



Beskrivelse og vurdering av tiltaket:

DU – Depresjonsmestring for ungdom

Ungsinnforfatter: Øyvind Kvello

Vurdert i Ungsinnpanelet: 16.9.2013

Ungsinnforfatterne er ansvarlig for beskrivelsen av tiltaket. Beskrivelsen er basert på informasjon fra Trygve Børve og samt gjennomgang av annen tilgjengelig litteratur. Ungsinnpanelet er ansvarlig for vurdering og klassifisering.

Sammendrag

Innledning: Depresjonsmestring for ungdom (DU) er et tiltak for ungdom i alderen 14–20 år med lette eller moderate depresjonssymptomer. Hovedmålene for tiltaket er å redusere symptomer, forebygge utvikling av depresjon og å forebygge tilbakefall. DU er utviklet av Trygve Arne Børve. Tiltaket implementeres i Norge gjennom Fagakademiet og Rådet for psykisk helse.

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

Evaluerings av tiltaket: Effektene av DU er undersøkt i en pre-poststudie. Resultatene viser en stor nedgang i symptomer på depresjon hos kursdeltakerne i løpet av intervensjonstiden. Det dokumenteres ytterligere en liten nedgang i depresjon seks måneder etter intervensjonen. Resultatene er sammenlignet med andre studier med kontrollgruppe. Sammenlikningen indikerer at DU har like store effekter som andre liknende tiltak som er mer omfattende. Et stort frafall og mangel på kontrollgruppe gjør resultatene noe usikre.

Ungsinns klassifisering: DU har positive resultater fra en pre-post studie, der resultatene også er sammenlignet med andre studier (referansestudie). Tiltaket klassifiseres som funksjonelt virksomt på evidensnivå 3, dokumentasjonsgrad **.

Innledning

Depresjonsmestring for ungdom (DU) er et tiltak utformet som et kurs for forebygging og behandling ved sub-kliniske depresjonsskårer eller lett til moderat grad av depresjon for personer i aldersgruppen 14–20 år. Hovedmålene for tiltaket er å redusere symptomer på lett/moderat depresjon, forebygge utvikling av depresjon og å forebygge 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 samt at de lærer hensiktsmessige mestringsstrategier for å hindre tilbakefall til depresjon eller nedstemthet. DU er utviklet av Trygve Arne Børve. Tiltaket implementeres i Norge gjennom Fagakademiet, mens Rådet for psykisk helse er forlag for materialet som benyttes.

Utvikler av tiltaket i Norge

Trygve Arne Børve
Ludvik Bremers vei 12
7604 Levanger
E-postadresse: trygve@psytab.org

Distributør/implementering av tiltaket i Norge

I Norge og utenlands distribueres DU av Rådet for psykisk helse og Fagakademiet, der Fagakademiet arrangerer opplæring av kursledere over hele landet og Rådet for psykisk helse distribuerer materiell.

Fagakademiet
Postboks 7084 St. Olavsplass
0130 Oslo
E-post: post@fagakademiet.no
Tlf.: 417 84 200
www.fagakademiet.no

Rådet for psykisk helse
Postboks 817 Sentrum,
0104 OSLO
23 10 38 80

www.psykiskhelse.no

Beskrivelse av tiltaket

Målgruppe

Målgruppen for tiltaket er ungdom i alderen 14–20 år med symptomer på depresjon, som strekker seg fra sub-klinisk nivå til moderat grad. Grad av nedstemthet og depresjon kan vurderes ved hjelp av relevante instrumenter, som for eksempel Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961).

Eksklusjonskriterier for DU opplyses i materialet som følger kurset til å være bipolar affektiv lidelse, psykose, rusmiddelmisbruk, ADHD, ADD, hjerneorganiske skader, ungdom som har svak affektregulering eller av andre grunner ikke fungerer tilfredsstillende i sosiale grupper, svake intellektuelle evner og ungdom som har betydelige lesevaner.

