

PSYPRO 4100 Hovedoppgave, NTNU; Vår 2012

Forebygging av depresjon hos barn og unge

[En systematisk litteraturgjennomgang]

Sara Hjulstad Bækkerud. Veileder: Odin Hjemdal
31.05.2012

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Forebygging av depresjon hos barn og unge	4
3. Metode.....	9
4. Ulike tilnærminger til forebygging.....	10
4.1 Universelle forebyggende intervensjoner	10
4.2 Målrettede forebyggende intervensjoner – Indikert og Selektiv Forebygging	18
4.2.1. Indikert forebygging.....	18
4.2.2. Selektiv forebygging.....	24
5. Diskusjon.....	29
5.1 Effekten av universell, indikert og selektiv forebygging – hva sier forskningen?	29
5.2 Fordeler og ulemper med universelle og målrettede forebyggende intervensjoner	31
5.3 Forebygging eller behandling.....	33
5.4 Effekt vs. Effektivitetsstudier.....	36
5.5 Modererende faktorer	40
5.6 Medierende faktorer	42
5.7 Bruk av kontrollgrupper	45
5.8 Veien videre.....	48
5.9 Konklusjon	53
6. Referanser.....	56

1. Sammendrag

Depresjon er en lidelse som leder til store samfunnsmessige kostnader, samt høy grad av individuell lidelse. Behandlingsstudier viser at behandling av depresjon fortsatt har et betydelig forbedringspotensial, og av de som blir friske får mange tilbakefall. Den siste tiden har det derfor vært et økende fokus på forebygging av depresjon. Denne litteraturgjennomgangen ser på forebygging av depresjon hos barn og unge. Relevant litteratur på feltet gjennomgås for å svare på hvilke tilnærminger som har en forebyggende effekt mot depresjon hos denne gruppen. Gjennomgangen viser at de fleste intervensjonsprogrammer baserer seg på teknikker fra kognitiv terapi. Forskingen viser større intervensjonseffekter for målrettede intervensjonsprogrammer enn universelle programmer både ved posttest og oppfølging, samt for intervensjoner som implementeres av psykologer. Målrettede intervensjoner virker dog ikke så godt som man skulle ønske og generelt virker resultatene å være nokså kortlevde. Mulige grunner til dette diskuteres. Diskusjonspunkter inkluderer økt fokus på eksterne variabler, metoder fra nyere terapiretninger, samt resiliensfaktorer. Det vurderes som avgjørende at en eventuell fremtidig satsning på forebygging av depresjon hos barn og unge er basert på empiri.

2. Forebygging av depresjon hos barn og unge

Depresjon er en av de hyppigst forekommende formene for psykisk sykdom i verden og er ifølge WHO en av de vanligste årsakene til uførhet i den vestlige verden. Depresjon ligger på fjerdeplass når det gjelder årsaker til for tidlig død og uførhet globalt, før både kardiovaskulære sykdommer og trafikkulykker (Murray & Lopez, 1996). I følge studier rammes til en hver tid ca 8 % av Norges befolkning av depresjon. Depresjon har en høy forekomst i alle aldersgrupper, men virker å forekomme noe hyppigere hos kvinner enn hos menn (Ayuso-Mateos, 2001). Studier tyder også på at andelen milde og moderate depresjoner har økt i løpet av den siste halvdel av det 20. århundre (Costello et al., 2002; Nilsson, Bogren, Mattison & Nettelbladt, 2007).

Depresjon er en lidelse karakterisert av nedstemthet eller tap av interesse og glede for nesten alle aktiviteter. I tillegg preges gjerne sykdomsbildet av endringer i appetitt, vekt, søvnmønster og psykomotorisk aktivitet, nedsatt energi, følelser av å være verdiløs, skamfølelse og konsentrasjonsvansker. Tanker om døden og selvmord, selvmordsplaner eller selvmordsforsøk forekommer også. Hos barn og ungdommer kan lidelsen preges av irritabilitet heller enn tristhet (American Psychiatric Association, 2000. s. 349).

Behandling av depresjon er kostbart, i Norge er de direkte kostnadene for behandling av lidelsen estimert til ca 1,5 milliarder per år (Dalgard & Bøen, 2008). Depresjon utgjør altså en stor belastning for samfunnet, direkte gjennom behandlingsutgifter og indirekte i tilknytning til sykefravær og tapt arbeidskraft. Depresjon er årsaken til 30 % av all utbetalt uføretrygd i Norge (Mykletun & Øverland, 2006, funnet i Dalgard & Bøen, 2008). I tillegg fører depresjon til betydelig subjektiv lidelse og regnes som en risikofaktor for blant annet nye episoder med depresjon, (Lewinsohn, Seeley, Solomon & Zeiss, 2000; Fergusson, Horwood, Eidder & Beautrais, 2005), selvmord og selvmordsatferd (Fergusson et al., 2005), samt psykososial dysfunksjon og rusmisbruk (Lewinsohn et al., 2000). Dette ser også ut til å gjelde individer med subkliniske depressive symptomer (Fergusson et al., 2005; Lewinsohn et al., 2000) Det eksisterer mange ulike behandlingsformer for depresjon. Forskning viser at en stor andel av pasientene ikke responderer på behandlingen, dette gjelder både for medikamentell behandling (Kennard et al., 2006) og for terapeutisk behandling (Elkin et al., 1989; Kennard et al., 2006; Weersing & Weisz, 2002). Tilbakefall er også svært vanlig, selv etter fullendt behandling. Har man først hatt en episode med depresjon er sannsynligheten stor for at man igjen vil oppleve å bli deprimert. Studier som følger denne pasientgruppen over tid viser at så mange som 40 % har tilbakefall innen det første året etter at behandlingen er

avsluttet, og at sannsynligheten for et nytt tilbakefall øker med 16 % for hver nye episode (Solomon et al., 2000).

Kognitiv terapi, gjerne i kombinasjon med metoder fra atferdsterapi (CBT), har vist seg å være blant de effektive metodene i behandlingen av depresjon (Blackburn, Eunson & Bishop, 1986; Dobson, 1989; Elkin et al., 1989; Lynch, Laws & McKenna, 2010; Teasdale et al., 2000; Weersing & Weisz, 2002). Kognitiv terapi synes å bidra til å forebygge tilbakefall i større grad enn farmakologisk behandling (Blackburn et al., 1986; Lynch et al., 2010; Teasdale et al., 2000), men også ved kognitiv terapi ser man at mange ikke responderer på behandlingen (Elkin et al., 1989; Kennard et al., 2006), samt at tilbakefall er vanlig (Lynch et al., 2010). I studien til Elkin et al. (1989) fant man for eksempel at mens 65 % av voksne behandlet for depresjon med CBT ble definert som friske etter endt behandling, hadde fortsatt 35 % av deltagerne klare symptomer på depresjon.

Den kognitive tilnærmingen baserer seg på en kognitiv diatese- stress modell for depresjon, der negative kognisjoner er sårbarhetsfaktorer som interagerer med negative livshendelser i utviklingen og opprettholdelsen av depresjon. I følge denne tankegangen har individer med det man kan kalle en negativ kognitiv stil større sannsynlighet for å bli deprimert når de opplever stressende livshendelser enn personer uten en slik kognitiv stil (Beck, 2005; Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). I følge Beck, en av de mest innflytelsesrike kognitive teoretikerne, opprettholdes emosjonelle forstyrrelser av såkalte ”tankeforstyrrelser,” eller kognitive feilslutninger. Her legges det vekt på kognisjoner som bestemmende for følelser og atferd (Beck, 2005).

Ulike kognitive teorier peker på ulike faktorer som viktige i utviklingen og opprettholdelsen av depresjon og disse er ofte målet for endring i behandling. I følge Becks teori er f. eks. dyssfunksjonelle holdninger i form av rigide og ekstreme antagelser om seg selv og verden sårbarhetsfaktorer for depresjon i møte med negative livshendelser (Beck, 2005). Håpløshetsteorien på sin side legger vekt på det de kaller en negativ kognitiv stil for å forklare hvorfor noen blir deprimerte i møte med negative eller stressende livshendelser. Denne negative kognitive stilen innebærer tendenser til å attribuere negative hendelser til stabile og globale årsaker, en tendens til å trekke negative slutninger om konsekvensene av negative hendelser og en tendens til å trekke negative slutninger om egne personlige karakteristikk etter en negativ hendelse (Abramson et al., 1989).

Depresjon er et stort samfunnsproblem og selv om behandling hjelper en del virker forebygging av depresjon å være et viktig område å studere og få mer kunnskap om. Forebygging av sykdom (fysiske og psykiske) er f. eks et av de store målene i den nye samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Forebygging av depresjon er viktig da det potensielt kan redusere kostnadene i forbindelse med lidelsen i helsevesenet og samfunnet for øvrig, samt den betydelige subjektive lidelsen som er assosiert med denne diagnosen. Denne gjennomgangen vil på bakgrunn av dette se på forebygging av depresjon. I det videre følger gjennomgang og avklaring av begreper relevante for oppgavens tema.

Forebyggende intervensjoner for depresjoner er som regel basert på metoder fra kognitive terapi. Når slike intervensjoner henter metoder og teknikker fra terapi virker dette å bygge på antakelsen om at siden disse metodene har vist seg effektive i behandlingen av depresjon, vil de også være effektive ved forebygging av depresjon (Gillham et al., 2000). Både dyssfunksjonelle holdninger og attribusjonsstil er faktorer som går igjen i de fleste forebyggende intervensjonene som presenteres her (Cardemil et al., 2002; Clarke et al., 2001; Dobson et al., 2010; Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007; Jaycox et al., 1994; Nartinovic et al., 2006; Pössel et al., 2004; Rivet-Duval, et al., 2011; Roberts et al., 2010; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003; Stice et al., 2006). Studier har vist at både dyssfunksjonelle holdninger (Abela & D'Alessandro, 2002; Brown, Hammen, Craske & Wickens, 1995) og en negativ kognitiv stil (Abela & Seligman, 2000; Hilsman & Garber, 1995) predikerer depressivt humør etter en stressende hendelse. Å endre disse faktorene bør i følge denne tankegangen kunne forebygge utviklingen av depresjon i møte med slike hendelser. Det bør her påpekes at ingen av disse studiene ser på hvorvidt kognitive faktorer predikerer klinisk depresjon i møte med en negativ hendelse.

