være depressivt stemningsleie, manglende interesse eller glede av lystbetonte aktiviteter og nedsatt energi. En må ha minst to av disse symptomene for å kvalifisere for diagnosen depressiv episode. Tilleggssymptomer er dårlig selvtillit, skyldfølelse, tanker om død og selvmord, konsentrasjonsvansker, manglende initiativ, endringer i matlyst og søvn, psykomotorisk agitasjon eller retardasjon. Antall tilleggssymptomer antas å øke med depresjonens alvorlighet (Norsk Legemiddelhandbok, 2010). For å klassifisere for en depresjonslidelse må symptomene ha vært tilstede det meste av dagen i mer enn 14 dager, og den bestemmes av antall symptomer. Hos personer man mistenker lider av en depresjon, må

man ta stilling til om de har en komorbid psykose. Dette vil kreve særlige tiltak, og er derfor en viktig faktor å klargjøre (Ibid). ICD-10 inkluderer hypomani og maniskhet i sin klassifisering. Disse kan forekomme som enkelthendelser eller de kan inkluderes i en bipolar lidelse. Ved sistnevnte vil ungdommen svinge mellom maniskhet og nedstemthet, hvor de maniske episodene vil kjennetegnes av en overdreven entusiasme eller energi (World Health Organization, 2010). ICD- 10 inkluderer også vedvarende stemningslidelser som et punkt i sin diagnosemanual. Dystymi går under denne betegnelsen, og er en depressiv tilstand som viser færre symptomer enn ved alvorlig depresjon. Dystymi kjennetegnes av at den er kronisk. For å få diagnosen dystymi må symptomer ha vært tilstede i minimum ett år, og lidelsen kan vedvare opptil flere år. Med unntak av dystymi, tenderer de fleste av de depressive lidelsene å være periodiske, og de ulike episodene relateres ofte til stressfulle livshendelser eller situasjoner (Ibid).

En longitudinell studie av Gotlib, Lewinsohn og Seeley (1995), sammenlignet symptombildet til ungdom diagnostisert med en klinisk depresjon og ungdom med en sub- klinisk depresjon, og sammenlignet resultatene med en gruppe ikke- deprimerte ungdommer. Ungdom med en klinisk depresjon, hadde et mer omfattende og langvarig symptombilde, sammenlignet med ungdom med en sub- klinisk depresjon. De symptomene som så ut til å skille de to gruppene var tiltaksløshet, vekttap, søvnevansker, ubesluttomhet og selvmordstanker. Selv om ungdom med en sub- klinisk depresjon viste færre symptomer ved bruk av DSM-III-R, enn ungdom med en klinisk depresjon, viste den sub- kliniske gruppen allikevel signifikant flere symptomer enn kontrollgruppen med ikke deprimerte ungdommer. Studien fant også at ungdom som ble identifisert med en sub- klinisk depresjon, sto i fare for å utvikle mer alvorlige former for depresjon og tilleggsvansker i løpet av det året studiet varte. Som jeg tidligere var inne på, utdyper Dalgard (2004) at flere deprimerte ungdommer ikke mottar hjelp. Det vil derfor være viktig at det jobbes for å sikre et behandlingstilbud til ungdom som har utviklet en klinisk depresjon. Som studien til Gotlib m.fl. (1995) indikerer, kan ungdom med depresjonssymptomer stå i fare for å utvikle alvorlig depresjon. Det blir derfor viktig at man også jobber med ungdom som viser symptomer på depresjon. For ungdom som ennå befinner seg innenfor den sub- kliniske definisjonen på depresjon, blir det forebyggende arbeidet spesielt viktig. Ungdom med depresjonssymptomer må derfor identifiseres og inkluderes i forebyggende programmer.



## 2.2 Depresjon hos ungdom

For mange unge vil det å oppleve depressive symptomer være en del av den normale utviklingen, og komme som en reaksjon på de biologiske, psykologiske og sosiale endringer som finner sted i ungdomsårene. Miljøendringer i form av skolebytter, nye sosiale bekjentskaper, utfordringer som følge av puberteten og et samfunn som stiller store krav til tilpasning, vil for mange være en stor påkjenning, som kan lede til depresjonslignende symptomer. Disse symptomene vil allikevel være forbigående for de aller fleste. For noen vil derimot ulike påkjenninger kunne føre til en depresjon, som igjen kan bidra til en betydelig redusert livskvalitet.

### 2.2.1 Kjennetegn

Depresjon hos ungdom kjennetegnes av en vedvarende og gjennomgripende tristhet, tiltaksløshet i forhold til at man mister interessen for aktiviteter man før fant interessante og irritabilitet. Den unge kan vise en relativt lav interesse for sosial interaksjon, samt være lite mottakelig for oppmerksomhet fra andre (Brent & Weersing, 2008). En depresjonslidelse kan videre komme til uttrykk ved at ungdommen vegrer seg for å gå på skolen, viser tegn på somatiske plager som hodepine og magesmerter, eller bruker mye tid på å gruble og bekymre seg for ting (Neumer & Aalberg, 2005).

Som en del av den longitudinelle studien «the youth and mental health study», så Sund, Larsson og Wichstrøm (2001) på depressive symptomer blant 2560 norske ungdommer fra 13-14 år. Symptomene ble målt med «the mood and feelings questionnaire». Resultatene indikerte at det å føle seg lite attraktiv, rastløs, lite selvstendig, samt ha en gjennomgripende følelse av nedstemthet, var vanlig blant hele utvalget. Personer som skåret høyt på det «the mood and feeling questionnaire», hadde det til felles at de følte seg ulykkelige og irriterte, samt var preget av dårlig selvtillit og konsentrasjonsproblemer. Flertallet i undersøkelsen rapporterte om nedstemthet, irritabilitet, kroppskomplekser og ubeslutsomhet. Sund m.fl. (2001) påpeker at disse symptomene ikke nødvendigvis predikerer alvorlige tilfeller av depresjon. Symptomer som er av mer alvorlig karakter, som konsentrasjonsproblemer, hjelpeløshet, et dårlig selvilde og ensomhet, fremheves som sterkere predikatorer for alvorlig depresjon i denne sammenheng. Undersøkelsens resultater indikerer derfor at flertallet av

norske ungdommer viser symptomer på mildere former for depresjon. «The youth and mental health study» kom frem til lignende symptombilde ved annengangs måling, ett år etter at første måling ble gjennomført (Sund, 2004).

En svakhet ved «the youth and mental health study» er at den tok utgangspunkt i en begrenset geografisk del av Norge (Sør- og nord Trøndelag), hvor det kun er én by av større omfang og hvor resten bærer preg av mer landlige områder. Det kan derfor diskuteres hvor representativ studien er for ungdom i andre deler av Norge. Hvordan ville for eksempel symptombildet blitt om man hadde inkludert flere byer hvor man ofte finner en større tetthet av etniske minoriteter? I en studie av Riolo, Nguyen, Greden og King (2005) fant man at etniske minoriteter i USA oftere viser symptomer på dystymi, fremfor alvorlig depresjon. Som tidligere vist kjennetegnes dystymi av færre symptomer enn alvorlig depresjon, og den er av mer kronisk karakter. En longitudinell studie, som så på mental helse blant 15-16 årige etnisk norske og etniske minoriteter i Oslo, rapporterte om dårligere mental helse blant etniske minoriteter. Gruppen med etniske minoriteter viste flere emosjonelle symptomer enn etnisk norske, og denne forskjellen forble den samme gjennom hele ungdomstiden (Sagatun, Lien, Sjøgaard, Bjertness & Heyerdahl, 2008). Studien gikk imidlertid ikke nærmere inn på hvilke emosjonelle symptomer ungdommene viste. Som en del av «the youth and mental health study», så Sund, Larsson og Wichstrom (2003) blant annet på depressive symptomer hos etniske minoriteter. Andelen etniske minoriteter var imidlertid lav i denne undersøkelsen. Resultatene viste et høyere nivå av depressive symptomer hos etniske minoriteter, men de gikk ikke nærmere inn på hva som kjennetegnet symptombildet. Emosjonelle problemer viser seg utbredt blant etniske minoriteter i Norge, og studier fra USA rapporterer om et annet symptombilde blant etniske minoriteter. Det kunne derfor vært interessant å se om depresjonssymptomene til ungdommene i Sund m.fl. (2001) sin studie, ville utartet seg annerledes om man hadde inkludert byer med større tetthet av etniske minoriteter i utvalget til «the youth and mental health study». Kanskje bør videre studier se nærmere på mulige forskjeller i depresjonssymptomer mellom etnisk norske ungdommer, og ungdommer med minoritetsbakgrunn. Studiene til Sund m.fl. (2003) og Sagatun m.fl. (2008) indikerer uansett at etniske minoriteter ser ut til å vise flere emosjonelle symptomer, sammenlignet med etnisk norske. Som tidligere vist vil depresjonens alvorlighetsgrad avgjøres på bakgrunn av antall symptomer ungdommen viser. At minoritetsungdom ser ut til å vise flere emosjonelle symptomer enn etnisk norske ungdommer, kan derfor være et signal som bør tas på alvor. Det kan være ansatte innenfor ulike hjelpeinstanser, slik som PP- tjenesten, bør være ekstra

oppmerksomme ovenfor minoritetsungdom. Flere studier på hva som eventuelt kan kjennetegne og/eller skille depresjonssymptomer hos minoritetsungdommer og etnisk norske ungdommer, kan i denne sammenheng være til hjelp for PP- rådgiveres identifisering av depresjon hos ungdom.

En annen innvending går på at studien til Sund m.fl. (2001) benyttet selvrapporterte skjemaer (MFQ). Depresjon viser seg også gjennom nonverbale signaler. Depresjon kan gi nedsatt oppmerksomhet, reaksjonsevne og hukommelse. Som eksempel viser ofte deprimerte personer nedsatt psykomotorisk fungering, med færre gester, mindre øyekontakt og passiv atferd i samspill med andre (Ellgring, 1989). Et selvrappoteringskjema vil ikke kunne fange opp nonverbale tegn på depresjon, og verdifull informasjon kan gå tapt. Kanskje vil man få et bedre bilde av depresjonssymptomer hos ungdom, om man inkluderer et semistrukturert intervju, hvor forskeren blir gitt mer frihet i forhold til spørsmålsformulering og tolkning. Det er allikevel en styrke at studien hadde et stort representativt utvalg, med en høy responsrate. Et stort representativt utvalg, hvor det forekommer lite frafall, bidrar til at funnene i studien, med en større sikkerhet, kan generaliseres ut til målpopulasjonen (Lund, 2002). Selv om man kan finne noen svakheter i Sund m.fl. (2001) sin studie, ser det allikevel ut til at funnene, knyttet til ungdoms depresjonssymptomer, kan generaliseres ut til ungdommer i Norge.

I sen ungdomsalder, fra ca 15-19 år, kan symptomene på depresjon bli mer distinkte, og ligne på depresjonssymptomer man finner hos voksne. Klassiske symptomer inkluderer skyldfølelse, hjelpeløshet, selvmordstanker, rusmisbruk og/eller utagerende seksuell atferd (James, 1992). Deprimerte ungdommer er ofte stille og tilbaketrukne, noe som kan gjøre det lett å overse disse barna. Depresjonssymptomer kan også svinge over tid. Med dette menes at ungdom kan rammes av depressive episoder. Disse vil være periodiske og av ulik alvorlighetsgrad. Det at symptomene av og til er mer eller mindre fraværende, kan føre til at depresjonen ikke fanges opp og at problemet ikke tas tak i. Dette er urovekkende, da ungdom som ikke får hjelp i tide, står i fare for å utvikle problemer av mer kronisk og langvarig karakter (Neumer & Aalberg, 2005).

## 2.2.2 Komorbiditet

Depresjon har høy komorbiditet med andre psykiske vansker og lidelser. Komorbiditet ser ut til å være en regel, fremfor et unntak, og da spesielt hos ungdom (Brent & Weersing, 2008). Resultater fra ulike studier av ungdom viser at de vanligste komorbide lidelsene er angst, samt atferds, spise og rusproblemer (Avenevoli m.fl., 2008). Undersøkelser på dette området preges imidlertid av betydelig sprik i sine resultater, noe som kan skyldes metodiske forskjeller ved studiene, som for eksempel at forskjellige depresjonslidelser er benyttet som mål. Simonoff m.fl. (1997, I: Brooks- Gunn, Auth, Petersen & Compas, 2001) fant at 77 % av depressive ungdom hadde minst en komorbid psykisk lidelse, mens 27 % hadde to eller flere komorbide vansker. En studie av Kessler og Walters (1998) fant lignende resultater, hvor 70 % av ungdom med alvorlig depresjon hadde én eller flere komorbide lidelser, og 46 % hadde to eller flere komorbide lidelser. Komorbiditet mellom depresjon og andre psykiske lidelser, assosieres med utvidet risiko for å utvikle alvorlig depresjon, samt risiko for å begå selvmord (Brooks- Gunn m.fl., 2001).

Depresjon viser seg spesielt komorbid med angst, hvor studier viser en prevalens på 39 % angst blant ungdom med depresjon. Angst tenderer til å gå forut for depresjon, og tall indikerer at dette er tilfellet i 85,1 % av tilfellene (Brooks- Gunn m.fl., 2001). Den høye forekomsten av komorbiditet mellom angst og depresjon kan skyldes at lidelsene deler en genetisk diatese (Brent & Weersing, 2008). Komorbid angst forekommer oftere hos ungdom med alvorlig depresjon enn hos ungdom med mild til moderat depresjon (Brooks- Gunn m.fl., 2001). Depresjon er også komorbid med atferdsproblemer, hvor man har funnet en prevalens på 27,3 % atferdsproblemer blant ungdom med depresjon (Avenevoli m.fl., 2008). Forskning på komorbiditet mellom depresjon og atferdsproblemer, er noe uklart i forhold til om depresjon går forut for eller er en følge av atferdsproblemer. Dette fordi resultater fra ulike studier viser funn i begge retninger (Rohde, 2009). For komorbiditeten mellom depresjon og rusproblemer er det funnet et utbredelsesestimat på 20-30 %. En undersøkelse fant at rusmisbruk gikk forut for depresjon i 64 % av de komorbide tilfellene. Studier har imidlertid funnet at depressive symptomer kan bidra til en økning i rusmisbruk hos ungdom (Rohde, 2009). Komorbiditeten mellom depresjon, atferdsproblemer og rusmisbruk kan knyttes til risikofaktorer i familien, som seksuelt misbruk, vold og disharmoni i familien, samt rusmisbruk hos foreldene (Brent & Weersing, 2008).

Forekomsten av komorbide lidelser knyttet til depresjon, indikerer viktigheten av å trekke inn andre psykiske lidelser når man mistenker depresjon. Hvilken av de psykiske lidelsene som går forut for hvem, kan være av betydning når man iverksetter tiltak. Som eksempel kan det vises til spiseforstyrrelser. Tidligere har det vært vanlig å se depresjon som en følge av spiseforstyrrelser, men nyere forskning har gitt indikasjoner på at dette ikke er tilfellet, og at depresjon kan ses om en forløper til spiseforstyrrelser (Mathiesen m.fl., 2007). Dette har skapt optimisme innenfor behandlingen av både depresjon og spiseforstyrrelser. I møte med deprimerte unge som lider av spiseforstyrrelser, blir det viktig å utrede i forhold til om en eventuell depresjon har oppstått før spiseproblemene begynte. Ved å iverksette tiltak rettet mot depresjonsplagene, håper man å kunne hjelpe personer ut av både depresjonen og spiseforstyrrelsen. Man må imidlertid ta forbehold om hvor alvorlig spiseproblemene er. I de tilfeller hvor ungdommen sliter med betydelige spiseproblemer, vil det være nødvendig å vurdere samtidig behandling av spiseproblemene. Denne måten å se depresjon og psykiske lidelser, kan være effektiv og relevant også der hvor depresjon går forut for andre typer psykiske lidelser.

I en studie på utbredelsen av alvorlig og mild depresjon hos ungdom, fant Kessler og Walters (1998) at komorbide lidelser var mer vanlig ved alvorlig depresjon enn ved mild depresjon. Dette er positivt for det forebyggende arbeidet. Gjennom forebygging ønsker man å hindre at ungdom med en mild depresjon, skal utvikle alvorlig depresjon. At ungdom med mild depresjon sjeldnere lider av komorbide lidelser er derfor positivt, fordi komorbiditet kan gjøre det forebyggende arbeidet ekstra utfordrende.

### **2.2.3 Forekomst**

Flere internasjonale og nasjonale studier har sett på utbredelsen av alvorlig depresjon, og andre depressive lidelser hos ungdom. Avenevoli m.fl. (2008) har sammenlignet ulike studier, og resultatene indikerer stor variasjon i utbredelsen av depresjon blant ungdom. Dette kan reflektere virkelige forskjeller, men også ulikheter i bruk av metoder og mål, bruk av tid, subjektens alder, og hvilke depresjonslidelser som er brukt som mål. En sammenfatning av ulike studier kan allikevel indikere at alvorlig depresjon rammer mellom 1 % til 7 % av alle ungdommer i populasjonen (Ibid). Tallene er utledet fra internasjonale studier, og det kan derfor diskuteres hvor representative disse er for Norge. En sammenfatning av norske studier

indikerer imidlertid at 15-20 % av ungdom har betydelige symptomer på depresjon, og at opptil 5 % har en diagnostiserbar depressiv lidelse (Rosenvinge, 2011). Tallene for en diagnostiserbar depresjon, utledet fra de norske undersøkelsene, befinner seg derfor innenfor prosentintervallet utledet fra de internasjonale studiene.

Ut ifra undersøkelsen «the youth and mental health study», studerte Sund, Larsson og Wichstrom (2011) forekomsten av ulike depresjonslidelser hos ungdom i Norge, og sammenlignet resultatene med lignende resultater fra USA og Europa. Resultatene indikerer at en av fire (23 %) ungdommer i Norge har vedvarende depresjon. Disse tallene samsvarer med hva man har funnet i lignende studier i USA. Utbredelsen av alvorlig depresjon, dystymi, dobbel depresjon (dystymi og alvorlig depresjon) og depresjon NOS (mild til moderat depresjon) ble satt til henholdsvis 2,6 %, 1,0 %, 0,6 % og 6,3 %. Dobbelt depresjon hadde en livstidsprevalens på 1,2 %, mens det for alvorlig depresjon var en livstidsprevalens på 5,8 %. Tallene indikerer at alvorlig depresjon, dystymi og dobbel depresjon er lite utbredt blant ungdom i Norge, mens utbredelsen av depresjon NOS er høyere. Studier av depresjon NOS i USA, Sverige og Storbritannia viser en utbredelse på henholdsvis 2,6 %, 2,4 % og 0,66 %. Setter man disse tallene opp mot resultatene for depresjon NOS i Norge (6,3 %), ser man at Norge skårer betydelig høyere på denne diagnosen, sammenlignet med landene ovenfor. Alle de depressive lidelsene ble karakterisert ved langvarige og varierende episoder, og alle hadde sitt utspring før 12 år.

I følge studien til Sund m.fl. (2011), ser det ut til at mild til moderat depresjon er mest utbredt blant ungdom i Norge. Med tanke på at alvorlig depresjon kan vanskeliggjøre behandling og bidra til større risiko for tilbakefall (Eknes, 2006), er det lave antallet av alvorlig depresjon blant ungdom i Norge positivt. Det er allikevel urovekkende at Norge skåret betydelig høyere på forekomst av mild til moderat depresjon, enn hva som var tilfellet for USA, Sverige og Storbritannia. Dette er funn som kan støtte betydningen av en forebyggende innsats. Særlig er dette viktig med tanke på at unge som ikke får tilstrekkelig hjelp for sin depresjon, står i fare for å utvikle problemer av mer kronisk og langvarig karakter (Neumer & Aalberg, 2005). Curry m.fl. (2006) studerte ungdom i tidlig tenårsalder som hadde en mild depresjon og et høyt funksjonsnivå, og hvor det forekom få tilfeller av selvmordstanker og komorbide lidelser. Studien indikerte at disse ungdommene viste bedre respons på intervensjonsprogrammer for depresjon, sammenlignet med ungdom som var kommet lenger inn i tenårene, hvor alvorlig depresjon var mer vanlig. At ungdom tidlig i tenårene viser mer

tegn på mild til moderat depresjon, fremfor alvorlig depresjon, er positivt, fordi intervensjonsprogrammer ser ut til å ha en bedre effekt på denne gruppen. Det blir derfor viktig at ungdom med milde til moderate depresjonsplager fanges opp av PP- tjenesten, og innlemmes i forebyggende programmer. Om ungdommen ikke fanges opp, vil de kunne utvikle alvorlig depresjon, med de negative konsekvensene dette kan få for behandling og bedring.

Siden mild til moderat depresjon ser ut til å være mest utbredt blant ungdom i Norge, kan det være interessant å se på hvilke forklaringer som kan ligge bak disse funnene? Den høye forekomsten av depresjon NOS i studien til Sund m.fl. (2011), kan blant annet skyldes at studien har fokusert på unge i tidlig ungdomsalder (14-16 år), og at de depressive plagene ville utviklet seg til mer alvorlige former for depresjon på et senere tidspunkt. Tar man dette til betraktning, vil den høye forekomsten av depresjon NOS blant ungdom i Norge være urovekkende, da et betydelig antall ungdom kan være i risiko for å utvikle alvorlig depresjon. I studien utdyper Sund m.fl. (2011) at forekomsten av mild til moderat depresjon sjeldent har blitt vurdert i epidemiologiske undersøkelser, noe som kan tyde på at denne depresjonsformen kan ha kommet noe i skyggen av alvorlig depresjon. En implikasjon på forekomsten av mildere former for depresjon i Norge, får man imidlertid gjennom en tilstandsrapport fra folkehelseinstituttet. Denne viser at Norge har færre psykiske helseproblemer sammenlignet med andre land. Det vises til at dette kan skyldes gode økonomiske betingelser, høy materiell levestandard, lav arbeidsledighet og gode velferdsordninger (Nes og Clench- Aas, 2011). Depresjon er en lidelse som befinner seg innenfor termen psykisk helse, og kanskje har velferdsstaten Norge en preventiv effekt, ovenfor utviklingen av mer alvorlige former for depresjon.

#### **2.2.4 Kjønnforskjeller**

Kjønnforskjeller ved depresjon har betydning for både forekomst, symptomer og komorbiditet. Når det gjelder forekomst, viser kjønnforskjellene seg mindre før man trer inn i ungdomsalderen. I ungdomsårene viser jenter seg å være overrepresentert (Sund m.fl., 2011). I studien på depresjon hos ungdom i Norge, fant Sund m.fl. (2011) at jenter har en større risiko for å utvikle alvorlig depresjon og dystymi, sammenlignet med gutter. Forskjellene mellom jenter og gutter ble satt til 8:1 for alvorlig depresjon og 7:1 for dystymi.

Kjønnsforskjellene ved mild til moderat depresjon så imidlertid ikke ut til å være så store som ved alvorlig depresjon og dystymi, med en prevalens på 2:1 for henholdsvis jenter og gutter.

I denne sammenheng kan det være interessant å se nærmere på hva som kan forklare kjønnsforskjellene ved alvorlig depresjon i Sundt m.fl. (2011) sin studie? Metodologiske valg kan forklare noe av skjevhetene i resultatene. I studien var flertallet jenter (72,5 %), og dette kan ha påvirket utbredelsesresultatene for gutter. Derfor bør tallene for alvorlig depresjon hos gutter, funnet i Sundt m.fl. (2011) sin studie, tolkes med noe varsomhet. Med tanke på at gutter var underrepresentert i denne studien, vil også resultatene for depresjon NOS, hos jenter og gutter, måtte tolkes med forsiktighet. Det kan tenkes at en mer lik fordeling mellom gutter og jenter i studien, kunne ha moderert kjønnsforskjellene innenfor depresjonsdiagnosene. Det er allikevel en styrke at det er funnet lignende resultater for mild til moderat depresjon hos jenter og gutter, i en nasjonal surveyundersøkelse fra USA, hvor fordelingen mellom antall jenter og gutter var relativt lik (Kessler & Walters, 1998).

Bennett, Ambrosini, Kudes og Rabinovich (2005), studerte kjønnsforskjeller i symptombildet ved depresjon hos ungdom. De fant at det eksisterer noen ulikheter i symptombildet hos gutter og jenter i ungdomsårene. Sett opp mot guttene, var deprimerte jenter mer preget av skyldfølelse og dårlig selvtillit. De hadde også en større grad av kroppskomplekser, liten tro på egne evner, konsentrasjonsproblemer, tristhet, søvnproblemer og bekymringer over egen helse. Gutter viste imidlertid mer tegn på nedstemthet og tiltaksløshet. Studien til Sundt m.fl. (2001), fant lignende resultater for depresjonssymptomer hos jenter, men et noe annet symptom bilde hos guttene. Jentene rapporterte at de jevnt over var nedstemt, irriterte og hadde komplekser med sitt eget utseende. Guttene viste en mer skolevegrende atferd, og var preget av ubesluttksomhet og irritabilitet. Begge undersøkelsene viste imidlertid at jenter oftere viser flere symptomer enn gutter, og at jentenes symptomer ser ut til å komme tydeligere til uttrykk. Fra undersøkelsene til Bennett m.fl. (2005) og Sundt m.fl. (2001), kommer det frem at gutter ser ut til å ha et mer skjult symptom bilde ved depresjon, enn hva som er tilfellet for jenter. Gutters vage symptom bilde vil kunne være en av årsakene til at forekomst av depresjon er høyere hos jenter, fordi depresjon hos gutter kan være vanskeligere å fange opp.

I studier som har sett på kjønnsforskjeller i forhold til komorbiditet, er det funnet tall som indikerer at komorbiditeten mellom angst og depresjon er lik for gutter og jenter, men at komorbiditet med rusproblematikk er større blant gutter (Avenevoli m.fl., 2008).

Komorbiditeten mellom atferdsproblemer og depresjon viser seg også større blant gutter



(Rohde, 2009), mens komorbiditet til spiseproblemer viser seg høyest hos jenter (Brooks-Gunn m.fl., 2001). Forskning på spise- og atferdsproblemer indikerer at jenter er overrepresentert innenfor spiseforstyrrelser (Fairburn & Gowers, 2008), mens gutter oftere viser atferdsproblemer (Moffitt & Scott, 2008). Komorbiditeten mellom spise- og atferdsproblemer og depresjon, kan slik ses i sammenheng med forekomsten av spiseforstyrrelser og atferdsproblemer hos henholdsvis gutter og jenter. Selv om deprimerte oftest viser en innadvendt atferd, forekommer også tilfeller hvor deprimerte viser en mer aggressiv atferd (Snoek, 2000). Som jeg tidligere var inne på, er gutter overrepresentert innenfor atferdsproblemer. Det kan derfor tenkes at dette kan indikere en del underdiagnostisert depresjon hos gutter. Kan det være vi ikke ser etter de riktige symptomene, når det kommer til å identifisere depresjon hos ungdom? Kanskje er vi for opptatt av innadvendt atferd, som resulterer i at ungdom kan gå rundt med en depresjon uten at det blir fanget opp. I arbeidet med å forhindre depresjonsplager hos ungdom, kan det derfor være at man bør bli flinkere til å vurdere både innadvendt og utadvendt atferd som symptomer på depresjon.

## 2.3 Oppsummering

Depresjon har gjennom tidene utviklet seg til å bli en folkesykdom, som favner mennesker i alle aldre (Eknes, 2006). En depresjonslidelse kan ha negativ innvirkning på mange viktige livsområder, og er en lidelse som kan ødelegge drømmer, karriere og mennesker. Perioder med nedstemthet er noe alle vil kunne oppleve i løpet av livet, men ikke alle klarer å overkomme de negative tankene og følelsene som her følger. Når de negative tankene og følelsene omslutter en person, kan det oppleves som vanskelig å ta grep om eget liv. I møte med deprimerte ungdommer er det viktig at man har en forståelse for at kropp, tanker, følelser og atferd henger sammen, og virker i et samspill med hverandre. Vanskelige opplevelser vil kunne skape vonde tanker, som kan bidra til at en depresjon utvikles. Depresjonen vil videre kunne komme til uttrykk som innadvendt, eller utadvendt atferd. Dette er et eksempel på at en depresjon vil kunne oppstå som følge av ulike årsaker, og komme til uttrykk på forskjellige måter. Depresjon er derfor en kompleks lidelse, som vil utarte seg forskjellig hos ulike individer. Disse komponentene, sett i sammenheng med kunnskap om utbredelse, komorbiditet og kjønnsforskjeller ved depresjon, utgjør til sammen viktig kunnskap. Å ha en

forståelse for hvordan en depresjon kan komme til uttrykk hos ungdom, gir grunnlag for å kunne identifisere lidelsen. Dette forholdet er avgjørende for å kunne iverksette nødvendig hjelp i tide, og vil være et viktig ledd i prosessen mot å få forekomsten av depresjon ned blant ungdom.