Forekomst

Det synes som om forekomsten av depresjon er svakt økende i Norge, som også er tilfellet i vestlig verden generelt (Kvalem & Wichstrøm, 2007). Livstidsprevalens for depresjon er beregnet til å være 16,6 % (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005). Forekomsten av depresjon blant norske skolebarn (7–12 år) er på 1–2 %, mens den er på 1–7 % for ungdom (13–18 år) (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2011). En nyere 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 et al, 2011). Angitt forekomst spriker noe mellom de nevnte studier, men alle konkluderer med en forekomst som tilsier at depresjon er en av de hyppigste psykiske lidelser.

Forekomst av og konsekvenser av depresjoner tilsier at behovet for tiltak er stort. Depresjon antas å bli den nest hyppigste årsak til uførhet i vestlig verden fra år 2020 (Murray & Lopez, 1997). Tross betydelig behandlingsbehov er det beregnet at kun 13,3 % av barn i alderen 8–10 år med emosjonelle vansker får bistand fra hjelpeapparatet (Heiervang et al., 2007). Henvisninger til hjelpeapparatet for slike vansker er imidlertid svakt økende i Norge (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2004). Beregninger viser at under 20 % av deprimert ungdom er i kontakt med spesialisttjenesten, og at deprimert ungdom sjelden får bistand direkte for depresjonen, men andre vansker som de plages av (Sund et al., 2011).

Gjennomføring av tiltaket

Kursene er utviklet for å kunne tilbys gjennom kommunale hjelpetjenester, spesialisthelsetjenesten eller andre systemer der ungdom søker hjelp for nedstemthet eller depresjon. Eksempler på tjenester hvor DU kan tilbys er PPT, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom og BUP.

Inntak til kurset baseres på en vurderingssamtale som omfatter:

- 1) gi detaljert informasjon om kurstilbudet (innhold, metode og målgruppe)

- 2) beskrivelse av rammene for kurset (taushetsplikt for kursleder og hva som skjer i situasjoner der fagpersoner blir bekymret for ungdommens helse (meldeplikt)
- 3) vurdering av ungdommens behov (kartlegging av livsbelastninger, symptomer, tilfredshet med hjemmeforhold, familiær sårbarhet for depresjon og bipolare tilstander, fungering i skolen, eventuell rusmiddelbruk og tidligere behandlinger)
- 4) om ungdommens helsestatus også bør vurderes av spesialist
- 5) avklaring om DU er riktig tiltak og eventuelt informasjon om andre tilbud som er aktuelle
- 6) praktisk informasjon dersom deltakelse i DU er aktuelt (kursinnhold, utgivelse av et hefte for familie/foresatte og et hefte for skole/arbeidsplass som kan gis ut om deltaker ønsker, tidspunkt for kursgjennomføring, samt presentasjon av gruppregler)

DU er et terapeutisk kurs som følger en fastsatt struktur gitt i manualen, med tydelig definert innhold for hver sesjon. Kurset vektlegger ungdommens egne refleksjoner og aktive deltakelse i gruppen. Kurset ledes av en trent kursleder og en hjelpe-kursholder. Intervensjonen består av ti sesjoner. De først åtte sesjonene, som gjennomføres ukentlig, har en varighet på ca. 2,5 timer, inkludert halvtimes pause. De to siste sesjonene holdes tre og seks uker etter åttende sesjon. Disse to varer cirka halvannen time.

Kursets hovedfokus er a) å gjenkjenne og forstå egne reaksjoner, b) forutsi og påvirke egne reaksjoner og c) integrere kunnskapen og ferdighetene tilegnet på kurset slik at det brukes av deltakerne i etterkant. Temaene som gjennomgås i gruppen har følgende progresjon:

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

Materiale som benyttes i tiltaket

Kursboken, som er på 138 sider, er kursdeltakernes arbeidsbok (Børve, 2013a). Den inneholder en presentasjon av teorigrunnet for DU, beskrivelse av teknikker som skal formidles til deltakerne, treningsøvelser og oppgaver. Det er satt av plass for deltakerne til å skrive notater og refleksjoner i boka.