Det er i forskningslitteraturen et noe uklart skille mellom behandling og forebygging, det blir derfor viktig å klargjøre disse begrepene. Gillham, Shattè & Freres (2000) påpeker at flere av studiene som hevder å se på forebygging i realiteten ser på behandling. Behandling kan defineres som en bedring av symptomer relativt til kontroller som følge av en intervensjon, mens forebygging i større grad dreier seg om å forhindre at en lidelse skal oppstå. "The Institute of Medicine" (IOM) argumenterer for at begrepet "forebygging" bør forbeholdes de intervensjonene som implementeres før debut av en klinisk diagnostiserbar diagnose (Mrazek & Hagerty, 1994). Målet med forebygging blir da reduisering av prospektiv risiko. Dette kan gis uttrykk ved at kontrollgruppen over tid viser økte nivå av en lidelse relativt til intervensjonsgruppen, for eksempel at kontrollgruppens symptomer øker over tid,

mens intervensjonsgruppens symptomnivå forblir stabile. En reduksjon av symptomer ved posttest vil ifølge denne definisjonen defineres som behandling. En forebyggingsstudie bør altså alltid innebære en oppfølgingsperiode (Gillham et al., 2000). Det er dette tidsaspektet som har vist seg noe problematisk i distinksjonen av forebygging og behandling (Gillham et al., 2000). Hvor lenge må effektene av en intervensjon opprettholdes for at det skal kunne kalles forebygging? Gillham et al. (2000) påpeker at en spesifikasjon av dette i måneder eller år vil bli noe arbitrært. De foreslår derfor at en mer meningsfull test av effekten til en intervensjon er hvorvidt den gir beskyttelse gjennom en periode med forhøyet risiko. Dette er i tråd med vaksinemetaforen for forebygging; vi forventer at en vaksine vil beskytte oss mot en gitt sykdom over en nærmere spesifisert tidsperiode, gjerne en periode der vi befinner oss i en situasjon med forhøyet risiko for smitte (Gillham et al., 2000). På bakgrunn av dette definerer Gillham et al. (2000) forebyggende intervensjoner som intervensjoner som iverksettes før debut av en spesifikk tilstand (for eksempel klinisk depresjon), som er designet for å opprettholde lave nivå av denne tilstanden relativt til kontroller og som har en oppfølgingsperiode som strekker seg over en periode med forhøyet risiko for lidelsen.

Forebyggende intervensjoner har tradisjonelt blitt delt inn i primær, sekundær og tertiær forebygging. Primære forebyggende intervensjoner er designet for å forebygge nye tilfeller av en lidelse. Sekundære forebyggende intervensjoner derimot innebærer tidlig deteksjon og behandling. Tertiær forebygging fokuserer på å redusere de negative konsekvensene av en allerede eksisterende lidelse (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994).

Det har vist seg vanskelig å sette klare skiller mellom primær, sekundær og tertiær forebygging. For eksempel klassifiseres ofte både forebygging hos grupper med høye symptomnivå, men som enda ikke tilfredsstillende diagnosekriteriene og tidlig intervensjon for nye sykdomstilfeller som sekundær forebygging (Gillham et al., 2000). På bakgrunn av problemene med å dele forebyggende tiltak inn i primær, sekundær og tertiær forebygging (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994) argumenterer IOM (Mrazek & Hagerty, 1994) for en ny tredeling av begrepet. Man snakker nå i større grad om universell, indikert og selektiv forebygging. Universelle forebyggende intervensjoner er intervensjoner som gis til en hel populasjon som ikke har blitt identifisert på bakgrunn av individuell risiko. Indikerte forebyggende intervensjoner er intervensjoner som retter seg mot individer i risikosonen for en gitt lidelse, basert på at de viser enkelte tegn på lidelsen slik som et forhøyet symptomnivå, men som ikke oppfyller kriteriene til en klinisk diagnose. Selektive forebyggende

intervensjoner på sin side retter seg også mot individer med forhøyet risiko, men her defineres denne risikoen ut fra individets livsomstendigheter, ikke på bakgrunn av allerede forhøyet symptomnivå. Selektive forebyggende intervensjoner retter seg altså mot subgrupper av populasjonen med forhøyet risiko basert på opplevelser, livshendelser, demografiske karakteristikk eller andre generelle faktorer som øker sannsynligheten for en lidelse. Indikert og selektiv forebygging nevnes ofte under samlebetegnelsen målrettet (targeted) forebygging (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994).

Et viktig spørsmål i forhold til temaet forebygging av depresjon er hvilken aldersgruppe slik forebygging bør fokusere på. Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene (Costello et al., 2002). Forekomsten av depresjon begynner å øke tidlig i tenårene for både jenter og gutter, men økningen virker å være mer markant for jenter. Denne kjønnsforskjellen ser ut til å oppstå rundt 13-årsalderen, da prevalensen av depresjon hos jenter øker dramatisk. Dette mønsteret i forekomst virker å være relativt unikt for depresjon selv om det er noe overlapp med andre psykiske lidelser, slik som angst (Costello et al., 2002; Hankin & Abramson, 2001).

Depresjonsdebut tidlig i barne- eller ungdomsalder er en sterk risikofaktor for senere episoder med depresjon (Costello et al., 2002; Fergusson et al., 2005) og er også assosiert med et kronisk forløp. Dette er særlig tilfelle når depresjonen er komorbid med en angstlidelse, samt vansker med sosiale relasjoner til jevnaldrene (Hammen, Brennan, Keenan-Miller & Herr, 2008). Å forebygge den første depressive episoden i ungdomsalder kan altså tenkes å redusere risikoen for og alvorlighetsgraden til depresjon i voksen alder. Forebygging av depresjon hos barn og ungdom virker derfor å ha et stort potensial når det gjelder å redusere den generelle forekomsten av depresjon i befolkningen.

Skolen kan virke som en naturlig setting for forebygging, da det er her disse gruppene tilbringer mye av sin tid (Nordahl, Gravrok, Knudsmoen, Larsen & Rørnes, 2006). Forebyggingsprogrammer kan være ressurskrevende å gjennomføre (Flay et al., 2005) og skoleverket er i tillegg allerede presset i forhold til mengden oppgaver de forventes å ivareta. Det er derfor viktig å se på effekten av slike intervensjonsprogrammer før man implementerer dem i stor skala, samt vurdere hvorvidt man bør satse på universelle, indikerte eller selektive intervensjoner.

Depresjon er altså en av de mest utbredte psykiske lidelsene, og leder til betydelige individuelle og samfunnsmessige kostnader. Lidelsen er i tillegg svært utbredt blant barn og

unge, og depresjon og subkliniske symptomer på depresjon linkes til flere uheldige livsutfall. Depresjon med debut i barne- og ungdomsalder er sterkt koblet til alvorlighetsgraden av depresjon i voksen alder. Dette er også en lidelse som har vist seg vanskelig å behandle og tilbakefall er vanlig også etter behandling. I forhold til lidelsens omfang synes forebygging sentralt i tillegg til god behandling. Forebygging virker også å være et satsningsområde i Norge etter innføringen av samhandlingsreformen. I lys av gjennomgått litteratur virker barne- og ungdomsårene som en lovende periode for slike intervensjoner.

Dersom man skal ha et økt fokus på forebygging er det relevant å undersøke følgende problemstilling; hva er forsøkt, hvilke typer forebygging virker og hvilke virker ikke og hvilken lærdom kan vi trekke av dette. Dette er viktige problemstillinger når man skal ta avgjørelser rundt hvorvidt man bør investere i utviklingen av forebyggingsprogrammer og hvilke intervensjoner man eventuelt bør satse på.

3. Metode

Denne oppgaven ble skrevet på bakgrunn av artikler publisert før januar 2012. Studier ble kun inkludert dersom de innebar en form for kontrollgruppe og fokuserte på barn og unge i alderen 6 – 18 år.

Søkestrategien innebar litteratursøk i PsychInfo og PsychArticles. Søkeordene brukt var relatert til depresjon (depression) og forebygging (prevention). Søket ble også begrenset ved bruk av aldersgrupper – skolealder (school age) og ungdom (adolescence). Aktuelle referanser fra de identifiserte artiklene ble så fulgt opp underveis i arbeidet. Denne søkemethoden identifiserte i alt 31 studier av ulike forebyggende depresjonsintervensjoner. 12 av disse var universelle intervensjoner, hvorav to var oppfølgingsstudier/ rapportering av langtidsdata. 11 var indikerte intervensjoner, hvorav 2 var oppfølgingsstudier. Her var en av studiene en sammenligning av en universell og en indikert intervensjon, noe som gir totalt 13 studier som så på universelle intervensjoner og 11 som ser på indikerte intervensjoner. 8 studier ble identifisert som selektive intervensjonsprogrammer, her var også to av artiklene rapportering av data fra oppfølging av originalartikler.

Effektstørrelser oppgis med Cohen's d, dersom ikke noe annet er spesifisert. Effektstørrelser er viktige å ta med når man rapporterer resultater, i tillegg til resultatenes signifikans, da de sier noe om den praktiske betydningen av funnene (Flay et al., 2005;

Meltzoff, 1997). Ved bruk av Cohen's d regnes effektstørrelser på 0, 20 som små, mens effektstørrelser på henholdsvis 0,50 og 0, 80 regnes som medium og store (Meltzoff, 1997). Der studiene benytter seg av Pearson's r refereres effektstørrelsene i r . Her regnes en effektstørrelse på 0, 10 som liten, mens en effektstørrelse på 0, 30 regnes som en medium effektstørrelse og en effektstørrelse på 0, 50 som stor (Meltzoff, 1997).

Ved gjennomgang av litteraturen trer det frem to hovedgrupper av forebyggende intervensjoner; universelle og målrettede, der målrettede intervensjoner deles inn i indikerte og selektive tilnærminger. På bakgrunn av identifiserte studier blir det derfor naturlig å se nærmere på studier knyttet til universelle, indikerte og selektive tilnærminger hver for seg, for deretter å diskutere disse. Funn fra den eksisterende litteraturen, samt mangler ved denne, diskuteres så videre.

4. Ulike tilnærminger til forebygging.

4.1 Universelle forebyggende intervensjoner

Universelle forebyggende intervensjoner er altså intervensjoner som gis til en hel populasjon, som ikke har blitt identifisert på bakgrunn av individuell risiko. For aldersgruppene barn og unge implementeres universelle intervensjoner ofte i en skolesetting, av enten profesjonelle aktører eller lærere som har fått opplæring i det aktuelle programmet (Gillham et al., 2000).

Pössel, Horn, Groen & Hautzinger (2004) designet et universelt forebyggingsprogram basert på kognitive metoder, LISA-T. Programmet ble levert i en klasseromssetting to timer, en gang i uken over ti uker. Intervensjonsgruppene ble delt inn i subgrupper basert på kjønn, denne beslutningen ble tatt basert på resultater fra forfatterens pilotstudie. Inndeling etter kjønn virket der å øke samarbeidet innad i gruppene. Programmet ble levert av psykologer eller studenter på masternivå med erfaring fra arbeid med denne gruppen. Gjennomsnittsalderen til deltagerne var 14 år.

