

Forvörn þunglyndis meðal ungmenna; mat á árangri sex mánuðum eftir námskeið.

Eiríkur Örn Arnarson, W. Edward Craighead²

¹ Sálfræðipjónustu LSH, endurhæfingarsviði og Læknadeild H.Í. og ² Sálfræðideild Emory-háskóla, Atlanta, Georgía, U.S.A..

Forvörn þunglyndis meðal ungmenna

Meiri háttar þunglyndiskast (MHP) og óyndi er algengt, hamlandi og langvarandi og á oftast upptök seint á táningsaldri. Rannsóknir hafa leitt í ljós að allt að fjórðungur ungmenna muni eiga við MHP eða óyndi að stríða áður en framhaldskóla sleppir. Börn sem upplifa MHP eiga frekar á hættu að fá slík köst síðar á lífsleiðinni. Vendipunktur fyrir þróun fyrsta þunglyndiskasts er á aldrinum 14-15 ára og um 18 ára aldur hafa 19% ungmenna þegar greinst með MHP. Lagt var mat á langtímaárangur námskeiðs, sem sniðið er til að koma í veg fyrir þróun þunglyndis þeirra, sem ekki hafa upplifað MHP. Þátttakendur voru 171 nemandi úr 9. bekk grunnskóla, sem taldir voru í áhættu að þróa þunglyndi eða óyndi vegna margra einkenna þunglyndis eða neikvæðs skýringarstíls. Þeim sem uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku var dreift af handahófi í tilrauna- og viðmiðunarhópa. Hittust hópar í 14 skipti. Námskeiðin byggðust á sálfélagslegu líkani og var farið í viðnám þátta sem taldir er tengjast þróun þunglyndis. Hugmyndafræðilega og við framkvæmd var stuðst við kenningar hugrænnar atferlismeðferðar. Með greiningarviðtali kom í ljós við 6 mánaða eftirfylgd að um tæplega 2% þátttakenda í tilrauna- og rúmlega 13% í samanburðarhópi höfðu uppfylltu skilmerki fyrir þunglyndi eða óyndi. Niðurstöður sýna að sporna megi við þróun þunglyndis ungmenna.

Inngangur

Meiri háttar þunglyndi (MHP) er alvarlegur heilbrigðisvandi meðal ungmenna. Á níunda áratugnum birtust niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna sem bentu til hárrar tíðni þunglyndis og sjálfsvíga hjá unglingum. Eftir að þriðja skilmerkjaskrá bandaríska geðlæknafélagsins (DSM-III, 1980) var gefin út var farið að greina einkenni þunglyndis barna og unglinga með skilmerkjum fyrir greiningu þunglyndis fullorðinna. Notkun sömu skilmerkja og fyrir fullorðna leiddi til þess að þunglyndi ungmenna

var staðfest (Racusin og Kaslow, 1991) og varð hvati til rannsókna á þunglyndi barna og unglinga.

Faraldsfræðilegar rannsóknir gefa til kynna að milli 3 til 12% ungmenna sýni mörg einkenni þunglyndis (Eiríkur Örn Arnarson o.fl., 1994; Hildur Jóhannsdóttir, 1996). Algengi þunglyndis er talið vera að aukast (Eaton o.fl., 1989; Lewinsohn o.fl., 1993). Í rannsókn Lewinsohn o.fl. (1993) kom fram að um 14% ungmenna greinast með þunglyndi/óyndi fyrir 15 ára aldur. Þunglyndi verður fyrst vart hjá yngri aldurshópum nú en áður (Burke o. fl., 1990; Kovacs o. fl., 1994; Lewinsohn o. fl., 1994). Langsniðsrannsókn frá Nýja Sjálandi staðfesti fyrri niðurstöður þversniðsrannsókna sem höfðu bent til þess að við 15 ára aldur ykist tíðni fyrsta MHP. Á þeim aldri fer að skilja á milli drengja og stúlkna og seint á táningsaldri greinast helmingi fleiri stúlkur en drengir með MHP (Hankin o. fl., 1998). Rannsókn í Bandaríkjunum á 1508 tánungum á aldrinum 14 til 18 ára leiddi í ljós að algengi á lífsleið var 24% (Lewinsohn o. fl., 1994). Í viðamikilli rannsókn í Bandaríkjunum greindust 25.2% ungmenna á aldrinum 15 til 24 ára með meiri háttar geðlægð (Kessler og Walters, 1998). Oldehinkel o.fl. (1999) greindu úrtak 1228 einstaklinga á aldrinum 14-17 ára og fylgdu eftir í 20 mánuði. Lífsalgengi reyndist vera 12,2% fyrir MHP en 3,5% fyrir óyndi. Í hverjum mánuði voru 3,4% þunglyndir í þessu úrtaki og 1,1% liðu af óyndi. Lífstíðaralgengi óyndis og þunglyndis við 18 ára aldur var 20,7%, Hankin o. fl. (1998). Algengi á lífsleið hjá fullorðnum er 17%, en hjá ungmennum er tíðnin talin vera um 20-25%. Talið er að um helmingur þeirra ungmenna sem greinast með mörg einkenni þunglyndis fái sitt fyrsta þunglyndiskast fyrir tvítugt.