DU inkluderer også et 58-siders hefte om formidlingspedagogikk myntet på kursleder (Børve, 2013b). Der beskrives rutiner for inntaksvurderinger, teorien som intervensjonen bygger på, praktisk gjennomføring av kurset, og oversikt over presentasjonene som gis på samlingene.

Det er utviklet to informasjonsbrosjyrer rettet mot henholdsvis skole/arbeidssted og foreldre/foresatte (Børve, 2013c,d). Disse er på syv sider hver, og gir faktaopplysninger om hva depresjon er og innholdet i DU. I brosjyren for foreldre/foresatte beskrives hvordan de kan hjelpe barnet under og etter intervensjonen. Til skole/arbeidssted vektlegges tilrettelegging av arbeidssituasjon ved nedstemthet og lett grad av depresjon. Det gis internett-lenker slik at interesserte kan skaffe seg mer informasjon. Det er også utarbeidet et PowerPoint-sett til skole, som lærer kan benytte dersom det er aktuelt å tematisere psykisk helse, nedstemthet og angst hos elever.

Det teoretiske grunnlaget for metoden

Målet med DU er å endre negativ tankestil hos deltakerne gjennom økt bevissthet på hvordan tanker påvirker følelser og atferd, gjenkjenne triggerer for og utvikling av og effektive strategier for å stoppe eller modifisere negativ tenkning. Tiltaket bidrar til bevissthet hos deltakerne i forhold til hvordan væremåter kan utløse, opprettholde, forsterke eller redusere negativ tenkning, nedstemthet og depresjon, samt hensiktsmessig håndtering av stressende situasjoner. DU adresserer hvordan flukt-/ unngåelsesstrategier, som er hyppig benyttede mestringsstrategier ved engstelighet, nedstemthet og depresjon (Trew, 2011), både bidrar til å utløse og opprettholde depresjoner.

Det er gjerne flere framfor én risikofaktor som ligger til grunn for utvikling og opprettholdelse av depresjon (Liu & Alloy, 2010; Sund, Bjelland, Holgersen, Israel & Plessen, 2012). Flere risikofaktorer innebærer gjerne at komorbide tilstander utvikles. To tredjedeler av barn henvist til barne- og ungdomspsykiatrien for depresjon hadde minst én annen psykisk lidelse, hvor depresjonen var lidelsen med senest debut i forløpet for 75 % av barna (Sorensen, Nissen, Mors & Thomsen, 2005). Noen av de vanligste komorbide lidelser ved depresjon er angstlidelser, atferdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser (Avenevoli, Knight, Kessler & Marikangas, 2008), lavt evnenivå, neuro-psykiatriske lidelser, slik som ADHD og Asperger syndrom (Klin, McPartland & Volkmar, 2005), tvangslidelser (Ivarsson, Melin & Wallin, 2008), rusmiddelmisbruk (O'Neil, Conner & Kendall, 2011) og språkvansker (Conti-Ramsden & Botting, 2008). Effektiv hjelp til deprimerte må derfor ofte ivareta bredden av årsaksforhold og tilleggs lidelser som gjerne opptrer sammen med depresjon (Ibarra-Rovillard & Kupier, 2011). Komorbiditet med flere belastninger og plager rammer personens livskvalitet, øker risikoen for gjentatte depressive episoder og svakere utbytte av tiltak (Richards, 2011). Det er ikke bare moderat eller alvorlig grad av depresjon som har betydelige konsekvenser. Studier viser at også barn med dystymi og lett depresjon ofte har tydelig redusert fungering på en rekke livsområder (Gonzalez-Tejera, Canino, Ramirez, Chavez, Shrout, Bird et al., 2005). Mange fra denne gruppen av barn og unge har betydelig risiko for å utvikle moderat eller alvorlig grad av depresjon og forringet psykososial fungering i voksen alder (Georgiades, Lewinsohn, Monroe & Seeley, 2006).