LISA-T inneholder både en kognitiv- og en sosial del. Hovedfokuset i intervensjonen var å illustrere forholdet mellom kognisjoner, emosjoner og atferd, utforske og endre dysfunksjonelle kognisjoner, å trene på selvhevdende atferd, samt fokus på sosial kompetanse. I følge forskerne vil dette programmet bidra til å forebygge depresjon hos

ungdommer på to måter; 1) de kognitive modulene bør gjøre ungdommene i stand til å reflektere rundt og stille spørsmålstegn ved sine negative automatiske tanker og utvikle mer funksjonelle tanker, 2) den sosiale modulen burde fremme positiv sosial atferd.

Forfatterne forventet ulike resultater av intervensjonen for ulike subgrupper avhengig av grad av depressive symptomer. Hypotesen var at de med få eller ingen depressive symptomer ville ha størst utbytte av intervensjonen, da disse ville ha færre negative automatiske tanker og bedre sosiale ferdigheter. Deltakere uten depressive symptomer vil ikke vise en økning i slike symptomer i løpet av intervensjonen, mens de med symptomer vil oppleve en senkning av disse. Det ble ikke antatt at elever med klinisk depresjon ville vise en forbedring, da disse ville trenge mer intensiv terapi.

Resultatene etter 6 måneders oppfølging viste at de med minimale depressive symptomer ved start i intervensjonsgruppen ikke viste en økning av symptomer, dette var derimot tilfelle i kontrollgruppen. Intervensjonen reduserte også depressive symptomer hos de med subsyndromal depresjonsskåre. Intervensjonen reduserte depressive symptomer og antall elever i høyrisikogruppen. Elever med klinisk depresjon hadde ingen effekt av intervensjonen. Disse funnene ble tolket som en mulig intervensjonseffekt (Pössel et al., 2004). Det rapporteres ikke effektstørrelser i denne studien, men Spence og Shortt (2007) rapporterer effektstørrelser for Pössel et al. (2004) i sin gjennomgang av universelle forebyggende programmer mot depresjon. I følge Spence og Shortt (2007) var effektstørrelsen for de med minimale depressive skårer posttest på 0,49 ved posttest og 0,44 ved 6 måneders oppfølging. Resultatene var signifikante. Resultatene for gruppen med subsyndromal skåre var ikke signifikante ved posttest, men ved 6 måneders oppfølging var resultatene signifikante også for denne gruppen med en effektstørrelse på 0,50. Resultatene viste derimot ingen bedring i dysfunksjonelle automatiske tanker eller sosiale nettverk som følge av intervensjonen. Det er derfor noe usikkert hva de aktive ingrediensene i intervensjonen var. I tillegg kan studien kritiseres for en noe kort oppfølgingsperiode.

Spence, Sheffield og Donovan (2003) evaluerte i sin studie effekten av ” the Problem Solving for Life Program” (PSFL) som en universell tilnærming til å forebygge depresjon i tenårene. Programmet strakk seg over 8 uker, en skoletime for hver uke. Deltagerne var 12 – 14 år ved studiens start. Intervensjonen ble levert i en klasseromssetting av lærere som hadde fått opplæring i programmets innhold. PSFL programmet består av to hovedkomponenter; kognitiv restrukturering og trening av problemløsningsevne. Den første komponenten

fokuserer på kognitiv stil og lærer deltagerne å identifisere tanker, følelser og problemsituasjoner, samt forholdet mellom disse. Deltagerne lærer også kognitive teknikker for å identifisere og utfordre negative tanker som kan bidra til utviklingen av depressive symptomer. Den andre fasen dreier seg om opplæring i problemløsning og utvikling av en positiv problemløsningsorientering. Resultatene viste signifikant reduksjon i depressive symptomer fra pre- til postintervensjon for PSFL elevene som tilhørte høyrisikogruppen sammenlignet med høyrisikomedlemmer av kontrollgruppen. Lav-risiko PSFL elevene viste også små, men signifikant lavere skårer, mens lavrisiko elever i kontrollgruppen viste en liten økning i depresjonsskårer over tid. Dette kan tyde på at intervensjonen hadde en buffereffekt mot en normal økning av depresjonssymptomer i denne aldersgruppen, slik som i studien til Pössel et al. (2004). Intervensjonsgruppen viste også en økning i problemløsningsevne sammenlignet med kontrollgruppen. Evne til problemløsning virket å mediere forholdet mellom intervensjon og depresjonsskåre. Studien viste derimot ingen signifikante forskjeller i prosentandelen i de ulike gruppene som utviklet depresjon, eller som beholdt sin høyrisikostatus ved 12 måneders oppfølging. Det var heller ingen forskjeller i mål på depresjon, sosial fungering, attribusjonsstil, total problemløsnings-skåre eller internaliserende eller eksternaliserende problemer. Den eneste signifikante forskjellen mellom gruppene ved 12 måneders oppfølging var en større reduksjon i unngående problemløsningsstil mellom høyrisiko intervensjonsgruppen versus kontrollgruppen

I en senere artikkel rapporterte Spence, Sheffield & Donovan (2005) resultatene fra 2, 3 og 4 år oppfølging. Deres hypotese var at på tross av mangelen på effekt etter 1 års oppfølging, kunne teknikkene lært i intervensjonene gi effekt senere i tenåringenes liv, f. eks. i møte med stressende hendelser. Andre studier har vist sterkere effekter over tid (Compas et al., 2009; Compas et al., 2011; Gillham, Reivich, Jaycox & Seligman, 1995). Resultatene viste ingen signifikante forskjeller mellom elever i intervensjonsgruppen og elever i kontrollgruppen. Dette var tilfelle både for gruppen som helhet, og for de med forhøyet risiko ved intervensjonens start. Selv om intervensjonen viste positive korttidseffekter, ble altså ikke disse opprettholdt ved 1, 2, 3 og 4 års oppfølging (Spence et al., 2003; Spence et al., 2005). Av de studentene som viste forhøyet symptomnivå ved intervensjonens start rapporterte ca 25 % symptomer som kunne kvalifisere for diagnosen depresjon over den 4 år lange oppfølgingsperioden. Dette var tilfelle både i kontroll og intervensjonsgruppen (Spence et al., 2005). Disse funnene understreker viktigheten av langtidsoppfølging for å identifisere eventuelle virkelige intervensjonseffekter. Spence og Shortt (2007) rapporterer

effektstørrelser på 0,36 og 0,32 ved posttest for henholdsvis de med høy og lav grad av symptomer. Resultatene var som vi har sett signifikante ved posttest, men etter et års oppfølging var dette ikke lengre tilfelle.

”The Aussie Optimism Programme” (AOP) består av to komponenter; sosiale ferdigheter og utvikling av optimistisk tenkestil. Den første komponenten tar for seg interpersonlig risiko for depresjon slik som dårlige sosiale ferdigheter, dårlig evne til sosial problemløsning og mangel på sosial støtte. Den andre komponenten tar for seg kognitive sårbarhetsfaktorer som en pessimistisk attribusjonsstil, negativ selvpersepsjon og negative forventninger om fremtiden. I tillegg legges det vekt på å bygge evne til problemløsning (Roberts et al., 2010).

AOP ble i denne studien universelt implementert på flere skoler, men rettet seg mot elever på skoler i områder med lav sosioøkonomisk status. Dette er assosiert med en viss grad av ekstra risikofaktorer slik som fattigdom, høy skilsmisserate og konflikt. Programmet har lignende teoretisk grunnlag som mange av de tidligere nevnte intervensjonene, men inkorporerer teknikker for å endre kognisjoner, emosjoner og atferd relevant for både angst og depresjon. Intervensjonen ble levert av lærere i en klasseromssetting for elever mellom 11 og 13 år og strakk seg over 20 uker, en time i uken (Roberts et al., 2010).

Elevenes selvrapportering av angst og depresjon viste ingen gruppeforskjeller verken ved posttest eller ved 6 og 18 måneders oppfølging. Programmet viste heller ingen effekt på risiko- og beskyttelsesfaktorene som intervensjonen rettet seg mot. Kjønn og risikostatus før intervensjonen hadde ingen modererende effekt. Den eneste effekten av programmet virket å være foreldres rapportering av internaliserende problemer ved posttest, men denne effekten forsvant ved 6 og 18 måneders oppfølging. De elevene som droppet ut hadde høyere selv- og foreldrerapporterte pretest symptomer (Roberts et al., 2010). Det rapporteres ingen effektstørrelser fra denne studien. Forskerne bak studien påpeker at lærerne som leverte intervensjonen virket å holde seg tett opp mot programdesignet. Oppmøtet blant eleven var også høyt gjennom hele intervensjonen. Det vurderes derfor som lite sannsynlig at dårlig implementering av programmet eller problemer med å nå ut til elevene var årsaken til mangelen på effekt.

”The Resourceful Adolescent Program” (RAP) er et universelt intervensjonsprogram som bygger på kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi (Rivet-Duval, Heriot & Hunt, 2011; Shochet et al., 2001). Shochet et al. (2001) evaluerte effekten av dette programmet i en

skolesetting med deltakere mellom 12 og 15 år. Studien sammenlignet tre intervensjoner: a) RAP-A, hvor bare ungdommene deltok i intervensjonen; b) Resourceful Adolescent Program-Family (RAP-F) der man la til en komponent for foreldrene; c) kontrollgruppen. RAP-A ble levert i grupper med 8 – 12 deltakere i hver gruppe. Intervensjonen strakk seg over 11 uker, 1 time i uken, levert av psykologer. Foreldreintervensjonen ble lagt til kveldstid hver tredje uke over de 11 ukene intervensjonen varte, gruppelederne var også her psykologer. Programmet hadde en generelt høy deltakelse (88 % av de inviterte deltok i studien) og gruppelederne holdt seg tett til programmet. Både RAP-A og RAP-F viste signifikante resultater. Man fant en signifikant nedgang i depressive symptomer, sammenlignet med kontrollgruppen ved posttest og ved 10 måneders oppfølging. Spence og Shortt (2007) rapporterte effektstørrelser fra denne studien. Disse lå på 0,47 ved posttest og 0,34 ved 10 måneders oppfølging. Man fant derimot ingen fordeler ved å inkludere foreldrekomponenten. Dette kan skyldes en svært lav foreldredeltakelse.