# 3 Teoretiske perspektiver på depresjon

Mennesket er et sammensatt vesen hvor følelser, tanker, atferd og kroppslige reaksjoner, knyttet til ulike opplevelser og hendelser, vil utarte seg forskjellig hos hvert enkelt individ. Det finnes derfor flere utviklingsveier inn i en depresjon. I tråd med depresjonens komplekse struktur, er det utviklet flere teorier for hvordan man kan forklare utvikling av depresjon hos ungdom. Nedenfor vil det redegjøres for Becks kognitive teori og interpersonlige teorier for depresjon. Disse er valgt grunnet deres relevans til oppgavens utvalgte tiltaksprogrammer.

## 3.1 Beck's kognitive teori

Beck's kognitive teori er en diatese- stress teori som fremmer hvordan sårbarhetsfaktorer hos ungdommen og miljøbetingelser interagerer med hverandre, og bidrar til utvikling av depresjon. Teorien impliserer at noen individer utvikler depresjonsskjemaer som kan gjøre dem sårbare for å utvikle en depresjon (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Depresjonsskjemaer karakteriseres som dysfunksjonelle holdninger, som for eksempel «Om jeg ikke lykkes i jobben min, da er jeg mislykket som person», eller «jeg har alltid vært feig og kommer alltid til å være feig». Slike skjemaer utvikles på bakgrunn av tidligere negative opplevelser. De kan for eksempel bli skapt ved å vokse opp i et hjem preget av stress, der ungdommen har opplevd negative signaler fra sine omsorgspersoner. De negative skjemaene kan også ligge latente, og de kan aktiveres i møte med negative hendelser som kan assosieres med de omstendigheter som har bidratt til utviklingen av de latente skjemaene. En skilsmisse vil for eksempel kunne aktivere negative skjemaer. Dette kan være skjemaer som har blitt utviklet som følge av ulike stressorer, som har vært tilstede i familien før skilsmissen inntraff. De negative tankene som utgjør depresjonsskjemaene, øker sjansen for at et individ vil utvikle det Beck m.fl. (1979) refererer til som den «negative kognitive triaden». Denne triaden består av tre depressive kognitive mønstre: personen har et negativt syn på seg selv, verden og fremtiden (Ibid). Personer med en slik tankegang lider av dårlig selvtillit med liten tiltro til egne evner. Dette kan føre til en pessimistisk, hjelpeløs og isolerende atferd, hvor personen kan bli avhengig av bekreftelse fra andre. Beck så triaden som selve årsaken til depresjon. Når

et individ først har utviklet den negative kognitive triaden, vil vedkommende utvikle depressive symptomer (Ibid).

Abela og Hankin (2009) viser til to studier som støtter Beck's teori om at høyere nivåer av dysfunksjonelle tankemønstre, øker risikoen for at depresjon vil utvikles som følge av negative hendelser. En studie av Lewinsohn, Rohde og Joiner Jr. (2001), indikerer imidlertid at en persons negative tanker og holdninger må overgå en viss terskel, for at de skal kunne lede til en depresjon. Det kan derfor se ut til at stressorene som påføres ungdommen, må være av en rimelig alvorlig karakter, eller ha vedvart over lengre tid, for at en depresjon skal utvikles. Kognitive teorier er kjent for å vektlegge menneskers tolkninger, og de slutninger de trekker ut fra ulike livshendelser. Teoriene legger derfor ikke vekt på antall tilfeller av stressende livshendelser som skal til for at depresjoner utvikles (Alloy, Clements & Kolden, 1985). I forbindelse med studien til Lewinsohn m.fl. (2001), ble det vist til et behov for mer forskning på diatese- stressteorier. Dette for å fastsette mer nøyaktig omfanget av stressorer ungdom må utsettes for, for at symptomer på depresjon skal oppstå. Biologien bidrar imidlertid til at mennesker vil være ulikt disponert i forhold til å håndtere stress (Ogden, 2009). Å finne en terskel for hvor mye stress som skal til før man utvikler en depresjon, kan derfor bli en vanskelig oppgave.

Antakelsen om at kognitive sårbarhetsfaktorer, som interagerer med negative hendelser, bidrar til en økning i depressive symptomer hos ungdom, har også fått støtte i en metaanalyse av Lakdawella, Hankin og Mermelstein (2007). Studien fant at sammenhengen mellom kognitiv sårbarhet og stress, som en risiko for depresjon, er sterkere for ungdom enn for barn. Forskerne forklarer denne sammenhengen med at abstrakt tenkning utvikles i ungdomstiden, og at dette kan indikere at negativ kognitiv tenkning dannes i overgangen fra barn til ungdom. Abstrakt tenkning kan innebære evnen til å se større linjer. Man evner å tenke og vurdere over situasjoner og ulike problemstillinger (Ibid). Det kan være ungdom, i større grad enn barn, er i stand til å vurdere konsekvenser ved negative stressorer, og at de forstår hvilken negativ effekt ulike stressorer kan ha. Det kan derfor tenkes at utviklingen av abstrakt tenkning, kan være en årsak til at sammenhengen mellom kognitiv sårbarhet og stress ser ut til å være sterkere hos ungdom. Lakdawella m.fl. (2007) viser imidlertid til andre funn som indikerer at negative kognitive tanker oppstår før ungdomstiden. Det er derfor vanskelig å avklare når kognitiv sårbarhet blir synlig, og vil operere som en risikofaktor for depresjon. At et negativt tankemønster kan sette ungdom i risiko for å utvikle en depresjon som følge av opplevde

stressorer, ser ut til å finne støtte i forskning. Man trenger imidlertid mer forskning på kognitiv sårbarhet, og opplevelse av stress hos barn og ungdom, for å få en bedre forståelse for hvordan negative kognitive tanker utvikles og blir en risiko for depresjon.

## 3.2 Interpersonlig teori

Interpersonlig teori tar for seg samspillet mellom ungdommen og den sosiale konteksten de er en del av. Det impliseres at ungdom som lever med belastninger i miljøet, med medfødte uheldige trekk i personligheten, eller begge deler, kan ha større risiko for å utvikle depresjon (Rudolph, Flynn & Abaied, 2008). Interpersonlig teori har et dynamisk perspektiv på utvikling av depresjon. Det fokuseres på hvordan en pågående transaksjon mellom ungdommen og miljøet det er en del av, påvirker ungdommens utvikling. I denne transaksjonen fokuseres det spesielt på hvordan ungdommen selv spiller en aktiv rolle i å velge, tolke og konstruere sin sosiale verden (Rudolph, 2009). For å forstå hvordan dette kan operere som en risiko for depresjon hos ungdom, kan man se på samspillet mellom a) karakteristika ved ungdommen, som sosiale og atferdsmessige vansker, eller personlighetstrekk, b) den sosiale konteksten ungdommen er en del av, for eksempel møte med interpersonlige stressorer som foreldredepresjon, mishandling eller problemer med relasjoner til foreldre, og c) ulike overgangsfaser i ungdomsårene som kan høyne risikoen for depresjon (Rudolph, 2009, s. 380). Biologiske, psykologiske og sosiale forandringene som finner sted i ungdomsalderen, bidrar til å gjøre denne perioden til en risikabel fase når det kommer til utvikling av depresjon hos ungdom (Rudolph, 2009). Puberteten, og omstillinger fra barneskole til ungdomsskole og videre til videregående skole, kan føre med seg utfordringer for enkelte. Denne perioden blir ikke lettere om ungdommen i tillegg opplever ulike miljømessige stressorer, som familiestress eller mobbing. Interpersonlig teori trekker spesielt frem familiestress som risiko for at ungdommen utvikler uheldige interpersonlige relasjonsmønstre, samt sosiale og atferdsmessige vansker. Å vokse opp under slike forhold kan blant annet føre til at ungdommen internaliserer et negativt selvilde, og at de lærer negative relasjonsmønstre som videreføres i relasjon med jevnaldrende. Sårbare unge har derfor en tendens til å generere stress i deres omgang med andre, hvor de også har en tendens til å velge mer stressfulle kontekster å sosialisere seg i. Om ungdommen i tillegg er disponert med biologiske sårbarhetsfaktorer, som for eksempel svake emosjonsregulerende evner, kan

de være mer utsatt for å bli påvirket av stressorer i miljøet (Ibid). De overnevnte atferdstrekkene kan vanskeliggjøre sosiale relasjoner, og det kan føre til at jevnaldrende ofte ikke ønsker sosial kontakt med ungdommen. Å bli avskåret fra det sosiale, kan føre til en ensom tilværelse. Mangel på sosiale relasjoner vil videre bidra til at ungdommen mister en arena som kan skape glede og gode følelser. Ensomhet kan derfor gjøre en allerede sårbar ungdom enda mer sårbar, og interpersonlige problemer vil kunne bidra til å skape, videreføre eller forverre symptomer som kan lede til depresjon. Rudolph (2009) fremhever at det interpersonlige perspektivet på utvikling av depresjon, har funnet støtte i forskning. Jeg vil i neste avsnitt vise til en studie, som blant annet ser på hvordan samspillet mellom interpersonlige relasjoner og negativ kognisjon kan være av betydning for utvikling av depresjon hos ungdom.

Ovenfor ble det vist til hvordan en depresjon kan utvikles på bakgrunn av et gjensidig samspill mellom ungdommen og miljøet det er en del av. I denne sammenheng ble ungdommen tildelt en aktiv rolle, ved at den unge velger, tolker og konstruerer sin sosiale verden. Ungdom har absolutt en mulighet til å spille en aktiv rolle i sin verden. Ungdommens tolkninger og valg av sosiale relasjoner, vil klart spille en rolle i forhold til om ungdommens sosiale verden vil være preget av positive eller negative opplevelser. Ungdom er kanskje en aktiv aktør i eget liv, men på hvilken måte kan man forstå aktiv? For mange vil medfødte biologiske sårbarhetsfaktorer, i samspill med stressende miljøbetingelser, kunne bidra til å gjøre denne aktive rollen utfordrende. Negative tanker og tolkninger, vil for mange kunne komme ubevisst, som en reaksjon på utfordrende livssituasjoner. Det er dette Beck m.fl. (1979) refererer til når de snakker om negative automatiske tanker. Slike automatiske tankemønstre vil igjen kunne påvirke ungdoms valg, og hvordan de konstruerer sin verden. Ut ifra dette kan termen «en aktiv deltager i eget liv» diskuteres. Om termen inkluderer det å være bevisst sine tolkninger og konstruksjoner, som igjen kan påvirke ens valg, blir dette derfor en side ved ungdommens «aktive rolle» som kan problematiseres. Ungdom kan imidlertid hjelpes til å ta kontroll over sitt liv, og til å aktivere tankemønstre som vil kunne gjør fremtidige interpersonlige relasjoner til en mer positiv opplevelse.

### 3.3 Kan kognitive og interpersonlige teorier utfylle hverandre?

De overnevnte teoriene for utvikling av depresjon, ser på henholdsvis kognisjon og interpersonlige relasjoner. Lewinsohn, Hoberman, Teri og Hautzinger (1985) mener disse perspektivene på depresjon ikke kan ses uavhengige av hverandre, og de foreslår derfor en modell som ser på samspillet mellom miljøfaktorer, interpersonlige relasjoner og kognisjon. Lewinsohn m.fl. (1985) ser miljøfaktorer som den primære årsaksfaktoren til endring av atferd, affekt og kognisjon. I følge Lewinsohn m.fl. (1985) vil opplevelse av ulike miljømessige stressorer, som foreldrekonflikter eller mobbing, være utløsende for en depressiv episode, mens de kognitive faktorene vil være modererende for hvilken effekt de ulike stressorene vil ha. I kapittel to så jeg på hvordan depresjon kan være et resultat av tanker, følelser, atferd og kroppslige forstyrrelser (Eknes, 2006). Dette er områder som kan utarte seg forskjellig hos ulike personer, og det bidrar til at en depresjon vil komme til syne på ulike måter. Som jeg senere vil gå inn på, kan det også ligge flere årsaker bak en depresjon. Lewinsohn m.fl. (1985) sitt fokus på depresjon som en interaksjon mellom miljøfaktorer, interpersonlige relasjoner og kognisjon, kan ses som modellens styrke. Dette muliggjør ulike forklaringsmodeller, som er i samsvar med depresjonens komplekse struktur. Disse forholdene utgjør grunnlaget for Lewinsohn og kollegaers depresjonsmestringskurs (Lewinsohn & Clarke, 1984), hvor det jobbes med personers kognisjon og interpersonlige relasjoner. Dette skal hjelpe ungdommen ut av en depresjon, ved at de lærer teknikker for hvordan de kan mestre ulike stressorer som de har opplevd og/eller lever under, men også stress som de eventuelt kan møte senere i livet. Jeg vil komme tilbake til dette under kapitlet om forebyggende arbeid.

En studie av Hammen og Brennan (2001) kan illustrere hvordan negativ kognisjon, interpersonlige forhold og miljømessige stressorer, alle har en sentral plass i forhold til å forklare hvordan en depresjon kan utvikle seg hos ungdom. Studien så på deprimerte ungdommer av mødre med og uten depresjon, og sammenlignet ungdommens interpersonlige ferdigheter. Undersøkelsen indikerte at barn av deprimerte mødre viste de svakeste interpersonlige ferdighetene, både i relasjon til familie og venner. Ungdommen rapporterte om en usikker og engstelig kognisjon, samt usikkerhet og engstelse i sine relasjoner til andre. Studien fant også at ungdom av deprimerte mødre hadde færre venner og var mindre delaktige på sosiale aktiviteter. Studien indikerer hvordan det å leve under familiestress kan få følger

for barnets selvforståelse. Den lave selvfølelsen inkluderer negative tanker og følelser, som vil kunne lede til interpersonlige vansker. Det hele kan utvikle seg til en negativ selvforsterkende sirkel, da manglende mestring av sosiale relasjoner igjen vil kunne forsterke de negative tankene og følelsene.

### **3.4 Oppsummering**

De overnevnte teoriene på depresjon hos ungdom forteller oss hvordan relasjoner til andre mennesker, miljømessige stressorer, og utvikling av en negativ kognisjon, interagere med hverandre og vil kunne bidra til at en depresjon utvikles, opprettholdes og/eller forsterkes. I møte med deprimerte ungdommer blir det derfor viktig å endre deres negative kognitive skjemaer, samt bidra med teknikker som kan øke deres sosiale kompetanse, samt hjelpe de å mestre ulike stressorer. De forebyggende tiltakene jeg vil se nærmere på i oppgaven, inkluderer strategier som skal hjelpe ungdommen innenfor de overnevnte områdene. Som vist gir de teoretiske fremstillingene en indikasjon på hvordan miljømessige stressorer, negativ kognisjon og interpersonlige vansker kan interagere med hverandre og skaper en risiko for depresjon. Selv om disse faktorene kan interagere med hverandre, ser det imidlertid ut til at risikofaktorer i miljøet og i ungdommen selv, er de faktorene som kan utløse interpersonlige vansker og en negativ kognisjon. I det neste kapitlet vil jeg derfor se nærmere på biologiske- og miljømessige risikofaktorer for depresjon hos ungdom.



## 4 Risiko- og beskyttende faktorer

En risikofaktor er enhver variabel eller faktor som kan assosieres med økt sannsynlighet for negative resultater i fremtiden (Sørli, 2000, s. 45). De teoretiske fremstillingene for utvikling av depresjon ovenfor, ga et innblikk i prosesser for hvordan risikofaktorer kan føre til depresjon. Det er imidlertid ikke gitt at eksponering for risikofaktorer vil lede til depresjon. Beskyttende faktorer ved ungdommen og/eller i deres miljø, kan motvirke eller nøytralisere den negative effekten av risikofaktorer (Ogden, 2009). Beskyttende faktorer kan derfor gjøre ungdom mer motstandsdyktige mot stress og belastninger. Nedenfor vil jeg gå nærmere inn på hvordan samspillet mellom ulike risikomekanismer, innenfor biologisk sårbarhet og miljømessige stressorer, kan bidra til depresjon hos ungdom. I denne sammenheng vil jeg samtidig diskutere hvilke faktorer som vil kunne virke beskyttende ovenfor ungdom som lever under risiko. Kunnskap om hvilke risikofaktorer som kan lede til depresjon, gir oss en mulighet til å fange opp ungdom som lever under risiko, på et tidlig tidspunkt. Dette gjør det mulig å iverksette nødvendig hjelp i tide, og man vil kunne forhindre en negativ utviklingsbane hos ungdommen. De risikofaktorene som ungdommen lever under, kan også ha betydning for hvilke intervensjoner som bør iverksettes. Samtidig vil man, gjennom å kartlegge beskyttende faktorer i og rundt ungdommen, også få kunnskap om positive forhold i ungdommens liv. I det forebyggende arbeidet vil man kunne ta utgangspunkt i de beskyttende faktorene, og sørge for at de får en større plass i ungdommens hverdag.

### 4.1 Eksponering for stressende livshendelser

En stressende livshendelse kan beskrives som «an environmental circumstance with an identifiable onset and ending and may alter an individual's present state of mental or physical wellbeing» (Sund, 2004, s. 24). Hos noen familier og for noen individer kan det være at stressende opplevelser ikke er forbigående, og tilstedeværelsen av stressorer vil derfor kunne være en integrert del av familiens og ungdommens hverdag (Ibid). Å eksponeres for stressende livshendelser fremheves som en risikofaktor for at ungdom utvikler depresjon, fordi man har funnet støtte for at stress ofte går forut for en økning i depressive symptomer hos ungdom (Garber, 2006).

Siden stressende livshendelser er av betydning for utvikling av depresjon hos ungdom, blir det i denne sammenheng interessant å se nærmere på om noen typer stressorer utpeker seg som mer belastende enn andre. Studier på dette område viser imidlertid ulike resultater. Noen forskere mener det spesielt er hendelser som stiller store krav til omstilling og reorientering, som gir symptomer på stress og psykiske plager. Dette kan være overveldende livshendelser som kommer plutselig, uten at man har fått forberedt seg på dem. Andre har funnet at kronisk stress i form av daglige irritasjonsmomenter eller uro, forårsaket av blant annet kranling med eller bekymring for foreldrene, kan ha større konsekvenser for den psykiske helsen enn spesielle og uventede hendelser (Mathiesen m.fl., 2007). Sistnevnte støttes av studien til Sund m.fl. (2003). Som en del av «the youth and mental health study», så de på hvilke stressorer som så ut til å korrelere med depressive symptomer hos ungdom mellom 12-14 år i Norge. De fant at kronisk stress i familien og i skolen, var sterkest assosiert med utvikling av depressive symptomer, hvor jentene ble mer påvirket av disse stressorene enn hva som var tilfellet for guttene.

Et interessant spørsmål blir derfor hva som kan forklare slike kjønnsforskjeller? I en studie på alders og kjønnsforskjeller ved mestring, fant Hampel og Petermann (2005) at jenter viste svakere mestringsstrategier enn gutter. Jentenes mestringsstrategier ble kjennetegnet av resignasjon og fravær av positiv selvinstruering. De tenderte videre til å dvele ved negative stressorer, og de manglet evnen til å distansere seg fra disse. Jenter så imidlertid ut til å takle stressorer ved å søke sosial støtte. Studien til Hampel og Petermann (2005) indikerer at jenter er tilbøyelige til å utvise dårlige mestringsstrategier i møte med stressorer, og dette utdypes derfor som en faktor for at jenter er i større risiko for å utvikle internaliserte vansker, som depresjon. Dette støttes av en studie som så på risikofaktorer for utvikling av psykiske helseproblemer hos barn og ungdom fra 10- til 17 år. Steinhausen og Winkler Metzke (2001) fant at ungdom som viste en unngåelsesatferd i møte med stressorer, hadde større risiko for å utvikle internaliserte vansker. Jenters svake mestringsstrategier kan derfor ligge bak de funn som indikerer at jenter påvirkes mer av stressorer, enn hva som er tilfellet for gutter. At jenter ser ut til å takle stress dårligere enn gutter, kan også være en forklaring på hvorfor jenter ser ut til å være overrepresentert innenfor depresjonslidelser.

Depresjon hos ungdom ser spesielt ut til å henge sammen med eksponering for stressorer som varer over lengre tid. Man bør allikevel ikke undervurdere effekten av hendelser som stiller

plutselige krav til omstilling og reorientering. Videre i kapitlet vil jeg derfor ta for meg risikofaktorer knyttet til begge typer stressfaktorer.

#### **4.1.1 Barn av deprimerte foreldre**

Å vokse opp med depresjon hos en eller begge foreldrene, er en risikofaktor som kan vedvare over lengre tid, og som kan bidra til betydelig stress hos ungdom. Garber (2006) viser til at depresjon hos foreldrene er en av de vanligste risikofaktorene for depresjon hos ungdom, og at dette forholdet kan være et resultat av både genetiske og miljømessige påvirkninger (Ibid). En longitudinell studie som fulgte barn med og uten deprimerte foreldre over 20 år, fant at sammenlignet med ungdom uten deprimerte foreldre, viste ungdom av deprimerte foreldre å ha tre ganger så stor risiko for å utvikle depresjon (Weissman m.fl., 2006). Ungdom av deprimerte foreldre er også i større risiko for å utvikle komorbide vansker som angst, atferds og skole problemer, selvmordsforsøk og rusmisbruk, samtidig som de har et generelt lavere funksjonsnivå (Garber, 2006).

I denne sammenheng vil det være av betydning å se på hvilke faktorer som setter barn av deprimerte foreldre i risiko for selv å utvikle en depresjon. Studier indikerer at i familier med mødre med unipolar depresjon, eksisterer det mer kronisk stress i forhold til foreldrekonflikter, jobb, økonomi og foreldrenes relasjon til sine barn (Goodman & Gotlib, 1999). Man har også funnet at depresjon hos en av foreldrene bidrar til større risiko for at den andre part også utvikler en depresjon (Joormann, Eugène & Gotlib, 2009). Tilstedeværelse av en depresjonslidelse hos begge foreldrene, vil kunne bidra til betydelig mer stress i familien. Ungdom eksponeres derfor ikke bare for foreldrenes depresjon, men også for de stressorer som følger foreldrenes depresjonslidelse. Det er ikke vanskelig å forstå at det kan være stressende for ungdom å leve under slike forhold. At barn av deprimerte foreldre også kan arve sårbarhetsfaktorer som setter de i risiko for selv å utvikle en depresjon, kan føre til at disse ungdommene finner det ekstra vanskelig å mestre de overnevnte familiebelastningene.

Ulike studier på ungdom, har fremhevet betydningen av støtte fra familien som positivt for den unges psykiske helse. Nærhet til og forståelse fra foreldrene, samt en viss grad av foreldrekontroll, viser seg spesielt viktig (Holsen, 2009). Dette kan blant annet være at de voksne vet hva ungdommen foretar seg, hvor de befinner seg og hvem de er sammen med. Et

godt oppvekstmiljø, i familier med omsorgsfulle og kompetente foreldre, kan derfor virke beskyttende ovenfor barns psykiske helse. Å oppdra ungdom vil kunne være en utfordring for flere foreldre, uavhengig av om de lider av en depresjon. For foreldre med en depresjon, vil imidlertid det å oppdra sine barn kunne være ekstra utfordrende. Sykdommen vil kunne tappe foreldrene for energi, og det vil kunne gå utover deres relasjoner til sine barn. Studier har blant annet funnet at deprimerte mødre ofte viser svake oppdragerevner, hvor deres forsøk på å regulere sine barns atferd beskrives som minimal og inkonsekvent. Mer utdypet kan deprimerte mødre vise en hjelpeløs, selvpoptatt og negativ atferd, som bidrar til at de ikke møter sine barns sosiale og emosjonelle behov. Dette blir videre assosiert med utvikling av negative foreldre- barn relasjoner (Radke- Yarrow & Klimes- Dougan, 2002).

Foreldredepresjon og andre belastende faktorer som dårlig økonomi, arbeidsløshet og svake sosiale nettverk, kan derfor føre til at de voksne ikke makter å gi nødvendig omsorg til sine barn. Når familier har langvarige belastninger, i form av foreldredepresjoner som rammer flere livsområder, reduseres derfor ungdommens tilgang til psykisk helsefremmende faktorer. Det er ikke vanskelig å forstå at det kan være belastende og sårende for ungdom, å oppleve at ens foreldre ikke er tilsted, og i stand til å møte deres behov. Å vokse opp under slike forhold, vil derfor kunne gjøre ungdom ekstra utsatt for å utvikle en depresjon.

Å vokse opp med deprimerte foreldre setter ungdom i risiko for å utvikle en depresjon. Det er allikevel ikke en automatikk i dette mønsteret. Beskyttelsesfaktorer, som betydningsfulle andre i ungdommens liv, vil kunne dekke behov som deprimerte foreldre ikke er i stand til å tilfredsstillere (Goodman & Gotlib, 1999). Som jeg senere vil gå inn på, kan personlighetstrekk også fungere som en beskyttende faktor. Jo flere beskyttende faktorer som er tilstede, jo større er sannsynligheten for at barnet utvikler seg normalt. I en familie hvor en av foreldrene lider av depresjon, vil den av foreldrene som ikke har depresjon kunne fungere som en beskyttende faktor ovenfor ungdommen. Denne forelderens kan tilby den sosiale og emosjonelle støtten som den andre forelderens har begrenset kapasitet til å vise. Besteforeldre, venner og/eller naboer, vil også kunne fylle noe av det emosjonelle og sosiale tomrommet som kan være tilstede hos barn av deprimerte foreldre.

## 4.1.2 Barn som opplever skilsmisse

En skilsmisse er et eksempel på en overveldende livshendelse som kan bidra til stress og psykisk ubehag hos ungdom. En skilsmisse kan ses som en endring og et ledd i en prosess hvor familien må organisere seg på nye måter, når forholdet ikke lenger fungerer for mor og far (Haaland, 2002). Under en skilsmisse er ungdommen prisgitt den prosessen foreldrene lager, hvor den unge vil streve med å gjøre det beste ut av de familieendringer som finner sted (Moxnes, Kvaran, Kaul & Levin, 2001). Mange unge kan derfor føle seg maktesløse i en skilsmisse, fordi endringer som angår ungdommen direkte, kontrolleres og avgjøres av noen andre enn dem selv. I Norge har vi en skilsmisseprosent på 46,8 (Haaland, 2002, s. 14). Dette er en viktig bakgrunn for å forstå skilsmisens plass i vårt samfunn. Forskning viser at de fleste unge klarer seg bra etter at ens foreldre skiller lag. En liten del står allikevel i fare for å utvikle psykososiale problemer (Ibid). Selv om skilsmisser de senere årene er blitt mer vanlig i familier, er det viktig at man ikke bagatelliserer virkningen en slik hendelse kan ha på ungdom.

Det ser ut til at et høyt konfliktnivå mellom foreldrene, hvor mer energi går med på å vinne over hverandre, enn til å samarbeide for å beskytte sine barn mot de påkjenninger en skilsmisse kan medføre, særlig henger sammen med en utvikling av depresjon hos ungdom (Moxnes m.fl, 2001). Det er vanskelig å såre den tidligere ektefellen uten å såre barnet. Om foreldrene ikke legger opp til en god kommunikasjon, og hvor konfliktnivået er høyt, vil skilsmisseprosessen bli en vanskelig opplevelse for ungdommen. Thuen (2001) viser til at det ikke er et direkte årsak- virkning forhold mellom samlivsbrudd og psykososiale vansker hos ungdom. I forbindelse med en skilsmisse kan samspillet mellom foreldrene være preget av bitterhet. Denne bitterheten kan utarte seg i stillhet, eller som hyppige verbale konflikter. En skilsmisse vil også kunne endre foreldrenes økonomiske status, og økonomi vil kunne være en årsak til konflikter mellom foreldrene (Stevenson & Black, 1995). At foreldrene blir alene, vil for mange kunne føre til et strammere budsjett, som innebærer at foreldre og barn må endre tidligere vaner. Å leve med foreldre som stadig er i konflikt med hverandre, kan utgjøre en belastning for ungdommen. En endring i foreldrenes sosioøkonomiske status kan bli en ekstra stressor, som kan føre til at konfliktnivået mellom foreldrene blir preget av mer negativitet. Et samlivsbrudd kan også føre til at foreldrenes psykiske helse blir svekket (Thuen, 2001). Alle disse forholdene vil kunne få negative konsekvenser for foreldre- barn relasjonen, og det vil kunne føre til at kvaliteten på omsorgen og oppdragelsen blir skadelidende. Heller enn

skilsmissen i seg selv, antas det derfor at de stressorer som følger en skilsmisse, vil ha betydning for om ungdommen utvikler følelsesmessige problemer i form av en depresjon.