Personer med depresjon karakteriseres blant annet av negativ informasjonsprosessering, håpløshet og lav selvfølelse. De tenderer mot å forstørre vansker, årsakforklare (attribuere) negative hendelser til indre, stabile og globale faktorer (for eksempel personlighetstrekk,

tilbøyeligheter, preferanser, osv.), mens positive hendelser gjerne attribueres til ytre, ustabile og spesifikke faktorer (flaks, bistand fra andre, osv.) (Cowart & Ollendick, 2010; Hayden, Seeds & Dozois, 2009; Phillips, Hine & Thorsteinsson, 2010; Teachman, Joormann, Steinman & Gotlib, 2012; Yiend, 2010). Karakteristiske tankemønstre ved depresjon er lite utforsket når det gjelder variasjoner i forhold til alder, utdanning og etnisitet (Teachman et al., 2012). 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).

DU baseres i hovedsak på kognitiv terapi og atferdsmodifikasjon, men også positiv psykologi. Kognitiv terapi og atferdsmodifikasjon er grundig beskrevet (Beck, 1967; 2005; Dryden & Branch, 2012; Ellis & MacLaren, 2005; Wells, 2003), også som metode benyttet for barn og ungdom (se for eksempel Aune, 2009; Friedberg & McClure 2002; Grova, 2007). En rekke psykoterapeutiske metoder benyttes i dag i behandling ved depresjon. Mange av dem gir positiv effekt (Driessen, Cuijpers, de Maat, Abbas, de Jorghe & Dekker, 2010; Newman, Szkodryn, Llera & Przeworski, 2011), selv om det er tydelige variasjoner i grad av effekt mellom de ulike metodene (Cuijpers, Driesen, Hollon, van Oppen, Barth & Andersson, 2012; Wampold, Budge, Laska, Del Re, Baardseth, Flückiger et al., 2011). Effekten av evidensbaserte psykoterapier ved depresjon viser knapt signifikant bedre resultater enn behandling som vanlig (Wampold et al., 2011). Meta-analyser dokumenterer at psykoterapi sett under ett har en liten, men signifikant effekt på depresjon og dystymi (Cuijpers, Clignet, van Meijl, van Straten & Andersson, 2011; Cuijpers et al., 2012; Cuijpers, van Straten, Schuurmans, van Oppen, Hollon & Andersson, 2010). I forlengelsen av denne konklusjonen i forhold til effekt, kan det hevdes at en rekke behandlingsintervensjoner kan være til hjelp for barn og unge med depresjon (Birmaher, Brent, Bernet, Walter, Benson et al., 2007). Kognitiv terapi/atferdsmodifikasjon (som DU baseres på) synes å være blant de mest nyttige psykoterapier for mange nedstemte og deprimerede ungdommer (March, Silva, Petrycki, Curry, Wells, Fairbank et al., 2004; Weisz, McCarty & Valeri, 2006). Kognitiv terapi/atferdsmodifikasjon og mentaliseringsbaserte psykoterapier, synes spesielt å være mer effektive enn andre psykoterapiretninger overfor personer som har hatt flere tilbakefall til depresjon, altså tydelig bedre effekt enn andre psykoterapier ved nokså langvarige (kroniske) tilstander (Beshai, Dobson, Bockting & Quigley, 2011). Kognitiv terapi er også dokumentert som meget effektiv overfor mange av de komorbide tilstander ved depresjon (Tyrer & Silk, 2011; Verduyn, 2010).

Erfaringer med tiltaket og evalueringer av det i Norge

DU er et nytt tiltak i Norge. Ungsinnpanelet har fått tilgang til tre artikler om metoden; én er publisert i fagfelleverdert fagtidsskrift, én er akseptert for publisering i fagfelleverdert fagtidsskrift, samt én er under bearbeidelse. En av artiklene er kvantitativ (Garvik, Idsoe & Bru, 2013), og to sistnevnte er primært kvalitative (Bru, Idsoe & Solholm, under utarbeidelse; Bru, Solholm og Idsoe, 2013).

