

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

Mestringskurs for ungdom (DU) (3. utg.)

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

BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering om effektene av Depresjonsmestring for ungdom (DU). Artikkelen er en revisjon av tidligere evalueringer av DU i Ungsinn (Wergeland, Skotheim & Kvello, 2016; Kvello, 2013), og omarbeidet i henhold til Ungsinn sine nye kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak (Martinussen mfl., 2019). DU er et tiltak på 10 sesjoner rettet mot ungdom i alderen 14–20 år med lett til moderat grad av depresjon eller depresjonssymptomer. I siste versjon av tiltaket er navnet endret til DU – Mestringskurs for ungdom. Tiltaket er utviklet av Trygve Arne Børve, og implementeres i Norge gjennom studieforbundet AOF. Hensikten med denne artikkelen er å undersøke om DU er virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge. Hovedmålene for DU er å forebygge utvikling av depresjon, redusere symptomer og å forebygge tilbakefall av depresjon. DU følger en fastsatt struktur som er beskrevet i en manual. Gjennom kurset skal deltakerne få en forståelse for sammenhengen mellom tankestil og nedstemthet, kunnskap og ferdigheter til å redusere risikoen for å utvikle depresjon, og utvikle strategier for å mestre nedstemthet.

METODE

Kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk i databasene Embase, Medline, PsycInfo, NORART Cochrane, Oria, NORA og SweMed, rapporter fra Helsebiblioteket, NICE og Blueprint, samt informasjon gitt fra tiltakseier.

RESULTATER

I denne artikkelen presenteres resultatene fra litteratursøket, en vurdering av kvaliteten på tiltaket og forskningsmetodisk kvalitet på foreliggende effektstudier. I tillegg beskrives implementeringskvalitet, og en oppsummering av effektene fra studiene. DU vurderes som godt beskrevet gjennom en detaljert manual og flere andre dokumenter. Tiltaket har god teoretisk og empirisk forankring gjennom kognitiv atferdsterapi, og det foreligger to norske effektivitetsstudier (én pre-post-studie, og én randomisert kontrollert studie (RCT)) med oppfølgingsmålinger opp til tolv måneder etter avsluttet tiltak, samt én norsk kvalitativ evaluering. Studiene viser en effekt av tiltaket på nivået av depressive symptomer hos ungdom i løpet av intervensjonsperioden, og effektstørrelsen er liten til moderat. RCT-studien viser ingen gruppeforskjeller ved seks og tolv måneders oppfølging. Studiene ser ut til å inkludere ungdom med alvorlige depressive symptomer (BDI>30), noe som bidrar til usikkerhet rundt effekten av tiltaket for den tiltenkte målgruppen. For å sikre implementeringskvalitet er det utarbeidet en sertifiseringsordning, og i RCT studien evaluerte kursholderne selv i hvilken grad de leverte i henhold til modellbeskrivelsen (modell trofasthet).

KONKLUSJON

DU er et godt beskrevet tiltak, med sterk teoretisk forankring rettet mot en av de hyppigste psykiske lidelsene blant ungdom. De to effektstudiene indikerer at tiltaket har en effekt på depressive symptomer hos ungdom, men det er fortsatt noe usikkert hvorvidt effektene kan tilskrives tiltaket. Tiltaket nærmer seg dokumentasjonsgrad 4, men gitt en del metodiske svakheter i de foreliggende studiene, klassifiseres DU på evidensnivå 3: Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

Depresjon kjennetegnes ved senket stemningsleie, mangel på glede eller interesse og redusert energi eller økt tretthet (ICD-11). I tillegg kan man ha andre symptomer som konsentrasjonsvansker, svekket

selvtillit, skyldfølelse, opplevelse av verdiløshet, psykomotoriske forstyrrelser (rastløshet, uro eller atferdshemming), forstyrrelser i



Siv Skotheim

sivs@norceresearch.no

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



Gro Janne Wergeland

gro.wergeland@uib.no

Institutt for klinisk medisin, Det
Medisinske fakultet, UiB.


Klinikk psykisk helsevern for
barn og unge, Psykiatrisk
divisjon, Haukeland
Universitetssykehus



Øyvind Kvello

oyvind.kvello@ntnu.no

Institutt for sosialt arbeid;
NTNU

 Engelsk sammendrag på
nettsiden

ISSN 2464-2142

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



appetitt, søvnmønster og tanker om død eller selvmord. Depresjon graderes som lett, moderat eller alvorlig, avhengig av antall symptomer, alvorlighetsgrad på disse og hvordan funksjonen i hverdagen påvirkes. Depresjonsfølelse er symptomer på depresjon, men der diagnosekriteriene i ICD-11 ikke er innfridd.

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

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

Om tiltaket

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

Kurset er utviklet for å kunne tilbys gjennom kommunale hjelpetjenester slik som skolehelsetjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og helsestasjon for ungdom, men også spesialisthelsetjenesten. DU er utviklet av Trygve Arne Børve (Børve, 2013a). Opplæringen i å holde DU kurs for ungdommer tilbyes i Norge gjennom Fagakademiet AOF. Psykologene Jo Magne Ingul og Trygve Børve er kursledere.

Beskrivelse og materiell

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

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

Det er også utviklet to informasjonsbrosjyrer rettet mot henholdsvis foreldre/foresatte og skole/arbeidssted (Børve, 2013c; 2013d). Brosjyrene, på syv sider hver, gir faktaopplysninger om hva depresjon er og om innholdet i DU. I brosjyren for foreldre/foresatte beskrives det i tillegg hvordan de kan hjelpe ungdommen under og etter deltakelse på kurset, mens det i brosjyren til skole/arbeidssted vektlegges tilrettelegging av arbeidssituasjon ved depresjon. Det er utarbeidet et PowerPoint-sett til skole som lærer kan benytte dersom det er aktuelt å

tematisere psykisk helse, nedstemthet og angst hos elever, og det gis ut internett-lenker slik at interesserte kan skaffe seg mer informasjon. Tiltaket er også beskrevet i flere artikler (Garvik, Idsøe & Bru, 2013; Bru, Solholm & Idsøe, 2013; Idsøe & Keles, 2016; Idsøe, Keles, Olseth, & Ogden, 2019).

Målsettinger og målgruppe

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

Eksklusjonskriterier for deltakelse i DU er tilstander som bipolar affektiv lidelse, psykose, rusmiddel-misbruk, ADHD, ADD, hjerneorganiske skader, svake intellektuelle evner eller betydelige lese-vansker, svak affektregulering eller at kursleder vurderer at ungdommen ikke vil kunne ha utbytte av eller kunne fungerer tilfredsstillende i gruppe.

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

Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

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

I kurset vektlegges ungdommenes egne refleksjoner og aktive deltakelse i gruppen, og gruppeprosessen står sentralt. Gjennom gruppeformatet får ungdommene innblikk i at andre tenker og reagerer på gjenkjennbare måter. Gruppeformatet fungerer slik som arena for eksponering for egne og andres tanker og opplevelser, samt en arena for utvikling av egen forståelse og ferdigheter i dialog med andre. Metodisk vektlegges tankeutvikling gjennom refleksjon og lederen for gruppen baserer seg på kognitiv metodikk tilpasset ungdom og gruppeformat. Tema løftes opp/generaliseres i gruppen for å unngå påtrengende introspeksjon og for å beskytte den enkelte for uønsket deling av konkrete erfaringer. Kursleders rolle endrer seg gjennom kurset: fra å være lærer og motivator til en som tilrettelegger og fremmer diskusjon og refleksjon, og som bruker teorien for å forklare og nyansere. Gjennom kursboken kan ungdommene øve videre på de ulike temaene fra timene.

Temaene som gjennomgås i gruppen har følgende progresjon:

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

Det teoretiske grunnlaget for metoden

Det er gjerne flere risikofaktor som ligger til grunn for utvikling og opprettholdelse av depresjon (Hankin, 2018; Kujawa & Burkhouse, 2017; Sund, Bjelland, Holgersen, Israel & Plessen, 2012). Det er vist at personer med depresjon oftere har et mønster med negativ informasjonsprosessering, håpløshet og lav selvfølelse. De tenderer mot å forstørre vansker og årsaksforklare negative hendelser til indre, stabile og globale faktorer (for eksempel personlighetstrekk,

tilbøyeligheter eller preferanser). Positive hendelser årsaksforklares gjerne med ytre, ustabile og spesifikke faktorer (for eksempel flaks eller bistand fra andre) (Coward & Ollendick, 2010; Hayden, Seeds & Dozois, 2009; Phillips, Hine & Thorsteinsson, 2010; Platt, Waters, Schulte-Koerne, Engelmann, & Salemin, 2017; Teachman, Joormann, Steinman & Gotlib, 2012; Yiend, 2010). Tankemønstrenes sterke betydning illustreres av at tilbakefall til depresjon i betydelig grad er relatert til vedvarende negative tanker og grubling – spesielt tanker knyttet til interpersonlige forhold (Joormann & Gotlib, 2007). Det er også betydelig risiko for tilbakefall når depresjoner debuterer i barne- eller ungdomsårene (Richards, 2011). Effektiv hjelp til deprimerte må ivareta bredden av årsaksforhold og tilleggs lidelser som gjerne opptrer sammen med depresjon (Frank, Titone, Kagan, Alloy, & Kendall, 2021; Ibarra-Rovillard & Kupier, 2011; Long, Young, & Hankin, 2018; Menezes, Robinson, Sanchez, & Cook, 2018; Tompson, Boger, & Asarnow, 2012).