I følge Thuen (2001), er foreldre med antisosiale vansker overrepresentert blant de som er skilt, hvor deres barn også ser ut til å ha betydelige plager. Det kan derfor tenkes at flere barn som har utviklet depresjon som følge av en skilsmisse, også har hatt depresjonssymptomer før skilsmissen fant sted. Dette finner støtte i en longitudinell studie av Aseltine (1996), som så på hvordan en skilsmisse kan knyttes til utvikling av depresjon hos ungdom. Det eksisterer som regel betydelige stressorer i form av blant annet konflikter, psykiske vansker hos både foreldre og barn, og svake foreldre- barn relasjoner, i et hjem truet av en skilsmisse.

Ungdommen må derfor, allerede før en skilsmisse inntreffer, jobbe for å prøve å mestre disse stressorene. Ungdommen kan derfor, allerede før skilsmissen inntreffer, være i ferd med å utvikle en depresjon. Aseltine (1996) fant at en skilsmisse, som en ny belastning, vil kunne endre ungdommens mestring av tidligere stressorer i en negativ retning. Dette medfører at ungdommens vansker kan forverres, eller de kan utvikle tilleggsvansker. Under slike omstendigheter kan derfor en skilsmisse føre til at en depresjon utvikles, eller at en allerede eksisterende depresjon forverres.

Som vi har sett kan en skilsmisse være en stor belastning for ungdommen. I denne sammenheng vil det være interessant å se nærmere på hvilke utviklingsbaner man kan se hos ungdom som opplever en skilsmisse. En longitudinell studie av Størksen, Røysamb, Moum og Tambs (2005) så på hvilken effekt en skilsmisse har på ungdoms psykososiale fungering, og om det forekommer kjønnsforskjeller med tanke på de unges reaksjoner. Undersøkelsen ble foretatt på ungdom mellom 14 og 18 år, i Norge. Studien viste at en skilsmisse påvirket ungdoms tilfredshet, selvtillit og skoleferdigheter, samtidig som en skilsmisse ble assosiert med en forhøyet risiko for utvikling av angst og depresjon. Studien indikerte en kjønnsforskjell ved effekten av skilsmisse, hvor jentene så ut til å bli påvirket innenfor både selvtillit, tilfredshet og skoleferdigheter, mens guttene ble sterkest assosiert med skoleproblemer. Resultatene indikerte også at skilsmisens påvirkning på de unges utvikling av depresjon, ble mediert av tilstedeværelsen av far. Fravær av far bidro til mer stress hos guttene enn hos jentene. Dette kan indikere at et mannlige forbilde betyr mye for gutter i ungdomsårene. Resultatene indikerer også at ungdom kan utvikle sterkere emosjonelle reaksjoner om en av foreldrene, som følge av en skilsmisse, ikke lenger blir en del av deres liv. At foreldrene skiller lag, vil alene kunne føre til en sorgprosess for ungdommen. Om en

av foreldrene i tillegg forsvinner ut av deres liv, vil kunne oppleves som et nytt tap, og komme som en ekstra belastning til skilsmissen. Det er derfor ikke vanskelig å forstå, at dette er et forhold som vil kunne forsterke ungdommens emosjonelle reaksjoner. En innvending mot denne studien er at den ikke spesifikt skilte mellom ungdom fra konfliktfulle og mer konfliktfrie samlivsbrudd. Andre har imidlertid funnet at kvaliteten på omsorgen foreldrene gir, og grad av samarbeid mellom foreldrene under en skilsmisse, er av betydning for den unges psykososiale utvikling (Moxnes m.fl., 2001). Om foreldrene makter å opprettholde et godt samarbeid, og at de ikke glemmer sine barn midt oppe i et skilsmisseoppgjør, er faktorer som kan beskytte ungdom mot å utvikle en depresjon som følge av sine foreldres skilsmisse.

Studien til Størksen m.fl. (2005) indikerte at unge jenter med skilte foreldre er mer sårbare enn gutter med skilte foreldre, og et interessant spørsmål blir derfor hva som kan forklare disse funnene? I studien til Hampel og Petermann (2005), fant man at jenters svake mestringsstrategier kan bidra til at de blir mer påvirket av negative stressorer, enn hva som er tilfellet for guttene. At jenter sliter med å mestre ulike stressorer, kan derfor henge sammen med de resultatene som indikerer at jenter viser seg mer sårbare for foreldres skilsmisse, enn hva guttene er.

For noen familier vil en skilsmisse kunne være en bedre løsning. Dette gjelder særlig i de tilfeller hvor forholdet mellom mor og far har vært konfliktfylt. Selv om en skilsmisse for enkelte familier kanskje vil være til det beste for familiemedlemmene, ser allikevel foreldrenes håndtering av skilsmissen ut til å være avgjørende for om prosessen vil ha negativ eller positiv innvirkning på ungdommens psykososiale utvikling, og dermed om ungdommen vil utvikle en depresjon som følge av skilsmissen. Foreldrenes samarbeid og kommunikasjon, samt kvaliteten på deres omsorg for barna, blir svært viktig for hvordan skilsmissen vil påvirke de unge. Et lavt konfliktnivå og et godt samarbeid foreldrene imellom, kan derfor fungere som beskyttende faktorer ovenfor ungdom som opplever at sine foreldre skilles. Selv om flertallet av ungdom som opplever en skilsmisse ikke utvikler en depresjon, skal man allikevel ikke undervurdere effekten av en skilsmisse. De fleste vil oppleve en skilsmisse som tung og trist uavhengig av om de utvikler en depresjon.

### 4.1.3 Mobbing

Roland (2007, s. 25) definerer mobbing som «... fysiske eller sosiale handlinger, som utføres gjentatte ganger over tid av en person eller flere sammen, og som rettes mot en som ikke kan forsvare seg i den aktuelle situasjonen». Mobbing er eksempel på en livshendelse som kan bidra til stress, og fysisk og psykisk ubehag hos den som rammes. Barn og unge som blir utsatt for mobbing opplever seg ofte som lite akseptert av jevnaldrende, de har lav selvtillit og lider ofte av depressive plager (Bond, Carling, Lyndal, Rubin & Patton, 2001). Omtrent 60 000 barn og unge går rundt med en frykt for å bli mobbet (Roland, 2007, s. 27). Den stadige frykten for å bli mobbet, kombinert med den fysiske og psykiske belastningen mobbing kan medføre, kan kanskje forklare utbredelsen av depresjon blant mobbeofre.

Jeg har tidligere vist til forskning som støtter antagelsen om at oppvekst i et hjem preget av foreldredepresjoner og andre stressorer, kan være en risiko for at ungdom utvikler depresjon. Kan det tenkes at en oppvekst, preget av de overnevnte forholdene, også kan gjøre ungdom ekstra sårbare for å bli mobbet? Barn som vokser opp under slike forhold kan utvikle en stille og forsiktig atferd preget av dårlig selvfølelse, eller de kan utvikle en mer aggressiv og opprørsk atferd (Gotlib m.fl., 1995). Olweus og Solberg (2006) karakteriserer ungdom med overnevnte atferdstrekk som særlig sårbare for å bli mobbet. De utdyper videre hvordan ungdom som er sårbare for å bli mobbet eller opplever mobbing, vil ha behov for støttende foreldre som legger forholdene til rette for en positiv utvikling. Blant annet utdypes betydningen av at ungdommen får hjelp til å styrke sin selvtillit, ved at foreldrene anerkjenner barnets positive egenskaper. Foreldreferdighetene er ofte begrenset i familier preget av foreldredepresjoner og andre stressorer (Radke- Yarrow & Klimes- Dougan, 2002). I mange tilfeller vil derfor ungdom som blir mobbet, kunne oppleve ikke å få den støtten som de sårt trenger under slike vanskelige forhold. Det ser ut til at ungdom som lever med vanskelige familieforhold, kan være disponert med atferdstrekk som setter de i risiko for å bli mobbet. Om det skulle forekomme at disse ungdommene blir utsatt for mobbing, vil de få en ny belastning inn i livet som kan skape en risiko for å utvikle depresjon. Det kan også være at disse ungdommene ikke opplever støtte fra sine foreldre. Om den manglende støtten ikke erstattes med støtte fra betydningsfulle andre i ungdommens liv, vil det kunne resultere i at ungdommen føler seg alene. Ensomhet, samt det å leve med livsbelastninger som foreldredepresjoner og/eller mobbing, er stressfaktorer som kan føre til at ungdommen utvikler en depresjon.



Jeg har til nå sett på hvordan mobbing vil være en risiko for depresjon hos ungdom, samt hvordan det å vokse opp med stressorer i familien kan gjøre ungdom utsatt for å bli mobbet. Det vil derfor være interessant å diskutere hva som eventuelt kan hindre en negativ utviklingsbane for ungdom som opplever mobbing. Det er nemlig ikke en automatikk i at det å utsettes for mobbing vil lede til depresjon. Hvor resilient en person er mot mobbing vil påvirkes av ens personlige ressurser. Det kan være ressurser som et positivt syn på seg selv, god fysisk og psykisk helse, et lavt stress- og angst nivå, sosial intelligens og gode tilpasningsevner (Sandsleth, 2007). Støtte fra betydningsfulle andre i ungdommens liv, som foreldre eller lærere, kan også fungere beskyttende ovenfor ungdom som blir mobbet (Olweus & Solberg, 2006). Slike beskyttende faktorer er imidlertid ingen selvfølge. Hos personer sårbare for en depresjon har man funnet at personlige ressurser kan være svekket (Eknes, 2006; Garber, 2006). Som jeg tidligere har utdypet, er det heller ingen selvfølge at ungdom har foreldre som er støttende. Om lærerne ikke er like oppmerksomme på mobbing blant sine elever, kan det være ungdommen også opplever manglende støtte fra skolen. Dette gjør ungdom mottagelige for mobbingens fysiske og psykiske belastninger, noe som igjen gjør de mer utsatt for å utvikle en depresjon.

Rothon, Head, Klineberg, Stansfeld (2011) så på i hvilken grad sosial støtte kan virke beskyttende for ungdom som opplever å bli mobbet. Forskerne fant at støtte fra venner og familie, vil kunne virke positivt inn på den unges akademiske prestasjoner. Denne støtten viste seg imidlertid ikke å være tilstrekkelig når det kom til de mobbedes psykiske helse, hvor flertallet sto i fare for å utvikle en depressiv lidelse. Bond m.fl. (2001) så også på betydningen sosial støtte kan ha for ungdom som blir mobbet. Studien indikerte at ungdom med svake sosiale relasjoner, og som tidligere hadde blitt mobbet, var utsatt for å utvikle emosjonelle problemer. Det ser derfor ut til at mangel på sosial støtte hos ungdom som opplever å bli mobbet, kan skape en større risiko for at mobbingen fører til en depresjon.

Bond m.fl. (2001) fant at risikoen for å utvikle emosjonelle problemer som følge av mobbing og manglende sosial støtte, var større for jenter enn for gutter. I motsetning til Bond m.fl. (2001), fant Rothon m.fl. (2011) at denne risikoen var større for guttene, enn for jentene. De to studiene er derfor noe uenige i forhold til gutter og jenters emosjonelle reaksjoner, som følge av mobbing og manglende sosial støtte. Men i hvilken grad skal man vektlegge kjønnsforskjeller ved mobbing? Mobbingens psykiske belastninger vil være vanskelig for ungdommen, uavhengig av om man er jente eller gutt. Om det skulle vise seg at depresjon,

som følge av mobbing, er mest utbredt blant jenter, er ikke det ensbetydende med at gutter ikke vil oppleve det å bli mobbet som belastende. Begge kjønn kan utvikle en depresjon som følge av mobbing, og det vil være viktig å ta mobbing på alvor hos både gutter og jenter.

Studien til Rothon m.fl. (2011) indikerer også at støtte fra venner og familie ikke alltid er nok. Det vil derfor være interessant å se nærmere på hvilken betydning støtte fra skolen kan spille. Rothon m.fl. (2011) utdyper at jenter, i motsetning til gutter, ser ut til å søke støtte hos voksenpersoner i skolen om de blir mobbet. Og dette blir satt som en forklaring på at jenter oftere kommer ut av en tilværelse preget av mobbing. En mer aktiv involvering fra skolene, ovenfor både gutter og jenter, vil derfor kunne være av betydning for å hindre at ungdom utvikler en depresjon, som følge av mobbing. I tillegg til å iverksette skolebaserte tiltak for å stoppe mobbing blant elever, kan også ungdom som har blitt utsatt for mobbing, innlemmes i programmer hvor de får hjelp til å bearbeide tanker og følelser knyttet til en opplevelse av mobbing. Jeg vil komme tilbake til dette under kapittel syv, hvor jeg diskuterer oppgavens forebyggende tiltak. At utsatte ungdom opplever å få støtte for sine vansker, kan forhåpentligvis forhindre at en depresjon oppstår. Den sosiale støtten skolen kan gi, vil kanskje være ekstra viktig for ungdom som er ensomme og/eller kommer fra et hjem preget av manglende foreldrestøtte.

## 4.2 Biologisk sårbarhet

I hvilken grad kan biologi forklare utviklingen av depresjon? Studier indikerer at sårbarhet for depresjon kan være forbundet med arv, og arvbaheten ser ut til å være større jo mer alvorlig depresjon det er snakk om (Berge & Repål, 2002). Å bli født inn i en familie hvor det eksisterer en historie med psykiske helseproblemer, kan derfor bidra til økt risiko for å utvikle depresjon. Det antas i dag at samspillet mellom flere gener utgjør en indirekte risiko for depresjon. Det vil si at man ikke kan fastslå at det er visse enkeltgener som direkte fungerer som risiko for depresjon (Haugen, 2008). Blant annet vil medfødte personlighetstrekk eller temperamentstrekk kunne være en risiko. For eksempel vil ungdom disponert med en stille og forsiktig personlighet, og et hypermottakelig temperament, være i risiko for depresjon (Ibid). Ungdom med slike disposisjoner, kan være mer mottakelig for stress i familien eller i skolen. Fordi disse atferdstrekkene blir en motvekt til mer aggressive atferdstrekk, kan det derfor

tenkes at en mer stille og forsiktig personlighet, og et hypermottakelig temperament, igjen kan virke beskyttende mot å utvikle en antisosial atferd (Ibid). Dette er et eksempel på hvordan biologiske disposisjoner kan virke både som risiko- og beskyttende faktorer ved ungdoms psykiske helse.

Som vist under de teoretiske fremstillingene for depresjon hos ungdom, vil utvikling av depresjon forekomme i et samspill mellom medfødt sårbarhet og risikofaktorer i miljøet ungdommen er en del av. Biologisk sårbarhet vil derfor ikke alene operere som en risiko for depresjon. Ta foreldredepresjon som et eksempel. Grunnet egen sykdom viser deprimerte mødre ofte svake oppdragerevner (Goodman & Gotlib, 1999). At deres barn kan ha et vanskelig temperament, kan igjen øke mødrenes stressnivå, som vil kunne virke negativt inn på samspillet mellom mor og barn (Ogden, 2009). Biologisk sårbarhet hos ungdommen interagerer derfor med psykologisk sårbarhet hos mor, som kan lede til videre negativ utvikling hos både mor og barn.

Individuelle forskjeller i biologisk sårbarhet kan også ha betydning for hvordan ungdom tolker og reagerer på stressende hendelser, og dermed i hvilken grad en depresjon lar seg utvikle som følge av opplevd stress. Om ungdom utvikler en depresjon som følge av stress, kan videre påvirkes av når i utviklingsprosessen belastningen kommer, og om flere belastninger er tilstede samtidig (Mathiesen m.fl., 2007). Det ser ut til at jo eldre barnet er, jo mer vil ulike miljømessige stressorer kunne påvirke negativt (Ibid). Under avsnittet om Becks kognitive teori for utvikling av depresjon, diskuterte jeg hvordan sammenhengen mellom kognitiv sårbarhet og stress, ser ut til å være sterkere for ungdom enn for barn. At evnen til abstrakt tenkning utvikles i ungdomsårene, ble foreslått som en forklaring på disse funnene. Det kan derfor være at ungdom, i større grad enn barn, er i stand til å vurdere ulike opplevelser og deres konsekvenser, og dermed forstår mer av hvilken negativ effekt ulike hendelser kan ha. Dette kan være en grunn til at ungdom ser ut til å påvirkes mer av stress, enn hva yngre barn gjør. Det kan også tenkes at ungdom, i mindre grad enn barn, skjermes for eventuelle stressorer og konflikter i familien, og dette kan tenkes som en annen årsak til at ungdom ser ut til å påvirkes mer av miljømessige stressorer.

Hvordan kan vi så benytte kunnskapen om biologisk sårbarhet ved depresjon? Kunnskapen om arvelighet ved depresjon gjør oss i stand til å kunne identifisere risikoutsatte familier, hvor man kan iverksette tiltak og oppfølging på et tidlig stadium. Dalgard (2006) utdyper at man i møte med foreldre til deprimerte ungdommer, kan forklare at det nødvendigvis ikke er deres

oppdragerevner som har ført til at deres barn har blitt deprimert, men at en arvelig sårbarhet kan ha bidratt til depresjonens utvikling. Dette kan imidlertid problematiseres. Svært få psykiske lidelser skyldes gener alene, og det vil derfor være for enkelt å forklare depresjon hos ungdom som en følge av arv. Selv om biologisk sårbarhet er en risikofaktor for utvikling av depresjon hos ungdom, vil det være viktig at man i møte med deprimerte ungdommer, også vurderer hvilke miljømessige faktorer som kan ligge bak ungdommens emosjonelle reaksjoner.

### **4.3 Oppsummering**

I hvilken grad ungdom reagerer på stressende hendelser, ser ut til å medieres av biologisk sårbarhet, og om ungdommen opplever støtte fra sine foreldre eller betydningsfulle andre, som for eksempel foreldre og/eller lærere. Ungdom vil derfor reagere forskjellig i møte med ulike risikofaktorer, og det blir vanskelig å sette bestemte årsak- virkning mønstre på hvordan en depresjon utvikles. Kunnskap om risiko- og beskyttende faktorer forteller oss hvilke forhold som kan skape en risiko for depresjon, samt hva som eventuelt kan forhindre eller moderere effekten av stressende opplevelser. Denne kunnskapen er viktig i arbeidet med å identifisere ungdom i risiko, samt i forhold til å vurdere hvilke tiltak som kan være effektive. Da utvikling av depresjon blant annet faller på i hvilken grad ungdom klarer å håndtere stressorer de møter i hverdagen, blir det viktig å hjelpe ungdom til å få kontroll over tanker og følelser knyttet til utfordrende livssituasjoner. Dette for at mulige skadevirkninger ved negative miljøpåvirkninger, skal reduseres så langt det er mulig. Før jeg går inn på hvilke forebyggende tiltak som kan være aktuelle ovenfor deprimerte ungdommer, vil jeg først se nærmere på hvilke konsekvenser som kan knyttes til en depresjonsslidelse hos ungdom. Dette ser jeg som viktig, da det underbygger betydningen av en forebyggende innsats ovenfor ungdom som sliker med en depresjon.

# 5 Konsekvenser ved depresjon

I de senere årene har depresjon blant befolkningen blitt viet mye oppmerksomhet innenfor både media og helsevesenet. Denne oppmerksomheten kan forklares med at stadig mer forskning viser til betydelige negative effekter av depresjon, både for individet som rammes og for samfunnet for øvrig. Når man skal studere konsekvenser ved depresjon, er det viktig at man forstår at årsak- virkning ikke bare går den ene veien, men at det er sirkulære sammenhenger (Eknes, 2006). I de tilfeller hvor depresjonen har latt seg utvikle, kan de påfølgende konsekvensene opprettholde, forlenge eller kanskje forverre depresjonen. Selvmordstanker er en alvorlig konsekvens ved depresjon, og er et eksempel på en konsekvens som både vil kunne opprettholde, forlenge og/eller forverre depresjonen. Ved enkelte årsak- virkning mønstre kan det imidlertid være vanskelig å avgjøre hva som var tilstede først. Er det en dårlig selvfølelse som har ledet til depresjon, eller er det depresjonslidelsen som har bidratt til dårlig selvfølelse? Som jeg vil gå inn på, kan påvirkningen gå begge veier. De sirkulære sammenhengene vil gjøre seg gjeldene innenfor ulike årsak- virkning mønstre ved depresjon.

## 5.1 Psykososiale vansker

Deprimerte ungdommer har ofte psykososiale vansker i form av internalisert og/eller eksterneisert atferd. Dette inkluderer blant annet et negativt attribusjonsmønster, svak sosial kompetanse, en dårlig selvfølelse, samt selvmordstanker (Gotlib m.fl., 1995). Problematisk psykososial fungering vil kunne føre til vansker innenfor viktige livsområder som utdanning, jobb, sosiale relasjoner og helse (Compas, Connor & Hinden, 1998). Da depresjon kan plasseres langs et kontinuum fra mild og moderat til alvorlig, vil det være interessant å se hvordan de psykososiale vanskene ved depresjon utarter seg ved sub- klinisk og klinisk depresjon. I en longitudinell studie sammenlignet Gotlib m.fl. (1995) den psykososiale fungeringen til ungdom med en klinisk- og sub- klinisk depresjon, samt ungdom uten depresjon. Forskerne fant at klinisk- og sub- klinisk depresjon utartet seg signifikant forskjellig ved de psykososiale variablene internalisert og eksterneisert atferd, selvmordstanker og fysisk helse. Den første variabelen innebar blant annet bekymringer, angst, attribusjonsmønster, pessimisme og søvnvansker. Den andre inkluderte atferdsvansker

og ADHD. I følge denne studien, ser ungdom med en klinisk depresjon ut til å vise noen flere vansker enn ungdom med en sub- klinisk depresjon, hvor selvmordstanker var den psykososiale konsekvensen som skilte de to gruppene sterkest fra hverandre. Forskerne sammenlignet også ungdom med sub- klinisk depresjon og ungdom uten depresjon, hvor de fant at ungdom med en sub- klinisk depresjon viste betydelig flere vansker, enn ungdom uten en depresjon. Undersøkelsen til Gotlib m.fl. (1995), indikerer at ungdom med en sub- klinisk depresjon karakteriseres med et høyt symptomnivå, de er i risiko for å utvikle senere psykopatologi, da særlig depresjon og angst, og de rapporterer en problematisk psykososial fungering. Dette indikerer at man i møte med deprimerte ungdommer, også bør jobbe med de som ikke tilfredsstiller diagnosekriterier.

Hvordan er så prognosene for ungdom med en depresjon? Vil de psykososiale vanskene vedvare inn i voksen alder, og på hvilke områder i livet vil vanskene i så fall skape problemer? En longitudinell studie av Judd m.fl. (2000), så på psykososiale vansker ved depresjon og dens langtidsvirkning hos deprimerte personer fra 17- 79 år, over en periode på 10 år. Forskerne undersøkte vansker relatert til jobb, samliv og generell psykososial fungering. Studien indikerte at for alvorlig unipolar depresjon, var de psykososiale vanskene gjennomgripende og kroniske. Denne gruppen viste derfor en generell lavere fungering, og dette så ut til å påvirke både arbeidsforhold og samliv. Studien fant også at sub- klinisk depresjon assosieres med en økning i psykososiale vansker, og påvirket spesielt fungering i arbeidslivet. Psykososiale vansker så også ut til å variere med tilstedeværelsen av depressive symptomer. I perioder med depresjoner hadde personene betydelige psykososiale vansker, mens den psykososiale fungeringen var tilsvarende bedre i periodene hvor depresjonssymptomene var mer fraværende. Uavhengig av depresjonssymptomenes alvorlighet, fant man at en økning i depressive symptomer indikerte en samtidig økning i psykososiale vansker.

Studiene indikerer at en depresjon hos ungdom vil kunne føre til akademiske og sosiale vansker. En depresjon vil også kunne få konsekvenser for den fysiske helsen til ungdommen. Konsekvensene vil imidlertid ikke bare prege ungdomsårene. De kan også vedvare langt inn i voksen alder. Derfor kan ungdom, som ikke får hjelp til å komme ut av depresjonen, oppleve et voksenaliv med redusert livskvalitet, og konsekvenser for fremtidig helse, samliv og arbeid. En depresjon, som følge av opplevd risiko og med påfølgende psykososiale konsekvenser, vil kunne virke negativt inn på ungdoms tanker om seg selv. Hvordan vi vurderer, verdsetter eller

aksepterer oss selv, utgjør viktige komponenter for vår selvfølelse (Haugen, 2008). En depresjon kan derfor lede til en lav selvfølelse, fordi tankene og vurderingene om en selv ofte er negative. Selvmord og selvmordsforsøk er en alvorlig konsekvens ved depresjon, og denne destruktive atferden kan knyttes til en lav selvfølelse (Guindon, 2010). Ungdoms selvfølelse, og dannelse av selvmordstanker, ser derfor ut til å være to sentrale momenter ved depresjon hos ungdom. I den videre fremstillingen vil jeg derfor se nærmere på disse to konsekvensene.

### **5.1.1 Selvfølelsen**

Selvfølelsen er knyttet til de generelle meningene vi har om oss selv, og hvilken verdi vi gir oss selv som menneske. Summen av en persons mellommenneskelige erfaringer vil skape og videreutvikle selvfølelsen (Øiestad, 2009, s. 30). Som vist under de teoretiske fremstillingene for depresjon, kan en depresjon vanskeliggjøre interpersonlige relasjoner. Interpersonlige erfaringer handler om kvaliteten på de relasjoner ungdommen har til sine jevnaldrende, men også til sine foreldre eller betydningsfulle andre. Problematisk interpersonlige relasjoner, kan føre til at ungdom blir avvist og at de ikke opplever å mestre det sosiale livet. Dette er erfaringer og opplevelser som kan føre til at ungdommen danner negative tanker om seg selv og sine omgivelser. Interpersonlige erfaringer kan derfor påvirke ungdoms selvfølelse.

Et negativt attribusjonsmønster vil være en del av en dårlig selvfølelse (E. Skaalvik & S. Skaalvik, 1996). Attribusjon handler om hvordan vi årsaksforklarer det som skjer, og det vi selv og andre gjør (Øiestad, 2009). Negative tankemønstre kan bidra til at ungdommen undergraver sine verdier og sin kompetanse. I møte med ulike situasjoner kan for eksempel tanker som «jeg dummer meg alltid ut, så hvorfor anstrenge seg» gjøre seg gjeldende. Når vi i utgangspunktet føler oss uverdige og forventer nederlag og avvisning, vil dette få følger for hvordan vi forholder oss til andre mennesker og hvordan man mestrer ulike situasjoner (Compas m.fl., 1998). En stadig opplevelse av å feile eller ikke strekke til, og hvor mestringsfølelser uteblir, vil derfor kunne forsterke et negativt selvbilde. Annerkjennelse fra andre har også betydning for selvfølelsen. At deprimerte preges av negative kognitive skjemaer og attribusjonsmønstre, kan påvirke i hvilken grad de tar til seg ros og annerkjennelse (Øiestad, 2009), og dette kan få negative konsekvenser for ungdommens selvfølelse.

I løpet av livet vil de fleste oppleve interpersonlige utfordringer og konflikter, forhold som vil sette ens tankemønster på prøve. Man kan ikke hindre negative tanker. Selv personer med en god selvfølelse vil kunne oppleve negative tankemønstre. For en deprimert person vil allikevel et slikt tankemønster være dominerende, og føre til at man undervurderer seg selv som menneske. Guindon (2010) fremmer hvordan selvfølelse kan være både en forløper og konsekvens ved depresjon. Studier har også funnet at det er en signifikant sammenheng mellom lav selvfølelse ved depresjon og selvmord (Ibid). Neste del vil derfor gå nærmere inn på selvmordstanker som en konsekvens ved depresjon.