Effektstudien (Garvik, Idsoe & Bru, 2013) var gjennomført med et pretest–posttest-design. Resultatene viser en signifikant nedgang i symptomer på depresjon hos kursdeltakerne målt med BDI i løpet av intervensjonstiden. Det dokumenteres ytterligere en liten nedgang i depresjon seks måneder etter intervensjonen. Studien besto opprinnelig av et utvalg på 107 deltagere fordelt på 16 ulike intervensjonsgrupper. I alt 79 % av utvalget var jenter, og deltakerne var i alderen 16–20 år. Til sammen 77 av disse fullførte post-målingen rett etter endt intervensjon, og 40 av dem besvarte kartleggingen seks måneder etter intervensjonen (follow-up). Effekttørrelsen i form av en standardisert gjennomsnittsforskjell mellom pre-test og post-test (Cohens d) var 0,79. Det innebærer at det er en moderat til sterk nedgang i symptomtrykk. Forskjellen i symptomnedgang mellom post-test og follow-up var mindre, $d = 0,32$ ($n = 40$).

Nevnte evalueringsstudie er gjennomført med overførbare betingelser som når tiltaket tilbys av hjelpetjenestene. Resultatene kan dermed antas å være relevante for vanlig praksis. Studien karakteriseres imidlertid av enkelte svakheter, slik som mangel på kontrollgruppe og betydelig frafall av respondenter fra pre-mål til siste måling ved oppfølging. Det er rimelig å anta at det kan være noe systematikk i hvem som falt fra. Det er gjennomført to analyser for å undersøke dette. Den ene sammenlignet pre-testdata fra gruppen som falt fra med pre-testdata fra de som gjennomførte gruppene. Det var ikke forskjeller i kjønnsfordeling, alder eller depresjonsskårer mellom disse to gruppene. Tilsvarende analyser ble gjort for follow-up, som heller ikke viste noen forskjeller i posttestdata mellom de som svarte på follow-up og de som ikke svarte. Dette utelukker imidlertid ikke at gruppen som falt fra kanskje hadde noe mindre framgang enn gruppen som gjennomførte tiltaket.

Kontrollgruppe inngikk ikke i evalueringsstudien, men resultatene ble sammenlignet med seks studier referert i en review artikkel av Cuijpers og kollegaer (2009) av tiltaket “Coping with Depression”. Garvik og kollegaer (2013) meta-analyserte resultatene fra disse studiene og sammenlignet resultatene med resultatene fra DU studien. Garvik og kolleger (2013) beregnet en gjennomsnittlig nedgang i gruppene som fikk behandling basert på disse seks studiene ($\bar{d} = 1,05$) og fant at nedgangen i symptomer på depresjon ikke skilte seg signifikant nedgangen hos deltakerne i DU ($d = 0,79$). Dette selv om varigheten på studiene som inngikk i nevnte meta-analyse var noe lengre enn i DU (mellom 12 til 16 sesjoner mot 10 i DU). Den gjennomsnittlige nedgangen i de tilsvarende kontrollgruppene var betydelig mindre med en gjennomsnittlig effekt på $\bar{d} = 0,24$.

Oppsummert viser altså studien en betydelig nedgang i depresjonssymptomer hos deltakerne etter intervensjonen og denne nedgangen er sammenlignbar med funn fra internasjonale studier. Studien har imidlertid stort frafall, og antakelig vil en effekt basert på et pre- og posttest-design overestimere effekten av intervensjonen sammenlignet med studier som inkluderer kontrollgrupper. Dette kan forklares ved at det antakelig også skjer en spontan bedring i symptomer hos deprimerte (spontanremisjon) i tillegg til effekten av

tiltaket. Anvendelse av kontrollgrupper gir mulighet for å kontrollere for dette som gir et mer realistisk anslag på effekt.