DU bygger på en kognitiv atferdsteoretisk forståelse av depresjon med utgangspunkt i arbeidene til Beck (Beck, 1967; 2005) og Ellis (Ellis & MacLareb, 2005). I tillegg er DU basert på metakognitiv terapi (Wells, 2003; 2009) og positiv psykologi (Seligman, 2004). I DU integreres kunnskapen fra de beslektede teoretiske retningene. De ulike perspektivene brukes i arbeidet med å øke bevisstheten hos deltakerne. Både når det gjelder hvordan ens egen væremåte kan utløse, opprettholde, forsterke eller redusere negativ tenking, nedstemthet og depresjon, og hvordan stressende situasjoner kan håndteres på en mer hensiktsmessig måte. DU adresserer hvordan flukt og/eller unngåelsesstrategier, som er hyppig benyttede mestringsstrategier ved engstelig, nedstemthet og depresjon (Trew, 2011), både bidrar til å utløse, men også opprettholde en depresjon. I kurset læres det å reflektere over egen tankestil, og å nyttiggjøre seg teknikker for å bryte negative mønstre i tanker og atferd.

Kognitiv atferdsterapi er grundig beskrevet som metode benyttet for barn og ungdom (se for eksempel Friedberg & McClure 2002; Grova, 2007), og den er vist å være blant de mest nyttige

behandlingsformene for behandling av depresjon hos ungdom (Eckshtain mfl., 2020; March mfl., 2004; Weisz, McCarty & Valeri, 2006). Kognitiv terapi er også dokumentert som en effektiv behandling ved mange av de komorbide tilstandene ved depresjon (Tyrer & Silk, 2011; Verduyn, 2010). Metakognitiv terapi (MKT) er en relativt ny behandlingsmetode for symptomidelser, slik som angst og depresjon. MKT skiller seg fra kognitive terapiformer ved å fokusere på *hvordan* man tenker (tankeprosessen) fremfor tankeinnholdet (Fisher & Wells, 2011). Gjennom terapien arbeides det med å redusere selve grubleprosessen ved å utfordre forskjellige meta-antakelser som opprettholder et negativt tanke-mønster. Forskning indikerer at MKT kan ha en god effekt ved behandling av depresjon (Wells mfl., 2009; 2012, Bevan, Wittkowski & Wells mfl., 2013). Positiv psykologi fokuserer på faktorer som fremmer subjektivt og psykologisk velvære, samt forebygger psykiske lidelser, slik som depresjon (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En publisert metastudie viste at intervensjoner basert på prinsippene fra positiv psykologi kan ha en effekt, om enn liten, med hensyn til å redusere depressive symptomer på kort sikt (Bolier mfl., 2013). På lengre sikt vil effekten være avhengig av flere forhold, slik som lengden på intervensjonen og om behandlingen er gitt i grupper eller individuelt.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostander

Tiltaket implementeres i Norge gjennom Fagforbundet AOF. Fagforbundet AOF er en ideell stiftelse som har voksenopplæring som hovedformål. De har representanter i alle landets fem helseregioner og et kontaktnett mot målgruppen av ansatte i kommunal og offentlig sektor. I tillegg tilbys opplæring i DU som en del av den 2-årige utdanningen i kognitiv atferdsterapi som arrangeres ved RKBV vest.

Kursledere i DU må minimum ha treårig bachelorutdannelse i relevante fagområder i tillegg til opplæring og sertifisering i DU. Opplæringen av kursledere er på 36 timer, pluss forberedelse på ca. 10–15 timer. Denne strekker seg over én uke, og innholdet veksler mellom teori og trening av

ferdigheter. I løpet av opplæringen er det fokus på temaer knyttet til psykisk helse og depresjon hos ungdommer, kognitiv atferdsteori, metoder som anvendes på kurset, pedagogikk og arbeid med skole og hjem. Kursdeltakerne skal også utvikle praktiske ferdigheter med tanke på rollen som kursleder.

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

Det er ikke utviklet et eget system for overvåkning av kvaliteten i utøvelsen av tiltaket. Det er imidlertid utviklet et evalueringsskjema som hjelpekursholder benytter ved tilbakemelding til kursleder på om kurset gjennomføres i henhold til kursmanualen. Det stilles heller ingen krav til organisasjonene som skal ta i bruk tiltaket, bortsett fra at de er etablerte og offentlige tjenester underlagt offentlige tilsynsmyndigheter. Årlige erfarings- og oppdateringsseminar tilbys. Det tilbys også veiledning i oppstartfasen som en del av opplæringen, ut over dette er det ikke etablert et fast system for veiledning. Kurslederne i DU registreres av Rådet for psykisk helse. Registeret danner et potensial for på sikt å etablere lokale veiledningsgrupper.

Opplæringen for å bli kursleder, inkludert kursmaterieell og undervisning, koster i 2024 9275,-. Utgifter til dagpakke og eventuell overnatting kommer i tillegg.

Problemstilling for artikkelen

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

Metode

Litteratursøk etter studier om tiltaket ble kjørt i databasene Embase, Medline, PsycInfo, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS, og SweMed, litteratursøk i rapporter fra kunnskapsenteret, NREPP, NICE og Blueprint, Søkedato: 23.02.2016, med et oppdatert litteratursøk 06.04.2022. I tillegg har tiltakseier sendt inn kursbok, veileder, informasjonsbrosjyrer og forskningsdokumentasjon som ikke ble fanget opp av søket samt informasjon om implementeringsstrategier og kvalitetssikring.

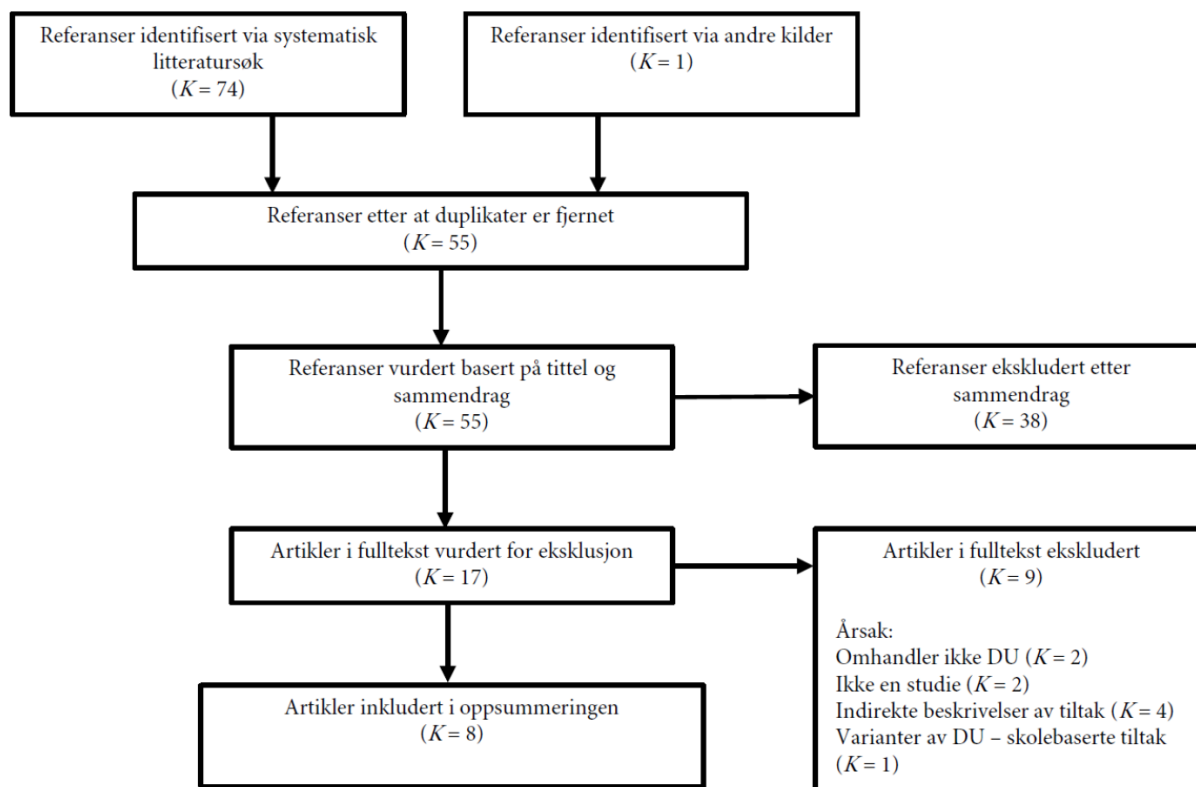
To forskere gjennomgikk sammendragene til de identifiserte publikasjonene, uavhengig av hverandre, etter at duplikater var fjernet. Publikasjoner som var relevante ble bestilt og gjennomgått i fulltekst. To forskere vurderte, ut fra forskningsdokumentasjonen, den identifiserte relevante litteraturen for tre typer studier: nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer og andre norske studier i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen mfl., 2019). Den følgende gjennomgangen av litteraturen er en revisjon av tidligere beskrivelser av DU i Ungsinn (Wergeland, Skotheim & Kvello, 2016; Kvello, 2013), og omarbeidet ut fra Ungsinn sine nye kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak.