Ingen av elevene med subkliniske symptomer utviklet klinisk depresjon under intervensjonsperioden eller ved oppfølging, til sammenligning utviklet 17,6 % i kontrollgruppen klinisk depresjon. Interessant fra et forebyggende perspektiv er at også elevene uten depressive symptomer ved pretest virket å ha utbytte av intervensjonen, ingen av disse havnet i den subkliniske kategorien ved oppfølging, sammenlignet med 10,1 % i kontrollgruppen. Disse elevene ville ikke blitt inkludert i et målrettet intervensjonsprogram. Svakheter ved denne studien inkluderer en relativt liten utvalgsstørrelse og ikke randomisert tildeling til intervensjoner.

Rivet-Duval et al. (2011) forsøkte i sin studie å replikere funnene til Shochet et al. (2001) for RAP-A med skoleelever på Mauritius. Intervensjonen ble her levert av lærere, og ikke psykologer som i studien til Shochet et al. (2001). Studien replikerte ikke de positive funnene til Shochet et al. (2001). Resultatene viste korttidseffekter av programmet på depressive symptomer, intervensjonsgruppen hadde signifikant lavere skåre på RADS-2 sammenlignet med kontrollgruppen ved posttest, med en effektstørrelse på 0,32. De signifikante effektene ble derimot ikke opprettholdt ved 6 måneders oppfølging. Studien fant imidlertid signifikante effekter på mål på selvtilitt og taklingsevne ved postintervensjon og oppfølging. Forfatterne konkluderte på bakgrunn av dette med at RAP-A kan være effektiv i å fremme positiv helse, men ikke som en direkte intervensjon mot depresjon (Rivet-Duval et al., 2011). Disse funnene er i henhold til funn fra to tidligere studier som så på RAP levert av lærere, ikke psykologer (Harnett & Dadds, 2004; Merry, Mcdowell, Wild, Bir & Cunliffe,

2004). Merry et al. (2004) fant en effekt ved postintervensjon, men effekten hadde i stor grad avtatt ved 18 måneders oppfølging. Effektstørrelsene, som rapportert i Spence og Shortt (2007), var på 0,04 ved posttest. En styrke ved denne studien er at forfatterne benyttet seg av en placebogruppe. Harnett & Dadds (2004) utførte sin studie ved to skoler for jenter, deres studie fant ingen signifikante effekter av RAP-A, verken ved postintervensjon eller ved 1. og 3 års oppfølging. Denne studien preges av en liten utvalgsstørrelse og mangel på randomisert tildeling.

Et av de største universelle forebyggingsprogrammene som har blitt implementert i skolesettinger er "Beyondblue." Intervensjonen ble utviklet på bakgrunn av erfaring med tidligere skolebaserte intervensjoner (Sawyer et al., 2010a; b). Denne intervensjonen består av fire spesifikke komponenter; en opplæringskomponent, en komponent for å bygge støttende miljø med fokus på å bedre kvaliteten på sosiale interaksjoner mellom alle medlemmene av skolen, å øke tilgangen til helsehjelp og informasjon, samt å danne forum i lokalsamfunnet der unge, deres familier og skolepersonell kan få informasjon som kan hjelpe dem å identifisere problemer, søke hjelp selv og å hjelpe jevnaldrende. Studien benytter seg av en modell for depresjon som tar utgangspunkt i den dynamiske interaksjonen mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer, stressende livshendelser og psykososial tilpassning. Opplæringskomponentene legger vekt på å øke problemløsningsevner, sosiale evner, resilient tenkestil og taklingsstrategier gjennom klasseromsintervensjoner levert av lærere ved skolen (Sawyer et al., 2010a).

Tjuefem par ungdomsskoler (secondary schools) matchet for sosioøkonomisk status ble randomisert til enten intervensjon- eller kontrollgruppe. Intervensjonen strakk seg over tre år. Resultatene viste at programmet ikke hadde vært effektivt i å redusere depresjonssymptomer blant elever på intervensjonsskolene. Ansatte vurderte dog skolemiljøet som noe forbedret, men intervensjonen virket ikke å øke individuelle beskyttelsesfaktorer slik som en optimistisk kognitiv stil, interpersonlig kompetanse, positive taklingsstrategier eller grad av sosial støtte. Dette gjaldt både for hele utvalget, og for de elevene som rapporterte høyere grad av symptomer ved intervensjonens start (Sawyer et al., 2010a; b). Resultatene endret seg ikke ved oppfølging etter 2 år. Videre analyse viste at de som droppet ut hadde høyere nivå av depresjonssymptomer, noe som kan ha påvirket resultatene (Sawyer et al., 2010a). Også andre studier har funnet at det er de med høyest symptomnivå, altså de med høyest risiko for fremtidig depresjon som dropper ut av slike studier (Roberts et al., 2010; Spence et al., 2003; 2005). Det rapporteres ikke effektstørrelser fra denne studien.

Et av de mest studerte forebyggingsprogrammene er "the Penn Resiliency Program (PRP) også kjent som "the Penn Prevention Program." PRP er et manualisert intervensjonsprogram for depresjon basert på teknikker fra CBT. Intervensjonen leveres i grupper, med 12 ganger 90 minutters gruppemøter. Målgruppen er ungdommer 10 – 14 år (Reivich, Gillham, Chaplin & Seligman, 2005). PRP har blitt testet både som en universell intervensjon (Cardemil, Reivich & Seligman, 2002; Gillham et al., 2007) og som en indikert intervensjon (Gillham, Hamilton, Freres, Patton & Gallop, 2006; Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman, 1994).

Cardemil et al. (2002) studerte PRP levert som en universell intervensjon til minoritetsgrupper fra områder med lav sosioøkonomisk status, dette er en kjent risikofaktor for utvikling av depresjon (Goodman, Slap & Huang, 2003). Intervensjonen gav positive resultater for deltagere med Latinamerikansk bakgrunn over en oppfølgingsperiode på 6 måneder. Intervensjonen gav signifikante resultater for gruppen med høy grad av symptomer ved studiens start, effektstørrelsene her var på 1,19 ved postintervensjon og 0,90 ved 6 mnd oppfølging. Her benytter forskerne seg av signifikansnivå på 0,01 og 0,05. For deltagere med få symptomer rapporterer også forskerne om signifikante resultater, her benytter de seg derimot av et signifikansnivå på 0,10. Effektstørrelsene for gruppen med lavt symptomnivå var på 0,67 ved postintervensjon og 0,79 ved 6 måneders oppfølging. Dette beskrives som en trend mot forebygging.

Intervensjonen virket altså å ha en positiv effekt både for de med i utgangspunktet lave symptomer og for de med høye. Det var en trend mot å forebygge debut av depressive symptomer hos deltagere med lave eller ingen slike symptomer i utgangspunktet. Endringer i negative kognisjoner virket å mediere programmets effekt på depressive symptomer, mens endringer i forklaringsstil ikke virket å mediere utfallet. Man fant derimot ingen signifikante effekter for deltagere med afrikansk bakgrunn. En mulig forklaring på denne forskjellen i effekt er at deltagerne med latinamerikansk bakgrunn i snitt rapporterte flere depressive symptomer. Det bør her påpekes at studien begrenses av en liten utvalgsstørrelse, spesielt i gruppen med latinamerikansk bakgrunn med 49 deltagere fordelt på de to gruppene, og at oppfølgingsperioden på 6 måneder er noe kort.

Gillham et al. (2007) så på effekten av PRP som en universell intervensjon levert av lærere. Studien inkluderte en aktiv og en passiv kontrollgruppe. Den aktive kontrollgruppen tok for seg faktorer assosiert med depresjon, men uten det kognitive innholdet i PRP. Studien

ble gjennomført på tre skoler. Resultatene for hele utvalget viste ingen effekt av programmet. PRP forhindret debut av depressive symptomer sammenlignet med kontrollgruppen, men ikke relativt til den aktive kontrollgruppen. PRP reduserte ikke depressive symptomer over oppfølgingsperioden på tre år og forhindret ikke klinisk depresjon sammenlignet med begge kontrollgruppene. Nærmere analyse av resultatene viste derimot at resultatene varierte på tvers av de ulike skolene. På to skoler reduserte PRP depressive symptomer over oppfølgingsperioden sammenlignet med kontrollgruppene med en effektstørrelse på 0, 24. Her var resultatene signifikante. På disse skolene virket PRP også å hindre debut av klinisk relevante symptomer. Intervensjonen hadde større effekt på milde til moderate depressive symptomer enn på klinisk depresjon. Intervensjonen hadde derimot ingen signifikant effekt på skole C. Som vi skal se senere er effektene av ulike intervensjoner ofte mindre og mer inkonsistente når intervensjonen leveres av andre enn forskningsteamet, slik som f. eks lærere (Gillham et al., 2006; Harnett & Dadds, 2004; Merry et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Shochet et al., 2001). Studien til Gillham et al. (2007) var preget av lav rekrutteringsrate (15 - 22 %) på alle skolene og stort frafall over oppfølgingsperioden.

I denne gjennomgangen viste altså bare to av intervensjonene LISA-T og RAP (Pössel et al., 2004; Shochet et al., 2001) effekter over henholdsvis 6 og 10 måneders oppfølging. Cardemil et al. (2002) fant effekter for deltagere med latinamerikansk bakgrunn over en oppfølgingsperiode på 6 mnd, men ikke for deltagere med afrikansk bakgrunn. Funnene til Shochet et al. (2001) for RAP ble forsøkt replikert av Harnett og Dadds (2004), Merry et al. (2004) og Rivet-Duval et al. (2011). Både Merry et al. (2004) og Rivet-Duval et al. (2011) fant korttidseffekter i sine studier, men disse ble ikke vedlikeholdt ved henholdsvis 6 og 18 måneders oppfølging. Studien til Harnett og Dadds (2004) viste ingen effekter av RAP, verken ved postintervensjon eller ved ett og tre års oppfølging. I studien til Spence et al. (2003; 2005) av PSFL fant man gode resultater postintervensjon, men disse resultatene ble ikke vedlikeholdt ved 1, 2, 3 og 4 års oppfølging. Roberts et al. (2010) og Sawyer et al. (2010a; b) fant ingen effekter av henholdsvis AOP og "Beyondblue," verken ved posttest eller ved oppfølging. Gillham et al. (2007) fant heller ingen effekt for PRP på sitt utvalg, men resultatene varierte mellom skoler. Det bør også påpekes at de studiene som viste effekt både ved postintervensjon og ved oppfølging (Pössel et al., 2004; Shochet et al., 2001) ble implementert av psykologer, mens studiene uten effekt (Gillham et al., 2007; Roberts et al., 2010; Sawyer et al., 2010) og studiene som kun fant effekt ved postintervensjon (Harnett &

Dadds, 2004; Merry et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Spence et al., 2003; 2005) ble implementert av lærere.