I de to kvalitative studiene er ni ungdommer intervjuet om grad av tilfredshet. Studien viser at syv av de ni deltakerne mener det er positivt at a) intervensjonen foregår i gruppe framfor individuelt (to av de ni informantene ville ha valgt individuelt om de hadde fått valget igjen), b) å møte andre i gruppen leder til normalisering fordi de kjenner seg igjen i andres erfaringer, c) flere av de intervjuede mente at andres erfaringer ga dem en økt forståelse for egne symptomer/vansker og d) deltakerne antok at de ville beholde vennskap etablert på gruppemøtene etter endt intervensjon. Kursdeltakerne vurderte de kognitive komponentene i form av styring av tanker, følelser og atferd av intervensjonen som best, selv om den var vanskelig å bruke. De psykoedukative elementene, atferdsaktiveringen og sosial kontakt, ble også omtalt som nyttig. Det var delte oppfatninger blant kursdeltakerne om nytten av avslapningsøvelser og hjemmeoppgaver.

De to siterte studiene som primært er kvalitative (Bru et al., under utarbeidelse; Bru et al., 2012), bygger på samme utvalg av informanter og samme type av data-analyse. Ungdommer ble oppfordret av de som ledet intervensjonen til å la seg intervju og tolv meldte seg. Forskerne mistet kontakten med to av de tolv og en ble utelatt i forhold til eksklusjonskriterier for intervjuet. Skåren på BDI for de intervjuede var sammenlignbar med skåren hos de øvrige ungdommer som deltok i intervensjonen. I den ene studien varte intervjuene mellom 30–45 minutter (Bru et al., under utarbeidelse), mens de varte mellom 45–80 minutter i den andre studien (Bru, Idsoe, & Solholm, 2012).

Spredningspolitikk og implementeringsstrategi

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

Kursledere i DU må minimum ha treårig bachelor-utdannelse i relevante fagområder i tillegg til opplæring og sertifisering i DU. Opplæringen av kursledere er på mer enn 40 timer og strekker seg over ei uke. Den inneholder teori og trening av ferdigheter. I løpet av opplæringen får kursledere kunnskap om fem temaer: psykisk helse og depresjon hos ungdommer, kognitiv behandlingsmetode, kognitive metoder anvendt på kurset, pedagogikk, arbeid overfor systemene skole og hjem. Kursdeltakerne skal også utvikle praktiske ferdigheter i forhold til rollen som kursleder.

Kvalitetssikring av tiltaket

Kurslederne sertifiseres etter individuell vurdering. Arbeidsbok for deltakerne, manual for gjennomføring av kurset, kompetansekrav til utøverne av tiltaket, opplæring og

sertifiseringsordninger, er med på å sikre at tiltaket utøves slik det er tiltenkt. Det finnes ingen systemer der utvikler/implementør overvåker kvaliteten i utøvelsen av tiltaket, men det utviklet et evalueringsskjema som hjelpekursholder benytter ved tilbakemelding til kursleder på om kurset gjennomføres i henhold til kursmanualen. Det stilles heller ingen krav til organisasjonene som skal ta i bruk tiltaket, bortsett fra at de er etablerte og offentlige tjenester underlagt offentlige tilsynsmyndigheter.

Årlige regionale erfarings- og oppdateringsseminar er planlagt igangsatt når et visst volum av kursledere er oppnådd. Det tilbys startveiledning i oppstartfasen som en del av opplæringen, ut over dette tilbys veiledning ved behov. Kurslederne i DU registreres av Rådet for psykisk helse, slik at de kan motta informasjon knyttet til tiltaket. Registeret danner et potensial for på sikt å etablere lokale veiledningsgrupper.

Implementeringskostnader

Kurset for å bli kursleder koster i 2014 ca. 7500,-. I tillegg kommer utgifter til eventuell overnatting. Helsedirektoratets har over noen år gitt økonomisk støtte som har ført til redusert kursavgift. Kursavgiften inkluderer foruten kursdagene også materialet som benyttes i DU og veiledning under første gjennomføring av intervensjon.