Resultater

Resultater fra litteratursøk

Litteratursøket resulterte i 73 treff. I tillegg var det oppgitt ett treff på tiltaket som kom frem i helsebiblioteket og ikke gjennom litteratursøket i de overnevnte databasene (se Figur 1). Av de totalt 74 artiklene, ble åtte vurdert å omhandle tiltaket direkte. Av de åtte inkluderte artiklene var det to nordiske effektstudier (Garvik, Idsøe, & Bru, 2013; Idsøe & Keles, 2016; Idsøe mfl., 2019) en sekundærpublikasjon fra den første effektstudien (Garvik, Idsøe, & Bru, 2016) og en tolv måneders

Figur 1
Flyttdiagram for gjennomgang av litteratur



oppfølgingsstudie fra den andre effektstudien (Keles & Idsøe, 2021). I tillegg ble en protokoll (Idsøe & Keles, 2016), og en gjennomførbarhetsstudie (Keles, Bringedal, & Idsøe, 2021), tilknyttet den nyeste effektstudien, identifisert. To kvalitative studier basert på utvalgene som inngikk i effektstudiene ble også identifisert (Idsøe mfl., 2018; Bru mfl., 2013). Fire masteroppgaver som omhandlet tiltaket ble identifisert (Giørtz, 2014; Larsson, 2020; Olsen, 2012; Aarum, 2019), men disse inneholdt ingen direkte analyser av tiltaket og er derfor ikke inkludert. Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter på tiltaket eller vurdering av tiltaket i internasjonale databaser. DU er utviklet i Norge, og tiltakseier kjente ikke til at det er gjennomført studier på DU i andre land.

DU er basert på, og har mange likhetstrekk med tiltaket *Coping with depression-adolescent* (CWDA; Lewinsohn, Antonuccio, & Steinmetz, 1984; Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews, 1990), som inngår i mange internasjonale kunnskapsoppsummeringer ($N=11$). Til tross for mange fellestrekk mellom DU og CWDA, er likevel DU

kortere og mindre intensivt sammenlignet med CWDA (23 timer over ti uker mot 32 timer over 12–16 uker) og DU foregår i større grupper (8–13 mot 4–8 deltakere). I tillegg er det i DU inkludert elementer fra metakognitiv terapi og positiv psykologi, som ikke finnes i CWDA, samt at det i CWDA er et tydeligere fokus på aktiv problemløsning sammenlignet med DU. Det vurderes derfor at forskjellen mellom intervensjonene er så store at kunnskapsoppsummeringer på CWDA ikke inkluderes i denne artikkelen.

Gjennomgang av beskrivelser

Problembeskrivelse, målgruppe og hovedmål (primærmål) for tiltaket er tydelig beskrevet i kursboken og i heftet om formidlingspedagogikk (Børve, 2013a; 2013b). Det er ikke angitt sekundærmål for tiltaket. Kvalifikasjonskrav for å bli kursleder er godt beskrevet. Innholdet i hver time og hvordan deltakerne kan arbeide med de ulike temaene er også godt beskrevet.

Mulighet for tilrettelegging av progresjon for gruppen er derimot beskrevet i liten grad. Rutiner for

inntaksvurderinger, råd om praktisk gjennomføring av kurset og oversikt over presentasjonene som gis på samlingene samt tilleggsmateriell er beskrevet i heftet.

Det er ikke utviklet en egen implementeringsveileder, men implementeringen beskrives i noen grad i manualen hvor det står om strategier for spredning av tiltaket. Den samlede vurderingen av beskrivelsen av DU er presentert i Tabell 1.

Tabell 1
Vurdering av tiltakets beskrivelse

Dimensjoner i beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problembeskrivelse			X
Målgruppe			X
Hovedmål			X
Sekundærmål	X		
Utforming av tiltaket			X
Metoder som benyttes			X
Kjerneelementer/ fleksibilitet		X	
Utøvere av tiltaket			X
Manual/veileder for utøvere			X
Materiell for mottakere av tiltaket			X
Undersøkelser som styrker beskrivelsen		X	

Nordiske effektstudier

Studie 1

Den første norske effektstudien er en kvasi-eksperimentell studie av DU (Garvik mfl., 2013), og besto av et utvalg på 107 deltagere mellom 16–20 år, som var fra ulike kommuner. Deltagerne var rekruttert fra allmennpraksis, skolehelsetjenesten (PPT), BUP, eller gjennom annonsering i lokale aviser. Kurslederne ble rekruttert fra Rådet for

psykisk helse. Til sammen 127 ungdommer ble vurdert for deltagelse, men 18 ungdommer ble ekskludert fra studiedeltagelse fordi de var under 16 år eller hadde for lav skåre på depresjonssymptomer. Deltagerne var fordelt på 16 ulike intervensjonsgrupper, der ungdommene før deltagelse hadde depressive symptomer på et selvrapportskjema over et visst nivå (BDI \geq 10). Til sammen 77 av deltakerne fullførte post-målingen etter endt intervensjon, og 40 av dem besvarte kartleggingen seks måneder etter intervensjonen (oppfølgingsvurdering) (Tabell 2).

Studie 2

Siden forrige oppdatering (Wergeland, Skotheim, & Kvello, 2016) er det publisert en to-armet klynge-randomisert kontrollert studie på tiltaket, der DU sammenlignes med ordinær praksis (Idsøe mfl., 2019). Fra denne studien foreligger det to artikler som evaluerer effekter av tiltaket: én like etter gjennomføring (Idsøe mfl., 2019) og én 12 måneders oppfølgingsvurdering (Keles & Idsøe, 2021). I tillegg foreligger det én gjennomførbarhetsstudie der det evalueres i hvilken grad tiltaket ble gjennomført på fem ulike områder ut ifra rammeverket til National Institute of Health (NIH) Behavior Change Consortium (Keles mfl., 2021). Den nye effektstudien bestod av 288 ungdommer (snitt 16,7 år, 88 % jenter), rekruttert av gruppelederne gjennom informasjon om studien til skoler, helsestasjoner, fastleger, lokalaviser og informasjonsmøter på sykehus. Inklusjon til studien var basert på depressive symptomer over et visst nivå (BDI \geq 10) og fravær av bipolar lidelse, psykose, rusmisbruk, ADHD/ADD eller hjerneskade ut ifra et klinisk intervju (eksklusjonskriterier i manual for DU), som ble gjennomført av kurslederne. Det mangler

Tabell 2
Inkluderte nordiske effektstudier

Studie/ Artikkel	Forskningsdesign	Deltakere	Utvalget	Måletidspunkter
Idsøe mfl. 2019; Keles & Idsøe, 2021	To armet klynge randomisert kontrollert studie	N = 35 kursledere (18 vs 17) og 228 ungdom (133 vs 95), 16-20 år, 88% jenter	Beck Depression Inventory \geq 10	Pretest 1 og 2, posttest, 6 og 12 måneder oppfølging
Garvik, Idsøe & Bru, 2013	Pretest-posttest design	N = 107 ungdom, 16-20 år, 79 % jenter	Beck Depression Inventory \geq 10	Pretest, posttest, 6 måneder oppfølging

informasjon om hvordan studien har håndtert de med klinisk depresjon eller en høy skåre på depresjon (BDI ≥ 30). Tiltaket retter seg mot ungdom med milde-til moderate depresjonssymptomer, og en skåre på BDI ≥ 30 , indikerer alvorlig depresjon (Beck, 1996). Til sammen 58 kursledere (97 % kvinner) ble rekruttert til studien. Kurslederne ble rekruttert via pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Tiltaksgruppen mottok fem-dagers opplæring før rekruttering av deltakere, mens kurslederne i kontrollgruppen mottok én-dags opplæring i rekruttering av deltakere for å standardisere rekrutteringsprosessen. Etter endt studieperiode fikk kurslederne i kontrollgruppen tilbud om opplæring i DU.