### **5.1.2 Når man ikke lenger ønsker å leve**

For mange vil symptomene som følger en depresjonslidelse være så belastende at man ikke lenger ønsker å leve. Selvmord er en særdeles alvorlig konsekvens ved depresjon. Om lag 20 % av alle dødsfall i alderen 15-24 år skyldes selvmord, hvor gutter er overrepresentert innenfor denne statistikken (Rosenvinge, 2011). I vestlige samfunn ser man imidlertid en økning i selvmordsstatistikken blant jenter (Steele & Doey, 2007). For selvmordsforsøk finnes ingen offisiell statistikk, men representative spørreundersøkelser viser at nesten 14 % jenter og litt over 6 % gutter i alderen 15-19 år har forsøkt å ta sitt eget liv (Rosenvinge, 2011). Hos ungdom under 15 år forekommer oftest tilfeller av selvskading, handlinger som ofte er av impulsiv karakter og hvor hensikten ikke er å dø. Ungdom forklarer slike handlinger med at de ønsker å stoppe uønskede følelser eller rømme fra vonde situasjoner. Ungdom i alderen 16-19 år er i større risiko for å lykkes med sine selvmordsforsøk (Steele & Doey, 2007). Forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk blant ungdom, kan indikere at jenter oftere enn gutter prøver å ta sitt eget liv, mens gutter oftere lykkes i sine forsøk. Den overnevnte statistikken, gjør det også aktuelt å se på hvordan vi kan forklare at selvmord er utbredt nettopp i aldersspennet 16-19 år? I denne alderen kan det tenkes at ungdoms psykiske plager har utviklet seg til mer alvorlige lidelser. Dette kan medføre at de vonde følelsene man før ønsket å rømme fra gjennom selvskading, nå kan ha blitt så gjennomgripende at ungdommen ikke lenger ser noen mening i å leve. Selvskadingen vil derfor kunne eskalere. Selvmord kan derfor forekomme som en bevisst konsekvens, eller kanskje som et uhell på en heller vanskelig dag, hvor selvskadingen gikk lenger enn planlagt.



Selv mord og selvmordsforsøk knyttes til ungdoms opplevelse av stressende livshendelser. Dette innebærer ofte interpersonlige konflikter eller vansker, som å oppleve at foreldrene skilles eller at man blir avvist av venner. Det kan også være skolerelaterte problemer, som akademiske vansker eller mobbing (Gledhill & Hodes, 2008). Mobbing kan for eksempel lede til en følelse av å være annerledes og at man ikke passer inn. En slik opplevelse kan skape negative tanker, og vil kunne føre til at ungdommen trekker seg vekk fra andre og inn i ensomhet. Dette fordi ungdommen kan få et behov for å beskytte seg selv mot avvising, kritikk og sårende kommentarer. Disse opplevelsene vil kunne føre til flere og sterkere negative tanker om seg selv, sine egne kvaliteter og sin egen verdi som menneske. Som jeg tidligere var inne på, er dette forhold som er knyttet til ungdommens selvfølelse, og eksempelet viser hvordan vonde opplevelser kan bryte ned selvfølelsen. Enkelte ungdommer ser dessverre selvmord som den eneste løsningen, for å kunne slippe alle de vonde tankene og følelsene.

Statistikken på selvmord og selvmordsforsøk viser at jenter er overrepresentert innenfor selvmordsforsøk. Et interessant spørsmål er derfor hva som kan være årsak til denne tendensen? Selvmordstanker kan komme som en følge av psykiske vansker, og 49 % til 64 % av suicidale ungdommer lider av en depresjon (Steele & Doey, 2007). Dette gjør depresjon til den vanligste årsaken ved selvmord. Jenter ser ut til å være overrepresentert innenfor depresjonslidelser, og dette kan være en årsak til at jenter derfor er overrepresentert innenfor statistikken på selvmordsforsøk.

Selv om man de senere årene finner at selvmord blant jenter øker, har man i USA de siste 15 årene sett en nedgang i selvmord blandt ungdommer generelt (Steele & Doey, 2007). I Norge finner man imidlertid ikke en tendens til nedgang i selvmordsstatistikken blant ungdom, men hos voksne har selvmordsstatistikken gått noe tilbake (Olsson, 2006). Hvorfor ser man en nedgang i selvmord blant ungdom i USA, men ikke i Norge? En forklaring kan være økt bruk av antidepressive medikamenter i USA. Fra 1990- tallet og frem til 2004 fant man at selvmordsraten hos ungdom i 15 land hadde minket med 33 %, hvor det i denne perioden var en økning i utgivelse av selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), og andre antidepressive medikamenter (Steele & Doey, 2007). De senere årene har det vært en økning i utskrivningen av antidepressiva hos unge mellom 6- 19 år i USA, og dette kan derfor forklare noe av USAs nedgang i suicidal atferd blant ungdom (Ibid). I Norge har nedgangen i selvmord blant voksne kommet parallelt med at bruken av antidepressiva har økt. Disse legemidlene benyttes

imidlertid ennå i liten grad på deprimerte ungdommer i Norge (Olsson, 2006). At man i Norge sjeldnere skriver ut antidepressiva til deprimerte ungdommer, kan derfor være en forklaring på at selvmordsfrekvensen blant ungdom i Norge ikke har gått ned. Hva kan så være årsaken til at Norge ikke følger andre land og deres bruk av antidepressive medikamenter? Enkelte undersøkelser har funnet at bruk av ulike antidepressiva hos ungdom har hatt motsatt effekt ved at man har funnet en økning i ungdoms selvmordsatferd (Steele & Doey, 2007). At Norge i mindre grad skriver ut antidepressiva til ungdom, kan derfor komme av de uheldige bivirkningene man ser ved medikamentene. En annen forklaring på den stabile selvmordsfrekvensen blant ungdom i Norge, kan også være at mange med depresjon i Norge forblir ubehandlet. Enten fordi terskelen for å søke hjelp er for høy, eller fordi deprimerte ungdommer ikke fanges opp av hjelpeapparatet (Sund m.fl., 2011).

Antidepressive medikamenter er et tiltak man kan iverksette i møte med tungt deprimerte ungdommer som bedriver selvskading, og som man frykter kan begå selvmord. Grunnet usikkerhet rundt disse medikamentenes effekt, må man imidlertid sørge for at ungdommen følges godt opp, og at eventuelle bivirkninger fanges opp. Men er medisinerings tilstrekkelig ved selvmordsatferd? Gledhill og Hodes (2008) viser til at bruk av antidepressive medikamenter kan suppleres med kognitiv atferdsterapi, og at denne kombinasjonen har vist å ha en positiv effekt. Undersøkelser har funnet at ungdom som mottar både medisinerings og kognitiv atferdsterapi, ser ut til å vise størst bedring av sin suicidale atferd, i motsetning til ungdom som kun blir gitt en av metodene (Hawton & Fortune, 2008). Medisinerings vil for noen dempe de vonde følelsene og tankene som følger en selvmordsatferd, men den vil ikke fjerne disse helt. Tanken bak kognitiv atferdsterapi, er derfor å identifisere og bearbeide de vonde tankene og følelsene som rammer ungdom med selvmordstanker.

## 5.2 Oppsummering

Stresset som utløser og følger en depresjon, kan for mange ungdommer bli for belastende. At ungdom går til det steget og tar sitt eget liv, vil alltid være en katastrofe. Selvmord knyttes til en opplevelse av stressende livshendelser. Stressende livshendelser er noe mange ungdommer vil oppleve eller leve under, og i hvilken grad ungdommen mestrer stress vil gjøre seg gjeldene under slike forhold. Det vil alltid være ønskelig å jobbe for at ungdom skal slippe å

leve under belastende forhold, som foreldredepresjon eller mobbing. Enkelte ungdommer vil imidlertid kunne nyte godt av å lære strategier for hvordan de kan mestre ulike stressorer i hverdagen. Ulike mestringsstrategier kan også være aktuelle for å bearbeide og mestre belastninger som tidligere har funnet sted i ungdommens liv. Strategiene må imidlertid iverksettes på et tidlig stadium, før selvfølelsen har latt seg nedbryte og ungdommen mister lysten på å leve. For at dette skal la seg gjennomføre, blir det viktig at ulike tjenester innenfor førstelinjetjenesten har den kunnskapen om depresjon, som muliggjør tidlig identifisering og implementering av effektive tiltak ovenfor deprimerte ungdommer. I de foregående kapitlene har jeg derfor forsøkt å fremsette kunnskap om hvordan en depresjon kan utvikles, og utarte seg hos ungdom. I den videre fremstillingen vil jeg se nærmere på forebyggende arbeid ovenfor deprimerte ungdommer innenfor førstelinjetjenesten, hvor jeg har valg PP- tjenesten som arena. De forebyggende tiltakene jeg vil gå inn på i oppgaven, håper jeg vil kunne være til inspirasjon for fremtidige- og allerede fungerende PP- rådgivere.

## 6 Forebyggende arbeid

Det eksisterer i dag flere behandlingsformer for depresjon. Undersøkelser indikerer imidlertid at behandling kun hjelper i ca 65 % av tilfellene (Garber, Webb & Horowitz, 2009). Det er også et stort spenn mellom antall deprimerte som har behov for behandling, og de som faktisk mottar behandling (Eknes, 2006). Dette betyr at mange unge med en depresjon går rundt ubehandlet. Behandling har heller ikke den effekten at den hindrer utviklingen av nye tilfeller av depresjon i befolkningen, og når først en depresjon har latt seg utvikle, er sjansen stor for at den vender tilbake etter en eventuell behandling (Garber m.fl., 2009). Man finner også at behandlingsformer, som antidepressive medikamenter, er forbundet med at selvmordsatferden ved en depresjon kan øke (Steele & Doey, 2007). Ut fra disse forholdene vil samfunnet og ungdom i risiko for å utvikle depresjon, nyte godt av forebyggende intervensjoner. 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. I tillegg til at tidlig intervensjon har vist seg å hindre en alvorlig sykdomsutvikling, vil tidlig intervensjon også kunne forhindre utvikling av sekundære problemer som andre emosjonelle forstyrrelser, rusmisbruk eller selvmordstanker (Berg, 2005).

### 6.1 Forebyggende arbeid i PP- tjenesten

I sin studie av depresjon hos ungdom i Norge, fant Sund m.fl. (2011) at kun 13,9 % mottok hjelp for sine vansker. Dette kan skyldes at mange deprimerte ikke søker hjelp, men det kan også skyldes at helsepersonell i Norge med spesialkompetanse, ikke har kapasitet til å behandle det reelle antallet deprimerte som faktisk har behov for behandling. Henvising av ungdom til spesialisthelsetjenesten grunnet depresjon har økt betydelig de siste årene (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2004), og det er derfor urovekkende at kun et fåtall av deprimerte blir gitt den hjelpen de trenger. Disse forholdene underbygger betydningen av å fokusere på forebyggende tiltak i førstelinjetjenesten, hvor pedagogisk psykologisk tjeneste (heretter PP- tjenesten) kan være en egnet arena. PP- tjenesten representerer, både gjennom sin kompetanse og gjennom sin nærhet til brukerne, en hjelpeinstans som kan komme tidlig inn, og som har en lav terskel for den som søker hjelp (Faglig enhet for PP- tjenesten, 2001).

Ansatte i PP- tjenesten jobber tett innpå ungdom, og dette vil kunne bidra til at depressive symptomer oppdages tidlig og at man kan intervensere på et tidlig stadium. At deprimerte ungdom får hjelp i tide vil også kunne bidra til å avlaste spesialisthelsetjenesten, da færre vil henvises med alvorlig depresjon.

Hvem bør så være aktuelle for intervensjonsprogrammer? I arbeidet med forebygging av depresjon hos ungdom, vil det være av betydning og identifisere ungdom som vokser opp i risikoutsatte familier. Studien «trivsel, oppvekst, barndom og ungdomstid» foretatt av folkehelseinstituttet, fant imidlertid at hovedparten av ungdom som utvikler betydelige psykiske plager i 14-15 årsalderen, ikke kommer fra spesielle risikogrupper (Mathiesen m.fl., 2007). Disse funnene kan skape utfordringer i forhold til å identifisere flertallet av de som vil utvikle mer langvarige plager. Da ungdom i en risikoutsatt posisjon ofte er i søkelyset til ulike hjelpeinstanser, vil disse lettere kunne fanges opp og innlemmes i ulike intervensjonsprogrammer. Hvordan kan vi så sikre at både risikoutsatte ungdom og ungdom utenfor risikoutsatte grupper fanges opp? I stortingsmelding nr. 16, 02/03 belyses følgende: «forebygge mer, for å reparere mindre». Stortingsmeldingen uttrykker et behov for mer tverrfaglig arbeid. Instanser som PP- tjenesten, skoler, barnehager, helsestasjoner og helsesøster bør samarbeide mer, blant annet i forhold til å fange opp psykiske vansker hos ungdommer. Et interessant spørsmål i denne sammenheng blir instansenes kompetanse i forhold til denne problematikken hos ungdom. Har de den kunnskapen som skal til for å kunne jobbe forebyggende? Stortingsmeldingen understreker at tjenestene ikke har et tilfredsstillende tilbud til utsatte grupper, og at personalets kompetanse må styrkes og tilpasses dagens behov. Særlig ser man at skolene ikke har et tilfredsstillende tilbud til utsatte grupper, og at personalet her mangler den kompetansen som skal til for å kunne tilby hjelp og støtte til utsatte ungdommer. PP- tjenesten har som oppgave å bistå skolene og barnehagene i forhold til kompetanseheving og organisasjonsutvikling, samtidig som de skal jobbe individrettet med barn og unge (Nilsen, 2008). Dette betyr at PP- tjenesten kan være en ressurs for ungdom og deres lærere, ved at de kan tilby veiledning og tiltak på området depresjon. Dette krever imidlertid at PP- tjenesten innehar den kompetansen som skal til for å kunne bidra med en solid og faglig støtte.

Ut ifra dette gjør et annet spørsmål seg gjeldene, og det er i hvilken grad det i dag jobbes for å bedrive kompetanseheving i førstelinjetjenesten? En «veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge», utgitt av helsedirektoratet i 2008, fremmer nødvendigheten av at

spesialisthelsetjenesten skal gi råd, veiledning og opplysninger til kommunale tjenesteapparater. Dette er nedskrevet i Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 (Helsedirektoratet, 2008). I dette ligger at spesialisthelsetjenesten kan bidra i det primærforebyggende arbeidet, ved å utøve veiledning, undervisning og informasjon til kommunale tjenester som for eksempel PP- tjenesten. At kommunen og fylkeskommunens tjenesteapparater får mer kunnskap om psykiske vansker hos ungdom, samt om effektive intervensjoner, vil kunne bidra til at flere ungdommer identifiseres i tide og at effektive tiltak iverksettes.

Folkehelseinstituttet utga i 2011 en rapport om helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger (Major m.fl., 2011). Formålet med rapporten var å gi en oversikt over kunnskapsstatus, og programmer og tiltak knyttet til ulike arenaer for psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i Norge. Rapporten poengterer utbredelsen av psykiske lidelser i befolkningen, hvor depresjon er en av de hyppigst forekommende lidelsene. Rapporten fremmer hvordan omfanget av lidelsen, stiller krav til at man i dag ikke bare kan se til helsetjenesten som ansvarlige for det forebyggende og behandlende arbeidet. Ved å iverksette forebyggende arbeid innenfor flere tjenester, og ved ulike samfunnsarenaer, vil man kunne sikre en bedre forebyggende effekt. En av PP- tjenestens oppgaver er å gi praktisk rådgivning og/eller direkte hjelp. Faglig enhet for PP- tjenesten (2001, s. 73) definerer disse oppgavene som «aktiviteter som er knyttet til et direkte forhold mellom PP- tjenesten og brukeren, der PPT har et direkte ansvar for de tiltakene som blir satt i verk, og der brukeren oftest selv er oppdragsgiveren». I rapporten til Major m.fl. (2011) trekkes de psykoedukative programmene, «Kurs i mestring av depresjon» og «internettbaserte programmer for depresjon», frem som anbefalte tiltak. Dette er forebyggende tiltak som kan innlemmes i PP- tjenestens arbeid, og går under arbeidsoppgaver knyttet til «rådgivning og direkte hjelp». I arbeid med barn og unge med psykiske vansker skal PP- tjenesten være en aktiv støttespiller ovenfor andre hjelpeinstanser, samt ovenfor skole, barnehage, foreldre og det enkelte barn, i forhold til forebyggende arbeid og planarbeid (Andersson, 2005). PP- tjenesten fremstår som en egnet arena for implementering av de nevnte psykoedukative programmene for depresjon. Jeg vil derfor se nærmere på de overnevnte forebyggende tiltaksprogrammene, og blant annet drøfte muligheter og begrensninger ved disse intervensjonsprogrammene når de iverksettes av PP- tjenesten.

### **6.1.1 Oppsummering**

Om ungdom med en depresjon får hjelp i en tidlig fase, minsker risikoen for en alvorlig sykdomsutvikling. I følge Norsk Psykologforening (2010) bør det viktigste tilbudet finnes der man bor. I arbeidet med å forebygge depresjon hos ungdom, er det derfor viktig at man iverksetter tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten. I det forebyggende arbeidet kan tiltak knyttet til blant PP- tjenesten være like virkningsfulle. I dette arbeidet vil spesialisthelsetjenesten være en viktig støttespiller, ved at tjenesten gjennom veiledning og undervisning kan bidra med kompetanseheving blant de ansatte i PP- tjenesten. Denne kompetansen kan PP- tjenesten ta med seg videre i samarbeidet med de ulike skolene, og i direkte arbeid med deprimerte ungdommer. Økt kompetanse om depresjon innenfor PP- tjenesten, vil kunne bidra til tidlig identifisering av depresjonssymptomer hos ungdom. Den muligheten PP- tjenesten har i forhold til å intervensere ovenfor deprimerte ungdommer, vil være en viktig brikke i det forebyggende arbeidet.

## **6.2 Kurs i depresjonsmestring**

På bakgrunn av de positive effekter man hadde funnet ved bruk av kognitiv atferdsterapi på enkeltindivider, utarbeidet Lewinsohn og hans kolleger den psykoedukative gruppebaserte behandlingsmetoden «kurs i depresjonsmestring», heretter referert til som KiD (Lewinsohn & Clarke, 1984). Et gruppetilbud for behandling av depresjon så de som positivt, da det ville skape muligheter for å fange opp et større antall mennesker med depresjon, samtidig som behandling av flere ville være kostnadseffektivt. Siden kurset ble utviklet for snart 30 år siden, har det blitt modifisert til bruk på ulike grupper, som ungdom, eldre og ulike minoritetsgrupper, samtidig som kurset er tatt i bruk i flere land. KiD er basert på sosial kognitiv læringsteori. Teorien impliserer at deprimerte personer har flere selvkritiske tanker om seg selv, andre og fremtiden, og at slike selvkritiske tanker læres gjennom erfaringer med andre. Kurset tar for seg områder som har vist seg å være problematisk for personer med en depresjon. Viktige elementer ved kurset er å endre uhensiktsmessig negativ og/eller irrasjonell kognisjon, lære kursdeltakerne hvordan de kan øke aktiviteter og opplevelser som gir glede, samt jobbe med deres problematiske sosiale interaksjoner, ved å øke den sosiale kompetansen (Lewinsohn & Clarke, 1984). Kurset benytter teknikker fra kognitiv atferdsterapi. Den

kognitive delen av kurset dreier seg om teknikker for endring av uhensiktsmessige tankemønstre, mens dens atferdspsykologiske delen går på endring av atferd i retning av mer lystbetonte aktiviteter og sosial kontakt (Dalgard, 2004; Børve, Nævra & Dalgard, 2009).

### **6.2.1 Kurs i depresjonsmestring i Norge**

Som en del av det Europeiske forskningsprosjektet, «The Outcome of Depression in Europe-ODIN», ble KiD utprøvd i Norge. På grunnlag av kursdeltakernes, kursledernes og observatørens erfaringer, ble kurset videre utarbeidet og tilpasset norske forhold av psykiater Dalgard, psykolog Børve og psykiatrisk sykepleier Nævra (Nævra & Dalgard, 1999; Dalgard, 2004). Den modifiserte utgaven av KiD bestod i at deltakerne fikk utdelt et mer omfattende kursmateriale med mer informasjon og flere eksempler enn original kurset tilbød, og det ble lagt inn oppfølgingsmøter. Kurset går over ti uker, med møter en gang i uken à 2,5 timer (Dalgard, 2004). KiD er et lavterskeltilbud og egner seg til bruk i både primær- og sekundærhelsetjenesten. Kurset retter seg mot mennesker med mild til moderat depresjon, hvor hensikten er å redusere graden av nedstemthet, redusere varigheten av depresjon og de negative følelsene ved depresjon, samt forebygge nye episoder med depresjon (Børve m.fl., 2009). Fagakademiet har, med tilskudd fra Helsedirektoratet, ansvar for å lære opp kursledere over hele landet, og kurset er i dag tilgjengelig i et stort antall norske kommuner. Opplæring i depresjonsmestringskurset tilbys personer med minst treårig helsefaglig utdanning, og som arbeider med personer som har behov for, og vil kunne nyttiggjøre seg, et slik strukturert, kognitivt basert tiltak (Fagakademiet, 2012).

KiD betegnes som et fleksibelt kurstilbud for depresjon, da kurset lar seg modifisere til bruk på ulike grupper. Fra opprettelsen av originalkurset til Lewinsohn og kollegaer, har kurset blitt modifisert til bruk på blant annet ungdom, eldre og ulike grupper av etniske minoriteter (Lewinsohn & Clarke, 1984). I tråd med dette har man i Norge nylig opprettet et revidert kurstilbud av KiD kalt «DU», som er kurs i depresjonsmestring for ungdom fra 14-20 år (Rådet for psykisk helse, 2012a). Det pågår fortiden en evalueringsstudie av DU ved Universitetet i Stavanger, som er planlagt avsluttet 31.12.2013. Hensikten med denne studien er å undersøke effekten av en ungdomsversjon av KiD på norske forhold (REK, 2010). Selv om det i dag ikke er tilgjengelige effektstudier på DU tilpasset norske forhold, blir allikevel tilbudet benyttet ute i kommunene. Dette på bakgrunn av den positive effekten man har funnet



av KiD. Depresjonsmestring for ungdom har den samme teoretiske forankringen som KiD. Kurset er imidlertid tilpasset ungdoms behov og problemområder. Det følger også med et hefte til foreldre og lærere med informasjon om hvordan de kan være en støttespiller for sine deprimerte barn/elever (Rådet for psykisk helse, 2012a). Både originalkurset og kursene tilpasset norske forhold, tar for seg betydningen av negative automatiske tanker, aktiviteter og sosial interaksjon, i prosessen mot å overkomme en depresjon (Lewinsohn & Clarke, 1984; Børve m.fl., 2009; Rådet for psykisk helse, 2012a). Jeg vil derfor gå videre inn på hvordan ungdom kan hjelpes til å mestre sin depresjon, gjennom metodene som benyttes i kurs for depresjonsmestring.

### 6.2.2 Behandlingsmodell

Som tidligere vist, vil de kognitive og interpersonlige vanskene som følger en depresjon for mange føre til problematiske sosiale relasjoner, avvising og isolasjon. Dette er faktorer som vil påvirke ungdoms mestringserfaringer. I følge Bandura (1986) er erfaringer fra situasjoner der en måtte mestre en bestemt atferd, og faktisk lykkes, den aller kraftigste kilden til høye mestringsforventninger. Samtidig vil manglende mestring skape en følelse av avmakt og mindreverd, hvor det kan oppstå et behov for å forsvare seg mot slike følelser (Berg, 2005). Troen på at en kan mestre ulike aktiviteter vil ofte være fraværende hos ungdom med en depresjon. Vansker med å knytte relasjoner, opplevelse av avvising og dannelse av mindreverdsfølelser, forhindrer de i å oppsøke situasjoner som kan gi mestringserfaringer, fordi de har opparbeidet en svak mestringstro. Gjennom KiD ønsker man derfor å lære kursdeltakerne effektive problemløsende strategier for mestring på det kognitive, atferdsmessige og sosiale plan (Børve m.fl., 2009). Målet er å hjelpe deltakerne mestre det stresset og de følelsene som har oppstått, og som senere kan oppstå, i møte med ulike erfaringer og opplevelser.

Den første delen av kurset tar for seg hvordan et individs *kognisjon* kan lede til en depresjon. Det fokuseres på hvordan vårt tankemønster påvirker våre følelser, og hvordan en endring av tankemønstre vil endre vår sinnsstemning (Børve m.fl., 2009). Som Beck's kognitive teori for utvikling av depresjon viste, vil en depresjon hos ungdom kjennetegnes av en endret kognisjon. I denne sammenheng vil ungdommen kunne utvikle negative tanker om seg selv, verden og fremtiden, kalt «den kognitive triade» (Beck m.fl., 1979). Konsekvensene ved et

negativt tankemønster, kan være at det utvikler seg en negativt selvforsterkende sirkel, der situasjoner som kunne gitt glede og energi oppleves som mindre positive og mer belastende. Dette kan igjen før til at handlingsmønstret endres, ofte mot mindre aktivitet, hvor fravær av sosial interaksjon vil kunne opprettholde eller forsterke depresjonen (Børve m.fl., 2009). Målet for kurset er ikke at ungdommen skal lære å tenke «positivt», men tolkningene skal være balanserte og hensiktsmessige for den enkelte (Ibid). Teknikkene for å gjenkjenne og å arbeide med å endre negativ kognisjon i KiD, bygger på elementer fra Beck's kognitive teori for depresjon og Ellis sin ABC modell.

Ellis sin såkalte ABC- modell for depresjon, tar for seg hvordan man tolker ulike opplevelser og hendelser, og hvordan disse tolkningene bestemmer våre emosjonelle reaksjoner og atferd. I Ellis sin modell står A for den aktiverende hendelsen/stressoren, B står for tanker og C står for emosjonelle reaksjoner. I denne modellen er det B, hvordan man kognitivt tolker ulike hendelser, som fører frem til ungdommens emosjonelle reaksjoner (Ellis og Dryden, 1987). Ellis påpeker i denne sammenheng hvordan atferd og kognisjon påvirker hverandre i en resiprok prosess (Ibid). Våre tolkninger vil få konsekvenser for våre følelser og handlinger, mens disse reaksjonene igjen vil spille inn på senere tolkninger. I likhet med Ellis, mener også Beck m.fl. (1979) at det er våre tanker om ulike situasjoner, og ikke opplevelsene i seg selv, som er årsaken til negative emosjonelle reaksjoner. Tankemønstrene innlemmet i den negative kognitive triaden er negative fordi de er urimelig kritiske. Dette bidrar til å skape og vedlikeholde en deprimert sinnsstemning og opprettholde uhensiktsmessige tankemønstre, selv i møte med positive faktorer. Denne opprettholdelsen av negative tankemønstre er hva Beck m.fl. (1979) refererer til som «skjemaer». Beck m.fl. (1979) mener de stabile negative kognitive tankemønstrene, bidrar til utvikling av andre depresjonssymptomer som tristhet, passivitet, negativ selvfølelse, tiltaksløshet og selvmordstanker. I likhet med Ellis, fremmer også Beck m.fl. (1979) en resiprok prosess mellom en persons kognisjon og atferd, hvor de ulike komponentene vil forsterke hverandre. Samtidig som Ellis og Beck fremmer hvordan negative tankemåter kan være stabile mønstre hos mennesker, og en risiko for depresjon, viser de også til at personer kan velge å jobbe mot å endre slike negative tankemønstre (Beck m.fl., 1979; Ellis & Dryden, 1987). Et mål for denne delen av kurset er derfor å hjelpe ungdom til å stille spørsmål ved slike måter å tenke/tolke negativt på.

Gjennom KiD ønsker man derfor å bryte mønsteret med feiltolkninger. Dette gjøres ved at man drøfter tolkninger kritisk, hvor målet er at tolkningene skal være mest mulig realistiske

(Børve m.fl., 2009). I denne prosessen utvider man ABC- modellen til Ellis ved å tilføye en D som står for «drøfting». Her må ungdommen drøfte og prøve ut om de tanker man dannet i punkt B er realistiske, eller om situasjonen kan forstås på andre måter. Ellis & Dryden (1987, s. 25) utdyper at «...the most elegant and long- lasting changes that humans can effect are ones that involve philosophic restructuring of irrational beliefs...». Om en person læres opp til kritisk refleksjon over egne tanker, vil man kunne opparbeide en automatikk i å korrigere irrasjonelle tanker og tolkninger av virkeligheten. Termen «irrasjonelle tanker» er imidlertid omdiskutert. Ungdoms tanker om ulike situasjoner og opplevelser trenger ikke være irrasjonelle og meningsløse for ungdommen. Tvert imot kan de være nok så realistiske for den som står midt oppe i en situasjon. I motsetning til Ellis og Dryden (1987), benytter Beck m.fl. (1979) termen «negative automatiske tanker» fremfor «irrasjonelle tanker», og denne termen er også hva KiD jobber ut ifra. Gjennom KiD ønsker man derfor å lære ungdom teknikker for hvordan de kan drøfte egne negative tanker om ulike situasjoner. Dette kan innebære at ungdommen læres til å drøfte med seg selv. De kan spørre seg om «hva som taler for eller imot deres tolkninger?», «er tankene verdt å ta vare på, er de positive for deg?» eller «om deres forståelse er hensiktsmessig?». Man må lære ungdommen alternative måter å tenke på, hvor de kan erfare at negative tankemønstre kan endres.