Talið er að nær helmingur þunglyndra unglinga þjáist jafnframt af annars konar geðröskun, s.s. kvíðaröskun (anxiety disorder), hegðunarröskun (conduct disorder), misnotkun áfengis og vímuefna (substance use disorder) og röskun á matarvenjum (eating disorder) (Rohde o.fl., 1991).

Þegar MHP er fylgt eftir (Emslie o. fl., 1997; Garber o. fl., 1988; Kovacs o. fl., 1984b; McCauley o. fl., 1993) hefur komið í ljós meiri líkur séu á bakfalli þeirra, sem greinst höfðu með MHP snemma á lífsleið en hinna sem greindust síðar. Enda þótt skilgreiningar séu á reiki um bata, heilsu, bakslag og endurtekningu (Frank o. fl., 1991; Prien o. fl., 1991) er ljóst að u.þ.b. helmingur þeirra sem fá MHP á unga aldri fær a.m.k. eitt bakslag síðar (Lewinsohn o. fl., 1998).

Líklegra er að þeir sem greinast ungir með mörg þunglyndiseinkenni sýni önnur geðræn einkenni samhliða þunglyndiseinkennum heldur en þeir sem verða þunglyndir síðar. Eftir fyrsta þunglyndiskast eru taldar meiri líkur á öðru þunglyndiskasti (Lewinsohn et al, 1993). Kovacs o.fl. (1984a, 1984b og 1988) rannsökuðu þróun þunglyndis hjá börnum sem greindust með þunglyndi fyrir kynþroskaaldur. Niðurstöður benda til þess að það séu um 70% líkur á öðru þunglyndiskasti innan fimm ára hjá þessum hópi. Því má ætla að sé ekkert að gert nái þunglyndi frekar að búa um sig og verða að langvarandi vandamáli.

Þunglyndiseinkenni sem fram koma snemma á táningsaldri (13-14 ára) spá ákveðið um MHP við 22 ára aldur (Pine o. fl., 1999). Að áliti þeirra undirstrikuðu niðurstöður “mikilvægi þess að velta fyrir sér meðferð ungmenna með einkenni þunglyndis, þó þeir uppfylli ekki skilmerki fyrir þunglyndisgreiningu” (Pine o. fl., 1999).

Ástæða er til að ætla að börn þunglyndra einstaklinga séu í sérstökum áhættuhóp til að verða þunglynd. Benda má á að börn þeirra sem greinst hafa með þunglyndi eða óyndi eiga oftast við vandamál að stríða en börn í samanburðarhópi (Cytryn o.fl, 1986).

Fjallað hefur verið um alvarlegar afleiðinga MHP hjá fullorðnum (e.g., Murray & Lopez, 1997; Craighead, Ritschel, Arnarson & Gillespie, 2008). Hinar alvarlegu afleiðingar þunglyndis hjá ungmennum og ungu fólki endurspeglast í námsörðugleikum, en koma fram í vinnu hjá hinum fullorðnu. Lewinsohn, Rohde og Seeley (1998) komust að því að MHP dró úr námsgetu og hafði neikvæð áhrif á samskipti og félagslíf. Um fimmtungur ungs fólks með MHP kveðst hafa reynt að svifta sig lífi (Kessler og Walters, 1998).