Av de 58 kurslederne som ble rekruttert, var det åtte som trakk seg og 15 som ikke rekrutterte deltakere, slik at studien til slutt inkluderte 18 kursledere i tiltaket og 17 i kontrollgruppen. Av de 228 ungdommene som deltok, inngikk 133 i tiltaket og 95 i kontrollgruppen. Gruppen som mottok tiltaket, ble tilbudt åtte ukentlige samlinger (to timer hver gang inkludert pause) og deretter en samling tre og seks uker etter siste samling (1,5 time). Ungdommene i kontrollgruppen mottok ordinær oppfølging, som involverte oppfølging fra ulike aktører (psykolog, lege, helsesykepleie eller lærer) og med bruk av ulike metoder (samtale, psykoterapi, medikamentell behandling eller ingen oppfølging). Kurslederne som inngikk ble randomisert til enten tiltaket eller kontrollgruppen, mens ungdommene var enheten for analysene. Til sammen 149 ungdommer (80 i tiltaket mot 69 i kontrollgruppen) fullførte post-målingene (Idsøe mfl., 2019), mens 154 ungdommer (90 i tiltaket mot 64 i kontrollgruppen) og 133 (75 i

tiltaket mot 58 i kontrollgruppen), fullførte oppfølgingsvurdering seks og tolv måneder etter intervensjon (Keles & Idsøe, 2021).

Forskningsmetodisk kvalitet

De metodiske vurderingene av studiene er presentert i tabell 3.

1. Statistiske analyser

Studie 1

Garvik mfl. (2013) brukte analysemetodene rANOVA få å måle endringer over tid (repeterte målinger). I og med at studien er gjennomført i 16 DU-grupper, er det en svakhet at det ikke er oppgitt om det er avhengighet i observasjoner/data mellom ungdommer i samme gruppe («cluster») eller grupper av ungdommer som får behandling av samme terapeut («nesting»). Det burde også vært gjennomført en poweranalyse før oppstart av studien.

Analysene er basert på «Treatment completers» (TC). Det er ikke oppgitt om det er manglende svar/data på spørreskjema, og eventuelt hvordan dette ble håndtert i analysene. For å undersøke om det var systematiske forskjeller mellom ungdommene som fullførte DU og de som falt fra, er frafallsanalyser gjennomført. Pretest-data på alder, kjønn og depressive symptomer fra gruppen som falt fra, er sammenlignet med de som gjennomførte gruppene. Tilsvarende analyser er gjennomført ved seks måneders oppfølging, der posttest-data fra gruppen som deltok på oppfølgingsvurderingen er sammenlignet med posttest-data fra de som ikke deltok. Det er imidlertid ikke oppgitt grunner for frafallet. En kontrollgruppe inngikk ikke i evalueringstudien, men resultatene ble sammenlignet med en referanse («benchmark») bestående av

Tabell 3
Forskningsmetodisk kvalitet

Studie	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj. snitt
Keles & Idsøe, 2021	2,5	2,5	3	1,5	2,5	2,4
Idsøe mfl. 2019	2	2,5	3	1,5	2,5	2,3
Garvik, Idøse & Bru, 2013	1,5	1,5	1	1	2,5	1,5

Note Ikke rapportert eller undersøkt = 0; Dårlig/utilfredsstillende = 1; Tilfredsstillende = 2; Godt = 3; Svært godt = 4.

seks studier på ungdom referert i en metastudie av tiltaket «Coping with Depression» av Cuijpers og kollegaer (2009). Garvik og kollegaer (2013) metaanalyserte resultatene fra disse studiene og sammenlignet resultatene med resultatene fra DU-studien. Benchmark sammenligningen var imidlertid ikke korrekt utført (formelen for å konvertere fra d til r krever to uavhengige variabler og ikke pre-post skårer) og resultatene fra denne sammenligningen er derfor ikke pålitelig.

Studie 2

I artikkelen til Idsøe mfl. (2019), er det brukt General Linear Models (GLM) og tidsserie- eller sti-analyse («autoregressive models of latent variables») for å undersøke effekter av tiltaket på depressive symptomer og potensielle medierende/modererende variabler etter intervensjonen. I oppfølgingsstudien (Keles & Idsøe, 2021) er det brukt stegvis latent vekstkurvemodellering (LGCM) for å undersøke deltakernes utvikling av depressive symptomer (primær utfallsvariabel). Intention-To-Treat (ITT) og estimeringsmetoden Full Information Maximum Likelihood (FIML) er benyttet i alle analysene fra studien. FIML baserer seg på at frafall fra studien bare avhenger av observerte størrelser («missing at random»), og egne analyser er gjort for å undersøke om denne betingelsen holdt seg for de demografiske variablene og de ulike utfallsvariablene (eget appendix (Idsøe mfl., 2019; Keles & Idsøe, 2021)). Variabler som var knyttet til mangelfullt datasett (kjønn og alder), ble inkludert som kontrollvariabler i alle analysene.

I Idsøe mfl. (2019) ble det også undersøkt for avhengighet i observasjoner/data (intraklasse-korrelasjoner (ICC) for utfallsvariablene og design effekt. Dette er særlig viktig fordi randomisering til de to betingelsene var basert på kursleder (klynger) ($N=35$) og ikke ungdommene ($N=228$). Det er gjort egne analyser for å undersøke ICC (varierte mellom 0,012–0,099), og for design-effekt (alle under 1,55). Forskerne konkluderer med at de ikke trengte å justere for dette i analysene, fordi ICC for de aktuelle variablene var på < 2 . En design-effekt på 1,55 reduserer imidlertid den effektive utvalgsstørrelse, (Killip, Mahfoud, & Pearce, 2004), og

forskerne burde derfor tatt høyde for dette i de statistiske analysene som ble gjennomført. Det at de kun inkluderte dette forholdet i analysene ved 6-og 12 måneders oppfølging (Keles & Idsøe, 2021) og ikke post test (Idsøe mfl., 2019) kan ha påvirket resultatene som ble funnet i denne studien. Forskerne påpeker også dette selv i diskusjonen og anbefaler at studien gjennomføres på et større utvalg og med flere klynger for å se om resultatene gjentas (Idsøe mfl., 2019; Keles & Idsøe, 2021). Oppsummert er det en viss usikkerhet knyttet til resultatene gitt ovenstående analysevalg, randomiseringsprosedyren og statistisk styrke i studien. Skåren for de statistiske analysene er derfor trukket ned for å gjenspeile denne usikkerheten.

2. Målinger

Studie 1

Garvik mfl. (2013) brukte ett velutprøvd spørreskjema og ett klinisk intervju, som det ikke er angitt nærmere opplysninger om. Ungdommene fylte ut et skjema for selvrappport av depressive symptomer, BDI (Beck mfl., 1996), som inngår in BYI-II (Beck mfl., 2005). BDI er standardisert for norske barn (aldersgruppe 7–10 år, 11–14 år og 15–18 år) og norske forhold, og de psykometriske egenskaper for normdataene, foruten test-retest-mål og kriterievaliditet, er oppgitt i den norske BYI-II manualen (Beck mfl., 2012). Måleinstrumentet er evaluert av PsykTestBarn (Kornør & Johansen, 2016). For å undersøke indre konsistens eller reliabilitet av instrumentet som er brukt i en studie kan man beregne Cronbach's alpha, men det er ikke rapportert for BDI for den aktuelle studien. Det er også gjennomført et klinisk intervju, men type intervju og opplæring i dette intervjuet er ikke nærmere beskrevet.

Garvik mfl. (2013) sin studie er kun basert på selvrappport fra et måleinstrument. Det hadde styrket studien om de hadde brukt flere instrumenter og inkludert flere informanter for å evaluere effekten av tiltaket.

Studie 2

Idsøe mfl. (2019) brukte flere velkjente instrument/spørreskjema for å evaluere effekten og gjennom-

føringen av tiltaket. Ungdommene fylte ut ulike spørreskjema på flere måletidspunkt i studien, og kursleder etter endt gjennomføring av tiltaket. Det er også gjennomført et klinisk intervju ved inklusjon, men type intervju og opplæring i dette intervjuet er ikke nærmere beskrevet.

Primært utfallsmål: Depressive symptomer ble målt med Center for Epidemiological Studies Depression Scale for adolescents (CES-D) (Radloff, 1977). CES-D inngikk ved alle måletidspunktene (T1 Pre, T2 Pre, T3 Post, T4 og T5). Instrumentet består av en rekke spørsmål fordelt på fire dimensjoner (depressiv affekt, tap av positiv affekt, somatisk aktivitet og interpersonlige problemer). En tidligere norsk studie har funnet støtte for en slik fire-faktorstruktur (Oppedahl & Idsøe, 2011). I tillegg var Cronbach's alfa for totalskalaen mellom 0,88 og 0,93, noe som viser en høy indre konsistens.