4.2 Målrettede forebyggende intervensjoner – Indikert og Selektiv Forebygging

4.2.1. Indikert forebygging. Som nevnt innledningsvis retter indikerte forebyggende intervensjoner seg mot individer som allerede viser tegn på en lidelse, men som ikke oppfyller kriteriene til en klinisk diagnose. I depresjonsforebyggingslitteraturen innebærer dette som regel forhøyet eller subklinisk skåre på ulike depresjonsinventorium (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994). Slike subkliniske skårer er i seg selv assosiert med en rekke negative utfall som selvmord og selvmordsatferd (Fergusson et al., 2005), psykososial dysfunksjon og rusmisbruk (Lewinsohn et al., 2000). Subkliniske symptomer ser altså ut til å ha en klinisk signifikans og er også en kjent risikofaktor for utviklingen av klinisk depresjon. Slik kan det argumenteres for at depresjon er et fenomen bestående på et kontinuum (Lewinsohn et al., 2000). Indikert forebygging vil benyttes som benevnelse i dette kapittelet, men nevnes ofte under fellesbetegnelsen målrettet forebygging, sammen med selektive forebyggingstilnærminger (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994). I tråd med at forhøyede subkliniske depressive symptomer er en risikofaktor for utvikling av depresjon (Lewinsohn et al., 2000) retter mange intervensjonsprogrammer seg mot akkurat denne gruppen.

Dobson, Hopkins, Fata, Scherrer og Allan, (2010) undersøkte effekten av "the Adolescent Coping with Stress Course" for å forebygge angst og depresjon hos ungdommer med forhøyet depresjonsskåre. Kurset var basert på metoder fra kognitiv atferdsterapi og hadde et omfang på 15 ganger 45-minutters sesjoner. Intervensjonen ble levert av studenter i klinisk psykologi. En aktiv kontrollgruppe ble inkludert. Begge intervensjonene reduserte alvorlighetsgraden av angst- og depresjonssymptomer, og det var ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene. Når både intervensjonen og den aktive kontrollgruppen viser reduksjon i depresjonssymptomer er det vanskelig å si noe om hva som eventuelt var de aktive ingrediensene i intervensjonen. En svakhet ved denne studien var en moderat høy frafallsrate på 39, 1 % noe som resulterte i kun 14 gjenværende deltagere i hver gruppe ved 6 måneders oppfølging.

Stice, Burton, Bearman og Rohde (2006) sammenlignet en kort CBT gruppeintervensjon bestående av fire sesjoner, med fire placebo grupper; støttende gruppeterapi, biblioterapi, emosjonelt uttrykkende skriving (expressive writing) og dagbokskriving. 225 personer deltok i studien, fordelt på de ulike intervensjonsgruppene. Deltagerne var i alderen 15 – 22 år, og ble valgt ut på bakgrunn av en forhøyet depresjonsskåre. Resultatene viste at CBT intervensjonen gav signifikant større reduksjon i depressive symptomer enn venteliste, med en effektstørrelse på r 0,48 ved posttest og r 0,28 ved en måneds oppfølging. Disse forskjellene var ikke signifikante ved 6 måneders oppfølging. De fire placebogruppene viste også en signifikant reduksjon i depressive symptomer sammenlignet med ventelistekontroller ved posttest. Bare biblioterapi viste signifikante resultater også etter 6 måneder, med en effektstørrelse på r 0,29, noe som altså er på størrelse med CBT intervensjonen. CBT intervensjonen gav bare signifikant bedre resultater enn dagbokskriving ved posttest, med en effektstørrelse på r 0,23. Dette kan tyde på at CBT teknikker ikke er nødvendig for å redusere depressive symptomer. Det faktum at biblioterapi gjorde det like bra som CBT gruppeterapi kan tyde på at ikke-spesifikke faktorer assosiert med gruppeterapi, slik som sosial støtte og oppmerksomhet, heller ikke er nødvendige for å redusere depressive symptomer. Disse resultatene kan tolkes slik at det er flere måter å redusere slike symptomer på, inkludert å endre negative kognisjoner og å øke aktivitet, så vell som å uttrykke følelser i gruppeformat eller gjennom skriving. Interessant her er at de effektstørrelsene som nådde signifikans var medium til store effekter (r fra 0,23 – 0,52). Forskerne påpeker flere svakheter ved studien, inkludert små gruppestørrelser, noe som påvirket studiens evne til å detektere små effektstørrelser. Det ble heller ikke foretatt noen form for undersøkelse av hvorvidt deltagerne forsto og gjennomførte de ulike intervensjonene, slik som om de fullførte hjemmelekser gitt i CBT intervensjonen, leste boken i biblioterapi intervensjonen eller skrev i dagboken i dagbokintervensjonen. Frafallsraten var høyest for CBT intervensjonen med en frafallsrate på 24 %.

På bakgrunn av funnene til Stice et al. (2006) utvidet Stice, Rohde, Seeley og Gau (2008) intervensjonen fra 4 til 6 timer, i håp om at en større dose ville gi bedre resultater. Utvalget i denne studien var større enn hos Stice et al. (2006) med 341 deltagere i alderen 14 – 19 år. Biblioterapi og støttende gruppeterapi ble valgt som placebogrupeer, i tillegg til en passiv kontrollgruppe. Biblioterapi ble valgt fordi den inkluderte innholdet i CBT, uten de nonspesifikke faktorene. Støttende gruppeterapi fordi man ønsket en aktiv intervensjon som

inneholdt de ikke-spesifikke elementene til CBT gruppen, men ikke hadde noe kognitivt innhold. I gjennomsnitt deltok deltagerne kun på litt over halvparten av sesjonene.

Resultatene viste at gruppe CBT gav en signifikant symptom reduksjon ved posttest sammenlignet med støttende gruppeterapi, biblioterapi og kontrollgruppen, med effektstørrelser på henholdsvis 0,28, 0,52 og 0,46. Bare forskjellen med kontrollgruppen forble signifikant etter 6 måneder, med en effektstørrelse på 0,42. Kun CBT gruppen viste signifikant forbedret sosial tilpassning og mindre rusmisbruk ved posttest og 6 måneders oppfølging (Stice et al., 2008), men disse resultatene var ikke lengre signifikante ved 1 og 2 års oppfølging (Stice, Rohde, Gau & Wade, 2010). Både CBT, biblioterapi og støttende gruppeterapi viste en signifikant lavere risiko for klinisk depresjon over en oppfølgingsperiode på 6 måneder (Stice et al., 2008).

Resultatene til CBT gruppen for depressive symptomer var fortsatt signifikante etter 1 og 2 års oppfølging, med effektstørrelser på henholdsvis 0,30 og 0,29. Biblioterapi gruppen viste ikke signifikant reduserte depressive symptomer verken ved 1 eller 2 års oppfølging sammenlignet med kontrollgruppen. Støttende gruppeterapi gav en marginalt bedre reduksjon i depressive symptomer etter 1, men ikke 2 år, sammenlignet med kontrollgruppen. CBT gruppen viste en signifikant større reduksjon i depresjonssymptomer sammenlignet med biblioterapi, med effektstørrelser på 0,38 og 0,45, men det var ikke signifikante funn for støttende gruppeterapi etter ett og to år. Risiko for fremtidig klinisk depresjon var lavere for deltagerne i CBT gruppen og biblioterapi, sammenlignet med kontrollgruppen (Stice et al., 2010).

Sammenlignet med kontrollgruppen førte altså CBT intervensjonen til en reduksjon i depressive symptomer og rusmisbruk, lavere risiko for debut av klinisk depresjon og bedret sosial tilpassning over en oppfølgingsperiode på 6 måneder (Stice et al., 2008). Over en oppfølgingsperiode på 2 år så man en signifikant nedgang i depressive symptomer for CBT gruppen sammenlignet med kontrollgruppen. CBT intervensjonen virket også å redusere risikoen for fremtidig klinisk depresjon (Stice et al., 2010). CBT gruppen var derimot ikke alltid signifikant bedre enn de ulike placebogruppene (Stice et al., 2008; Stice et al., 2010). Dette var også tilfelle i en tidligere studie som sammenlignet effekten av en kortere versjon av intervensjon med venteliste og 4 placebogrupeer (Stice et al., 2006).

Depresjon er den vanligste mentale lidelsen blant individer med epilepsi, og visse typer epilepsi virker å være risikofaktorer for depresjon (Grabowska-Grzyba, Jędrzejczaka,

Nagańska & Fiszer, 2006). Martinovic, Simonovic & Djokic (2006) sammenlignet effekten av et CBT program med "behandling som vanlig" (TAU) i forebyggingen av depresjon blant unge med epilepsi. Deres intervensjon kan klassifiseres som indikert, da de kun inkluderte deltagere med allerede forhøyet depresjonsnivå. CBT programmet ble implementert over 8 sesjoner de fire første månedene, og deretter en sesjon i måneden de påfølgende fire månedene. Forfatterne rapporterte lovende resultater, men disse var ikke signifikante. Det rapporteres ikke effektstørrelser fra artikkelen.

Clarke et al. (2001) undersøkte den preventive effekten av en gruppe CBT intervensjon for ungdommer med deprimerte foreldre, som selv hadde en forhøyet subklinisk depresjonsskåre. Intervensjonen kan slik defineres som en kombinasjon av indikert og selektiv intervensjon. Intervensjonen baserte seg på vanlige kognitive teknikker, med spesielt fokus på tanker rundt det å ha en deprimert forelder. Foreldre kunne delta på informasjonsmøter hvor de fikk informasjon om metodene og rasjonale bak. Intervensjonen inkluderte ikke direkte fokus på foreldrenes depresjon. Resultatene viste en signifikant preventiv effekt på diagnostiske variabler, suicidalitet og generell fungering. Risikoen for å utvikle klinisk depresjon var høyere i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen. Studien inkluderte en oppfølgingsperiode over 2 år og resultatene her viste at den preventive effekten ble svakere over tid. Stice, Shaw, Bohon, Marti og Rohde (2009) rapporterer effektstørrelser på $r = 0,22$ ved posttest og $r = 0,16$ ved 1 års oppfølging fra denne studien i sin metaanalyse. Resultatene var signifikante.