Ungsinnpanelets vurdering av tiltaket

Depresjonsmestringskurset DU er grundig beskrevet gjennom kursbok og kursledermanual. Beskrivelsen inneholder tydelige målformuleringer, målgruppen er klart avgrenset, metodene for gjennomføring er godt beskrevet og det er en logisk sammenheng mellom målsetninger, metodevalg og målgruppe.

Tiltaket har en sterk teoretisk forankring. DU baseres i hovedsak på kognitiv atferdsmodifikasjon og metakognitiv terapi. Dette er to velutviklede kliniske teorier som både beskriver årsaker, karakteristika, prognose og behandlingsprinsipper ved depresjon. Det er gjennomført en norsk studie på DU med et pre-post design med til sammen 77 deltakere. Resultatene viste en signifikant nedgang i symptomer på depresjon hos deltakerne etter at de hadde deltatt på kurset. Effekttørrelsen var på 0,79 (Cohens d) som tilsier en stor effekt. Styrken ved studien var at det er brukt måleinstrumenter som via andre studier har vist seg å være pålitelige. Et stort frafall kombinert med mangelen på kontrollgruppe, gjør imidlertid at resultatene er noe usikre, spesielt med tanke på hvor store effekter man kan forvente av intervensjonen.

Forfatterne har sammenliknet sine funn med et utvalg av studier fra en større meta-analyse av lignende intervensjoner mot depresjon. De fant at resultatene fra denne studien var like store som for andre mer langvarige intervensjoner.

DU har en implementeringsstrategi som sikrer at utøverne av tiltaket har tilstrekkelig kompetanse gjennom utdanningskrav, opplæring og sertifiseringsordninger. Det finnes foreløpig ikke systemer for å monitorere kvaliteten i utøvelsen av tiltaket.

Ungsinns klassifisering:

DU har positive resultater fra en pre-post studie, der resultatene også er sammenlignet med andre studier (referansestudie). Tiltaket klassifiseres som funksjonelt virksomt på evidensnivå 3, dokumentasjonsgrad **.

Referanser:

- Aune, T. (2009). *Prevention of social anxiety in older children and young adolescents*. Doktorgradsavhandling ved Psykologisk institutt, NTNU.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. & Marikanges, R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. London: Guilford.
- Beck, A.T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beshai, S., Dobson, K. S., Bockting, C. L. H., & Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31, 1349–1360. doi: 10.1016/j.cpr.2011.09.003.
- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., ... Medicus J. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1503–1526. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c.
- Bru, L., Idsoe, T., & Solholm, R. (submitted - 2012). Participants' experiences of the group format of an early cognitive behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression. *Emotional and Behavioural Difficulties*.
- Bru, L., Solholm, R. & Idsoe, T. (2013). Participants' experiences of an early cognitive behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression. *Emotional*

and Behavioural Difficulties, advance online publication, 18, 24-43.
doi:10.1080/13632752.2012.675138

- Børve, T. (2013a) Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Kursbok. Rådet for Psykisk helse, Oslo.
- Børve, T. (2013b) Manual til kurset "Depresjonsmestring for Ungdom" (DU). Rådet for Psykisk helse, Oslo.
- Børve, T. (2013c) Informasjonsfolder til foreldre og foresatte. Kursmateriell til Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Rådet for Psykisk helse, Oslo.
- Børve, T. (2013d) Informasjonsfolder til skole, arbeids- og praksisted . Kursmateriell til Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Kursbok. Rådet for Psykisk helse, Oslo.
- Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (2008). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49, 516–525. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01858.x
- 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., Clignet, F., van Meijl, B., van Straten, A., Li, J. & Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 353–360. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.002
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 280–291. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.003
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S. G. & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-reported symptoms of depression as outcome measure in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 768–778. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.001
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 51–62. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.003
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F. & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25–36. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.010.