Sekundære utfallsmål: Inngikk ved alle måletidspunktene, utenom T2 (T1 Pre, T3 Post, T4 og T5). Negative automatiske tanker, ble målt med en kort versjon av «Automatic Thoughts Questionnaire» (ATQ) (Hollon & Kendall, 1980; Netemeyer mfl., 2002). Dysfunksjonell atferd ble målt ut ifra en revidert versjon av «Dysfunctional Attitude Scale» (DAS) (De Graaf, Roelofs, & Huibers, 2009). Grubling ble målt med en revidert versjon av «Rumination Response Scale» (RRS) (Trenor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003) og Emosjonsregulering ble målt med en norsk versjon av «Emotion Regulation Questionnaire» (ERQ) (Gullone & Taffe, 2012). Alle instrumentene har gode psykometriske egenskaper brukt på ungdom. Egne analyser i studien viste en høy indre konsistens (Cronbach's alfa) på de ulike måletidspunktene, med unntak av ERQ, som var lav. De fleste instrumentene er utviklet og forsket på i andre land enn Norge, med unntak av ERQ. Cronbach's alfa varierte mellom 0,67 og 0,93 på tvers av måleinstrumentene og måletidspunktene.

Kurslederne fylte ut en evaluering etter gjennomføring av kurset om de opplevde kurset som nyttig for ungdommene. I Keles & Idsøe (2021) presenteres selvrappordata fra ungdommene ved seks og tolv

måneders oppfølging etter avsluttet intervensjon. De samme spørreskjemaene (CES-D, ATQ, DAS, RRS og ERQ), som ved effektstudien fra 2019 ble brukt. Det mangler informasjon om eventuelt nyetablert kontakt eller videre bruk av oppfølginger for psykisk helse, og psykofarmakologisk behandling i løpet av oppfølgingsåret. Det er uklart om Cronbach's alfa er beregnet på nytt for seks og tolv måneders oppfølging.

Studien baserer seg på selvrapport fra ungdommene, og har derfor kun én informant. Ingen utfallsmål hentes inn ved uavhengig bedømmer/skåre, uten kjennskap til tiltaket ungdommene har mottatt. Når det gjelder gjennomføringen av tiltaket og etterlevelse av modellen (modelltrofasthet), foreligger det kun selvrapport fra gruppelederne. Dette er fylt ut i eget skjema etter gjennomføring av hele intervensjonen. Det er ikke gjennomført lyd- eller videoopptak for en mer uavhengig vurdering eller bedømming av i hvilken grad kurslederne gjennomførte kurset i tråd med modellen (modelltrofasthet). Det hadde styrket kvaliteten på utfallsmålene med data fra flere informanter, bruk av uavhengige bedømmere for intervju, at alle utfallsmål beskrevet i protokollartikkelen hadde blitt presentert, og at det hadde vært trosskapsmål fylt ut rett etter hver time for å unngå hukommelsesbias. Skåren som er gitt for måling gjenspeiler dette.

3. Indre validitet

Studie 1

Garvik mfl. (2013) bruker BDI ≥ 10 som inklusjonskriterie og et klinisk intervju for å vurdere eksklusjonskriteriene oppgitt i kursmanual. Det opplyses ikke om hvilket klinisk intervju som ble benyttet eller om ungdom med BDI ≥ 30 («alvorlig depresjon») ble ekskludert fra studien.

Garvik mfl. (2013) har et stort frafall, noe som reduserer påliteligheten av resultatene. I tillegg vil resultater basert på et pre- og posttest-design trolig overestimere effekten av intervensjonen, sammenlignet med studier som inkluderer kontrollgrupper. Dette kan forklares ved at det sannsynligvis skjer en spontan bedring i symptomer hos deprimerede (spontanremisjon), utover den effekten som skyldes

tiltaket. Det er opplyst at noen av ungdommene brukte medikamenter for depresjon og mottok annen behandling utover DU (Bru mfl., 2013). Opplysninger gitt i den kvalitative studien nevnt over, viste at 44 % av ungdommene også brukte medikamenter mot depresjon, og at 11 % mottok annen behandling på samme tid som DU. Det er ikke opplyst hvor mange av det totale antallet studiedeltakere dette var aktuelt for, om medikamentdosen ble holdt stabil i forkant av og i gjennomføringen av tiltaket, eller om type/omfang av den øvrige behandlingen. Samlet sett gjør dette at den indre validiteten blir lav. Dette skaper usikkerhet om de endringene som er funnet er forårsaket av intervensjonen og ikke av andre faktorer.

Studie 2

I studien til Idsøe mfl. (2019) benytter også BDI ≥ 10 som inklusjonskriterie og et klinisk intervju for å vurdere eksklusjonskriterier. Det opplyses ikke hvilket klinisk intervju som ble benyttet eller om ungdom med BDI ≥ 30 («alvorlig depresjon») ble ekskludert fra studien.

I studien til Idsøe mfl. (2019) ble det gjort frafallsanalyser og på bakgrunn av resultatet, ble alder og kjønn inkludert som kontrollvariabler i analysene. I tillegg ble ITT og FIML-estimering benyttet, noe som gjorde at all data fra deltakerne ble inkludert i analysene uavhengig av hvor mange ganger deltakerne svarte på spørreskjemaene. Dette styrker den indre validiteten.

Det er en styrke for den indre validiteten i studien til Idsøe mfl. (2019) og Keles og Idsøe (2021), at kurslederne i begge gruppene ble bedt om å evaluere ulike forhold som kan ha ført til vesentlige ulikheter mellom gruppene til tross for randomiseringen. Faktorer som effektivitet, dosering, medikamentell behandling og gjennomføring («modell-trofasthet») ble vurdert. Resultatene for de to gruppene så ut til å være relativt like med hensyn til effektivitet (medianen for begge gruppene var «ja det hjalp til en viss grad») og bruk av medikamenter for depresjon (8,2 % mot 11,9 % i tiltak versus kontrollgruppen). For dosering av tiltaket viste resultatene at ungdommene i tiltaksgruppen i snitt deltok 6,5 av 10

ganger. Kursleder rapporterte at de ofte eller stort sett dekket fire av seks kjernekomponenter i DU (emosjonsregulering, ABC modellen, fokus på egne tanker og utfordring av egne tanker). De dekket i mindre grad hjemmeoppgaver og styrking av sosiale relasjoner. Det er opplyst lite om dosering og faktisk innhold som ble gitt i kontrollgruppen, utover de ulike oppfølgingsmetodene som vi har gjengitt i teksten.

Det er heller ikke angitt om medikamentdosen i noen av gruppene ble holdt stabil i forkant av og i gjennomføringen av tiltaket, eller om eventuell type/omfang av øvrig behandling. Ved oppfølgingsundersøkelsen er det ikke oppgitt om noen av respondentene har startet på medikamentell behandling eller annen oppfølging for psykiske vansker fra avsluttet tiltak til oppfølgingstidspunktene. Dette skaper noe usikkerhet for om de endringene som er funnet, særlig ved oppfølgingstidspunktet, er forårsaket av intervensjonen eller av andre faktorer.

4. Troskap mot tiltaket

Studie 1

Det finnes en manual for gjennomføring av kurset (Børve, 2013 a,b). For å bli sertifisert som kursledere deltok instruktørene på opplæring i administrering av tiltaket, med sertifisering etter individuell vurdering. I Garvik mfl. (2013), er det ikke rapportert noen mål på kursledernes etterlevelse og kompetanse i leveringen av tiltaket. Bruk av veiledning eller hvordan tiltaket er gitt er ikke rapportert. Skåren for troskap mot tiltaket gjenspeiler dette.

Studie 2

I Idsøe mfl. studie (2019) fylte kurslederne ut selvrapportert troskap/etterlevelse av seks kjernekomponenter i tiltaket, etter gjennomført intervensjon. Det er ikke gjort lyd- eller video-opptak av timene for uavhengig bedømming av troskap mot tiltaket. Kurslederne mottok ikke veiledning under intervensjonen, men ved spørsmål kunne de ta kontakt for drøfting via et digitalt møte. Det ble kun benyttet én kursleder i gjennomføringen av tiltaket, og ikke én kursleder og en hjelpe-kursleder, slik som tiltaket vanligvis gjennomføres. Samlet sett leder dette til usikkerhet når det gjelder hvordan tiltaket i

praksis ble gjennomført i studien og skårene som er gitt gjenspeiler dette.

5. Ytre validitet

Studie 1

Studien til både Garvik mfl. (2013) er utført i vanlig praksis (typiske tjenester som tilbyr tiltaket), og stort sett gjennomført med overførbare betingelser. For eksempel er opplæring og vedlikeholdsaktiviteter sammenlignbare med det som tilbys av hjelpe-tjenestene som avviker fra normen. Det er imidlertid en svakhet ved studien at det kliniske utvalget som inngikk i utvalget er mangelfullt beskrevet og det er usikkert om ungdom med en høy skår på BDI ($BDI \geq 30$) eller med klinisk depresjon er inkludert i studien. Målgruppen for tiltaket er ungdom med milde-til moderate symptomer på depresjon og skåren som er gitt gjenspeiler denne usikkerheten når det gjelder generaliserbarheten av resultatene.