Jaycox et al. (1994) testet PRP (i artikkelen refert til som "the Penn Prevention Program") som en indikert intervensjon. Deltagerne var plukket ut på bakgrunn av en forhøyet depresjonsskåre, samt at de rapporterte høy grad av foreldrekonflikt. Dette er kjente risikofaktorer for å utvikle depresjon (Lewinsohn et al., 2000; Nomura, Wickramaratne, Warner, Mufson & Weissman, 2002; Shaw & Emery, 1987; Sheeber, Hops, Alpert, Davis & Andrews, 1997). Slik kan denne studien sies å være en kombinasjon av indikert og selektiv forebygging. Programmet reduserte depressive symptomer ved posttest, og barna (10 – 13 år) i intervensjonsgruppen hadde færre depressive symptomer enn kontrollgruppen ved 6 måneders oppfølging. Attribusjonsstil for negative hendelser virket å mediere utfallet. Effekten var størst for de barna som rapporterte høyest symptomnivå og de som rapporterte høyest nivå av foreldrekonflikt i hjemmet. Oppfølging etter 2 år viste at intervensjonen også hadde forebyggende effekter over tid. Barna i intervensjonsgruppen rapporterte færre depressive symptomer enn barna i kontrollgruppen også etter 2 år. Endringer i forklaringsstil

korrelerte med endringer i depressive symptomer. Intervensjonen virket å gi en relativt vedvarende lettelse av symptomer for de med høyest symptomnivå ved studiens start. Intervensjonen syntes også å forebygge en forventet økning av symptomer for de barna med lavt symptomnivå før intervensjonen, men hadde ikke en effekt på mer alvorlige depressive symptomer. Intervensjonens effekt virket også å bli sterkere over tid. Resultatene tyder på at kognitive intervensjoner i sen barndom kan forebygge utviklingen av depressive symptomer i tidlig ungdomsalder (Gillham et al., 1995). Effektstørrelser for denne studien rapporteres i metaanalysen til Horowitz & Garber (2006). Disse var på 0,18 ved posttest, 0,32 ved 6 måneders oppfølging og 0,20 ved siste oppfølging. Resultatene var signifikante ved alle målepunktene.

Gillham et al. (2006) ønsket å se på effektiviteten av PRP i en naturlig setting, og så derfor på PRP levert innenfor rammene av helsevesenet. Intervensjonen rettet seg mot ungdommer (11-12 år) identifisert på bakgrunn av en forhøyet depresjonsskåre. Forfatterne påpeker at indikerte programmer kanskje er lettere å akseptere innen helsevesenet enn i skoleverket der mange er bekymret for stigmatisering ved å skille ut en gruppe elever på bakgrunn av enkelte karakteristika. Ansatte innen helsevesenet kan også tenkes å inneha kompetanse og kunnskaper som gjør at implementering og formidling av en slik intervensjon lettere enn for lærere. En potensiell utfordring med å implementere et slikt program utenfor skoleverket er at foreldre selv må bringe barna til gruppetimene. Dette kan ha ledet til en overvekt av barn med alvorlige nok symptomer til at det har vekket bekymring hos foreldrene slik som atferdsvansker. Flere av gruppelederne uttrykte da også bekymring rundt at flere av deltagerne utviste atferds- og oppmerksomhetsproblemer i så stor grad at det virket forstyrrende for gruppene.

Resultatene viste at programmet bedret forklaringsstil for positive hendelser. Effekten på forklaringsstil for negative hendelser og depressive symptomer ble moderert av kjønn. Programmet hadde en signifikant effekt på forklaringsstil for negative hendelser og reduserte depressive symptomer hos jenter med en effektstørrelse på 0,31, men hadde ikke en signifikant effekt på depressive symptomer hos gutter. Resultatene ble også moderert av symptomnivå, en signifikant effekt ble funnet for de med høye, men ikke lave symptomnivå. Programmet virket ikke å ha en forebyggende effekt for klinisk depresjon. Oppsummert var effektene på depressive symptomer små og inkonsistente over en oppfølgingsperiode på 2 år. Forfatterne fant også en sammenheng mellom gruppeledernes programtrofasthet og reduksjon i depressive symptomer, noe som tyder på at det var de faktiske intervensjonene som gav

effekt av programmet, og ikke bare non- spesifikke faktorer. Studien hadde en høy frafallsrate, mer enn 1/3 hadde forlatt studien ved 2 års oppfølging.

Sheffield et al. (2006) sammenlignet en universell intervensjon, en indikert intervensjon og en kombinert (universell etterfulgt av indikert) intervensjon i forebygging av depresjon blant 13 – 15 åringer med forhøyet depresjonsskåre. Den universelle intervensjonen er beskrevet i Spence et al. (2003). Den indikerte intervensjonen bygget også på kognitive teknikker; kognitiv restrukturering og problemløsning, men med lengre sesjoner, mindre gruppeformat og større fokus på interpersonlige evner.

Ingen av intervensjonene hadde en effekt sammenlignet med kontrollgruppen, eller hverandre. Forfatterne fant heller ingen intervensjonseffekt for det universelle programmet når man så på hele utvalget, ikke bare de med forhøyet risiko. Ingen av intervensjonene hadde en effekt på antatte medierende faktorer som taklingsevner og sosial tilpassning. Dette kan tyde på at deltagerne ikke tilegnet seg de egenskapene som skulle bygge resiliens og forebygge depresjon. Forskerne påpeker at det kanskje ikke er tilstrekkelig å kun fokusere på individets kognitive stil, uten samtidig å redusere andre risikofaktorer i hjemmet og på skolen. Sheffield's studie hadde flere metodologiske styrker, inkludert stor utvalgsstørrelse med 2 479 deltagere fordelt på 34 skoler, et uavhengig forskningsteam, randomisert tildeling, langtidsoppfølging (12 mnd) og en lav frafallsrate (Sheffield et al., 2006).

Som vi har sett bygger de fleste indikerte intervensjonsprogrammer på metoder fra kognitiv terapi (Clarke et al., 2001; Dobson et al., 2010; Gillham et al., 2006; Jaycox et al., 1994; Martinovic et al., 2006; Sheffield et al., 2006; Stice et al., 2006; 2008). Young, Mufson & Gallop (2010) utviklet et intervensjonsprogram basert på interpersonlig psykoterapi, ”Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training” (IPT-AST). Forfatterne peker på at interpersonlig konflikt er en kjent risikofaktor for depresjon, og at positive interpersonlige forhold virker å beskytte mot utvikling av depresjon. Intervensjonen bestod av 8 ganger 90-minutters gruppesesjoner, men inkluderte også individuelle møter og møter sammen med foreldre. Kontrollgruppen møtte med en veileder på skolen.

Resultatene viste at IPT-AST gruppen hadde en signifikant større senkning av symptomer sammenlignet med elevene som kun deltok på timer med skolens veileder, med en effektstørrelse på 0,81. De rapporterte også færre symptomer ved 6 måneders oppfølging, med en effektstørrelse på 0,61. Ved 12 måneders oppfølging var forskjellene mellom de to gruppene ikke lengre signifikante. En senkning av symptomer kan her beskrives som en

behandlingseffekt. Man fant også en større grad av diagnostiserbar depresjon ved 6 måneders oppfølging i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen. Disse funnene kan tolkes som at intervensjonen hadde en forebyggende effekt, men denne effekten var ikke lengre tydelig etter 6 måneder.

Studiens andre mål var å undersøke hvorvidt det var mulig å inkludere foreldre i en slik intervensjon. Dette viste seg, som i studien til Shochet et al. (2001), å være svært krevende. En svakhet ved denne studien var at bare 1/3 av ungdommene med forhøyet symptomnivå gikk med på å delta i studien. Det er også vanskelig å vurdere hvorvidt intervensjonens effekter skyldtes de spesifikke komponentene i intervensjonen, eller non-spesifikke ingredienser slik som gruppeprosesser.

Som vi ser har flere av intervensjonene en effekt ved posttest (Stice et al., 2006) og frem til 6 måneder oppfølging (Clarke et al., 2001; Dobson, 2010; Young et al., 2010). Disse effektene virker derimot å forsvinne når lengre oppfølgingsperioder inkluderes (Clarke et al., 2001; Dobson et al., 2010; Young et al., 2010), med noen unntak (Jaycox; et al., 1994; Stice et al., 2010). Sheffield et al. (2006) fant ingen effekt av sin studie, mens Gillham et al. (2006) fant små og inkonsistente effekter. Indikerte tilnærminger til forebygging av depresjon virker altså lovende, men resultatene er også her varierende og virker ikke alltid så godt som man skulle ønske. Det blir her relevant å gå over til å se på selektive forebyggende tilnærminger. Måltrettede intervensjoner står i kontrast til de mer generelle tilnærmingene man ser under universelle forebyggende intervensjoner.

4.2.2. Selektiv forebygging. Selektive forebyggende intervensjoner retter seg, i likhet med indikerte, mot individer med forhøyet risiko. Forskjellen er, som sett tidligere, at selektive intervensjoner baserer denne risikovurderingen på bakgrunn av livsomstendigheter, ikke et allerede forhøyet symptomnivå. Selektive forebyggende intervensjoner retter seg altså mot subgrupper av populasjonen med forhøyet risiko basert på opplevelser, livshendelser, demografiske karakteristikk eller andre generelle faktorer som øker sannsynligheten for en lidelse (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994). Dødsfall i nærmeste familie (Cerel, Fristad, Verducci, Weller & Weller, 2006; Gray, Weller, Fristad & Weller, 2011), et forhøyet konfliktnivå i hjemmet (Nomura et al., 2002; Shaw & Emery, 1987; Sheeber et al., 1997), å ha skilte foreldre (Shaw & Emery, 1987) eller å ha foreldre diagnostisert med klinisk depresjon (Lieb, Isensee, Höfler, Pfister & Wittchen, 2002; Nomura et al., 2002) er alle kjente

risikofaktorer for depresjon og tilpasningsvansker hos barn og unge, og det kan dermed være nyttig å rette intervensjoner mot disse gruppene.

Siden selektive utvalg ofte er mer heterogene enn universelle og indikerte utvalg har selektive intervensjoner vært mer varierte og i større grad rettet seg mot mer enn et utfall i tillegg til depresjon (Horowitz & Garber, 2006). I redegjørelsen her vil fokus først og fremst være på utfallene som er relevante for forebyggingen av depresjon.

Man ser også at flere intervensjoner på dette feltet kan beskrives som en kombinasjon av selektiv og indikert forebygging. Selektiv og indikert forebygging betegnes da også ofte under fellesbeskrivelsen målrettet forebygging (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994). Blant annet kan flere av intervensjonene her beskrevet under indikerte forebyggingsprogrammer defineres som en kombinasjon av de to tilnærmingene (Clarke et al., 2001; Jaycox et al., 1994; Martinovic et al., 2006). Clarke et al. (2001) undersøkte den preventive effekten av en gruppe CBT intervensjon for ungdommer med deprimerte foreldre som selv hadde en forhøyet subklinisk depresjonsskåre, Jaycox et al. (1994) testet PRP med deltagere som hadde en forhøyet depresjonsskåre og rapporterte høy grad av foreldrekonflikt, mens Martinovic et al. (2006) sammenlignet effekten av et CBT program med TAU i forebyggingen av depresjon blant unge med epilepsi og forhøyet depresjonsskåre.