Kurset går videre inn på hvordan *aktiviteter* og handlinger påvirker følelser (Børve m.fl., 2009). En depresjon kjennetegnes av manglende energi, hvor energimangel kan føre til en nedgang i aktiviteter man før fant glede av (Brent & Weersing, 2008). Ved at man ved depresjon velger vekk tidligere positive aktiviteter, gir man med dette rom for aktiviteter som er mer i tråd med den depressive sinnstemningen. Dette kan for eksempel være å velge sosial isolasjon, fremfor sosial interaksjon. Ved å ta dette valget, står man igjen med få aktiviteter og opplevelser som vil kunne gi den positiviteten som kan skape nye krefter. Sosial kognitiv teori fremmer i denne sammenheng betydningen av å gi ungdom flere alternativer til handlinger, hvor de kan velge aktiviteter som er tilfredsstillende og som kan øke deres mestringsfølelse og føre til at de blir mer tilfreds (Bandura, 1986). KiD retter derfor fokus på hvordan man kan støtte ungdom til å velge hyggelige aktiviteter. Gjennom å velge aktiviteter man vet vil skape positive følelser, samt unngå aktiviteter som bidrar til negative følelser, vil man selv kunne påvirke hvilke følelser som produseres (Børve m.fl., 2009). Børve m.fl. (2009) presiserer at det også er nødvendig å utsette seg for situasjoner som man vet vil utløse negative automatiske tanker. Dette er viktig for at man skal få trening i å gjenkjenne og argumentere mot disse tankene, og dermed kunne bryte med mønsteret av negative

feiltolkninger. Dette er i tråd med Beck m.fl. (1979) sin kognitive teori, hvor man ser atferdsendring som et middel til å oppnå kognitiv endring. KiD benytter derfor aktiviteter i arbeidet med å endre negative tanker, og dermed bedre sinnsstemningen. Ved å hjelpe ungdom inn i aktiviteter, kan man vise at de fortsatt er i stand til å fungere på områder de har trukket seg vekk fra. Dette skal bidra til at ungdommen ser at det er deres negative og pessimistiske tanker, som vanskeliggjør i hvilken grad de er i stand til å mobilisere krefter for ulike aktiviteter, og at man ved å endre en negativ kognisjon vil kunne føle seg mer tilfreds innenfor sosiale relasjoner (Børve m.fl., 2009).

Kursets siste del omhandler hvordan *relasjoner* til andre påvirker sinnsstemningen (Børve m.fl., 2009). Som tidligere vist er en relativt lav interesse for sosial interaksjon et kjennetegn man finner hos ungdom med en depresjon (Brent & Weersing, 2008). Lewinsohn m.fl. (1985) ser utvikling av depresjon i forhold til kvaliteten av en persons interaksjon med sitt miljø. En nedgang i interpersonlige relasjoner og interaksjoner vil her være en sentral faktor for utvikling og opprettholdelse av depresjon. ABC- modellen til Ellis kan benyttes for å forklare deprimerte personers vegring for sosiale interaksjoner. Ellis & Dryden (1987) utdyper at ved en depresjon, vil tolkningene ungdommen foretar seg være preget av pessimisme og negativitet. En deprimert person tar sjeldent til seg ros, og en stadig kritisk holdning ovenfor egne prestasjoner og handlinger, vil kunne forsterke de negative følelsene som følger en depresjon. De negative tankene og tolkningene vil også gjøre seg gjeldende i relasjon til andre mennesker. Dette kan resultere i at de føler seg mindre vel sammen med andre, eller de er bekymret for å bli avvist, kritisert eller oversett. Lav sosial kontakt kan derfor bidra til eller forsterke en depresjon ved at en kilde til glede faller bort.

Det er ofte i samvær med andre mennesker vi opplever personlig vekst og utvikling. For ungdom med en depresjon kan fordelene ved sosialt samvær være fraværende, da sosialisering blir et vanskelig område i deres liv. Beck m.fl. (1979) utdyper hvordan deprimerte personer kan ha sosiale ferdigheter, men at de ofte ikke tar disse ferdighetene i bruk. Målet bør derfor være å reaktivere gamle ferdigheter, fremfor å lære nye. I tråd med dette fokuserer KiD på sosiale ferdigheter, hvor planlegging av flere sosiale aktiviteter og undervisning i strategier for å danne vennskap står sentralt. Ungdommen motiveres til å ta opp kontakten med gamle bekjente, og til å prøve å bevare dette nettverket i perioder som er vanskelige (Lewinsohn & Clarke, 1984; Børve m.fl. 2009). I følge Bandura (1986) og sosial kognitiv læringsteori, argumenteres det for at personers tro på egne evner er viktigere enn

sosiale ferdigheter i seg selv. Som en følge av ulike studier, har man funnet at ungdom som har isolert seg grunnet opplevd avvisning fra andre, vil attribuere sine sosiale vansker til indre årsaker (Rubin, Bowker & Kennedy, 2009). Ungdom ser derfor ut til å miste troen på egne sosiale ferdigheter. I tråd med dette benyttes derfor ABCD- modellen aktivt for å gjenkjenne negative automatiske tanker som oppstår ved kontakt med andre, hvor man må bruke tid på å vurdere holdbarheten i disse tankene (Børve m.fl., 2009).

### **6.2.3 Effektstudier**

Brown og Lewinsohn (1984) foretok en av de første evalueringene av Lewinsohn og kollegaers originalkurs, hvor utvalget bestod av 63 personer fra 16- 65 år med unipolar depresjon. Deltakerne ble delt inn i fire grupper fordelt på depresjonsmestringskurset gitt som gruppeterapi, individuell terapi og gjennom telefon med minimal kontakt mellom kursdeltager og terapeut. Disse ble satt opp mot en kontrollgruppe som ventet på behandling. Alle gruppene som mottok behandling viste positiv effekt av depresjonsmestringskurset, og denne effekten ble opprettholdt også ved måling av deltageres depresjonssymptomer ved én- og seks måneders oppfølging. Resultatene viste også at det var liten forskjell på effekten av kurset ved henholdsvis gruppe- og individuell terapi. Gruppetilbudet fremsto imidlertid som den mest kostnadseffektive, samtidig som de interpersonlige relasjonene deltakerne dannet gjennom gruppetilbudet, førte til vennskap og et positivt støttesystem. Brown og Lewinsohn (1984) fant også at ved å definere behandlingen som en undervisningsmodell, og ikke som terapi, bidro til å redusere stigmaet knyttet til å søke psykiatrisk eller psykologisk hjelp. Noen av deltakerne (ca 25 %) var fortsatt preget av depressive symptomer etter endt behandling. Forskerne fant at dette ikke skyldes kursrelaterte faktorer som instruktørrollen/kompetansen, kursinnhold eller deltakernes motivasjon, men det ble heller determinert av karakteristika ved kursdeltakerne. De som ikke responderte like bra på depresjonsmestringskurset, var personer som hadde blitt deprimert relativt tidlig i livet, og hvor deltakerne rapporterte om en følelse av misnøye ved en rekke viktige livsområder, og spesielt i relasjon til venner.

Lewinsohn, Clarke, Hops og Andrews (1990) foretok en undersøkelse av Lewinsohn m.fl. sin ungdomstilpassede utgave av depresjonsmestringskurset, hvor ungdommene var fra 14-18 år. Utvalget ble delt inn i tre grupper. En inkluderte ungdom og deres foreldre, en inkluderte kun ungdom, mens den siste inkluderte ungdom som ventet på behandling. Utvalget hadde en

overvekt av ungdom med alvorlig depresjon klassifisert etter DSM-III, ca 7 % hadde mildere tilfeller, og 44 % hadde tilbakevendende depressive episoder klassifisert etter RCD (Research Diagnostic Criteria). Resultatene viste at ungdom som mottok behandling, uavhengig av foreldreinvolvering, viste en signifikant bedring sammenlignet med de som ventet på behandling. Ventelistegruppen hadde imidlertid en svak nedgang i sine depresjonssymptomer. Effekten som fremkom av programmet på ungdom, både med og uten foreldre involvering, ble opprettholdt ved måling to år senere. Resultatene som her fremkom viste en lav tilbakefallsprosent. Undersøkelsene viste en tendens til å favorisere gruppene som inkluderte både foreldrene og ungdommene, fremfor gruppen som kun bestod av deprimerte ungdommer, men kun én sammenligning viste seg statistisk signifikant.

Kurs i depresjonsmestring ble første gang utprøvd i Norge gjennom ODIN- studien ("Outcome of depression in Europe- the effect of person centred prevention in urban and rural areas») (Nævra & Dalgard, 1999). Utvalget bestod av personer fra 18-65 år, som gjennom kartlegging viste seg å ha en klinisk unipolar depresjon. Effektevalueringen ble basert på en oppfølging ved 6 og 12 måneder. Kurset viste seg å ha en signifikant effekt etter 6 måneder, hvor kursdeltakerne viste en bedring i både depressive symptomer og sosial funksjon. Denne effekten ble imidlertid ikke opprettholdt ved 12 måneders oppfølging. Forskerne forklarer dette ved måten utvalget ble rekruttert på. Deltakerne ble rekruttert på bakgrunn av en epidemiologisk undersøkelse som identifiserte deprimerte personer. Kursdeltakerne oppsøkte derfor ikke selv hjelp for sine depresjonsplager, og det kan tenkes at kursdeltakerne ikke var motivert for å bli bedre.

På bakgrunn av ODIN- studien ble KiD modifisert og tilpasset norske forhold, og videre evaluert gjennom en randomisert, kontrollert studie rettet mot unipolar depresjon (Dalgard, 2004). I denne studien ble imidlertid motivasjonsfaktoren i ODIN- studien tatt i betraktning, og deltakerne ble rekruttert gjennom en annonse i Aftenposten. Kursdeltakerne meldte seg derfor på frivillig, hvor antagelsen var at dette ville bedre motivasjonsfaktoren for kurset. Denne antakelsen støttes av den gode oppfølgingsprosenten, som var 83 for intervensjonsgruppen og 86 for kontrollgruppen. Kriteriene for depresjon ble hentet fra ICD-10. 155 personer ble tilfeldig fordelt til 81 i kursgruppen og 74 i kontrollgruppen. Behandlingen besto av åtte ukentlige møter på 2,5 timer, med oppfølgingsmøter etter en, to og fire måneder. Kurset ble ledet av to psykiatriske sykepleiere som var sertifiserte kursledere, og det var 8-10 kursdeltakere i hver gruppe. Som effektmål ble det brukt endring i

gjennomsnittsskåre på Beck Depression Inventory, der skåren var endret med seks poeng eller mer. Kursdeltagerne viste en signifikant større bedring enn kontrollgruppen seks måneder etter kursstart. Blant gruppedeltakerne ble 69 % bedre, mens det i kontrollgruppen var 37 % som viste bedring. Kurset viser seg imidlertid å ha størst effekt ved moderat depresjon. Det var i denne gruppen forskjellen mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen var statistisk signifikant. Utvalget i denne studien hadde en gjennomsnittsalder på ca 45 år, og det vises ikke til hvor mange av deltakerne som eventuelt var ungdommer. Det kan derfor se ut til at undersøkelsen førts og fremst var rettet mot voksne. Selv om denne effektstudien av depresjonsmestringskurset tilpasset norske forhold indikerer god effekt, kan man derfor ikke ukritisk overføre resultatene av KiD over på ungdom. Disse representerer en annen gruppe, hvor det kan være andre utfordringer og problemområder bør inkluderes. Dalgard (2004) sin studie viste lovende resultater for KiD. En svakhet ved effektstudien til Dalgard (2004) er imidlertid at det kun ble foretatt en oppfølgingsstudie etter seks måneder. Med tanke på at ODIN- studien fant manglende effekt etter 12 måneder, og at det ikke er utført noen oppfølgingsstudie utover seks måneder i Dalgard (2004) sin studie, kan man derfor stille seg spørrende til hvor vedvarende effekten av kurset er på deprimerte personer. Det er imidlertid lovende at Lewinsohn m.fl. (1990) fant at kursets effekt på ungdom, så ut til å opprettholdes to år etter programdeltagelse.

En metaanalyse av Cuijpers, Muñoz, Clarke og Lewinsohn (2009), så på seks studier av KiD og sammenlignet kurset med andre former for psykoterapi. Å foreta en meta- analyse av depresjonsmestringskurset er positivt, da man ved å kombinere flere effektstudier av kurset vil få et bedre estimat av den virkelige effekten kurset kan gi (Christophersen, 2002). Effektstørrelsen viste at forskjellen mellom KiD og andre former for psykoterapi var ikke-signifikant, hvor det kom frem en liten differanse til fordel for psykoterapeutiske programmer. Metaanalysen indikerer derfor at depresjonsmestringskurset til Lewinsohn og kolleger, kan være et effektivt tiltaksprogram ovenfor deprimerte. Det er imidlertid en svakhet at studiene inkludert i metaanalysen kun var foretatt på voksne, og man må igjen være forsiktig med ukritisk å overføre resultatene på ungdom. Resultatene bør også tolkes med noe varsomhet grunnet begrensninger ved studiene knyttet til ulike utvalgs kriterier, små utvalg og ulik metodebruk.

Metaanalysen til Cuijpers m.fl. (2009), så også på seks effektstudier av depresjonsmestringskurset til Lewinsohn og hans kollegaer (Lewinsohn & Clarke, 1984),

benyttet som forebyggende tiltak mot depresjon. Blant disse studiene var det to modifiserte utgaver tilpasset ungdom. For å kalkulere effektstørrelsen til de forebyggende programmene ble det benyttet incidence rate ratio (IRR), hvor man så på forekomsten av å utvikle en depressiv lidelse hos forsøkspersonene, i forhold til forekomsten av depresjonslidelser i kontrollgruppen. Effektstørrelsen på de seks forebyggende studiene ble 0,62; <.0,5. Dette indikerer at deltakerne på depresjonsmestringskurset hadde 38 % mindre sannsynlighet for å utvikle en depressiv lidelse, sammenlignet med personene i kontrollgruppen. En innvending ved denne studien er at kun to av effektstudiene så på ungdom. Igjen kan man ikke ukritisk overføre effekten av depresjonsmestringskurset direkte på ungdom. Sett i sammenheng, indikerer allikevel de ulike effektstudiene at KiD kan være et lovende forebyggende tiltak, også for ungdom. Som tidligere vist, pågår det i dag en evaluering av kurs i depresjonsmestring for ungdom («DU») ved Universitetet i Stavanger. Det vil derfor bli spennende å se resultatet fra denne evalueringen, med tanke på hvilken effekt den modifiserte kursutgaven har på ungdom i Norge.

En studie av Høifødt, Strøm, Kolstrup, Eisemann og Waterloo (2011), undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi benyttet i primærhelsetjenesten, hvor blant annet terapeutiske programmer som KiD ble inkludert. Resultatene indikerte at programmer som KiD kan være effektive når de blir gitt av en trent terapeut som har erfaring innenfor psykisk helse. En viktig faktor er motivasjon for å tilegne seg ferdigheter og tilnærmingsteknikker om kognitiv atferdsterapi, samtidig som de må være motivert for å iverksette kunnskapen i praksis. Resultatene fra studien indikerte imidlertid at flere innenfor primærhelsetjenesten fant slike intervensjonsprogrammer svært tidkrevende, hvor motivasjonen for iverksetting var lav. Terskelen for å viderehenvise ungdom med depresjoner til spesialisthelsetjenesten viste seg derfor lav.

#### **6.2.4 Oppsummering**

KiD fremstår som et godt implementert og evaluert tiltak ovenfor deprimerte, og dette gjelder også for ungdom. Depresjonsmestringskurset rettet spesifikt mot ungdom er imidlertid et relativt nytt tilbud i Norge, og effektstudier på denne modifiserte utgaven er under utarbeiding. Effektstudier på Lewinsohn og kollegaers ungdomstilpassede depresjonsmestringskurs (Lewinsohn m.fl., 1990), indikerer allikevel at dette kan være et



effektivt intervensjonsprogram, innenfor førstelinjetjenesten, ovenfor ungdom med milde- til moderate depresjonsplager. På bakgrunn av disse funnene har Fagakademiet (2012) allerede iverksatt opplæring av kursledere innenfor depresjonsmestring for ungdom. Målet bør være at kurstilbudet skal nå ut til hjelpetrengende ungdom over hele landet. Jeg vil senere i oppgaven komme tilbake til hvilke muligheter og utfordringer som kan følge implementering av KiD.

## **6.3 Et internettbasert selvhjelpsprogram for depresjon – MoodGYM**

Internett har skapt nye muligheter for å nå ut til mennesker som har det vanskelig psykisk. Da teknologiske midler har blitt en naturlig del av inventaret, er det gjennom internett mulig å nå ut til et stort antall mennesker over hele landet. Dette har ulike aktører utnyttet, og de senere årene er det blitt utarbeidet flere selvhjelpsprogrammer på internett, blant disse er MoodGYM. MoodGYM er et internettbasert selvhjelpsprogram som tilbyr teknikker for å forebygge depresjon. Programmet ble utviklet av the Center for Mental Health Research ved the Australian National University. I Norge er det en forskergruppe ved institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø, som siden 2006 har jobbet for å implementere MoodGYM i Norge. MoodGYM er basert på kognitiv atferdsterapi. Programmet består av fem moduler, hver på mellom 45- 60 minutter. Det er ønskelig at ungdom gjennom programmet skal få en økt bevissthet rundt egne tanker, følelser og handlinger, samtidig som det vil trenes på å mestre stressende hendelser på en god måte. Områder som berøres er depresjon, angst, selvfølelse, stress, relasjoner til andre mennesker og strategier for problemløsning (Mentalselvhelp.no; MoodGYM Brukermanual, 2011).

### **6.3.1 Behandlingsmodell**

MoodGYM er et dynamisk program som aktivt benytter multimedia formater i form av bilder, animasjoner, lyd og video, og aktiviteter i form av selvvurderinger og selvregulerende verktøy. I løpet av programmet må man gjennom flere nettbaserte øvelser som skal hjelpe ungdommen mot å takle utfordrende hendelser og opplevelser på en bedre måte. Programmet gir gjennomgående brukerne tilbakemeldinger på deres psykiske helse. Siden MoodGYM er

designet for å hjelpe deprimerte til en positiv endring av deres kognisjon, atferd og følelser (Barak, Klein & Proudfoot, 2009), har programmet de samme målene som KiD. MoodGYM sin forankring i kognitiv atferdsterapi, gjør at flere av de teoretiske forklaringene av behandlingsmodellen til KiD, blir aktuelle også for metodene benyttet i MoodGYM. MoodGYM inkluderer imidlertid forholdet mellom stress og negative tanker, samt problemløsningsstrategier som to egne punkter i sin behandlingsmodell.

*I modul 1* får ungdommen informasjon om sammenhengen mellom følelser og tanker. De lærer om negative tankemåter, skjeve tolkninger av situasjoner og negative syn på fremtiden (MoodGYM Brukermanual, 2011). Depresjon er forbundet med tanker om verdiløshet, meningsløshet eller håpløshet. Det er derfor en sammenheng mellom hva vi tenker og hva vi føler. Dette er i tråd med Beck og Ellis sine kognitive teorier på depresjon (Beck m.fl., 1979; Ellis & Dryden, 1987), og det teoretiske grunnlaget samsvarer her mye med punktet om «kognisjon» under redegjørelsen av KiD. I denne modulen skal man finne ut av egne symptomer på depresjon, ved å undersøke om man selv har skjeve oppfatninger av seg selv og sin fremtid. Samtidig med identifisering av negative tankemønstre, lærer ungdommen også strategier for hvordan de kan takle utfordringer i hverdagen (MoodGYM Brukermanual, 2011).

*I modul 2* jobbes det videre med de negative tankene, hvor det fokuseres på hvordan de kan identifiseres, og man tester sin sårbarhet for negative tankemønstre. Man må finne ut av på hvilke områder man er sårbar (MoodGYM Brukermanual, 2011). Har man et behov for å være perfekt, vellykket eller akseptert, og hvordan vil dette påvirke sinnsstemningen? En depresjon gjør en sårbar ved at man preges av negative tanker, og dette medfører ofte at situasjoner kan feiltolkes (Beck m.fl., 1979). Vi kan for eksempel tillegge andre meninger om oss som de ikke har. Våre følelser er videre nært knyttet til den meningen vi tillegger en gitt hendelse (Ellis & Dryden, 1987). Et mønster av feiltolkninger i møte med ulike situasjoner, vil derfor bidra til negative følelser og en depressiv sinnsstemning. I tråd med Beck m.fl. (1979) og Ellis og Dryden (1987), hvor det fremmes at negative tankemønstre kan endres, fokuserer derfor modul to på teknikker for hvordan de negative tankene kan utfordres (MoodGYM Brukermanual, 2011). Ungdommen må i denne sammenheng revurdere sine negative tanker gjennom eksempler og oppgaver. Det jobbes blant annet med å gjøre negative tanker positive, ved å benytte direkte tale. Her kan ungdommen drøfter med seg selv, og vurdere om tankene er hensiktsmessige (Veiledet selvhjelp med MoodGYM, 2012).

Modul to fokuserer også på «selvtillit» og hvordan denne kan forbedres (MoodGYM Brukermanual, 2011). Beck m.fl. (2001; I: Guindon, 2010) fremmer hvordan dysfunksjonelle holdninger ovenfor seg selv skaper en negativ selvevaluerende stil og en lav selvtillit. En lav selvtillit assosieres videre med depresjon (Guindon, 2010). Gjennom å bedre ungdommens selvtillit, håper man derfor å redusere den depressive sinnstemningen. Ungdommen blir oppfordret til å bruke mer tid på seg selv og til å være snill mot seg selv, for eksempel ved å ta del i positive aktiviteter (Veiledet selvhjelp med MoodGYM, 2012). Dette skal gjøre ungdommen mer oppmerksom på seg selv og sine gode sider, og dermed bidra til en styrket selvtillit.

*I modul 3* jobbes det mer direkte med hvordan ungdommen kan endre sine negative tanker, ved at de tar utgangspunkt i sine sårbarhetsområder. Disse områdene har blitt identifisert gjennom svarene som er gitt på de foregående modulene. Når man går inn på de ulike sårbarhetsområdene identifisert av programmet, får man opp konkrete forslag til ulike øvelser. Ungdommen oppfordres blant annet til å arrangere tankeeksperimenter med utgangspunkt i egne negative tanker. Dette kan innebære å se situasjonene i andre settinger eller fra andre vinkler. Modulen avsluttes med at ungdommen må registrere hvilke aktiviteter han liker å drive med, hvor han videre motiveres til å fortsette med disse aktivitetene (MoodGYM Brukermanual, 2011). Fokus på endring av negative tankemønstre, samt deltagelse på aktiviteter som kan skape glede hos ungdommen, samsvarer med de metoder som benyttes i KiD. Modul tre deler derfor de samme teoretiske forklaringsrammene som KiD.

*I modul fire* jobbes det med teknikker som skal få ungdommen til å slappe av og takle stress bedre. (MoodGYM Brukermanual, 2011). I tråd med Beck m.fl. (1979) sin diatese- stressteori for utvikling av depresjon, får ungdommen informasjon om hvordan stress og negative tanker henger sammen. En test forteller hvilke opplevelser fra det siste året som kan ha bidratt til stress, og hvordan det kan ha påvirket sinnstemningen. I denne modulen tilbyr MoodGYM avslapningslydfiler, med ulike typer avslapningsøvelser, som skal hjelpe ungdommen med å stresse ned (Ibid).

Modul fire identifiserer hvilke stressorer som befinner seg i ungdommens liv, for deretter å informere om hvordan stresset henger sammen med den negative sinnstemningen. *Modul 5* tar elementene i modul fire videre, hvor det tas tak i mellommenneskelige forhold som en betydelig kilde til stress. I likhet med KiD, er også interpersonlige relasjoner som en kilde til depresjon sentralt innenfor MoodGYM. MoodGYM formidler at erfaringer man gjør i forhold

til andre ikke skal trekke ungdommen ned, men heller være en kilde til personlig vekst. For å kunne hankses med ulike interpersonlige erfaringer, lærer ungdom gjennom MoodGYM enkle problemløsningsstrategier som kan benyttes i ulike situasjoner (MoodGYM Brukermanual, 2011)

### **6.3.2 Effektstudier**

O’Kearney, Kang, Christensen og Griffiths (2009) studerte effekten av MoodGYM på jenter mellom 15 og 16 år 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. Resultatene indikerte at intervensjonsgruppen hadde en betydelig nedgang i sine depresjonssymptomer, sammenlignet med kontrollgruppen. Effekten viste seg imidlertid signifikant først 20 uker etter intervensjonsprogrammet. MoodGYM indikerte spesielt god effekt på jenter 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, Gibson, Christensen og Griffiths (2006) gjennomførte en lignende studie på gutter mellom 15 og 16 år som var deprimerte, eller som befant seg i risiko for å utvikle en depresjon. 78 gutter ble fordelt på en gruppe som mottok MoodGYM og en kontrollgruppe uten intervensjon. Forskerne så på endring i guttenes depresjonssymptomer, attribusjonsstil og selvtillit. Effektstudien indikerte relativt små endringer i guttenes depresjonssymptomer. Dette kan blant annet forklares ved at kun 40 % av guttene gjennomførte alle fem modulene i MoodGYM. Motivasjonelle faktorer kan ligge bak den lave gjennomføringsprosenten. Guttene tok ikke selv initiativ til deltagelse, men de ble rekruttert av forskere på bakgrunn av identifiserte depresjonssymptomer. Det faktum at guttene ikke selv tok initiativ, kan ha påvirket motivasjonen for å gjennomføre programmet. Deltagerne som gjennomførte tre eller flere moduler i MoodGYM 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 man fant ble imidlertid ikke opprettholdt ved senere oppfølgingsstudier.

De overnevnte studiene indikerer at MoodGYM kan være effektiv i forhold til å redusere depresjonssymptomer hos ungdom. For guttene ble imidlertid ikke denne effekten opprettholdt, og motivasjonelle forhold hos deltagerne kan være en forklaring. Dette, sett i sammenheng med det lave antallet gutter inkludert i studien til O’Kearney m.fl. (2006), begrenser derfor anvendeligheten av resultatene fra denne studien. Studien viser at det er flere ulemper knyttet til bruk av MoodGYM som forebyggende program. Dette inkluderer det faktum at flere ikke gjennomfører programmet, og at programmets effekt for enkelte ikke opprettholdes etter programdeltagelse.

En studie av Richardson, Stallard og Velleman (2010) så på effekten av internettbaserte programmer basert på kognitiv atferdsterapi, benyttet i behandling og forebygging av depresjon og angst, hos barn og ungdom under 18 år. Studien inkluderte 10 effektstudier, hvor seks var kontrollerte randomiserte studier. Internettbaserte programmer benyttet på ungdom har blitt viet lite oppmerksomhet sammenlignet med bruk på voksne, og dette forklarer det begrensede antallet studier inkludert i studien. Alle studiene rapporterte en reduksjon i kliniske symptomer. Programdeltakerne som ikke lenger tilfredsstilte diagnostiske kriterier for depresjon ble rangert fra 30 % til 78 %. Deltagerne viste også en bedring i andre variabler inkludert komorbide lidelser, attribusjonsstil, selvtillit, negative automatiske tanker, hjelpeløshet, selvskading og negative følelser. Programdeltagernes tilfredshet med programmet ble rangert fra moderat til høy. Bekymringer knyttet til programmet baserte seg på programmets tidkrevende karakter, samt manglende datakompetanse og medførende problemer knyttet til gjennomføring av programmet. Frafallsprosenten ved de internettbaserte programmene var relativt høy, og de som fullførte rangerte seg fra 33,3 % til 69,6 %. Frafallsgruppen ble kjennetegnet av høyere nivåer av depressive symptomer.

Studien til Høifødt m.fl. (2011) sammenfattete også ulike undersøkelser av internettbaserte programmer for depresjon, benyttet som forebyggende tiltak i primærhelsetjenesten. Forskerne så på åtte studier, hvor både ungdom og voksne var representert. Fem av studiene indikerte at det forebyggende programmet er effektivt for mild til moderat depresjon. Studien indikerte også at implementering av MoodGYM kan gi en bedre effekt, om det suppleres med støttesamtaler gitt av personell med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid.