Studie 2

Studien til Idsøe mfl. (2019) er også utført i vanlig praksis (typiske tjenester som tilbyr tiltaket), og stort sett gjennomført med overførbare betingelser. Tiltaket ble imidlertid gjennomført uten en co-terapeut, noe som avviker fra normen. Studien er forholdsvis ny, og inkluderer oppfølgingsvurderinger som viser at effektene holder seg over tid. Imidlertid er det ingen forskjeller mellom tiltaks- og kontrollgruppen ved seks og tolv måneders oppfølging. I tillegg foreligger det lite bakgrunnsinformasjon om ungdommene som deltar i studiene, ut over alder, kjønn og grad av depressive symptomer. Informasjon om sosioøkonomisk status, foreldres eventuelle psykopatologi og komorbide tilstander, bruk av annen psykologisk og/eller medikamentell behandling parallelt med intervensjonen mangler. Det er også i denne studien mangelfull informasjon knyttet til om ungdom med alvorlig depresjon og/eller en høy skår på BDI ($BDI \geq 30$) er inkludert i studien. Dette er en svakhet med hensyn til den ytre validiteten og generaliserbarheten av resultatene, i det tiltaket retter seg mot ungdom med milde til moderate symptomer på depresjon.

Effekter

Studie 1

Resultatene fra Garvik mfl. (2013) viser en signifikant nedgang i symptomer på depresjon hos kursdeltakerne målt med BDI (Beck mfl., 1996; Beck mfl., 2012) i løpet av intervensjonstiden. Det dokumenteres ytterligere en signifikant nedgang i depresjon seks måneder etter intervensjonen. Det oppgis effektstørrelser i form av en standardisert gjennomsnittsforskjell (Cohens d) fra pre til post test, og fra posttest til oppfølgingsvurdering innad i utvalget (mangler kontrollgruppe). Effektstørrelsen mellom pre-test og post-test innebærer en moderat til stor nedgang i symptomtrykket. Forskjellen mellom post-test og seks måneders oppfølging, var mindre, se tabell 4. Det beskrives at 57 % av utvalget hadde en reduksjon på 6 poeng eller mer på BDI, noe som er vurdert å være en klinisk signifikant endring. Tolkning av effektstørrelser og Cohens d , må imidlertid vurderes med større forsiktighet når det er snakk om endringer innad i samme gruppe fremfor mellom grupper.

Studie 2

Resultatene fra Idsøe mfl. (2019) viste en signifikant større nedgang i nivå av depressive symptomer hos ungdommene som deltok på DU sammenlignet med kontrollgruppen etter avsluttet intervensjon, målt med CES-D (Radloff, 1977). Oppfølgingsstudien seks og tolv måneder etter avsluttet intervensjon, viste at nivået av depressive symptomer holdt seg for begge gruppene, men uten at forskjellen mellom gruppene var signifikant (Keles & Idsøe, 2021). Eksplorerende analyser ble gjort for sekundære utfallsmål (potensielle medierende/modererende variabler) og resultatene viste noe sprikende resultater ved de ulike måletidspunktene. Alle effektstørrelser er oppgitt i Cohens d (se Tabell 4). Forskjellen i nedgangen i depressive symptomer mellom tiltaks- og kontrollgruppen fra pre- til postmåling (T2–T3) var liten til moderat ($d = -0,31$, $p = 0,045$). En tilsvarende nedgang ble funnet for de sekundære utfallsvariablene, men kun to av disse var signifikante (aspekter ved dysfunksjonell atferd og

Tabell 4
Effektstørrelser for utfallsvariabler for studier med mellomgruppedesign

	Effekt (Cohens d)	Effektstørrelse (mellom pre og post) ¹	Effektstørrelse (mellom pre og post) ²	Effektstørrelse (mellom pre og 12 mnd.) ²	Effektstørrelse (mellom post og 6 mnd og 12 mnd oppfølging)
Idsøe mfl. 2019; Keles & Idsøe, 2021	Center for Epidemiological Studies depression Scale (CES-D)	$d = -0,31$ ($n = 228$)	$d = 0,20$ ($n = 228$)	$d = 0,29$ ($n = 228$)	
Garvik mfl. 2013	Beck Depression Inventory	$d = 0,79$ ($n = 77$)			$d = 0,32$ ($n = 40$)

¹ Modell baserte effektstørrelser, oppgitt i manus fra Keles & Idsøe, 2021

² Ikke modell baserte effektstørrelser etter ITT prinsippet (Δ ES ACDC-UC rekrutterte/ pooleet st.avvik ved premåling/T1)

grubling). Egne utregninger av effektstørrelse ved de ulike måletidspunktene, viste en liten effektstørrelse ved alle måletidspunktene; Cohens d ; 0,20, 0,23 og 0,29, ved henholdsvis post, 6- og 12 mnd. Utregningen er basert på ikke modell-baserte effektstørrelser etter ITT prinsippet, ved å sammenligne endringene i effektstørrelsene for tiltak og kontrollgruppen (Δ ES)/pooleet standardavvik ved premålingen (T1). Δ ES er basert på informasjon om antall deltakere (som fullførte) og gjennomsnittstall ved de ulike måletidspunktene (figur 1 og tabell 1) i Keles & Idsøe, 2021 og ved å anta en 0-effekt på de som ikke fullførte.

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

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

Andre norske evalueringer

I en kvalitativ studie ble ungdommenes vurderinger av DU undersøkt (Bru mfl., 2013). Ungdommer ($N = 30$) ble oppfordret av kurslederne til å la seg intervju, og tolv meldte seg. To av de tolv mistet man kontakt med, og én møtte eksklusjonskriterier for intervjuet (oppfylte kriteriene for bipolar lidelse). Skåren på BDI for deltakerne ($N = 9$) var sammenlignbar med skåren hos de øvrige ungdommer som deltok i intervusjonen. Intervjuene varte mellom 45–80 minutter, de ble lagret som lydopptak, transkribert og analysert. Ungdommene ble intervjuet om de var tilfreds med tiltaket. Kursdeltakerne vurderte de kognitive komponentene som styring av tanker, følelser og atferd som det beste og mest nyttige ved intervusjonen, selv om de også sa at de

var vanskelig å bruke i praksis. De psykoedukative elementene, atferdsaktivering og sosial kontakt, ble også omtalt som nyttig. Det var delte oppfatninger blant kursdeltakerne om nytten av avslapningsøvelser og hjemmeoppgaver.

Det forelå også en kvalitativ studie i tilknytning til studie 2 (Idsøe mfl., 2018), hvor kurslederne fra den første rekrutteringsrunden ble invitert til å svare på hva som skapte problemer med rekrutteringen. 8 av 11 kursledere som ikke greide å rekruttere ungdommer og 16 av 19 kursledere som rekrutterte ungdommer, besvarte henvendelsen. Funnene ble kategorisert i seks overskrifter; generelle vansker med å rekruttere målgruppen, stigma knyttet til depresjonsproblemer generelt og kursnavnet spesielt («depresjonsmestring»), manglende nærhet til ungdommene i målgruppen, manglende tid til rekruttering, manglende ressurser og blandete reaksjoner om å delta i et gruppeformat. Oppsummert fremhevet forskerne at det er viktig at de som skal rekruttere ungdom til tiltaket er i direkte kontakt og aller helst har en relasjon til ungdommen. I tillegg viktigheten av å involvere eller samarbeide med sentrale aktører som helsesøstre, lærere og foreldre. Videre at det også er viktig å unngå depresjonsbegrepet i markedsføringen av tiltaket. Selv om dette her ble undersøkt i forhold til rekruttering til studien, mener de at funnene har relevans for og er generaliserbare til det å rekruttere hjelpetrengende ungdom til forebyggende lavterskeltilbud generelt. Vi ser også at tiltaket i kjølvannet av dette har endret navn fra «Depresjonsmestring for ungdom» til «Mestringskurs for ungdom».

Implementeringskvalitet

Fagakademier AOF har noen rutiner for å sikre god kvalitet i spredning av tiltaket i tjenesten, samt i å sikre kvaliteten på tilbudet ungdommene får gjennom blant annet opplæring og sertifiseringsordninger (for nærmere beskrivelse av rutinene se under Implementeringsstrategi, kvalitetssikring og kostnader). Vurdering av implementeringskvalitet vises i tabell 5.

Tabell 5
Implementeringskvalitet

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
Implementeringsstøtte		X	
Kvalifikasjonskrav	X		
Opplæring	X		
Sertifiseringsordninger	X		
Monitorering av fidelity/etterlevelse		X	
Veiledning		X	
Identifisering av målgrupper	X		
Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy	X		
Strategier for tilpasning		X	
Samlet skåre	Σ5/9		

Diskusjon

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

Beskrivelse

DU er grundig beskrevet gjennom en egen kursbok og et veiledningshefte. Det fremgår tydelig hvem som er målgruppen og hva som er hovedmålet med tiltaket, samt hvordan og hvem som kan utføre tiltaket. Det er imidlertid en mangelfull beskrivelse av hva som er nødvendige kjernekomponenter i gjennomføringen av tiltaket og hvor det er mer rom for fleksibilitet. Dette kan falle uheldig ut enten gjennom en for rigid gjennomføring av tiltaket eller

fokus på mindre viktige komponenter fremfor kjernekomponenter. Det vil styrke beskrivelsen ytterligere dersom informasjon om dette blir lagt til.