Heiligenstein og félagar (1996) rannsökuðu þunglynda nemendur sem leitað höfðu aðstoðar á heilsugæslustöð háskólanema og 92% greindu frá verulegri skerðingu þar eð þeir hefðu misst meira en helming af tímum í skóla, fundu fyrir

námsörðugleikum og talsverðum samskiptaörðugleikum s.s. útistöðum við vini eða félagslegri einangrun. Lewinsohn og félagar hafa tekið svo djúpt í árinna að halda því fram að MHP ungmenna leiði til varanlegra sálarmeina.

MHP er ein algengasta röskun á unglingsárum og sú sem veldur hvað mestri hömlun. Nýlegar rannsóknir meðal ungmenna hafa leitt í ljós að algengi MHP á lífsleið sé u.þ.b. tuttugu af hundraði (Costello o. fl., 2003; Hankin o. fl., 1998; Lewinsohn o. fl., 1993; Kessler o. fl., 2003).

Þunglyndi hefur tilhneigingu til að endurtaka sig og eftir fyrsta kast eru um helmings líkur á endurtekningu eftir að bata er náð (Lewinsohn o. fl., 1999) og líkur á endurtekningu er vandamál allt lífið (Mueller o. fl., 1999). Frá því líða fer á táningsaldur og fram á tvítugsaldur er MHP veruleg byrði fyrir hinn þunglynda, fjölskyldu hans og þjóðfélagið (Murray og Lopez, 1997). Þar við bætist að fylgifiskar þunglyndis eru gjarnan kvíði, notkun vímuefna og sjálfsvíg (Gould o. fl., 1998; Lewinsohn o. fl., 2003).

Jafnvel þegar vel tekst að meðhöndla þunglyndi aukast líkur á MHP með hverju kasti (Mueller o. fl., 1999). Því þarf að þróa aðferðir til að stöðva þróun þunglyndis. Til að leggja áherslu á mikilvægi forvarna er vert er að minnst á niðurstöður tveggja rannsókna. Talið er að 30-40% þunglyndra einstaklinga leiti aðstoðar; hlutfallið kann að vera lægra meðal táninga, Costello o. fl. (2003) og höfundar telja að 40% þeirra fái viðeigandi meðferð. Af þeim sem ná bata með þunglyndislyfjum eru líkur á bakfalli að tveimur árum liðnum taldar vera á bilinu 60-80% (Craighead o. fl., 2008).

Sé litið til þess sem upp hefur verið talið um afleiðingar MHP, auknar líkur á bakfalli og að það taki sig upp er ljóst mikilvægi þess að grípa að taumana og leita leiða til að koma í veg fyrir fyrsta þunglyndiskast ungmenna. Jafnvel minnsti bati vegur þungt á vogarskálum einstaklinga og þjóðar.

Talið er að neikvæður þankagangur sem er einkennandi fyrir hina þunglyndu mótist snemma á ævinni eða á aldrinum 11 til 14 ára. Það er talið að nota megi nálgun hugrænnar atferlismeðferðar til að auðvelda ungmennum, sem talin eru vera í áhættuhóp fyrir þunglyndi, að takast á við neikvæðan þankagang og stýra hjá því að þau verði þunglynd síðar á lífsleiðinni.

Aðferð

Á undaförnum árum hefur farið fram rannsókn í 9. bekk nokkurra grunnskóla hér á landi. Rannsókn er ætlað að meta árangur námskeiðs, sem nefnist Hugur og Heilsa, og byggir á hugmyndum hugrænnar atferlis-meðferðar við að fyrirbyggja þunglyndi meðal ungmenna sem greinst hafa með mörg einkenni þunglyndis og neikvæðan þankagang, auk þess að rannsaka þunglyndi unglunga. Ungmennin fá fræðslu og leiðbeiningar og úrlausn vandamála kennd. Lögð er áhersla á að með því að hafa áhrif á hugsun og hegðun sé hægt að hafa áhrif á og breyta líðan. Einnig er þjálfuð hæfni þátttakenda í að takast á við félagsleg vandamál og bjargráð kennd. Hér er um hópvinna að ræða þar sem ungmenni vinna saman, fá fræðslu og leiðbeiningar. Helstu markmið eru að draga úr þunglyndiseinkennum þátttakenda, að meta árangur hugrænnar atferlis-meðferðar á einkenni þunglyndis og kanna hvort slík nálgun komi í veg fyrir að þunglyndi nái fótfestu og svara spurningum tengdum fylgni þunglyndis-einkenna og fylgibreyta s.s. skýringarstíls (Seligman o. fl. 1984).