De to studiene ovenfor har sin styrke i at flertallet av studiene for internettbaserte programmer for depresjon, var randomiserte kontrollerte studier. Dette betyr at de internettbaserte programmene for depresjon har blitt sammenlignet med andre behandlingsformer for å

vurdere om effekten av programmet er dårligere, like bra eller bedre enn andre former for behandling (Dalgard, 2004). Noen av studiene bestod imidlertid av et lite utvalg. Dette setter begrensninger på hvor sikkert man kan generalisere resultatene ved disse studiene på internettbaserte programmer, over på ungdom med milde til moderate depresjonsplager (Lund, 2002). Om man ser de fire studiene samlet, indikerer de allikevel at internettbaserte programmer for depresjon, kan være et lovende tiltak for ungdom med mild til moderat depresjon i førstelinjetjenesten. Samtidig viser Høifødt m.fl. (2011) til et behov for ytterligere å studere betydningen støtte fra en kompetent fagperson kan ha, i forhold til hvilken effekt et intervensjonsprogram som MoodGYM kan gi.

### **6.3.3 Oppsummering**

Det internettbaserte selvhjelpsprogrammet MoodGYM ble innført i Norge først i 2006. Sammenlignet med KiD, som har vært tatt i bruk i Norge siden slutten av 90- tallet, er MoodGYM derfor et relativt nytt intervensjonsprogram. Ut ifra dette kan det tenkes at kunnskaper om intervensjonsprogrammet kan være begrenset ute i kommunale og fylkeskommunale instanser, slik som PP- tjenesten. Effektstudiene indikerer at internettbaserte selvhjelpsprogrammer som MoodGYM, kan være lovende tiltak ovenfor ungdom med en depresjon. Forskere ved Universitetet i Tromsø jobber derfor med å få dette tilbudet ut til ungdom som vil kunne nyttiggjøre seg et slikt intervensjonsprogram. Jeg vil senere i oppgaven komme tilbake til hvilke muligheter og utfordringer som kan følge det internettbaserte selvhjelpsprogrammet MoodGYM.

# 7 Diskusjon av KiD og MoodGYM

Ulike effektstudier foretatt både på Lewinsohn og kollegaers originalkurs og ulike modifiserte utgaver av depresjonsmestringskurset, samt på MoodGYM, indikerer at intervensjonsprogrammene kan være positive forebyggende tiltak ovenfor ungdom med milde til moderate depresjonsplager. Det er imidlertid flere faktorer man kan drøfte i forbindelse med de ulike effektstudiene og andre forhold knyttet til de ulike intervensjonsprogrammene, samt i forhold til implementering av tiltakene i PP- tjenesten.

## 7.1 KiD

I studien til Lewinsohn m.fl. (1990) fant man at tilbakefallsprosenten til ungdommene i undersøkelsen var betydelig lavere enn hva som var tilfellet for de voksne som deltok i studien til Brown og Lewinsohn (1984). Dette kan indikere at depresjonssymptomene til deltakerne i studien til Brown og Lewinsohn (1984), var mer alvorlig enn hva som var tilfellet for ungdommene i studien til Lewinsohn m.fl. (1990). Det kan imidlertid også indikere at ved å intervenere på ungdom, hvor depresjonssymptomer ikke har vedvart over alt for mange år, vil man kunne få en bedre effekt av kurset enn ved intervensjon i voksen alder, hvor depresjonssymptomer kan ha blitt mer gjennomgripende. I følge Eknes (2006) vil man ved å intervenere på et tidlig stadium, kunne forhindre mer alvorlige tilfeller av depresjon. Sistnevnte vanskeliggjør også behandling. Ved å ta tak i depresjonssymptomer i ungdomsårene vil man derfor kunne oppnå en bedre effekt av tiltakene, samtidig som det ser ut til å begrense antallet som utvikler alvorlig depresjon.

Sammenlignet med studien til Brown og Lewinsohn (1984), viste de voksne i ventelistegruppen en større bedring av sin depresjon, enn hva som var tilfellet for ungdommene i ventelistegruppen i studien til Lewinsohn m.fl. (1990). Dette kan indikere at det var forskjell i ventelistegruppene i henhold til annen behandling de eventuelt måtte ha mottatt under studien. Det kan imidlertid også indikere at det er forskjell i hvordan depresjon utarter seg mellom voksne og ungdom, og at ungdom med en depresjon har vanskeligere for å oppnå bedring uten å intervenere ovenfor sine depresjonsplager. Med tanke på at depresjonsplager som ikke intervenseres ovenfor, står i fare for å utvikle seg til mer alvorlig

depresjon, fremmer disse funnene betydningen av at forebyggende tiltak bør implementeres i alle kommuner, og slik være lett tilgjengelig for ungdom.

I de ulike effektstudiene finner man at ca 20- 30 % av deltakerne fortsatt er deprimert etter endt kursdeltagelse, hvor også oppfølgingsstudier viser at flere får tilbakefall (Brown & Lewinsohn, 1984; Lewinsohn & Clarke, 1984). Et interessant spørsmål blir derfor hva som kan forklare manglende effekt, og en tilbakevendelse av depresjon, hos deltagerne? En mulig forklaring på dette spørsmålet kan være at kursene som holdes er for korte til å produsere en vedvarende bedring i det store mangfoldet av kursdeltagere (Lewinsohn & Clarke, 1984). I en drøfting av effekten av originalkurset til Lewinsohn og kollegaer, foreslår Lewinsohn og Clarke (1984) at kursene bør suppleres med oppfølgingsmøter. Disse kan motivere deltagerne til å jobbe videre med de teknikkene de har lært på KiD kurset. I den modifiserte versjonen av KiD på norske forhold, er dette tatt i betraktning. Her er det lagt opp til to oppfølgingsmøter, samtidig som kursheftet har en egen del som motiverer til videre bruk av mestringsstrategiene i kurset (Børve m.fl., 2009). I Dalgard (2004) sin effektstudie av den norske utgaven, fant man allikevel en lignende prosentandel som ikke endret atferd som følge av kurset. Det kan derfor være oppfølgingsmøtene ikke har den effekten man hadde håpet på. En annen forklaring kan være at gruppen som ikke har effekt av kurset, består av personer med mer alvorlige depresjonssymptomer. Disse kan befinne seg i grensen for hva man kan knytte til milde og moderate depresjonssymptomer, gruppen som kurset har vist seg mest effektivt på. Lewinsohn og Clarke (1984) utdyper at man bør prøve å sile ut ungdom med mer alvorlige depresjonssymptomer, samtidig som man bør identifisere om de har komorbide problemer eller lever under betydelig familiestress. For denne gruppen er kanskje ikke KiD et tilfredsstillende tilbud, og behovet for supplerende eller alternative tiltak bør vurderes.

På bakgrunn av at KiD har vist seg effektivt på milde til moderate depresjonsplager (Lewinsohn, Hoberman & Clarke, 1989; Dalgard, 2004; Cuijpers m.fl., 2009), tilbys i dag kurset som forebyggende program ved flere norske kommuner. I de tilfeller hvor ungdom ikke viser effekt av kurset, fant Brown og Lewinsohn (1984) at dette skyldtes trekk ved ungdommen selv, og ikke ved metodene brukt i selve kurset. Det ser ut til at ungdom med mange livsbelastninger er de som får minst utbytte av deltagelse på kurset. Som vist ovenfor vil enkelte kunne ha behov for alternative tiltak, mens andre igjen vil kunne nyttiggjøre seg KiD som et supplerende tiltak. For ungdom som lever med flere livsbelastninger, kan et totalt fravær av en depressiv sinnsstemning bli vanskelig å oppnå gjennom KiD. KiD vil allikevel



kunne ha en viktig forebyggende rolle også under slike forhold. Kurstilbudet vil kunne hjelpe ungdommen med teknikker som kan gjøre en hverdag preget av stressorer betydelig lettere. Ved implementering av KiD er derfor en viktig oppgave for kurslederne å vurdere i hvilken grad ungdommen vil dra nytte av deltagelse, eller om alternative tiltak må iverksettes.

I Lewinsohn og hans kollegaers originalkurs, modifisert for ungdom, får foreldrene opplæring om depresjon og hvordan de kan være en støtte for sine barn (Lewinsohn & Clarke, 1984). Depresjonsmestringskurset, som er under utarbeiding for ungdom i Norge, inkluderer ikke foreldrene direkte, men foreldrene får et hefte med informasjon om hvordan de kan være en støtte for sine deprimerte barn. Det samme får lærerne til den deprimerte ungdommen (Rådet for psykisk helse, 2012a). At man jobber for å øke støtteberedskapen rundt ungdommen er positivt. En kan allikevel spørre seg om hvor effektivt dette vil være for ulike grupper ungdom. Hvor effektivt vil dette for eksempel være i familier hvor det forekommer foreldredepresjon? Under kapitlet om risikofaktorer ble det vist til deprimerte foreldres begrensede foreldreferdigheter, hvor de kan vise en begrenset støtte ovenfor sine barns sosiale og emosjonelle behov (Radke- Yarrow & Klimes- Dougan, 2002). Drugli (2008) utdyper at det er lite hensiktsmessig å innlemme foreldre med psykiske vansker i intervensjonsprogrammer for sine barn, om foreldrene ikke selv tar tak i sine problemer. Mange ungdommer med depresjoner vil komme fra hjem hvor foreldrene lider av depresjon. For at ungdom skal oppnå en best mulig bedring av sin sinnsstemning, vil det være positivt om foreldrene selv oppsøker hjelp for sine vansker. Hvor lett foreldrene lar seg innlemme i intervensjonsprogrammer for sine problemer, blir imidlertid en annen utfordring.

Dette bringer en annen implikasjon på banen, og det retter seg mot hvor effektivt KiD er for ungdom som etter kursdeltagelse vender tilbake til et hjem, eller en skole, preget av stressorer? Som vist i effektstudien til Brown og Lewinsohn (1984), er det ungdom som lever med betydelige livsbelastninger som ser ut til å få minst effekt av deltagelse på KiD. Å måtte vende tilbake til et hjem eller en skolehverdag preget av stress, vil derfor kunne ha en negativ innvirkning på hvilken effekt ungdommene vil få av deltagelse på KiD. Cuijpers m.fl. (2009) sin studie på KiD som et effektivt forebyggende tiltak ovenfor deprimerte, vil imidlertid implisere at deltagelse på KiD vil være bedre for disse ungdommene enn fravær av intervensjon. KiD vil ikke forhindre foreldrenes depresjon, men den vil forhåpentligvis hjelpe ungdommen til bedre å mestre de stressorer som følger det å vokse opp med deprimerte

foreldre. Det samme vil kunne gjelde for stresset som følger mobbing, samt å oppleve at ens foreldre skilles.

En annen innvending kan være om intervensjoner tilbudt som «kurs», skiller seg fra intervensjoner tilbudt som «behandling»? Som Brown og Lewinsohn (1984) sin studie indikerte, ble stigmaet knyttet til å søke psykologisk eller psykiatrisk hjelp redusert ved å definere behandlingen som en undervisningsmodell, og ikke som terapi. Dette kan være positivt i det man skal intervensjonere overfor deprimerte ungdommer. Ulike studier på depresjon hos ungdom i Norge, indikerer at ca 13 % mottar hjelp for sine vansker (Heiervang m.fl., 2007; Sund m.fl., 2011). Dette er et relativt lavt tall. En kan derfor håpe at termen «kursdeltager», fremfor «klient», vil appellere mer til ungdom og forhåpentligvis øke tallet på ungdom som oppsøker hjelp.

Når man samler ungdom i et gruppeprogram, vil dette utgjøre en ungdomsgruppe med ulike personligheter, innstillinger, verdier og erfaringer. I KiD er det ikke et krav at ungdom må dele sine erfaringer med gruppen. Teknikkene undervises på et generelt grunnlag, og ungdommene kan knytte de opp mot sine egne problemer gjennom arbeidsheftet (Børve m.fl., 2009; Rådet for psykisk helse, 2012b). Ungdommen motiveres allikevel til å dele sine erfaringer. Å dele tanker og opplevelser er positivt i den forstand ungdom kan få et nytt perspektiv på sine problemer, og kanskje erfarer de at også andre er i samme situasjon. Dette kan lede frem til diskusjoner og erfaringsutveksling. Noen studier har funnet at kurstilbud som KiD, kan gi bedre effekt om man kan knytte teknikkene direkte opp mot de deprimertes problemområder (Lewinsohn m.fl., 1989). Om deltakerne er motivert til å dele sine erfaringer, får kurslederne en mulighet til å knytte disse erfaringene direkte opp mot de ulike teknikkene for depresjonsmestring innlemmet i kurset. Slik får ungdommene en mulighet til å jobbe mer direkte med sine problemer i samråd med andre som kanskje er i samme situasjon, samt med en sertifisert kursleder som kan komme med gode innspill. Andre har igjen funnet at kognitive og atferdsterapeutiske teknikker kan gi like god effekt for endring av depresjonssymptomer, uavhengig av direkte relasjon til problemområdene til de ulike personene involvert i programmet (Ibid). Studier er derfor noe uklare i forhold til hvilken fremgangsmåte som er best egnet, med tanke på deltagerens utbytte av KiD. Kanskje kan begge være like effektive, men videre forskning på dette området bør prioriteres. Om senere forskning skulle indikere en bedre effekt ved å relatere kurselementene mer direkte til de ulike kursdeltagerens problemområder, vil dette imidlertid kunne bringe et problemområde på

banen. I dag er det ikke et krav om at kursdeltagerne skal dele sine erfaringer. Om dette allikevel skulle bli en mer sentral del av kurset kan det føre til at flere, på bakgrunn av et ønske om anonymitet rundt sine problemer, vil vegre seg for å delta. Uavhengig av eventuelle senere forskningsresultater, til fordel for erfaringsdeling, er det mulig KiD allikevel vil nyttiggjøre seg å videreføre prinsippet om erfaringsdeling på frivillig basis.

Behov for tilhørighet er et fundamentalt motivasjonelt behov for de aller fleste mennesker (Harpine, 2008). Siden deprimerte ofte isolerer seg fra omverdenen, kan dette imidlertid resultere i mangel på tilhørighet. Fravær av sosialisering og aktivering hindrer dannelsen av vennskap og nye bekjentskap, og en konsekvens kan være ensomhet. Gruppeintervensjoner vil i denne sammenheng være et positivt tiltak. Kurstilbudet gir deltagerne en unik mulighet til å være både hjelpere og å søke hjelp. En gruppe kan tilby deltagerne en følelse av aksept, støtte og tilhørighet. Deltagerne kan gjennom en gruppeintervensjon føle seg mindre isolert, samtidig som gruppen tilbyr en trygg ramme for interpersonlig læring (Ibid). Men vil det være like lett å skape et slikt støttende gruppemiljø blant deprimerte ungdommer? Deprimerte ungdommer kan være risikoutsatte, da de ofte har opplevd avvisning fra jevnaldrende. Ungdommen kan derfor ha opparbeidet seg et behov for å forsvare seg mot kritikk og avvisning. Dette vil kunne komme til uttrykk gjennom en tilbaketrukket og lite imøtekommende atferd i møte med andre mennesker. Å skape et støttende gruppemiljø blant de risikoutsatte ungdommene som ofte deltar på KiD, kan derfor utgjøre en utfordring. Brown og Lewinsohn (1984) fant imidlertid at de interpersonlige relasjonene deltagerne dannet gjennom gruppetilbudet, førte til vennskap og et positivt støttesystem. Et gruppetilbud ser derfor ut til å gi risikoutsatte ungdommer en mulighet til å oppleve positive interaksjoner og aksept av jevnaldrende.

### **7.1.1 KiD som forebyggende tiltak innenfor PP- tjenesten**

Som tidligere vist vil PP- tjenesten være en egnet arena for implementering av KiD, da denne tjenesten jobber tett på barn med ulike vansker. Det blir derfor interessant å se nærmere på hvilke utfordringer som kan gjøre seg gjeldende ved implementering av KiD i PP- tjenesten.

Utfordringer i forhold til selve organiseringen av kurset, kan forekomme i forbindelse med implementering av KiD i PP- tjenesten sin praksis. Kursene holdes over 8-10 uker i ca 2,5

timer hver gang (Børve m.fl., 2009). En utfordring blir derfor i forhold til når kursene skal holdes? Det er ofte ikke ønskelig å ta ungdommen ut av skoletimene. Dette fordi ungdommen da går glipp av verdifull undervisning. Det kan også forekomme at ikke ungdom med en depresjon ønsker å dele sine vansker med andre. Fravær fra timene vil kunne lede til uønsket oppmerksomhet, og dette kan føre til at flere vegrer seg for å delta. Alternativet blir derfor å holde kurset etter skoletid. Dette fører imidlertid med seg nye utfordringer. Ved å holde kursene etter skoletid må kurslederne jobbe utover fastsatt arbeidstid. I forhold til dette vil kanskje krav om kompensasjon komme på banen, i form av ekstra bevilgninger. Med tanke på den økte forekomsten av depresjon i befolkningen, og regjeringens satsning på psykisk helse gjennom «opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008)», burde ressurser tilskrevet arbeid med psykiske lidelser ikke være et problem for kommunene. Det blir da et paradoks at det samtidig med regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse, ble slutt på øremerkede midler til psykisk helsearbeid (Norsk Psykologforening, 2010). Dette betyr at kurset må iverksettes på bakgrunn av de ulike PP- kontorenes eksisterende økonomi. Et krav om ekstra bevilgninger fra de ansatte kan derfor skape utfordringer for de ulike kontorene, med tanke på tilgjengelige økonomiske ressurser. Et tilbud som KiD kan derfor bli nedprioritert, til ungdommens disfavør.

Undersøkelser indikerer at ungdom ute i distriktene kan vegre seg for å delta på intervensjonsprogrammer som KiD. En forklaring går blant annet på begrenset tilgjengelighet (Griffiths & Christensen, 2007). I distriktene kan det være lange avstander, og om kursene holdes ved PP- tjenestens hovedkontor vil det kunne lede til at færre gjennomfører kursene. Da en skole alene kanskje ikke vil ha et stort nok antall deprimerte elever til å fylle et kurs, vil det å holde kursene ved de ulike skolene heller ikke være en løsning. Griffiths og Christensen (2007) utdyper også at det ute i distriktene kan være manglende kompetanse på forebyggende programmer for depresjon hos ungdom. Implementering av KiD ute i distriktene fører derfor med seg enkelte utfordringer. Som jeg senere vil komme tilbake til, kan MoodGYM være et alternativt tiltak for ungdom ute i distriktene.

En annen utfordring går på PP- tjenestens arbeidskapasitet. PP- tjenestens hovedoppgaver er å utøve sakkyndighetsarbeid og individuelle utredninger der loven krever det, drive kompetanseutvikling av personale i skolene og foreldre, organisasjonsutvikling i skole og barnehage, samt utøve direkte hjelp. I denne sammenheng inngår forebyggende arbeid (Birkemo, 2009). PP- tjenesten har imidlertid en stadig strøm av individsaker som gjør det

vanskelig å jobbe alternativt. Det er allikevel store variasjoner mellom de ulike kontorenes prioriteringer og effektivitet. Antall innbyggere i kommunen, antall stillinger på kontoret og befolkningstallet per fagstilling, vil påvirke saksbeholdertiden (Ibid). Store kommuner, hvor det er mange innbyggere per saksbehandler, vil sette press på kontorenes kapasitet, og vil dermed også påvirke i hvilken grad de har mulighet til å jobbe alternativt. Studier på PP-tjenesten indikerer at direkte hjelp til unge, i form av gruppetilbud, benyttes lite i deres praksis (Ibid). PP- kontorer kan ha den kompetansen som skal til for å kunne innlemme et forebyggende program som KiD, men dessverre vil det kunne bli nedprioritert på et allerede overarbeidet PP- kontor.

Som overnevnte avsnitt viste, skisserer offentlige styringsdokumenter et omfattende arbeidsområde for PP- tjenesten, hvor en mengde oppgaver inngår. PP- tjenesten er etablert som en selvstendig tjeneste i lovverket. Denne lovgivningen sikrer tjenesten økonomisk, og PP- tjenesten kan utvikles og ekspanderes på egne premisser (Birkemo, 2009). Et interessant spørsmål blir derfor i hvilken grad de ulike kontorene har klart å engasjere seg i de oppgavene som blir pålagt dem? At PP- tjenesten er en selvstendig instans vil påvirke de ulike kontorenes prioriteringer, og som antydnet ovenfor vil alternative arbeidsoppgaver kunne bli nedprioritert. Jeg har tidligere vært inne på at slike prioriteringer kan komme av PP-tjenestens økonomiske ressurser. Det kan imidlertid også være at slike prioriteringer og holdninger til tjenestens oppgaver, kommer som et svar på forventninger fra de som tjenesten skal betjene, eller det kan komme av personalets personlige preferanser og kompetanse. I studien til Høifødt m.fl. (2011) kom det frem at ansatte i førstelinjetjenesten fant intervensjonsprogrammer som KiD svært tidkrevende, og dette medførte en lav motivasjon for iverksetting av tiltaket. En konsekvens ble derfor en nedprioritering av kurstilbud for depresjonsmestring. At gruppebaserte tiltak i liten grad prioriteres i PP- tjenesten sitt arbeid, kan derfor også skyldes motivasjonelle forhold hos PP- rådgiverne.

Studien til Høifødt m.fl. (2011) indikerer at KiD kan være effektivt når det blir gitt av terapeuter som har erfaring innen psykisk helse. Funnene i studien indikerer imidlertid også at de ansatte må være motivert for å tilegne seg ferdigheter og teknikker knytter til kognitiv atferdsterapi, samtidig som motivasjonen for å iverksette kunnskapen i praksis må være tilstede. Siden motivasjon, i forhold til implementering av KiD i PP- tjenesten sin praksis, kan være begrenset hos noen PP- rådgivere, har jeg tidligere vist til hvordan dette kan få konsekvenser for igangsetting av kurstilbudet ved ulike PP- kontorer. Ledelsen ved de ulike

kontorene bør derfor se nærmere på hvilke betingelser som skal til, for at kurstilbud som KiD i fremtiden skal bli et ønsket og prioritert tiltak ved alle PP- kontorer i landet. Aktuelle betingelser kan blant annet være at PP- kontorene kurser opp flere kursledere, slik at man på de ulike kontorene i større grad kan veksle mellom å holde KiD kurs. Å sende PP- rådgivere på kurs koster imidlertid penger, og de økonomiske ressursene PP- kontorene besitter vil derfor påvirke i hvilken grad dette lar seg gjennom. Et spørsmål om prioriteringer kan her gjøre seg gjeldende. Andre betingelser kan innebære økonomisk kompensasjon, avspasering til kursledere som må holde kurs etter arbeidstid og/eller en ordning om at de PP- rådgiverne som må holde kurs, blir avlastet for andre oppgaver i kursperioden.

## 7.2 MoodGYM

Studien til Richardson m.fl. (2010) så på effekten av internettbaserte intervensjonsprogram på ungdom med angst og depresjon. I studien fant man at frafallsgruppen var kjennetegnet av ungdom med depressive symptomer. Dette skaper derfor usikkerhet i forhold til hvor effektivt internettbaserte programmer, som MoodGYM, er for deprimerte ungdommer. Richardson m.fl. (2010) viser til studier som indikerer at internettbaserte programmer er mer effektive for voksne med angst enn med depresjon. Det er vanskelig å si om dette også er tilfellet for ungdom, da man har manglende forskning på dette området. At flertallet i frafallsgruppen i studien til Richardson m.fl. (2010) består av deprimerte ungdommer, gir allikevel en indikasjon på hvilken gruppe de internettbaserte programmene kan ha begrenset effekt på. Denne indikasjonen støttes også av de effekter man fant av MoodGYM på jenter og gutter i studiene til O’Kearney m.fl. (2006, 2009). Disse studiene bar preg av et høyt frafall, hvor flertallet i frafallsgruppen bestod av ungdom med høyere nivå av depresjonssymptomer. Et interessant spørsmål blir derfor hva som kan ligge bak den begrensede effekten MoodGYM ser ut til å ha på deprimerte ungdommer? Deltakernes motivasjon kan her gjøre seg gjeldende, og denne faktoren blir også trukket frem av Richardson m.fl. (2010). Deprimerte kjennetegnes blant annet av lite energi og en manglende tiltakslust. Spesielt kommer dette frem ved at deprimerte ikke lenger finner glede av å delta på ulike aktiviteter (Brent & Weersing, 2008). Denne mangelen på motivasjon og energi kan lede til vansker med å gjennomføre et selvhjelpsprogram som MoodGYM, hvor ungdommen blir overlatt til seg selv.

Forskere har i denne sammenheng funnet at gjennomføringsprosenten øker i de tilfeller hvor deltagerne blir gitt en form for støtte under gjennomføringen av programmet (Høifødt m.fl., 2011). Ved implementering av MoodGYM som et internettbasert selvhjelpsprogram for deprimerte ungdommer, kan derfor sosial støtte vurderes som et supplerende hjelpeverktøy for å sikre en bedre effekt av intervensjonsprogrammet. I sammenheng med dette har forskerne ved Universitetet i Tromsø utarbeidet en manual for terapeuter. Dette vil kunne være et verktøy for ansatte i PP- tjenesten, i de tilfeller hvor man ser behov for veiledning knyttet til implementering av MoodGYM ovenfor deprimerte ungdommer (Veiledet selvhjelp med MoodGYM, 2012).

O’Kearney (2006) trekker også frem programdesignet til MoodGYM som en årsak bak de svake effektene man kan finne av MoodGYM på deprimerte ungdommer. Dette kan være i hvilken grad programmet er attraktivt for brukerne, eller i forhold til vanskegraden på materialet som brukerne møter i programmet. En løsning vil derfor kunne være å modifisere programmet. Det er mulig at den lave gjennomføringsprosenten kan skyldes at brukerne finner programmet vanskelig, og/eller for lite knyttet opp mot deres problemområder. Det er mulig en revidering og fornying av innholdet i modulene, vil kunne føre til en bedre effekt av intervensjonsprogrammet.

Den sosiale støtten betydning knyttet til bruk av MoodGYM på deprimerte ungdommer, kan videre diskuteres i forhold til den terapeutiske komponenten «arbeidsalliansen». I tradisjonell terapi består denne alliansen i et tett samarbeid mellom klient og terapeut. Denne alliansen er viktig, da terapeuten fortløpende vil fungere som en støttespiller som hjelper klienten gjennom de utfordringer som kan oppstå. Dette er ment å forhindre at klienten kjører seg fast og ikke kommer videre i prosessen hvor han jobber for å få det bedre (Gelso & Fretz, 2001). KiD vil heller ikke ha en tett arbeidsallianse mellom kursleder og kursdeltager, men gjennom KiD vil allikevel ungdommen ha en voksenperson å støtte seg til ved eventuelle utfordringer knyttet til kurset. I møte med internettbaserte selvhjelpsprogrammer for depresjon, vil denne alliansen ofte ikke finne sted. Dette kan skape utfordringer for ungdom om de blir stående fast i programmet, eller ønsker å diskutere momenter knyttet til gjennomføringen av programmet. Ved at de blir overlatt til seg selv mister de en diskusjonspartner. Med tanke på alliansens betydning, og dens støtte i fagmiljøet (Ibid), kan dette reises som en kritikk mot selvhjelpsprogrammer. Ungdommen mister en støttespiller som kan hjelpe de å vise vei om utfordringer, motstand og motivasjonsproblemer oppstår. Kanskje bør videre forskning, og

utarbeiding av internettbaserte programmer, studere ytterligere effekten med og uten støtte under programbruk.

I studien til Richardson m.fl. (2010) blir tidsperspektivet, i forhold til gjennomføring av modulene i de internettbaserte programmene for depresjon, av programbrukerne fremmet som en negativ faktor og en grunn til manglende gjennomføring. Tidsperspektivet ved MoodGYM kan også ligge bak den lave gjennomføringsprosenten til ungdommene i O’Kearney m.fl. (2006, 2009) sine studier. En gjennomføring av MoodGYM vil ta over fire timer (MoodGYM Brukermanual, 2011). Sammenlignet med gruppemøtene i KiD, som går over 8-10 uker, blir disse fire timene lite i forhold. Det faktum at KiD ledes av en sertifisert kursholder som kan motivere, og at man kan oppleve støtte gjennom å være del av en gruppe, vil i denne sammenheng kunne fungere som pådrivere for gjennomføring av kurset. Spørsmålet blir derfor om deprimerte ungdommer har motivasjon til å styre seg selv, mot å gjennomføre alle de fem modulene, på tilsammen over fire timer, i MoodGYM? For noen kan nok dette by på en utfordring, spesielt med tanke på deprimerte ungdommer, som fra før sliter med lite energi og en lav motivasjon for aktiviteter. Som tidligere nevnt vil støtte fra fagpersoner med kompetanse innenfor psykisk helse og kognitiv atferdsterapi, kunne hjelpe ungdom mot å gjennomføre. I denne sammenheng er det imidlertid også mulig at en revidering av programmet vil bidra til at flere gjennomfører. Da flere av programbrukerne mener MoodGYM tar for lang tid å gjennomføre, vil en løsning kunne være å undersøke om programmet lar seg forkorte.