Teoretisk rasjonale

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

Antall effektstudier

Det er to nordiske effektstudier på DU.

Forskningsdesign

Den ene effektstudien er en pre-post-studie med oppfølging etter seks måneder (Garvik mfl., 2013). Den andre effektstudien er en to armet klynge-randomisert kontrollert studie med oppfølging opp til tolv måneder (Idsøe mfl., 2019; Keles & Idsøe, 2021).

Den første effektstudien er gjennomført med et pretest-posttest-design, uten egen kontrollgruppe (Garvik mfl., 2013). Mangel på egen kontrollgruppe gjør at man ikke kan sannsynliggjøre at observerte endringer skyldes tiltaket og ikke andre forhold, som

for eksempel naturlig remisjon (bedring). Den andre effektstudien inkluderte en kontrollgruppe, og kurslederne ble randomisert til enten intervensjon eller kontrollgruppe (Idsøe mfl., 2019; Keles mfl., 2021). Ungdommene var imidlertid enheten for analysene, derav begrepet klyngerandomisert (ungdommer som klynger under kursleder). I et klynge-randomisert design vil det være avhengighet i data (intraklassekorrelasjoner), hvor ungdommene innad i en gruppe er mer lik hverandre. Et slik design vil derfor typisk kreve ett større utvalg for å redusere effekten av avhengighet i data. Alternativet er å undersøke hvordan det kan ha påvirket resultatene, noe som ble gjort i studien.

Forskningsmetodisk kvalitet

Den første effektstudien hadde flere metodiske svakheter, slik som mangel på kontrollgruppe, mangelfull informasjon om inklusjon- og eksklusjonskriterier for nivå av depressive symptomer, stort frafall og manglende opplysninger om eventuell avhengighet i dataene. Disse svakhetene er det delvis tatt høyde for i den nyere effektstudien til Idsøe mfl. (2019; 2021), som inneholder kontrollgruppe og hvor det er justert for frafall og gjort egne analyser for å undersøke avhengighet i dataene. Dette styrker påliteligheten til funnene fra denne studien.

Det er imidlertid noen metodologiske svakheter også ved den nyere effektstudien (studie 2) som kan ha påvirket resultatene, slik at sannsynligheten for type 1-feil øker (å konkludere med at det er en effekt $\neq 0$ når effekten i virkeligheten er 0). Klyngerandomiseringen er et slikt eksempel. Forskerne undersøkte intraklassekorrelasjoner (ICC) og designeffekten, for å se på hvordan dette kunne ha påvirket resultatene. Analysen vist at designeffekten lå på et akseptabelt nivå, og det ble derfor ikke justert for ICC i analysene som undersøkte effekten av tiltaket post-intervensjon (Idsøe mfl., 2019). Det har likevel påvirket den statistiske styrken i analysene, og det ville styrket studien og funnet post intervensjon, om forskerne hadde justert for ICC i analysene som ble utført, slik de gjorde ved oppfølgingsanalysene (Keles & Idsøe, 2021).

Det er heller ikke i studie 2 angitt om medikament-dosen i noen av gruppene ble holdt stabil i forkant av og i gjennomføringen av tiltaket, eller om eventuell type/omfang av øvrig behandling. Ved oppfølgingsundersøkelsen er det ikke oppgitt om noen av respondentene har startet på medikamentell behandling eller annen oppfølging for psykiske vansker fra avsluttet tiltak til oppfølgings-tidspunktene. Dette skaper noe usikkerhet for om de endringene som er funnet, særlig ved oppfølgings-tidspunktet, er forårsaket av intervensjonen og ikke av andre faktorer. Det er også i studie 2 mangelfull informasjon knyttet til om ungdom med et høyt nivå av depressive symptomer eller klinisk depresjon ble inkludert eller ekskludert fra studien. Det er derfor en viss usikkerhet knyttet til om ungdom i målgruppen for tiltaket (milde-til moderate symptomer på depresjon) er den samme som utvalget som inngikk i studiet.

I tillegg er det en viss usikkerhet knyttet til hvordan tiltaket ble gjennomført (troskap mot tiltaket), i det etterlevelse kun var basert på kursholderes egne vurderinger, og ikke mer uavhengige observatører. Dette bidrar til usikkerhet om hvordan tiltaket ble gjennomført i praksis.

Effekter

I den første effektstudien på DU ble det funnet en moderat til stor nedgang i ungdommenes nivå av depressive symptomer etter gjennomført intervensjon (Cohens $d=0,79$), og resultatene viste en ytterligere nedgang etter seks måneder (Garvik mfl., 2013). Den nyere effektstudien viser en nedgang i depressive symptomer etter intervensjon, og at forskjellen mellom intervensjons- og kontrollgruppen er liten til moderat Cohens $d=-0,31$ (Idsøe mfl., 2019). Egne beregninger (ikke modellbaserte), inkluderte i denne gjennomgangen, viste gjennomgående en liten, men noe økende effektstørrelse fra pre til tolv måneder etter intervensjon. Oppfølgingsanalyser inntil tolv måneder etter intervensjon viser en fortsatt nedgang i depressive symptomer fra post-test til tolv måneders oppfølging for begge gruppene, men ingen forskjell mellom gruppene verken ved 6- eller 12 måneder. (Keles & Idsøe, 2021). Det ville styrket funnet fra pre

(T1) til postmålingen (T3), om forskerne hadde inkludert ICC i disse analysene, særlig siden forskjellene mellom gruppene, etter våre beregninger, er minst ved dette måletidspunktet.

Implementeringskvalitet

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

Konklusjon

Tiltaket DU har god teoretisk og empirisk forankring gjennom kognitiv atferdsterapi, og det foreligger to norske effektstudier med oppfølgingsmåling inntil tolv måneder etter avsluttet tiltak. Resultatene tyder på at DU er virksomt brukt i vanlig norsk praksis. Tiltaket er godt beskrevet, og det foreligger en implementeringsplan, som delvis bidrar til å sikre at utøver har kompetanse til å gjennomføre tiltaket. Det er noe usikkerhet knyttet til effekten av tiltaket gitt ulike metodologiske svakheter, og særlig om effektene over tid kan tilskrives tiltaket. Studier med god nok statistisk styrke eller som tar høyde for designeffekten i et klyngerandomisert design, tydeligere beskrivelse av deltakerne som mottar intervensjonen og bedre mål på etterlevelse av tiltaket trengs for å kunne trekke mer sikre konklusjoner.

Tiltaket nærmer seg dokumentasjonsgrad 4, men gitt en del metodiske svakheter i de foreliggende studiene, klassifiseres DU på evidensnivå 3: Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har kommersielle interesser i tiltaket vurdert i denne artikkelen. De har heller ikke vært involvert i utvikling, evaluering eller implementering av tiltaket.

Referanser

- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. & Marikanges, R. (2008). *Epidemiology of depression in children and adolescents. Handbook of Depression in Children and Adolescents*. London: Guilford.
- Beck, A. T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Beck, J. S. Beck, A. T. & Jolly, J. B (2005). *Beck Youth Inventories-Second edition*. San Antonio, USA: Psychological Corporation
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B & Steer, R. A. (2012). *Beck Youth Inventories-Second edition*. Manual. Norsk versjon.
- Beck A.T., Steer R. A., & Brown G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Bevan, D., Wittkowski, A. & Wells, A. (2013). A Multiple-Baseline Study of the Effects Associated With Metacognitive Therapy in Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58, 69–75
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 1–20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bru, L., Solholm, R. & Idsoe, T. (2013). Participants' experiences of an early cognitive behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression. *Emotional and Behavioural Difficulties*, advance online publication, 18, 24–43. <https://doi.org/10.1080/13632752.2012.675138>
- Børve, T. (2013a). *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Kursbok*. Oslo: Rådet for Psykisk helse.
- Børve, T. (2013b). *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Kursledermanual*. Oslo: Rådet for Psykisk helse.
- Børve, T. (2013c). *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Til familie/foresatte*. Oslo: Rådet for Psykisk helse.
- Børve, T. (2013d). *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Til skole/ arbeidsplass*. Rådet for Psykisk helse, Oslo.