Wolchik et al. (2002) undersøkte effekten av to intervensjonsprogrammer for forebygging av mentale problemer hos barn og unge med skilte foreldre. Deltagerne var 9 – 12 år ved studiens start. De to intervensjonene bestod av en gruppe for mødre og en for mødre og barn. Kun familier der mor hadde full omsorg ble inkludert. Programmene var basert på kognitive teknikker med fokus på oppdragelse og foreldre- barn forhold. Mødre komponenten fokuserte i tillegg på å redusere konflikten mellom foreldrene, samt å øke barnets kontakt med far.

Mødre programmet hadde positive effekter på eksternaliserende og internaliserende symptomer ved posttest. Bare effekten for eksternaliserende problemer var signifikante ved tre måneders oppfølging. Man fant ingen additive effekter for det kombinerte programmet. Dette mønsteret var fortsatt tydelig etter 6 år. Det rapporteres ingen effektstørrelser i studien (Wolchik et al., 2002). Forfatterne påpekte at å oppleve skilsmisse først og fremst er en risikofaktor for eksternaliserende problemer, og at den manglende effekten på internaliserende problemer ikke er overraskende i lys av dette (Nomura et al., 2002; Wolchik et al., 2002).

Tap av en forelder er en kjent risikofaktor for depresjon og tilpassningsproblemer hos barn og unge (Cerel et al., 2006; Gray et al., 2011). Sandler et al. (1992) undersøkte effekten av et teoridrevet familieprogram, ”The Family Bereavement Program” (FBP), for å forebygge psykiske problemer hos denne gruppen. Programmet innebar både gruppeintervensjoner hvor man fikk møte andre familier i samme situasjon, en del som fokuserte kun på den enkelte familie, samt individuelle møter med foreldrene. Barna i intervensjonen var fra 9 – 17 år. Variablene som i følge teorien ville påvirke konsekvensene av tap var foreldredemoralisering og varme, familiesamhold, stabile positive hendelser og negative hendelser. I tillegg fokuserte programmet på ulike typer takling, samtale om sorgrelaterte tema, foreldres oppfattelse av sosial støtte og barnas tilfredshet med støtten i familien. Programmet virket å bedre foreldrenes oppfattelse av familiemiljøet, samt foreldrenes rapportering av depresjon og atferdsvansker for de eldre barna, men ikke de yngre. Ulikheten mellom foreldrenes rapportering for eldre og yngre barn kan skyldes at programmet originalt var designet for ungdommer. Dette understreker viktigheten av å tilpasse intervensjonsprogrammer til den aldersgruppen man ønsker å nå. Man fant ingen signifikant endring i barnas rapportering av familiemiljø eller tilpassningsproblemer. Studien hadde flere svakheter. Bare 1/3 av mulige deltakere fullførte programmet. I tillegg var utvalgsstørrelsen relativt liten med 72 familier fordelt på intervensjons og kontrollgruppe. I tillegg ble deltagerne kun fulgt opp i en periode på 6 måneder etter pretest.

Sandler et al. (2003) testet FBP med et større utvalg (156 familier med 244 barn og ungdommer) og en oppfølgingsperiode på 11 måneder etter at intervensjonen var avsluttet. I denne studien fant man at programmet bedret familie- og individuelle risiko og beskyttelsesfaktorer ved posttest. Man fant ingen effekt på internaliserende og eksternaliserende problemer ved posttest, men ved 11 måneders oppfølging rapporterte både foreldre og barn en bedring på disse punktene. Denne effekten var kun tydelig hos jenter og for de med flest symptomer ved pretest. Effektstørrelsen for omsorgsgivers rapportering av internaliserende problemer for jenter var på 0,24, mens effektstørrelsen for selvrapporingen hos jenter med forhøyet symptomer ved posttest var på 0,61. Disse resultatene var som nevnt signifikante.

Å ha en forelder som lider av depresjon er en av de største risikofaktorene for utvikling av depresjon hos barn og unge (Nomura et al., 2002; Lieb et al., 2002). Compas et al. (2009) undersøkte en familiebasert intervensjon basert på CBT teknikker som retter seg mot deprimerte foreldre og barna deres. I tråd med tidligere forskning lå fokus på stressende

foreldre- barn interaksjoner som er et resultat av foreldrenes depresjon og måten barn responderer på og takler disse stressende interaksjonene. Intervensjonen bestod av 12 sesjoner; 8 ukentlige sesjoner og 4 månedlige boostersesjoner. Effekten av intervensjonen ble sammenlignet med en gruppe som kun fikk skriftlig informasjon om depresjon og om sykdommens effekt på familier. Intervensjonen gav signifikante effekter på barnas depressive symptomer og angstsymptomer sammenlignet med kontrollgruppen, samt en marginal effekt på eksternaliserende symptomer. Effekten var sterkest ved 12 måneders oppfølging, med signifikante resultater og effektstørrelser på 0, 42 og 0, 50. Det var en lignende trend for diagnostiserbar depresjon etter 12 måneder sammenlignet med kontrollgruppen. Forfatterne påpeker at resultatene virker å gjenspeile en behandlingseffekt heller enn en sann forebyggingseffekt da symptomer sank over tid i intervensjonsgruppen, men forble stabile i kontrollgruppen. Dette kan skyldes at kontrollintervensjonen (skriftlig informasjon) produserte en effekt. Forskjellen i diagnostiserbare DSM-IV lidelser over oppfølgingsperioden kan derimot tyde på at intervensjonen hadde en forebyggende effekt for disse lidelsene, inkludert klinisk depresjon. Intervensjonen virket også å ha en positiv effekt på foreldrenes depressive symptomer. Disse trendene fortsatte ved 18 og 24 måneders oppfølging, om enn med noe reduksjon over tid. For "Youth Self Report" var forskjellen signifikant ved 18 måneder med en effektstørrelse på 0, 46, men var ikke lengre signifikant ved 24 måneders oppfølging (Compas et al., 2011).

Spesielt interessant virket intervensjonen å forebygge klinisk depresjon for barna i intervensjonsgruppen over oppfølgingsperioden på 2 år (Compas et al., 2011). Endringer i mestringssevner ved 6 måneders oppfølging virket å mediere effekten av intervensjonen på depressive symptomer ved 12 måneders oppfølging. Foreldreatferd virket også å mediere utfallet, men effekten her var mer begrenset (Compas et al., 2010).

Beardslee et al. (1997) utviklet og pilot testet et forebyggingsprogram rettet mot familier med en deprimert forelder. Intervensjonen bygget på forskning på risiko og beskyttelsesfaktorer for depresjon og rettet seg mot ikke-deprimerte barn med deprimerte foreldre. Det forebyggende programmet besto av en kombinasjon av møter med kun foreldre, individuelle møter med barna og et familiemøte. Booster sesjoner ble og inkludert. Den andre gruppen deltok kun på to foredrag om depresjon og dens effekt på barn. Barna var i alderen 8 – 15 år, de var altså på vei inn i en aldersperiode hvor man har forhøyet risiko for å utvikle depresjon (Hankin & Abramson, 2001). Barna i intervensjonsgruppen rapporterte større forståelse for foreldrenes sykdom og viste bedre adaptiv fungering 1 ½ år etter intervensjonen.

Intervensjonen gav ingen direkte bevis for forebygging av klinisk depresjon hos barna. Eldre barn virket å ha større effekt av intervensjonen, noe som også var tilfelle i studien til Sandler et al. (1992). Også denne studien hadde et stort aldersspenn, med deltagere i alderen 9 – 17 år. Det rapporteres ingen effektstørrelser.

I senere studier av programmet fant man at barna som deltok i intervensjonene rapporterte en nedgang i internaliserende problemer over tid, men det var ingen forskjell mellom de to intervensjonene. Intervensjonen virket å redusere risikofaktorer og øke beskyttelsesfaktorer for familiene som deltok. Endring i foreldrenes forståelse og atferd virket å mediere endringen hos barna (Beardslee, Gladstone, Wright & Cooper, 2003). Disse effektene var signifikante over en periode på 4 1/2 år (Beardslee et al., 2003; Beardslee, Wright, Gladstone & Forbes, 2007).

Som vi ser av dette kan selektive forebyggingsprogrammer ha en effekt på en lang rekke utfall, slik som eksternaliserende symptomer og atferdsvansker (Compas et al., 2009; Sandler et al., 1992; Sandler et al., 2003; Wolchik et al., 2002), angst (Compas et al., 2009), depressive symptomer (Compas et al., 2009; Sandler et al., 1992; 2003) og klinisk depresjon (Beardslee et al., 2003; 2007; Compas et al., 2009; 2011). Flere av programmene virker å ha en effekt på flere lidelser. F. eks viste intervensjonen til Compas et al. (2009) en effekt både på depressive symptomer og angstsymptomer. Intervensjonene virker dog å ha best effekt når de retter seg mot risikofaktorer for en lidelse. For eksempel så man at intervensjonen til Wolchik et al. (2002) for barn med skilte foreldre gav best effekt for eksternaliserende symptomer, noe som kan gjenspeile at å oppleve en skillsmisse først og fremst virker relatert til slike symptomer hos barn og unge.

Den faktiske effekten på depressive symptomer er noe varierende. Wolchick et al. (2002) fant ingen effekt for internaliserende symptomer etter 6 måneder. I en annen studie fant Sandler et al. (1992) at FBP hadde en effekt på foreldres rapportering av depresjonssymptomer hos de eldre barna. I senere studier på FBP fant man at intervensjonen hadde en effekt på jenter og på de med høy symptomskåre ved pretest over en periode på 11 måneder. Compas et al. (2009) fant signifikante effekter på depressive symptomer over en oppfølgingsperiode på 18 måneder, men effekten var ikke lengre signifikant etter 24 måneder. Også Beardslee et al. (2007) fant langtidseffekter i sin studie. Resultatene når det kommer til forebygging av depressive symptomer er altså noe uklare og disse er ofte avhengige av kjønn (Sandler et al., 2003), alder (Beardslee et al., 1997; Sandler et al., 1992) symptomnivå

(Sandler et al., 2003) og hvorvidt man benytter seg av foreldre- eller selvrapportering (Sandler et al., 1992).