Effektstudiene på internettbaserte selvhjelpsprogrammer indikerer en høy frafallsprosent. Som vist ovenfor kan dette knyttes til at programmene er tidkrevende og/eller for vanskelige. Det kan imidlertid også drøftes opp mot deltagerens symptomnivå. Ut ifra studien til Richardson m.fl. (2010) er det vanskelig å vurdere betydningen av symptomnivået på effekten av intervensjonsprogrammet, da kun én studie tok hensyn til dette. Forskerne viser imidlertid til en annen studie som impliserer at i en skolesetting, vil de med mildere symptomnivå være mer tilbøyelige til å gjennomføre internettbaserte programmer for angst, sammenlignet med ungdom med mer alvorlige symptomer. Dette er i tråd med O’Kearney m.fl. (2009) sin studie på deprimerte jenter, hvor resultatene indikerte at gruppen som ikke gjennomførte alle modulene i MoodGYM, besto av ungdom med høyere nivåer av depresjonssymptomer.

Betydningen av ungdommens depresjonssymptomer kan også drøftes i forhold til deltagerne i Richardson m.fl. (2010) sin studie, som etter programdeltagelse ikke lenger tilfredsstilte



diagnostiske kriterier for depresjon. Studien fant et spenn fra 30- 78 %. Et interessant spørsmål blir derfor hvorfor man finner et så stort spenn i diagnostiske kriterier blant deltagerne etter endt programdeltagelse? Symptomnivået til deltagerne i studien kan være en mulig forklaring på dette spennet. Det kan være at studiene som indikerer en lavere endring i deltageres symptomnivå, har inkludert personer med mer alvorlige depresjonssymptomer. Det kan derfor tenkes at personer med mer alvorlige depresjonssymptomer vanskeligere tar effekt av internettbaserte programmer for depresjon. Dette er i tråd med studien til O’Kearney m.fl. (2009), hvor man fant at jenter med et høyt symptomnivå så ut til å få mindre effekt av MoodGYM, sammenlignet med ungdom med færre depresjonssymptomer. Richardson m.fl. (2010) fremmer imidlertid at studier på internettbaserte selvhjelpsprogrammer, er noe uklare i forhold til hvilken betydning symptomnivået ser ut til å ha for programmets effekt.

Som vist under drøftingen av KiD vil tradisjonell terapi for mange representere et hinder for behandling, da de kan vegre seg for «klient» rollen. KiD er derfor et positivt tilbud fordi ungdommen deltar som «kursdeltager» og ikke som «klient». Men hva om gruppedeltagelse heller ikke appellerer til deprimerte ungdommer? MoodGYM representerer et alternativ til tradisjonell ansikt-til-ansikt terapi. For ungdom som ikke ønsker å delta på gruppeintervensjoner som KiD, vil derfor internettbaserte programmer for depresjonsmestring kunne være en løsning. MoodGYM vil også kunne benyttes som et supplement til tradisjonell terapi (Barak m.fl., 2009). Det er imidlertid sann at ikke alle mennesker eller problemer kan behandles gjennom internett, og internettbaserte programmer for depresjon vil vanskelig kunne erstatte tradisjonell terapi (Ibid). Et alternativ til depresjonsmestring gjennom internett, gjør det allikevel mulig å nå ut til flere mennesker som sliter med depresjoner, og programmet bør derfor ses som en positiv utvidelse av de muligheter vi har for å hjelpe ungdom med en depresjon. Flere av ungdommene rapporterte også en høy grad av tilfredshet ved bruk av internettbaserte programmer for depresjon, hvor de særlig var fornøyd med anonymiteten som fulgte de internettbaserte programmene (Richardson m.fl., 2010).

Muligheten MoodGYM gir for å nå ut til en større gruppe mennesker, er et forhold som kan diskuteres videre. Under drøftingen av KiD ble det diskutert rundt manglende behandling av deprimerte, og at flere deprimerte ikke søker hjelp for sine vansker. Da spesialisthelsetjenestens kapasitet er sprengt, utlyses et behov for flere tiltak innlemmet i førstelinjetjenesten. I tillegg til KiD, vil også internettbaserte programmer kunne fungere som effektive intervensjonsprogrammer i dette tilfellet. MoodGYM har imidlertid den fordelen at

den, som et internetprogram, kan nå ut til en større gruppe mennesker. Internettbaserte programmer har blitt sett som et mektig verktøy i forhold til å nå ut til mennesker ute i distriktene (Griffiths & Christensen, 2007). Tilgangen på forebyggende ansikt-til-ansikt programmer, som KiD, kan være begrenset utenfor de større byene. Dette kan skyldes manglende kompetanse blant de ansatte i førstelinjetjenesten, eller det kan nedprioriteres fordi lange avstander skaper problemer i forhold til organisering av kursene. I studien til Griffiths og Christensen (2007) kommer det også frem at personer bosatt på mer landlige områder kan ha en høyere terskel for å søke hjelp, hvor det på landet ser ut til å finne sted en kultur for og hankses med problemer på egen hånd. I denne sammenheng kan MoodGYM, som et internettbasert selvhjelpsprogram, være et positivt forebyggende tiltak for å nå ut med hjelp til ungdom bosatt utenfor de større byene.

Gjennom MoodGYM møter ungdom en behandlingsform som benytter multimedia effekter, samt verktøy som stiller krav til at de er aktive under gjennomføringen av selvhjelpsprogrammet (Barak m.fl., 2009). MoodGYM inkluderer blant annet bilder, videoer, lyder og tegneserier, samtidig som ungdommen fortløpende må gjennomføre ulike tester. Dette er faktorer som kan skape interesse og engasjement hos ungdommen, hvor tiltaket kanskje kan bli sett som mer tiltalende ovenfor ungdom, sammenlignet med mer tradisjonelle former for terapi. Samtidig utdyper mange av deltakerne inkludert i de ulike studiene, en misnøye i forhold til vanskegraden av internettprogrammet (Richardson m.fl., 2010). Kanskje har ikke alle de datakunnskapene som trengs for å få et tilfredsstillende utbytte av intervensjonsprogrammet. Før man eventuelt iverksetter MoodGYM som et tiltak ovenfor deprimerte ungdommer, vil det derfor være relevant å undersøke deltagerens datakunnskaper. Siden datamaskiner og andre teknologiske midler kom på banen for fullt på 90-tallet, har imidlertid bruken av slike verktøy eskalert. I dag er datamaskiner vanlig i de fleste norske hjem og benyttes ved alle skoler. Det er derfor sannsynlig at utfordringer i form av manglende datakunnskaper vil minke med årene.

### **7.2.1 MoodGYM som forebyggende tiltak innenfor PP- tjenesten**

KiD ble utarbeidet allerede på 1980- tallet, og er et godt utviklet og studert forebyggende tiltak. Selv med flere modifiserte versjoner til bruk på ulike grupper, og med gode effektstudier i bunn, jobbes det fortsatt med å implementere kurset som et tilbud i norske

kommuner. Som tidligere vist er kurset tilpasset ungdom i Norge fortsatt under utarbeiding, og det har nylig blitt iverksatt opplæring av kursledere på denne modifiserte versjonen. Dette viser at implementering av kursprogrammer tar tid. MoodGYM er et nyere program, og i Norge har man kun jobbet med programmet siden 2006. Skal man se til implementeringen av KiD, vil bruk av internettbaserte programmer i førstelinjetjenesten ha en lang vei å gå. De internettbaserte programmene effekt indikerer imidlertid at MoodGYM er lovende som forebyggende tiltak, og det bør derfor jobbes for å gi informasjon om programmet til PP-tjenesten.

I studien til Høifødt m.fl. (2011) kom det frem at ansatte i førstelinjetjenesten finner intervensjonsprogrammer som KiD svært tidkrevende, og dette medførte en lav motivasjon for iverksetting av kurstilbudene. En konsekvens av dette kan bli en lav terskel for å viderehenvise deprimerte ungdommer til spesialisthelsetjenesten. Med tanke på spesialisthelsetjenestens begrensede behandlingsskapitet, og at manglende innsats ovenfor deprimerte i førstelinjetjenesten vil kunne resultere i utvikling av mer alvorlige depresjonsplager hos ungdom, er ikke dette en positiv utvikling. På et allerede overarbeidet PP-kontor, hvor individrettede saker i form av utredning og sakkyndighetsarbeid tar det meste av rådgivernes arbeidstid (Birkemo, 2009), vil derfor et forebyggende tiltak som MoodGYM kunne utgjøre et positivt alternativ til KiD. MoodGYM vil kunne iverksettes uten betydelig organisatoriske utfordringer. Det vil imidlertid kunne være et behov om informasjon om programmet til brukerne, og PP-rådgiveren bør derfor ha kunnskaper om hvordan programmet fungerer. PP-rådgiveren bør også vurdere i hvilken grad ungdommen har behov for støttesamtaler i forbindelse med intervensjonsprogrammet. Det bør derfor tilbys oppfølgingssamtaler, hvor det blir gitt rom for å diskutere eventuelle utfordringer ungdommen kan oppleve i forbindelse med MoodGYM. Det er også mulig å være en støtte for ungdommen gjennom hele programmet, ved at man kan legge inn oppfølgingsmøter etter hver modul i MoodGYM. Her bør PP-rådgiveren, i samråd med ungdommen, diskutere hva som vil være den beste fremgangsmåten.

At PP-tjenesten blir gitt et alternativ til gruppeintervensjoner, vil kunne være positivt for det forebyggende arbeidet mot depresjoner i førstelinjetjenesten. Et mindre tidkrevende alternativ som MoodGYM vil ha flere fordeler. Da gruppeintervensjoner som KiD kan være utfordrende å iverksette ved de ulike PP-kontorene, vil MoodGYM kunne sikre en bedre kontinuitet i det forebyggende arbeidet i PP-tjenesten. Dette fordi det ved internettbaserte

selvhjelpsprogrammer følger færre organisatoriske utfordringer. MoodGYM er et gratis selvhjelpsprogram (MoodGYM Brukermanual, 2011), og implementering av MoodGYM som forebyggende tiltak i PP- tjenesten, vil derfor ikke stjele tid fra PP- rådgivernes arbeidsdag i likt omfang som KiD. I forhold til dette er det mulig at krav om ekstra bevilgninger i form av økonomisk kompensasjon, avlastning eller avspasering ikke vil bli like aktuelt i denne sammenheng. Med tanke på depresjonens utbredelse blant ungdom, vil det også kunne tenkes at MoodGYM kan avlaste ventelister knyttet til deltagelse på KiD. MoodGYM har også den fordel at det, som et internettbasert program, kan nå ut til en større gruppe mennesker. Ved å innlemme MoodGYM i PP- tjenesten sin praksis, vil de ha et nytt forebyggende tiltak å tilby det mangfoldet av brukere, som til enhver tid befinner innenfor denne tjenesten.

At MoodGYM i mindre grad enn KiD fungerer som en tidstyv for PP- rådgiverne, kan imidlertid diskuteres. Som tidligere drøftet, vil også implementering av MoodGYM kunne innebære oppfølging fra PP- rådgiverens side. Et spørsmål i denne sammenheng blir derfor hvor mange som vil ha behov for oppfølgingssamtaler? Om flertallet av brukerne fremmer et ønske om støttesamtaler, vil implementering av MoodGYM allikevel kunne ta tid fra PP- rådgiverens arbeidsdag. I motsetning til KiD, er MoodGYM et individuelt program, hvor gruppemøter ikke inngår. Oppfølging av ungdom som benytter MoodGYM blir derfor ikke like effektivt som ved KiD, hvor flere ungdommer kan bli innlemmet samtidig.

Et spørsmål kan derfor være om oppfølgingssamtaler knyttet til MoodGYM kan bli gjort i en gruppesammenheng? Det er flere implikasjoner som kan diskuteres i denne sammenheng. For det første kan det bli et spørsmål om ungdommen har en preferanse om å holde sine depresjonsplager mellom seg selv og PP-rådgiveren. Anonymiteten knyttet til MoodGYM er en av fordelene brukerne trekker frem ved dette forebyggende programmet. Å iverksette gruppemøter for støtte- og oppfølgingssamtaler, kan derfor være uønsket fra ungdommens side. Et annet spørsmål kan knytte seg til gjennomføringen av gruppemøtene. KiD er utarbeidet som et gruppeprogram, og PP- rådgivere blir kurset opp i hvordan de kan interagere med ungdommen, når de skal diskutere ulike momenter i det forebyggende programmet. Dette er ikke tilfellet ved MoodGYM. PP- rådgivere som benytter MoodGYM, og som ikke er sertifiserte KiD kursledere, vil derfor kunne ha manglende kompetanse for hvordan man kan gå frem, med tanke på støtte- og oppfølgingssamtaler knyttet til ungdom samlet i en gruppe. Kvaliteten på et slikt opplegg kan derfor bli skadelidende. Kanskje er det

en idé at videre forskning på MoodGYM, studerer i hvilken grad dette forebyggende tiltaket kan gjøres mer effektivt ved at gruppesamlinger blir en del av programmet.

En annen implikasjon ved implementering av MoodGYM i PP- tjenesten, kan rettes mot rådgivernes kompetanse innenfor dataverktøy. I studien til Richardson m.fl. (2010) fremmet brukerne manglende datakunnskaper som en bekymring knyttet til gjennomføringen av programmet. Hvordan blir dette for PP- rådgiverne? Enkelte PP- rådgivere vil kanskje ha begrensede datakunnskaper, og de kan derfor vegre seg mot å ta i bruk et tiltaksprogram som MoodGYM. Det tilbys ikke i dag opplæring til ansatte i førstelinjetjenesten for bruk av programmet. På [mentalselvhjelp.no](http://mentalselvhjelp.no), en nettside utarbeidet av Universitetet i Tromsø, ligger det imidlertid informasjon om programmet, og om hvordan behandlere kan fungere som en støtte under programbruk ([Mentalselvhjelp.no](http://mentalselvhjelp.no)). Kanskje vil kurs, på lik linje med KiD, kunne trygge PP- rådgivere i forhold til iverksetting av internettbaserte programmer som MoodGYM. I hvilken grad dette er nødvendig, kan være et forhold som bør undersøkes nærmere av de personer som jobber med å implementere MoodGYM i den forebyggende praksisen.

### **7.3 KiD og MoodGYM- implikasjoner knyttet til begge intervensjonsprogrammene**

PP- tjenesten har gjennom lovgivningen myndighet til å gi direkte hjelp (Faglig enhet for PP- tjenesten, 2001). Faglig enhet for PP- tjenesten (2001, s. 72) viser til en definisjon for direkte hjelp utarbeidet av International School Psychology Association: «direkte hjelp innebærer, men er ikke begrenset til, konsultering og andre former for terapeutisk service, opplæring, undervisning og andre intervensjoner hvor skole- psykologisk personale arbeider med en eller flere enkeltpersoner med behov for hjelp». I dette arbeidet kan det oppstå utfordringer når det kommer til å trekke grenser mellom PP- tjenesten sine arbeidsoppgaver, og oppgaver som hører inn under andre offentlige tjenester. Behandlingsbegrepet kan i denne sammenheng utpeke seg som et utfordrende begrep. Faglig enhet for PP- tjenesten (2001) utdyper at det ikke er mulig, og heller ikke ønskelig, å foreta en klar og entydig grenseoppgang mellom behandling og direkte hjelp og rådgivning, og de viser til glidende overganger i dette feltet. PP- tjenesten sin rett og plikt til å drive direkte hjelp, kan derfor være vanskelig å skille fra

oppgaver som tilhører barne- og ungdomspsykiatrien, eller kommunale tjenester som skolehelsetjenesten. Det er imidlertid viktig å være klar over at behandling som tiltak er innlemmet i helse- og sosiallovgivningen, og ikke innunder opplæringsloven, som PP-tjenesten forholder seg til (Faglig enhet for PP-tjenesten, 2001). I hvilken grad vil KiD og internettbaserte tiltak for depresjon kunne forstås som behandling? De ulike PP-kontorene bør ha en løpende diskusjon og refleksjon omkring dette temaet. Siden PP-tjenesten ikke har et behandlingsmandat på lik linje med barne- og ungdomspsykiatrien, vil et viktig punkt hos PP-tjenesten, i forbindelse med de ulike intervensjonsprogrammene, være å vurdere den enkelte ungdoms symptomnivå. KiD og MoodGYM innlemmet i førstelinjetjenesten og PP-tjenesten sin praksis, er ment som forebyggende intervensjoner ved at tidlig innsats skal hindre alvorlige depresjonstilfeller hos ungdommer. Intervensjonsmetodene egner seg derfor på milde til moderate tilfeller av depresjon. Intervensjonsprogrammene får med dette et «behandlingspreg» i den grad de fjerner milde depresjonssymptomer hos ungdom, og blir «forebyggende» da de skal forhindre utvikling av alvorlig depresjon. I de tilfeller hvor PP-tjenesten står ovenfor ungdom med alvorlige depresjonssymptomer, vil det bli nødvendig med andre opplegg for ungdommen. I en slik situasjon vil det være nødvendig å viderehenvise ungdommen til andre tjenesteapparater, som for eksempel barne- og ungdomspsykiatrien. PP-tjenesten vil allikevel være i kontakt med ungdommen i forbindelse med skolegangen. En kombinasjon av ulike hjelpetiltak, hvor PP-tjenestens arbeid er et av tiltakene, vil derfor gjøre seg gjeldende.

Som PP-rådgiver vil man møte et mangfold av ungdommer som alle har sine problemområder. Blant dette mangfoldet vil ungdommer fra etniske minoriteter utgjøre en sentral gruppe, spesielt for ulike deler av landet. Som tidligere utdypet er KiD et godt utarbeidet og studert intervensjonsprogram, og kurset lar seg lett tilpasse ulike grupper (Lewinsohn & Clarke, 1984; Lewinsohn m.fl., 1989). I Norge indikerer litteraturen at KiD først og fremst er modifisert for voksne og ungdom (Dalgard, 2004; Rådet for psykisk helse, 2012a), og et tilbud spesielt tilpasset minoriteter og deres utfordringer er derfor ikke tilgjengelig på nåværende tidspunkt i Norge. Tvangsgifting og undertrykking, i form av strenge grenser og overvåking, er eksempler på problemområder som ulike grupper minoritetsungdommer kan møte. Dette er kanskje spesielt relevant for jenter. Hvilken positiv effekt KiD og MoodGYM vil kunne ha ovenfor problemområder som etniske minoriteter kan møte på, blir derfor et interessant spørsmål? KiD har den fordelen at kurselementene kan tilpasses de ulike deltagernes behov. Denne muligheten vil derfor kunne benyttes om man

eventuelt skulle bli stilt ovenfor problemområder knyttet til etniske minoriteter. I MoodGYM er det heller ikke tatt direkte hensyn til utfordringer etniske minoriteter vil kunne bli stilt ovenfor, og MoodGYM har heller ikke den fleksibiliteten for tilpasning man finner i KiD. MoodGYM kan imidlertid suppleres med støttesamtaler. Disse samtalene gir rom for å diskutere eventuelle utfordringer minoritetsungdommer kan stå ovenfor, og som de opplever de ikke får direkte støtte for gjennom MoodGYM. Gjennom tilpasning og støttesamtaler åpner derfor intervensjonsprogrammene for diskusjon og veiledning, i forhold til de utfordringer minoritetsungdommer kan oppleve. Som PP- rådgiver må man imidlertid være klar over at problemområder som minoritetsungdommer møter kan være svært alvorlige, og tiltak som KiD og MoodGYM vil i flere tilfeller måtte suppleres med andre tiltak. Ta for eksempel frykt for tvangsgifting. Ved slike tilfeller kan det bli nødvendig med ekstreme tiltak som å flytte ungdommen til en hemmelig adresse, vekk fra familien. Ved slike ekstreme tilfeller kan man stille seg spørrende til hvilken effekt tiltak som KiD og MoodGYM vil kunne spille? Under diskusjonen av KiD utdypet jeg hvordan det i enkelte tilfeller kan være vanskelig å fjerne stressorer fra ungdommens liv. De vil derfor måtte returnere til et hjem eller en skole preget av stress, etter en eventuell intervensjon. Det betyr allikevel ikke at depresjonsmestringsstrategier vil være unødvendige for disse ungdommene. Strategiene vil kunne hjelpe ungdommen med å mestre en hverdag preget av ulike belastninger. Dette vil også gjøre seg gjeldene ovenfor problematikken minoritetsungdommer kan oppleve. Depresjonsmestringsstrategiene kan i slike sammenhenger hjelpe ungdommen med å mestre negative tanker som kan følge slike opplevelser, og de kan hjelpes til å forstå at situasjonen de er i ikke er deres feil.

### **7.3.1 KiD og MoodGYM sett opp mot oppgavens risikofaktorer og konsekvenser ved depresjon hos ungdom**

Hvordan vil KiD og MoodGYM kunne fungere positivt ovenfor ungdom som opplever depresjon som følge av mobbing? I arbeidet med å forhindre mobbing vektlegges sosial ferdighetstrening som en forebyggende metode (Sandsleth, 2007). Da ungdom med en depresjon ofte er rammet av et svakt selvbilde, som igjen er en risiko for å bli mobbet, ønsker man derfor at sosial ferdighetstrening skal styrke deres selvtillit. Dette vil kunne lede til bedre sosial kontakt, med de positive følger dette har for ungdommens tilfredshet (Ibid). Beck m.fl.

(1979) utdyper hvordan deprimerte personer innehar sosiale ferdigheter, men at de ofte ikke tar disse i bruk. Gjennom KiD og MoodGYM jobber man derfor for å lære ungdom teknikker for hvordan de kan øke sin sosiale kontakt. Den sosiale kontakten har som mål å bidra til glede og positive erfaringer, hvor ungdommen kan oppleve mestring på det sosiale plan. Å mestre det sosiale kan lede til en bedre selvfølelse, og dermed skape en mer selvsikker atferd. Dette er trekk som kan gjøre ungdom mindre sårbare for å bli mobbet, og dermed mindre sårbare for å utvikle en depresjon.

Skilsmisse og opplevelse av foreldredepresjon vil også være risikofaktorer for depresjon hos ungdom, da de stressorer som ofte følger disse opplevelsene kan utgjøre en betydelig belastning. KiD vil i denne sammenheng være et positivt tilbud, da ungdom gjennom gruppesamlingene kan dele sine erfaringer og oppleve at de ikke er alene om å ha det vondt. Dette vil også være aktuelt for ungdom som opplever å bli mobbet. Skolebaserte gruppetilbud, hvor man oppmuntres til å dele erfaringer og lærer teknikker for å mestre emosjonelle reaksjoner, har tidligere vist seg positivt som et forebyggende tiltak for ungdom som har opplevd en skilsmisse (Emery, 1999). Det negative blir her at tiltaket kun innlemmer en spesifikk gruppe deprimerte, eller som befinner seg i risiko for depresjon. KiD og MoodGYM fokuserer imidlertid ikke kun på depresjon som følge av skilsmisse, eller som følge av noen spesifikk årsak til en depresjon. Ved at man kan innlemme deprimerte på et mer generelt grunnlag, vil det bli mulig å nå ut til en større gruppe deprimerte ungdommer. KiD og MoodGYM setter ikke begrensninger i forhold til hva som har forårsaket den depressive sinnstemningen. Innlemmelse i intervensjonsprogrammene vil heller avgjøres på bakgrunn av depresjonens alvorlighetsgrad.

Jeg har tidligere vist hvordan selvmordsforsøk og selvmord er en svært alvorlig konsekvens ved depresjon. Ved å tilby KiD og MoodGYM som forebyggende tiltak for deprimerte ungdommer, vil man kunne jobbe for å minke denne statistikken. Tidlig intervensjon og undervisning i teknikker for depresjonsmestring, vil kunne føre til at færre ungdommer utvikler alvorlig depresjon, med den risikoen en slik tilstand har for selvmordsatferd. KiD og MoodGYM er utarbeidet for å lære personer ferdigheter de kan benytte for å mestre livets mange belastninger, hendelser som for mange vil kunne utlede i depresjoner og tanker om selvmord. Som tidligere vist kan selvmordstanker spesielt knyttes til et dårlig selvbilde (Guindon, 2010). Både KiD og MoodGYM tar sikte på å bedre ungdommens selvbilde som et ledd i depresjonsmestringen. Begge programmene vil derfor kunne være egnet som



forebyggende tiltak i arbeidet med å senke statistikken for selvmord og selvmordsforsøk blant ungdom.

Ellis og Dryden (1987) utdyper at mennesker har en evne og mulighet til å tenke logisk og fornuftig, men at det for personer med emosjonelle problemer kan bli nødvendig å lære en slik tenkemåte. Logisk tenkning ses derfor som en løsning på personers emosjonelle problemer. I Ellis sin ABC- modell, en tenkemåte som benyttes innenfor både KiD og MoodGYM, er det ikke de ytre hendelsene som forårsaker depresjoner, men det er våre tanker om hendelsene som bidrar til utvikling av depresjon (Ibid). Gjennom KiD og MoodGYM er det derfor viktig å oppdage hvilke tanker som aktiveres ved opplevelse av negative hendelser. Disse tankene utfordres så videre med det mål om å endre feiloppfatninger, og erstatte de med en rasjonell tenkemåte. De ulike effektstudiene referert til i oppgaven, fremmer disse teknikkene som effektive ovenfor deprimerte ungdommer. Effektstudiene indikerer imidlertid også at flere fortsatt har depresjonsplager etter å ha tatt del i intervensjonsprogrammene. Dette indikerer at intervensjonsprogrammer som søker å endre negative og irrasjonelle tankemønstre, ikke er like effektivt for alle ungdommer med depresjoner. Årsakene som ligger bak de enkelte deltageres vansker vil i denne sammenheng kunne være en forklarende faktor. Dette kan eksemplifiseres gjennom risikofaktoren «mobbing». Hvis en ungdom blir utsatt for daglig fysisk og psykisk mobbing, vil det da kun være ungdommens tanker om disse forholdene som skaper emosjonelle reaksjoner, i form av for eksempel en depresjon? Dette er nok ikke tilfellet. Det er derfor lite sannsynlig at intervensjonsprogrammer som sikter på å fremme logisk tenkning, alene vil kunne hjelpe ungdom i en slik situasjon ut av en tilværelse preget av depresjon. I de tilfeller hvor mobbing forekommer bør man i tillegg vurdere skolebaserte tiltak med sikte på å endre skolemiljøet (Roland, 2007). Supplerende tiltak vil også kunne være nødvendig i de tilfeller hvor ungdom lever med foreldre som selv lider av depresjoner, eller hvor en skilsmisseprosess er preget av store foreldrekonflikter. Familieterapeutiske programmer, eller individuell hjelp til foreldre med betydelige plager, vil kunne være aktuelle tiltak (Garber, 2006; Eisler & Lask, 2008). Om disse tiltakene lar seg iverksette blir imidlertid en annen utfordring. Intervensjoner som KiD og MoodGYM vil allikevel kunne være positive som supplerende tiltak, da de kan hjelpe ungdommen med kognitiv bearbeiding av tanker relatert til negative opplevelser.

### 7.3.2 Kostnadseffektive tiltak?

Som jeg tidligere var inne på har henvisning av ungdom til spesialisthelsetjenesten grunnet depresjoner, økt betraktelig de siste årene (Reigstad m.fl., 2004). Til tross for depresjonens utbredelse blant ungdom, er det allikevel relativt få som oppsøker eller mottar profesjonell hjelp (Eknes, 2006; Sundt m.fl., 2011). Holte (2010, I: Norsk Psykologforening, 2010) utdyper at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er sprengt, og at det i dag er lange ventelister for behandling. Det ser derfor ut til at spesialisthelsetjenesten ikke har kapasitet til å hjelpe det reelle antallet ungdom som har behov for behandling. Som tidligere vist vil ungdom som ikke får hjelp i tide, stå i fare for å utvikle en mer alvorlig depresjon. KiD og MoodGYM vil være positive tiltak i forhold til å bedre den negative utviklingen i hjelpeapparatet. KiD kan innlemme flere ungdommer i en og samme intervensjon, mens MoodGYM kan nå ut til ungdom ute i distriktene, samt de som ikke ønsker å ta del i kursprogram som KiD. Slik vil man kunne behandle flere ungdommer med milde depresjonssymptomer, og derfor bidra til å avlaste spesialisthelsetjenesten, fordi færre står i fare for å utvikle alvorlig depresjon. Dette vil spare mennesker for alvorlige plager og funksjonsnedsetting. En studie av Nord og Dalgard (2006) fremmer KiD som et kostnadseffektivt forebyggende program, sammenlignet med andre former for behandling av deprimerte. Forebyggende programmer som KiD og MoodGYM vil ikke bare kunne spare mennesker for alvorlige plager og funksjonsnedsetting, men de vil også kunne spare samfunnet for enorme kostnader knyttet til behandling.