- Cowart, M. J. W. & Ollendick, T. H. (2010). Attentional biases in children: Implications for treatment. I J. A. Hadwin & A. P. Field (red.), *Information processing biases and anxiety. A developmental perspective* (s. 297–319). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Cuijpers, P., Munoz, R. F., Clarke, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "Coping with Depression" course thirty years later. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.005>
- De Graaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive therapy and research, 33*(4), 345–355.
- Eckstain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R., Corteselli, K., & Weisz, J. R. (2020). Meta-analysis: 13-year follow-up of psychotherapy effects on youth depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(1), 45–63.
- Ellis, A. & MaClaren, C. (2005). *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide* (2. utg.). Atascadero, CA: Impact.
- Essau, C. A. and Chang W. C. (2009). "Epidemiology, Comorbidity and Course of Adolescent Depression". I C. A. Essay (red), *Treatments for Adolescent Depression. Theory and practice* (s. 3–25), London: Oxford University Press.
- Frank, H. E., Titone, M. K., Kagan, E. R., Alloy, L. B., & Kendall, P. C. (2021). The role of comorbid depression in youth anxiety treatment outcomes. *Child Psychiatry & Human Development, 52*(6), 1024–1031.
- Fisher, P. & Wells, A. (2001). *Metakognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2011. ISBN/EAN: 9788205415447
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice if cognitive therapy with children and adolescents. The nuts and bolts*. New York: Guilford.
- Garvik, M., Idsoe, T. & Bru, E. (2013). Effectiveness study of a CBT-based Adolescent Coping with Depression Course. *Emotional and Behavioural Difficulties, 18*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/13632752.2013.840959>
- Garvik, M., Idsoe, T., & Bru, E. (2016). Motivation and social relations in school following a CBT course for adolescents with depressive symptoms: An effectiveness study. *Scandinavian Journal of Educational Research, 60*(2), 219–239. <https://dx.doi.org/10.1080/00313831.2015.1017838>
- Georgiades, K., Lewinsohn, P. M., Monroe, S. M. & Seeley, J. R. (2006). Major depressive disorder in adolescence: the role of sub-threshold symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 936–944. <https://doi.org/10.1097/01.chi.000022313.25536.47>
- Giørtz, N. F. (2014). Ungdom med depresjonssymptomer: Hvordan identifisere, forebygge og behandle i førstelinjetjenesten? [Mastergradsoppgave], UiO.
- Gonzalez-Tejera, G., Canino, G., Ramirez, R., Chavez, L., Shrout, P., Bird, H., ... Bauermeister J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 46*, 888–899. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x>
- Grova, B. (2007). Kognitive metoder i terapi med barn og ungdom. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi – terapeutiske framgangsmåter og forandring* (s. 196–223). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): a psychometric evaluation. *Psychol Assess, 24*(2), 409–417. <https://doi.org/10.1037/a0025777>
- Hayden, E., Seeds, P. & Dozois, D. (2009). Risk and vulnerability in adolescent depression. I C. Essau (Red.), *Treatments for Adolescent Depression* (s. 27–56). New York: Oxford University Press.
- Hankin, B. L. (2018). Future directions in vulnerability to depression among youth: Integrating risk factors and processes across multiple levels of analysis. *Future Work in Clinical Child and Adolescent Psychology, 155*–178.
- Hollon, S.D. & Kendall P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res. 4*(4), 383–395.
- Ibarra-Rovillard, M. S. & Kupier, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review, 31*, 342–352. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.005>
- Idsøe, T., & Keles, S. (2016). Study protocol for a randomized controlled trial of a group cognitive-behavioral course for depressed adolescents. *BMC Psychiatry, 16*(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0954-y>
- Idsøe, T., Keles, S., Bringedal, G., Børve, T., & Ogden, T. (2018). Utenfor rekkevidde. In Tidsskrift for Norsk psykologforening (trykt utg.) (Vol. 55, Issue 12).

- Idsøe, T., Keles, S., Olseth, A., & Ogden, T. (2019). Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents: Results from a cluster randomized controlled trial of a group course. *BMC Psychiatry*, 19(1), <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-019-2134-3>
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10, World Health Organization, 1992).
- Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 80–85. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.80>
- Keles, S., Bringedal, G., & Idsoe, T. (2021). Assessing fidelity to and satisfaction with the "adolescent coping with depression course" (accd) intervention in a randomized controlled trial. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. <https://dx.doi.org/10.1007/s10942-021-00427-x>
- Keles, S., & Idsoe, T. (2021). Six- and Twelve-Month Follow-up Results of a Cluster Randomized Controlled Trial of a CBT-Based Group Course. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 22(4), 409–418. <http://dx.doi.org/10.1007/s1121-020-01160-0>
- Killip, S., Mahfoud, Z., & Pearce, K. (2004). What is an intracluster correlation coefficient? Crucial concepts for primary care researchers. *The Annals of Family Medicine*, 2(3), 204–208.
- Kornør, H., & Johansen, S. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Youth Inventories-Second Edition (BYI-II). *PsykTestBarn*, 2016, 1:1.
- Kujawa, A., & Burkhouse, K. L. (2017). Vulnerability to depression in youth: Advances from affective neuroscience. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 2(1), 28–37.
- Kvello, Ø. (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Depresjonsmestring for ungdom (DU). *Ungsinn*. Hentet fra www.ungsinn.no/wp-content/uploads/DU-til-nett_20.05.pdf
- Larsson, C. (2020). *Ungdom og psykisk helse; en kvalitativ studie av et lavterskel tilbud om psykisk helsetjeneste for ungdom*. Høgskolen i Innlandet.
- Long, E. E., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2018). Temporal dynamics and longitudinal co-occurrence of depression and different anxiety syndromes in youth: Evidence for reciprocal patterns in a 3-year prospective study. *Journal of affective disorders*, 234, 20–27.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O & Steinmetz, J. L, 1984. *The Coping with Depression Course. A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N, Hops, H, & Andrews J. A. (1990). Cognitive behavioral Treatment for Depressed Adolescents", *Behavior Therapy* 21: 385–401.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J. ... Severe, J. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 292, 807–820. <https://doi.org/10.1001/jama.292.7.807>
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S. P., Patras, J., & Mørch, W. T. (2019). *Ungsinn - Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak v2.1* (2. utg). Tromsø: Universitetet i Tromsø. ISBN: 978-82-93031-43-7
- Menezes, M., Robinson, L., Sanchez, M. J., & Cook, B. (2018). Depression in youth with autism spectrum disorders: A systematic review of studies published between 2012 and 2016. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 5(4), 370–389.
- Netemeyer, R.G., Williamson, D.A., Burton S., Biswas D., Jindal S., Landreth S., Mills G., Primeaux, S. (2002). Psychometric properties of shortened versions of the automatic thoughts questionnaire. *Educ Psychol Meas.* 62(1), 111–129.
- Olsen, K. R. (2012). *Depresjon hos ungdom: Årsaker, konsekvenser og forebyggende tiltak, med vekt på PP-tjenestens rolle* [Mastergradsoppgave], Oslo: UiO.
- O'Neil, K. A., Conner, B. T. & Kendall, P. C. (2011). Internalizing disorders and substance use disorders in youth: Comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clinical Psychology Review*, 31, 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.002>
- Phillips, W. J., Hine, D. W. & Thorsteinsson, E. B. (2010). Implicit cognition and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 691–709. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.002>
- Platt, B., Waters, A. M., Schulte-Koerne, G., Engelmann, L., & Salemink, E. (2017). A review of cognitive biases in youth depression: attention, interpretation and memory. *Cognition and Emotion*, 31(3), 462–483.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385–401.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117–1125. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
- Rudolph, K., Hammen, C. & Daley, S. (2006). "Mood Disorders". I D. A. Wolfe & E. M. Mash (red). *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents. Nature, Assessment, and Treatment* (s. 300– 343). New York: Guilford press
- Seligman, M. E. P. (2004). *Lykkens Psykologi: Ny Psykologi Sætter Fokus På Dine Fortrin* (Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Youth Potential for Lasting Fulfillment). København: Aschehoug

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.1.89>
- Stice, E. Shaw, H. Bohon, C. Marti, C N. & Rohde, P. (2009). A Meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 77, No. 3, 486–503
- Sund, A. M., Larsson, B. S. & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 28–41.
- Sund, A. M., Bjelland, I., Holgersen, H., Israel, P. & Plessen, K. J. (2012). Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 30–39.
- Teachman, B. A., Joormann, J., Steinman, S. A. & Gotlib, I. H. (2012). Automaticity in anxiety disorders and major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 32, 575–603. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.004>
- Tompson, M. C., Boger, K. D., & Asarnow, J. R. (2012). Enhancing the developmental appropriateness of treatment for depression in youth: integrating the family in treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 21(2), 345–384.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247–259.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review*, 31, 1156–1168. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.007>
- Tyrer, P. & Silk, K. R. (2011). *Effective treatments in psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Verduyn, C. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in children and adolescents. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 34–39.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A. & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132–149
- Wells, A. (2003). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Publishing.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 291–300.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 367–373
- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24, 3–47. <https://doi.org/10.1080/02699930903205698>
- Aarum, T. R. (2019). *Ungdom og depresjon: Lærarar si oppleving av tilpassing av opplæringa for elevar med depressive symptom – ein kvalitativ studie*.



Mottatt 04.11.2022.
 Godkjent 12.12.2023.
 Publisert 09.04.2024.
 Redaktør: Marte Rye