Námskeiðið er sett fram í handbók sem samin hefur verið fyrir leiðbeinendur og þátttakendur (Eiríkur Örn Arnarson og Craighead 2001 a og b). Reynt hefur verið að gæta þess að texti, dæmi og myndir falli að hugmyndum íslenskra unglunga. Að þreifirannsóknnum loknum hófust námskeið á Seltjarnarnesi og í Mosfellsbæ. Síðar bættust við skólar á Akureyri, í Garðabæ, Reykjanesbæ og Reykjavík. Lögð eru próf fyrir nemendur í 9. bekk grunnskóla til að meta þunglyndiseinkenni með mælikvarða fyrir einkenni þunglyndis (Children's depression inventory, Kovacs, 1992) og mælikvarða á skýringarstíl (Children's attributional style questionnaire; Kaslow, Tannenbaum, & Seligman, 1978, Seligman et al, 1984).

Kvarðarnir hafa verið staðlaðir á íslensku þýði (Elín Jónasdóttir og Herdís Einarsdóttir 1994 og Guðrún Una Valsdóttir og Ragna Sæmundsdóttir, 1995).

Nenum með mörg einkenni þunglyndis og s.n. neikvæðan skýringarstíll, en uppfylla ekki skilmerki þunglyndis, er boðin þátttaka í rannsókn. Á hverju námskeiði hittast hópar 14 sinnum á þremur mánuðum og í hverjum hópi eru flest átta þátttakendur. Árangur er metinn á meðan námskeiðum stendur og í kjölfar þeirra hálfu, einu og tveimur árum síðar.

Námskeið er þróað með forvarnir að leiðarljósi og ætlað einstaklingum sem enn hafa ekki upplifað MHP. Niðurstöður ættu að nýtast þeim sem fást við geðræn vandkvæði, auka þekkingu á hugrænni atferlis-meðferð og auka vægi forvarna í skólakerfi og heilbrigðisþjónustu.

Niðurstöður

Með greiningarviðtali kom í ljós við 6 mánaða eftirfylgd að um tæplega 2% þátttakenda í tilraunahópi og rúmlega 13% í samanburðarhópi höfðu uppfylltu skilmerki fyrir þunglyndi eða óyndi.

Niðurstöður sýna að sporna megi við þróun þunglyndis ungmenna.

Þakkir

Rannsókn þessi hefur hlotið styrki frá (RANNIS), Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands, Vísindasjóði Landspítla, Minningarsjóði Arnórs Björnssonar auk styrkjar #MH066207 frá National Institute of Mental Health.

Eftirtöldum eru færðar þakkir: Ingu Hrefnu Jónsdóttur, Margrėti Ólafsdóttur, Huldu-Sólrúnu Guðmundsdóttur, Arnfríði Kjartans-dóttur, Jóhönnu Haraldsdóttur, Láru H. Halldórsdóttur, Brynjólfi Brynjólfssyni, Hafdísu Kjartansdóttur, Íðunni Magnúsdóttur, Ágústu Gunnarsdóttur, Ingunni Hansdóttur, Hrefnu Guðmundsdóttur, Berglindi Guðmundsdóttur, Vin Þorsteinsdóttur, Jóhönnu L. Birgisdóttur, Pétri Tyrfingssyni, Fjólu Dögg Helgadóttur, Drífu Jónasdóttur, Ragnhildi Georgsdóttur, Helgu Hannesdóttur, Berthrand Lauth, Joshua Madsen og Erin Sheets.

Heimildir

- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, P. A., og Rae, P. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., og Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Craighead, W. E., Ritschel, L. A., Arnarson, E. O., og Gillespie, C. R. (2008). "Major Depressive Disorder". Í W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, og L. W. Craighead (ritstj.).