- Dryden, W. & Branch R. (2012). *The CBT Handbook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ellis, A. & MacLaren, C. (2005). *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide* (2. Utg.). Atascadero, CA: Impact.
- Fisher, P. & Wells, A. (2001). *Metacognitive therapy*. New York: Routledge.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents. The nuts and bolts*. New York: Guilford.
- Garvik, M., Idsoe, T. & Bru, E. (2013). Effectiveness study of a CBT based Adolescent Coping with Depression Course. *Emotional and Behavioural Difficulties*, doi: 10.1080/13632752.2013.840959
- Georgiades, K., Lewinsohn, P. M., Monroe, S. M. & Seeley, J. R. (2006). Major depressive disorder in adolescence: the role of sub-threshold symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 936–944. doi: 10.1097/01.chi.0000223313.25536
- Gonzalez-Tejera, G., Canino, G., Ramirez, R., Chavez, L., Shrout, P., Bird, H., ... Bauermeister J.(2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46, 888–899. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x
- Grova, B. (2007). Kognitive metoder i terapi med barn og ungdom. I H. Haavind & H. Øvreide (red.), *Barn og unge i psykoterapi – terapeutiske framgangsmåter og forandring* (s. 196–223). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hayden, E., Seeds, P. & Dozois, D. (2009). Risk and vulnerability in adolescent depression. I C. Essau (red.), *Treatments for Adolescent Depression* (s. 27–56). New York: Oxford University Press.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B.,...Gilberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1–10. doi:10.1097/chi.0b013e31803062bf
- Ibarra-Rovillard, M. S. & Kupier, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31, 342–352. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.005.

- Ivarsson, T., Melin, K. & Wallin, L. (2008). Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 20–31. Doi: 10.1007/s00787-007-0626-z
- Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 80–85. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.80
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Klin, A., McPartland, J. & Volkmar, F. (2005). Asperger syndrome. I F. R. Volkmar (red.), *Autism and pervasive Developmental Disorder* (Vol. 1, s. 88–125). Hoboken, NJ: Wiley.
- Kvalem, I. L. & Wichstrøm, L. (red.) (2007). *Ung i Norge – psykososiale utfordringer*. Oslo: Cappelen.
- Liu, R. T. & Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30, 582–593. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.010.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J. et al. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 292, 807–820. doi 10.1001/jama.292.7.807
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *The Lancet*, 349, 1498–1504. doi: 10.1016/S0140-6736(96)07492-2.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J. & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 89–103. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.008.
- O’Neil, K. A., Conner, B. T. & Kendall, P. C. (2011). Internalizing disorders and substance use disorders in youth: Comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clinical Psychology Review*, 31, 104–112. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.002.

- Phillips, W. J., Hine, D. W. & Thorsteinsson, E. B. (2010). Implicit cognition and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 691–709. doi: 10.1016/j.cpr.2010.05.002
- Reigstad, B., Jorgensen, K. & Wichstrom, L. (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992–2001. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 818–827. doi: 10.1007/s00127-004-0822-9
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117–1125. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.004
- Sorensen, M. J., Nissen, J. B., Mors, O. & Thomsen, P. H. (2005). Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorders*, 84, 85–91. doi: 10.1016/j.jad.2004.09.003
- Sund, A. M., Larsson, B. S. & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 28–41.
- Sund, A. M., Bjelland, I., Holgersen, H., Israel, P. & Plessen, K. J. (2012) Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 30–39.
- Teachman, B. A., Joormann, J., Steinman, S. A. & Gotlib, I. H. (2012). Automaticity in anxiety disorders and major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 32, 575–603.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review*, 31, 1156–1168. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.004.
- 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.
- Wampold, B. E., Budge, S. L., Laska, K. M., Del Re, A. C., Baardseth, T. P., Flückiger, C. et al. (2011). Evidence-based treatments of depression and anxiety versus treatment-as-usual: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 31, 1304–1312. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.012
- 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.

Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24, 3–47. doi: 10.1080/02699930903205698