## 7.4 Oppsummering

Ansatte ved psykologisk fakultet, Universitetet i Tromsø, har siden 2006 jobbet med å implementere MoodGYM i Norge. Programmet er derfor relativt nytt, og det kan forventes flere effektstudier de nærmeste årene. Funnene i de ulike studiene impliserer allikevel at kognitiv atferdsterapi, innlemmet i internettbaserte selvhjelpsprogrammer, har et potensiale som et anerkjent og effektivt tiltak for deprimerte ungdommer. KiD er et bedre studert kursopplegg, hvor det i dag jobbes for å implementere kurstilbudet i ulike kommuner. Selv med kursets positive effekt ovenfor deprimerte, vil implementering i praksis ikke være uproblematisk. Ulike rammebetingelser og motivasjonelle forhold er her spesielt relevante. Lignende utfordringer kan også gjøre seg gjeldende innenfor MoodGYM, hvor teknologisk

kompetanse kan tilføres som en ekstra utfordring hos både brukere og rådgivere. Det knyttes derfor utfordringer til begge intervensjonsprogrammene i forhold til deres effekt som forebyggende tiltak ovenfor deprimerte ungdommer, og som tiltak innlemmet i PP- tjenesten sin praksis. Selv om MoodGYM ikke er et like anerkjent og studert tiltak som KiD, anbefaler allikevel nyere rapporter fra helseinstituttet at både internettbaserte tiltak og KiD bør implementeres i den forebyggende praksisen (Major m.fl., 2011). I fremtiden bør det derfor sørges for flere effektstudier av MoodGYM, og mer informasjon om programmet ut til førstelinjetjenesten. Ved å implementere både KiD og MoodGYM i det forebyggende arbeidet mot depresjon hos ungdom, har man innenfor PP- tjenesten flere muligheter for å nå ut til hjelpetrengende ungdommer med ulike behov og ønsker for intervensjon.

## 8 Avslutning

Deprimerte ungdommer med behov for behandling risikerer i dag å måtte stå på lange ventelister for å motta hjelp. Å utvikle en bedre forebyggende praksis i førstelinjetjenesten er derfor ønskelig, og PP- tjenesten vil være en egnet arena for et slik forebyggende arbeid. Studier på ungdom (12-15 år) i Norge indikerer at milde til moderate depresjonsplager er vanlig blant denne gruppen (Sund m.fl., 2011). Dette er negativt i den forstand vi har flere ungdommer som risikerer å utvikle mer alvorlige former for depresjon, men allikevel positivt i den forstand mildere depresjoner lettere lar seg intervensere ovenfor. KiD og MoodGYM utpeker seg som to effektive tiltak ovenfor milde til moderate depresjonsplager. Ved å skolere ansatte i PP- tjenesten på disse forebyggende programmene, vil man kunne bidra til å redusere tilfeller av alvorlig depresjon blant ungdom i Norge.

For å kunne jobbe forebyggende med deprimerte ungdommer, er det viktig å ha kunnskap om hvordan en depresjon utarter seg hos denne gruppen. Jeg har derfor sett på symptomer for depresjon hos ungdom, samt hvordan ulike risikofaktorer kan operere og føre til depresjon. Jeg har også sett på hvilke konsekvenser som kan følge en depresjon, da disse forholdene fremmer betydningen av forebyggende arbeid. De overnevnte forholdene bidrar til at ansatte i PP- tjenesten bedre kan fange opp deprimerte ungdommer, samt identifisere depresjonens alvorlighetsgrad. Førstnevnte bidrar til at flere ungdommer får hjelp for sine vansker, mens sistnevnte er nødvendig i forhold til å iverksette effektive tiltak. PP- tjenesten må vurdere om lavterskeltilbud som KiD og MoodGYM vil være tilstrekkelig, eller om en videre henvisning til spesialisthelsetjenesten vil være nødvendig. At PP- tjenesten har den kompetansen som skal til for å kunne identifisere og intervensere ovenfor deprimerte ungdommer, vil kunne redusere omfanget av ungdommer med behov for videre henvisning til spesialisthelsetjenesten.

# Litteraturliste

- Abela, John R. Z. & Benjamin L. Hankin (2009) Cognitive Vulnerability to Depression in Adolescents: A Developmental Psychopathology Perspective. I: Nolen- Hoeksema, Susan & Lori M. Hilt (red.) *Handbook of Depression in Adolescents*. (s. 335-376) New York, Taylor & Francis Group, LLC.
- Alloy, Lauren B., Caroline Clements & Gregory Kolden (1985) The Cognitive Diathesis-Stress Theories of Depression: Therapeutic Implications. I: I: Reiss, Steven & Richard R. Bootzin (red.) *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. (s. 379-410), Orlando, Academic Press, Inc.
- Andersson, Helle Wessel, Solveig Osborg Ose, Ivar Pettersen, Kjerstina Røhme, Marit Sitter & Marian Ådnanes (2005) *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. Rapport 03/2005, Trondheim, SINTEF Helse.
- Aseltine, Robert H. (1996) Pathways Linking Parental Divorce with Adolescent Depression. I: *Journal of Health and Social Behavior*. Volume 37, No. 2, s. 133-148.
- Avenevoli, Shelli, Erin Knight, Ronald C. Kessler & Kathleen Reis Merikangas (2008) Epidemiology of Depression in Children and Adolescents. I: Abela, John R. Z. & Benjamin L. Hankin (Red.) *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. (s. 6-32) New York, The Guilford Press.
- Bandura, Albert (1986) *Social foundations of thought & action. A social cognitive theory*. New Jersey, Prentice Hall.
- Barak, Azy, Britt Klein, Judith G. Proudfoot (2009) Defining Internet- Supported Therapeutic Interventions. I: *Annals of Behavioral Medicine*. Volume 38, s. 4-17.
- Beck, Aaron T., A. John Rush, Brian F. Shaw & Gary Emery (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York, The Guilford Press.
- Bennett, David S., Paul J. Ambrosini, Diana Kudes, Claudia Metz & Harris Rabinovich (2005) Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? I: *Journal of Affective Disorders*. Volume 89, Issue 1-3, s. 35-44.

- Berg, Nina B.J. (2005) *Elev og menneske. Psykisk helse i skolen*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Berge, Torkil & Arne Repål (2002) *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo, Aschehoug & Co.
- Birkemo, Asbjørn (2009) *Pedagogisk- psykologisk rådgivning*. Oslo, AiT e- dit AS.
- Bond, Lyndal, John B. Carling, Lyndal Thomas, Kerry Rubin & George Patton (2001) Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. I: *BMJ*, Volume 323, s. 480-484.
- Brent, David & Robin V. Weersing (2008) Depressive Disorders in Childhood and Adolescents. I: Rutter, Michael, Dorothy V. M. Bishop, Daniel S. Pine, Stephen Scott, Jim Stevenson, Eric Taylor & Anita Thapar (red.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (s. 587-612) Oxford, UK, Blackwell Publishing.
- Brooks- Gunn, Jeanne, Jessica J. Auth, Anne C. Petersen & Bruce E. Compas (2001) Physiological processes and the development of childhood and adolescent depression. I: Goodyer, Ian M. (Red.) *The depressed child and adolescent*. (s. 79-118) United Kingdom, University Press, Cambridge.
- Brown, Richard A. & Peter M. Lewinsohn (1984) A Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: Comparison of Group, Individual, and Minimal Contact Procedures. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume 52, Number 5, s. 774-783.
- Børve, Trygve A., Anne Nævra & Odd Steffen Dalgard (2009) *Å mestre depresjon. Kurs i mestring av depresjon (KiD)- revidert utgave*. Oslo, Rådet for psykisk helse.
- Christoffersen, Knut- Andreas (2002) Metaanalyse: Syntesedanning av forskningsresultater. I: Lund, Thorleif (red.) *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 287-321), Oslo, Unipub AS.
- Compas, Bruce E., Jennifer K. Connor & Beth R. Hinden (1998) New perspectives on depression during adolescence. I: Jessor, Richard (Red.) *New perspectives on adolescents risk behavior*. (s. 319-364), New York, Cambridge University Press.

- Curry, John, Paul Rohde, Anne Simons, Susan Silva, Benedetto Vitiello, Christopher Kratochvil, Mark Reinecke, Norah Feeny, Karen Wells, Sanjeev Pathak, Elizabeth Weller, David Rosenberg, Betsy Kennard, Michele Robins, Golda Ginsburg, John March & The TADS team (2006) Predictors and Moderators of Acute Outcome in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). I: *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*. Volume 45, Issue 12, s. 1427-1439.
- Cuijpers, Pim, Ricardo F. Muñoz, Gregory N. Clarke & Peter M. Lewinsohn (2009) Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. I: *Clinical Psychology Review*. 29, s. 449-458.
- Dalgard, Odd Steffen (2004) Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie. I: *Tidsskrift for den norske legeforening*. nr. 23, s. 3043-3046.
- Dalgard, Odd Steffen (2006) *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse.
- Dalgard, Odd Steffen & Hege Bøen (2008) *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Oslo, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Drugli, May Britt (2008) *Atferdsvansker hos barn. Evidensbasert kunnskap og praksis*. Otta: Cappelen Damm AS.
- Eisler, Ivan & Judith Lask (2008) Family Interviewing and Family Therapy. I: Rutter, Michael, Dorothy V. M. Bishop, Daniel S. Pine, Stephen Scott, Jim Stevenson, Eric Taylor & Anita Thapar (red.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (s. 1062-1078) Oxford, UK, Blackwell Publishing.
- Eknes, Jarle (2006) *Depresjon og mani. Forståelse og behandling*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ellgring, Heiner (1989) *Nonverbal communication in depression*. New York, Maison des Sciences de l'homme and Cambridge University Press.
- Ellis, Albert & Windy Dryden (1987) *The Practice of Rational- Emotive Therapy (RET)*. New York, Springer Publishing Company, Inc.

- Emery, Robert E. (1999) *Marriage, Divorce, and Children's Adjustment*. USA, SAGE Publications, Inc.
- Fagakademiet (2012) *Kurslederopplæring- Depresjonsmestring for ungdom- «DU»*.  
[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\\_MGNlAmKg2IWgnsNvx5Mjkdb9-elicOwMM5XyO64iTrd3mmmgEm9ST0Ndfog8jRJVWymTb5FfsKuAwhaMfZuLJucydCxI7q4f&sig=AHIEtbRQo7lkgPcdy7IGwT63EJXIejepIw](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_MGNlAmKg2IWgnsNvx5Mjkdb9-elicOwMM5XyO64iTrd3mmmgEm9ST0Ndfog8jRJVWymTb5FfsKuAwhaMfZuLJucydCxI7q4f&sig=AHIEtbRQo7lkgPcdy7IGwT63EJXIejepIw) Hentet: 03.04.2012.
- Faglig enhet for PP- tjenesten (2001) *Håndbok for PP- tjenesten*. Oslo, GRAN Grafisk as.
- Fairburn, Christopher G. & Simon G. Gowers (2008) Eating disorders. I: Rutter, Michael, Dorothy V. M. Bishop, Daniel S. Pine, Stephen Scott, Jim Stevenson, Eric Taylor & Anita Thapar (red.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (s. 670-685). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Garber, Judy (2006) Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. I: *American Journal of Preventive Medicine*. nr. 31, s. 104-125.
- Garber, Judy, Christian A. Webb & Jason L. Horowitz (2009) Prevention of Depression in Adolescents: A Review of Selective and Indicated Programs. I: Nolen- Hoeksema, Susan & Lori M. Hilt (red.) *Handbook of Depression in Adolescents*. (s. 619-660) New York, Taylor & Francis Group, LLC.
- Gelso, Charles & Bruce Fretz (2001) *Counseling Psychology*. Second Edition. United States, Wadsworth Cengage Learning.
- Gledhill, Julia & Matthew Hodes (2008) Depression and suicidal behavior in children and adolescents. I: *Psychiatry* Volume 7, Issue 8, s. 335-339.
- Goodman, Sherryl H. & Ian H. Gotlib (1999) Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission. I: *Psychological Review*. Volume 106, No. 3, s. 458-490.



- Gotlib, Ian H., Peter M. Lewinsohn & John R. Seeley (1995) Symptoms Versus a Diagnosis of Depression: Differences in Psychosocial Functioning. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume 63, No. 1, s. 90-100.
- Griffiths, Kathleen M. & Helen Christensen (2007) Internet- based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. I: *The Australian journal of rural health*. Volume 15, s. 81-87.
- Guindon, Mary H. (2010) What Is Self- Esteem? I: Guindon, Mary H. (red.) *Self- Esteem Across The Lifespan*. (s. 3-24) New York, Routledge, Taylor & Francis Group.
- Hammen, Constance & Patricia A. Brennan (2001) Depressed Adolescents of Depressed and Nondepressed Mothers: Tests of an Interpersonal Impairment Hypothesis. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume 69, No. 2, s. 284-294.
- Hampel, Petra & Franz Petermann (2005) Age and Gender Effects on Coping in Children and Adolescents. I: *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 34, No. 2, s. 73-83.
- Harpine, Elaine Clanton (2008) *Group Interventions in Schools. Promoting Mental Health for At- Risk Children and Youth*. New York, Springer Science+ Business Media, LLC.
- Haugen, Richard (2008) Påvirkningsfaktorer: Risikofaktorer versus beskyttelsesfaktorer. I: Haugen, Richard (red.) *Barn og unges læringsmiljø 3- med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. (s. 43-72) Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Hawton, Keith & Sarah Fortune (2008) Suicidal Behavior and Deliberate Self- Harm. I: Rutter, Michael, Dorothy V. M. Bishop, Daniel S. Pine, Stephen Scott, Jim Stevenson, Eric Taylor & Anita Thapar (red.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (s. 648-669) Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Heiervang, Kjell M., Astri J. Stormark, Mikael Heimann Lundervold, Robert Goodman, Maj-Britt Posserud, Anne K. Ullebø, Kerstin J. Plessen, Ingvar Bjelland, Stein A. Lie & Christopher Gillberg (2007) Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. I: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 46, No. 4, s. 438-447.
- Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo, Oslo Forlagstrykkeri.

- Holsen, Ingrid (2009) Depressive symptomer i ungdomstiden. I: Klepp, Knut-Inge & Leif Edvard Aarø (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. (s. 59- 73) Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holte, Arne (2011) «Depresjon kan forebygges». I: *Aftenposten*. Kronikk i morgenutgaven, mandag 10. oktober, 2011.
- Høifødt, Ragnhild Sørensen, Christine Strøm, Nils Kolstrup, Martin Eisemann & Knut Waterloo (2011) Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review. I: *Family Practice*. s. 1-16.
- Haaland, Kirsti R. (2002) *Barnet i skilsmissten. Et barneperspektiv på familieomforming*. Oslo, Universitetsforlaget.
- James, Jane Marie (1992) Depression in children and adolescents: an overview. I: Mieziitis, Solveiga (Red.) *Creating Alternatives to Depression in Our Schools*. (s. 9-29) Toronto, Hogrefe & Huber Publishers.
- Joormann, Jutta, Fanny Eugène & Ian H. Gotlib (2009) Parental Depression: Impact on Offspring and Mechanisms Underlying Transmission of Risk. I: Nolen- Hoeksema, Susan & Lori M. Hilt (Red.) *Handbook of Depression in Adolescents*. (s. 441-472) New York, Taylor & Francis Group, LLC.
- Judd, Lewis L., Hagop S. Akiskal, Pamela J. Zeller, Martin Paulus, Andrew C. Leon, Jack D. Maser, Jean Endicott, William Coryell, Jelena L. Kunovac, Timothy I. Mueller, John P. Rice & Martin B. Keller (2000) Psychosocial Disability During the Long- term Course of Unipolar Major Depressive Disorder. I: *Archives of General Psychiatry*. Volume 57, s. 375-380.
- Kessler, Ronald C. & Ellen E. Walters (1998) Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. I: *Depression and Anxiety*, Volume 7, s. 3-14.
- Lakdawella, Zia, Benjamin L. Hankin & Robin Mermelstein (2007) Cognitive theories of depression in children and adolescents: a conceptual and Quantitative review. I: *Clinical Child and Family Psychology Review*, Volume 10, No. 1, s. 1-24.

- Lewinsohn, Peter M. & Gregory N. Clarke (1984) Group treatment of depressed individuals: The “coping with depression” course. I: *Advances in Behavior Research & Therapy*. Volume 6, s. 99-114.
- Lewinsohn, Peter M., Harry M. Hoberman, Linda Teri & Martin Hautzinger (1985) An Integrative Theory of Depression. I: Reiss, Steven & Richard R. Bootzin (red.) *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. (331-361), Orlando, Academic Press, Inc.
- Lewinsohn, Peter M., Harry M. Hoberman & Gregory N. Clarke (1989) The Coping With Depression Course: Review and future directions. I: *Canadian Journal of Behavioral Science*. Volume 21, Issue 4, s. 470- 493.
- Lewinsohn, Peter M., Gregory N. Clarke, Hyman Hops & Judy Andrews (1990) Cognitive-Behavioral Treatment for Depressed Adolescents. I: *Behavior Therapy*. Volume 21, s. 385-401.
- Lewinsohn, Peter. M., Paul Rohde & Thomas E. Joiner Jr. (2001) Evaluation of Cognitive Diathesis-Stress Models in Predicting Major Depressive Disorder in Adolescents. I: *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 110, No. 2, s. 203-215.
- Lund, Thorleif (2002) Metodologiske prinsipper og referanserammer. I: Lund, Thorleif (red.) *Innføring i forskningsmetodologi*. (s. 79-124), Oslo, Unipub AS.
- Major, Ellinor F., Odd Steffen Dalgard, Kristin Schjelderup Mathiesen, Erik Nord, Solveig Ose, Marit Rognerud & Leif Edvard Aarø (2011) *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 2011:1, Oslo, Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Mathiesen, Kristin Schjelderup, Anne Kjeldsen, Anni Skipstein, Evalill Karevold, Leila Torgersen & Helene Helgeland (2007) *Trivsel og oppvekst- barndom og ungdomstid. Topp- studien*. Rapport 2007:5, Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mentalselvhjelp.no [http://uit.no/publikum/prosjekter/prosjekt?p\\_document\\_id=192993](http://uit.no/publikum/prosjekter/prosjekt?p_document_id=192993)  
Hentet: 20.03.2012.
- MoodGYM Brukermanual (2011) *Informasjon for deltakere i Bluemood prosjektet*.  
<http://uit.no/Content/276607/MoodGYM%20Brukermanual%202011.pdf> Hentet:  
20.03.2012.

- Moffitt, Terrie E. & Scott, Stephen (2008) *Conduct Disorders of Childhood and Adolescence*. I: Rutter, Michael, Dorothy V. M. Bishop, Daniel S. Pine, Stephen Scott, Jim Stevenson, Eric Taylor & Anita Thapar (red.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (s. 543-564) Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Moxnes, Kari, Inge Kvaran, Hjørdis Kaul & Irene Levin (2001) *Skilsmisens mange ansikter. Om barns og foreldres erfaringer med skilsmisse*. Kristiansand, Høyskoleforlaget AS.
- Nes, Ragnhild Bang og Jocelyne Clench- Aas (2011) *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Rapport 2011:2, Nydalen, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Neumer, Simon- Peter & Marianne Aalberg (2005) Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge. I: *Se meg. Barn i Norge 2005. Årsrapport om barn og unges psykiske helse*. (s. 89-101) Oslo, Voksne for Barn, Gamlebyen Grafisk.
- Nilsen, Vivian (2008) Tiltaksmodeller med utgangspunkt i førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten. I: Haugen, Richard (red.) *Barn og unges læringsmiljø 3- med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. (s. 189-228), Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Nord, E & Dalgard, O. S. (2006) Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon. I: *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*. Volum 126, Nummer 5, s.586-588.
- Norsk Legemiddelhandbok (20.06.2010) *T5.5 Depresjoner*.  
<http://legemiddelhandboka.no/Terapi/s%C3%B8ker/depresjon/8564> Hentet: 09.01.2012.
- Norsk Psykologforening (2010) *Psykisk helse i første rekke. Tidlig hjelp i kommunal regi*.
- Nævra, Anne & Odd Steffen Dalgard (1999) *Kurs i mestring av depresjon- utprøving av en psykoedukativ behandlingsmetode som ledd i et internasjonalt prosjekt (ODIN)*. Statens institutt for folkehelse.
- Ogden, Terje (2009) *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- O'Kearney, Richard, Mal Gibson, Helen Christensen & Kathy M. Griffiths (2006) Effects of a Cognitive- Behavioral Internet Program on Depression, Vulnerability to Depression

- and Stigma in Adolescent Males: A School- Based Controlled Trial. I: *Cognitive Behaviour Therapy*. Volume 35, Number 1, s. 43-54.
- O’Kearney, Richard, Kanwal Kang, Helen Christensen & Kathy Griffiths (2009) A controlled trial of a school- based internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. I: *Depression and Anxiety*. Volume 26, s. 65-72.
- Olsson, Gunilla (2006) *Depresjoner i tenårene- ung, trett og trist*. Oslo, Kommuneforlaget AS.
- Olweus, Dan & Cecilia Solberg (2006) *Mobbing blant barn og unge. Informasjon og veiledning til foreldre og andre voksne*. Bufetat.  
<http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Program%20for%20foreldrerettleiing/Te%20maefte/Mobbing%20blant%20barn%20og%20unge.pdf> Hentet: 08.03.2012.
- Radke- Yarrow, Marian & Bonnie Klimes- Dougan (2002) Parental depression and offspring disorders: a developmental perspective. I: Goodman, Sherryl H. & Ian H. Gotlib (Red.) *Children of Depressed Parents. Mechanisms of Risk and Implications for Treatment*. (s. 155-173) Washington DC, American Psychological Association.
- Reigstad, Bjørn, Kirsti Jørgensen & Lars Wichstrøm (2004) Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001. I: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Volum 39, s. 818–827.
- REK- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (2010) *Forskningsprosjekt- depresjonsmestring for ungdom*.  
[http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p\\_document\\_id=60085&p\\_parent\\_id=62170&lan=2](http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=60085&p_parent_id=62170&lan=2) Hentet:20.03.2012.
- Richardson, Thomas, Paul Stallard & Sophie Velleman (2010) Computerised Cognitive Behavioral Therapy for the Prevention and Treatment of Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review. I: *Clinical Child and Family Psychology Review*. Volume 13, Number 3, s. 275-290.
- Riolo, Stephanie A., Tuan Anh Nguyen, John F. Greden & Cheryl A. King (2005) Prevalence of depression by race/ethnicity: Findings from the national health and nutrition

- examination survey III. I: *American journal of public health*. Volume 95, No. 6, s. 998-1000.
- Rohde, Paul (2009) Comorbidities with Adolescent Depression. I: Nolen- Hoeksema, Susan & Lori M. Hilt (Red.) *Handbook of Depression in Adolescents*. (s. 139-177) New York, Taylor & Francis Group, LLC.
- Roland, Erling (2007) *Mobbingens psykologi. Hva kan skolen gjøre?* Oslo, Universitetsforlaget.
- Rosenvinge, Jan H. (2011) Ungdomspsykologi. I: Svartdal, Frode (Red.) *Psykologi i praksis 2*. (s. 167-176) Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rothon, Catherine, Jenny Head, Emily Klineberg & Stephen Stansfeld (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. I: *Journal of Adolescence*. Volume 34, s. 579-588.
- Rubin, Kenneth H., Julie C. Bowker & Amy E. Kennedy (2009) Avoiding and Withdrawing from the Peer Group. I: Rubin, Kenneth H., William M. Bukowski & Brett Laursen (red.) *Handbook of Peer Interactions, Relationships and Groups*. (s. 303- 321), New York, The Guilford Press.
- Rudolph, Karen D., Megan Flynn & Jamie L. Abaied (2008) A Developmental Perspective on Interpersonal Theories of Youth Depression. I: Abela, John R. Z. & Benjamin L. Hankin (Red.) *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. (s. 79-102) New York, The Guilford Press.
- Rudolph, Karen D. (2009) The Interpersonal Context of Adolescent Depression. I: Nolen- Hoeksema, Susan & Lori M. Hilt (Red.) *Handbook of Depression in Adolescents*. (s. 377-418) New York, Taylor & Francis Group, LLC.
- Rådet for psykisk helse (2012a) *Depresjonsmestring for ungdom*.  
<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=31446> Hentet: 25.04.2012.
- Rådet for psykisk helse (2012b) *Om kurset*. <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=31448>  
 Hentet: 22.05.2012.

- Sagatun, Åse, Lars Lien, Anne Johanne Sjøgaard, Espen Bjertness & Sonja Heyerdahl (2008) Ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway. A longitudinal study comparing changes in mental health. I: *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*. Volume 43, Number 2, s. 87-95.
- Sandsleth, Gudmund (2007) *Mobbing. Forstå, bekjempe og forebygge*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.
- Skaalvik, Einar M. & Sidsel Skaalvik (1996) *Selvopfatning, motivasjon og læringsmiljø*. Otta, TANO A.S.
- Snoek, Jannike Engelstad (2000) Stemningslidelser hos ungdom. I: Krüger, Marit B., Anders Lund, Jon Skarstein & Bjarte Stubhaug (Red.) *Depresjonshåndboka*. (s. 221-230) Oslo, Gyldendal akademisk.
- Steinhausen, Hans- Christoph & Christa Winkler Metzke (2001) Risk, compensatory, vulnerability and protective factors influencing mental health in adolescence. I: *Journal of Youth and Adolescence*. Volume 30, Number 3, s. 259-280.
- Steele, Margaret M. & Tamison Doey (2007) Suicidal Behavior in Children and Adolescents. Part 1: Etiology and Risk Factors. I: *The Canadian Journal of Psychiatry*. Volume 52, Supplement 1, s. 21-33.
- Stevenson, Michael R. & Kathryn N. Black (1995) How divorce affects offspring. A research approach. USA, Westview Press.
- Stortingsmelding nr. 16, 2002-2003 (2003) *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken.
- Størksen, Ingunn, Espen Røysamb, Torbjørn Moum & Kristian Tambs (2005) Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment. I: *Journal of Adolescents*. Volume 28, s. 725-739.
- Sund, Anne Mari, Bo Larsson & Lars Wichstrom (2001) Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by the mood and feelings questionnaire (MFQ). I: *European child & adolescent psychiatry*. Volume 10, s. 222-229.

- Sund, Anne Mari, Bo Larsson & Lars Wichstrøm (2003) Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14- year- old Norwegian adolescents. I: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Volume 44, Number 4, s. 588-597.
- Sund, Anne Marie (2004) *Development of Depressive Symptoms in Early Adolescence. The Youth and Mental Health Study*. Trondheim, Bjærum AS.
- Sund, Anne Mari, Bo Larsson & Lars Wichstrom (2011) Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in Central Norway. I: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. Volume 5, Issue 28, s. 2-36.
- Sørli, Mari – Anne (2000) *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen*. Oslo, Praxis Forlag.
- Thuen, Frode (2001) Barn og skilsmisser- en gjennomgang av forskning på feltet. I: Dyregrov, Atle, Gustav Lorentzen & Kjell Raaheim (red.) *Et liv for barn. Utfordringer, omsorg og hjelpetiltak*. (s. 159-172) Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Veiledet selvhjelp med MoodGYM (2012) *Et 7- ukers behandlingsprogram med kognitiv atferdsterapi. Manual for terapeuten*.  
[http://uit.no/publikum/prosjekter/prosjektsub?p\\_document\\_id=192993&sub\\_id=29806](http://uit.no/publikum/prosjekter/prosjektsub?p_document_id=192993&sub_id=29806)  
 og <http://uit.no/Content/298058/Veiledet%20selvhjelp%20med%20MoodGYM%20-%20manual.pdf> Hentet: 03.04.2012.
- Weissman, Myrna M., Priya Wickramaratne, Yoko Nomura, Virginia Warner, Daniel Pilowsky & Helen Verdeli (2006) Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. I: *American Journal of Psychiatry*. Volume 163, No. 6, s. 1001-1008.
- World Health Organization (2010) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10) Chapter V Mental and behavioral disorders (F00-F99), Mood (affective) disorders (F30-F39)*.  
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F30-F39>, Hentet: 05.01.2012.
- Øiestad, Guro (2009) *Selvfølelsen*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.