- (bls. 279-329). *Psychopathology: History, Theory, and Diagnosis for Clinicians*. New York: John Wiley and Sons.
- Cytryn, L., McKnew, D.H., Zahn-Waxler, C. og Gerlson, E.S. (1986). Developmental issues in risk research: The offspring of affectively ill parents. Í M. Rutter, C.E. Izard og P.B. Read (ritstj.), *Depression in Young People*. New York: Guilford.
- Eaton, W.W., Kramer, M., Anthony, J.C., Dryman, A., Shapiro, S. og Locke, B.Z. (1989). The incidence of specific DIS og DSM-III mental disorders: Data from the NIMH Epidemiological Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 163-178.
- Eiríkur Örn Arnarson, Jakob Smári, Herdís Einarsdóttir og Elín Jónasdóttir (1994). The prevalence of depressive symptoms in pre-adolescent school children in Iceland. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 23, 113-122.
- Eiríkur Örn Arnarson og W. Ed Craighead: *Hugur og Heilsa: handbók um hugræna atferlismeðferð*. Reykjavík, 2001a.
- Eiríkur Örn Arnarson og W. Ed Craighead: *Hugur og Heilsa: verkefnabók fyrir hugræna atferlismeðferð*. Reykjavík, 2001b.
- Elín Jónasdóttir og Herdís Einarsdóttir (1994). *Stöðlun á sjálfmatskvarða Kovacs til að greina þunglyndi barna og unglinga: Children's Depression Inventory (CDI)*. B.A. verkefni í sálarfræði nr. 827. Félagsvísindadeild, Háskóli Íslands, júní 1994.
- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Gullion, C. M., Rintelmann, J., og Hughes, C. W. (1997). Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 785-792.
- Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., Rush, A. J., og Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 851-855.
- Garber, J., Kriss, M., Koch, M., og Lindholm, L. (1988). Recurrent depression in adolescents: A follow-up study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 49-54.
- Guðrún Una Valsdóttir og Ragna Sæmundsdóttir, (1995). *Stöðlun á skýringarstílsprófi fyrir börn; CASQ*. B.A. verkefni í sálarfræði nr. 975. Félagsvísindadeild, Háskóli Íslands, júní, 1995.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A. og McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128140.
- Heiligenstein, E., Guenther, G., Hsu, K., og Herman, K. (1996). Depression and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 45, 59-64.
- Hildur Jóhannsdóttir (1996). *Tengsl skýringarstíls og einkenna um þunglyndi hjá börnum og unglingum*. B.A. verkefni í sálarfræði nr. 1084. Félagsvísindadeild, Háskóli Íslands.
- Kaslow, N. J., Tannenbaum, R. L., og Seligman, M. E. P. (1978). *The KASTAN: A children's attributional style questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Kessler, R. C., og Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Kessler, R. C., Berglund, P. Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E. E., og Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S.L. og Finkelstein, R. (1984a). Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S.L., Pollock, M. og Finkelstein, R. (1984b). Depressive disorders in childhood II: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 643-649.
- Kovacs, M., Paulauskas, S.L., Gatsonis, C. og Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood III: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205-217.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.

- Kovacs, M., Akistal, H. S., Gatsonis, C., og Parrone, P. L. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H. Roberts, R., Seely, J.R. og Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., og Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., og Seeley, J. R. (1998). Treatment of adolescents depression: Frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depression and Anxiety*, 7, 47-52.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., og Gotlib, I. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 353-363.
- McCauley, E., Myers, K., Mitchell, J., Calderon, R., Schloredt, K., og Treder, R. (1993). Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 714-722.
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M., og Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Murray, J. L., og Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349, 1436-1442.
- Oldehinkel, A.J., Wittchen, H.U. og Schuster, P. (1999). Prevalence, 20month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 29, 655-668.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., og Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or Mood Disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156, 133-135.
- Prien, R. F., Carpenter, L., L., og Kupfer, D. J. (1991). The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder: A review of the current research literature. *Archives of General Psychiatry*, 48, 796-800.
- Racusin, G.R. og Kaslow, N.J. (1991). Assessment and treatment of childhood depression. Í P.A. Keller og S.R. Heyman (ritstj.), *Innovations in clinical practice: A source book. Vol.10*. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M.,og Seely, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Seligman, M.E.P., Peterson, C., Kaslow, N.J., Tanenbaum, R.L., Alloy, L.B. og Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive syndrome among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.