5. Diskusjon

5.1 Effekten av universell, indikert og selektiv forebygging – hva sier forskningen?

Som vi ser baserer de fleste forebyggende intervensjonene på feltet seg på teknikker fra kognitiv terapi rettet mot enkeltindividet, som sikter mot å endre kognitive og atferdsmessige evner og kunnskaper slik som taklingsevne, problemløsning og attribusjonsstil (Cardemil et al., 2002; Clarke et al., 2001; Dobson et al., 2010; Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007; Jaycox et al., 1994; Martinovic et al., 2006; Pössel et al., 2004; Rivet-Duval, et al., 2011; Roberts et al., 2010; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003; Stice et al., 2006), med bare noen få unntak (Young et al., 2010). Dette gjelder både for universelle (Cardemil et al., 2002; Gillham et al., 2007; Pössel et al., 2004; Rivet-Duval, et al., 2011; Roberts et al., 2010; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003) og indikerte forebyggingsprogrammer (Clarke et al., 2001; Dobson et al., 2010; Gillham et al., 2006; Jaycox et al., 1994; Martinovic et al., 2006; Stice et al., 2006). "Beyondblue" hadde også fokus på kognitive teknikker, men inkluderte et noe bredere spekter av tiltak (Sawyer et al., 2010a). Selektive intervensjoner inkluderer oftere en større variasjon av tilnæringer, inkludert kognitive teknikker, ofte rettet mot familien som helhet og ikke bare enkeltindividet (Beardslee et al., 1997; Compas et al., 2009; Sandler et al., 1992; Sandler et al., 2003; Wolchik et al., 2002).

Feltet som helhet preges av varierende oppfølgingsperioder, samt små og varierende effekter (Horowitz & Garber, 2006). I tillegg velger som regel bare et fåtall av de som hører om studiene å delta, denne selvseleksjonen kan påvirke generaliserbarheten av funnene (Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007; Young et al., 2010). I studien til Gillham et al. (2006) av PRP levert av helsevesenet så man f. eks at et stort antall deltagere hadde så store oppmerksomhets- og atferdsvansker at det skapte problemer for leveringen av programmet. Flere av studiene preges også av en høy frafallsrate (Dobson et al., 2010; Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007; Roberts et al., 2010; Stice et al., 2006).

Metaanalyser finner små til moderate effektstørrelser for forebyggende intervensjoner ved postintervensjon og ved oppfølging (Horowitz & Garber, 2006; Stice et al., 2009). I metaanalysen til Horowitz og Garber (2006) fant man at selektive intervensjoner var mer effektive enn universelle intervensjoner ved posttest, samt en ikke signifikant trend i retning av at indikerte programmer var mer effektive enn universelle programmer ved posttest. Både

selektive og indikerte programmer var signifikant mer effektive enn universelle programmer ved oppfølging. Disse funnene ble replikert av metaanalysen til Stice et al. (2009).

Intervensjonseffektene, uavhengig av intervensjonstype, virker med noen få unntak (Beardslee et al, 2007; Compas et al., 2009; Jaycox et al., 1994; Stice et al., 2010) å være ganske kortlevde. Dette støttes av metaanalysene til Horowitz og Garber (2006) og Stice et al. (2009). Det kan altså se ut til at intervensjoner har en effekt, men effektene blir mindre etter hvert som tiden går. Man kan her vurdere om det er nødvendig med en eller annen form for booster sesjoner for å opprettholde effekten. Her vil da også kostnadsperspektivet komme inn. Hvis intervensjoner blir for langvarige og krevende å gjennomføre vil de kanskje ikke være kostnadseffektive. I et presset helsevesen er slike vurderinger viktige å ha med seg.

Det er en generell svakhet ved flere av studien at de ikke rapporterer egne effektstørrelser (f. eks. Wolchik et al., 2002). Nødvendigheten av å demonstrere den praktiske signifikansen til resultatene av forebyggingsstudier påpekes av "The Society for Prevention Research" (SPR), dette innebærer blant annet å rapportere effektstørrelser (Flay et al., 2005).

Metaanalyser finner altså større intervensjonseffekter for målrettede intervensjonsprogrammer enn universelle programmer ved både posttest og oppfølging. Intervensjoner virker å ha størst effekt for de med høyest risiko for å utvikle depresjon sammenlignet med utvalget som helhet (Horowitz & Garber, 2006; Stice et al., 2009).

Horowitz og Garber (2006) påpeker at den større effekten funnet for indikerte programmer til dels kan skyldes at nivået av depressive symptomer er høyere i indikerte og selektive utvalg enn i universelle utvalg. Utvalgsstørrelse er en utfordring for forskningen på dette feltet. Et av problemene når man skal evaluere effekten av universelle forebyggingsprogrammer er at symptomnivået i gruppen man studerer vil være lavt, i motsetning til indikerte programmer der man plukker ut deltagere på bakgrunn av et allerede forhøyet symptomnivå (Dobson et al., 2010). Depresjonsraten i den generelle populasjonen (barn og unge) er på ca 15 – 20 %. Man må derfor ha store utvalgsstørrelser for å finne effekter av universelle intervensjoner (Gillham et al., 2000). Universelle programmer krever altså et svært høyt antall deltagere for å ha nokk statistisk styrke til å demonstrere signifikante effekter (Dobson et al., 2010). Universell forebygging som gir små effekter hos et stort antall individer, kan ha store fordeler for samfunnet som helhet (Horowitz og Garber, 2006). Man vet hittil lite om depresjonsraten i høyrisikogrupper, noe som gjør det vanskelig å estimere adekvate utvalgsstørrelser for målrettede intervensjoner (Gillham et al., 2000).

Pössel et al. (2004) påpeker at problemer med å finne resultater av universelle programmer kan skyldes metodologiske faktorer. Det faktum at universelle utvalg i hovedsak består av relativt friske individer kan føre til en mindre endring av symptomer sammenlignet med utvalget i målrettede intervensjoner der symptomnivået allerede er høyt. I målrettede intervensjoner har man ifølge dette resonnementet større rom for endring i form av senkning av symptomer. Universelle intervensjoner kan også ha en latent effekt. Flertallet av deltagerne har ikke depressive symptomer når studien gjennomføres, men kan på grunn av intervensjonen være beskyttet mot depresjon på et senere tidspunkt, f. eks i møte med en stressende livshendelse som ellers ville utløst en depresjon. Det er her viktig å ta i betraktning at flere av de universelle intervensjonene som inkluderte lange oppfølgingsperioder ikke fant noe slik latent effekt (Harnett & Dadds, 2004; Sawyer et al., 2010a; Spence et al., 2005).

Til tross for en økende grad av forskning på forebygging av depresjon de siste årene preges altså feltet av mange uklarheter, samt sprikende resultater. Det virker på bakgrunn av dette å være for tidlig å konkludere i noen bestemt retning. Grunnet feltets store potensial for å gjøre noe med en av vår tids største helseutfordringer, er det på sin plass med en diskusjon rundt hva som skal til for å bringe feltet fremover.

5.2 Fordeler og ulemper med universelle og målrettede forebyggende intervensjoner

Det finnes flere fordeler med universelle intervensjonsprogrammer. Når alle elevene på en skole deltar i den samme intervensjonen unngår man stigmatiseringen som kan følge med å bli identifisert som medlem av en risikogruppe. I tillegg når man ut til et stort antall deltagere. Studiene til Pössel et al. (2004); Shochet et al. (2001) og Spence et al. (2003) viste at universelle intervensjoner kan ha en effekt også for de med i utgangspunktet lav risiko for å utvikle depresjon, dette er individer som ikke ville blitt plukket ut til å delta i en målrettet intervensjon. Ved indikerte intervensjoner står man altså i fare for å overse dem som ikke er symptomatiske ved screening, men som kan bli det. Dette er spesielt viktig da man vet at det forekommer en økning av depressive symptomer i ungdomsalderen (Costello et al., 2002; Hankin & Abramson, 2001). Universelle programmer er også assosiert med høyere deltagelse og lavere frafallsrate (Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003).

En av de oftest nevnte fordelene med universelle forebyggingsprogrammer er at man unngår stigmaet assosiert med å bli identifisert som medlem av en risikogruppe for psykisk

sykdom (Merry et al., 2004; Sawyer et al., 2010; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003; Pössel et al., 2004). Det eksisterer en bekymring for at målrettede programmer vil lede til stress, skamfølelse eller utfrysning fra gruppa av jevnaldrende. Dette er kanskje spesielt viktig når man snakker om forebygging blant barn og unge, da dette er en periode da forhold til jevnaldrende og sosial status i gruppa er av spesiell viktighet. Skolemiljøet er som sådan svært gjennomslukt og gir lite grunnlag for anonymitet (Rapee, et al., 2006). Flere forfattere rapporterer bekymringer rundt stigmatisering som en av hovedårsakene til deres valg av en universell forebyggingstilnærming (Merry et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Shochet et al., 2001). Oppfattet stigma rundt psykisk sykdom er negativt korrelert med å søke hjelp for depresjon (Barney, Griffiths, Jorm, Chirstensen, 2006).

På tross av dette har det vært lite forskning på den faktiske oppfattelsen av stigma assosiert med ulike intervensjonsprogrammer. Rapee et al. (2006) ønsket derfor å se på forholdet mellom deltagelse i forebyggende intervensjoner og stigma. De gjennomførte en studie hvor de sammenlignet persepsjon av stigma og programtilfredshet blant tenåringer i et universelt og et indikert program for forebygging av depresjon. Deltagerne i det indikerte forebyggingsprogrammet ble tatt ut av klassen for deltagelse og var slik lett identifiserbare for sine medelever.

Stigma ble operasjonalisert som økt skam, erting fra jevnaldrende og vansker hjemme forårsaket av deltagelse i intervensjonsprogrammet. Resultatene viste svært lave nivå av opplevd stigmatisering i begge gruppene. Det ble likevel observert en noe forhøyet skåre på skam og erting av jevnaldrende for deltagerne i det indikerte forebyggingsprogrammet. Begge disse faktorene er i følge Rapee et al. (2006) assosiert med negativ psykisk helse, samt å ikke søke hjelp for psykiske problemer. Effekten forble signifikant også etter at man kontrollerte for graden av depressive symptomer. Opplevelsen av stigmatisering var høyere for gutter enn for jenter og for de med eksternaliserende symptomer, uavhengig av intervensjonstype.

Resultatene viste også at ungdommene generelt var positive til intervensjonene. Det er her viktig å ha med seg at brukertilfredshet ikke er det samme som effekt. Brukere kan tenkes å være fornøyde med sin deltagelse i en intervensjon eller et program uten at de har hatt en konkret effekt av programmet på det ønskede utfallet, slik som en senkning av depresjonssymptomer. Rapee et al. (2006) rapporterer ikke hvorvidt intervensjonene hadde en faktisk effekt på forebygging av depresjon. Deltagerne i den indikerte intervensjonen var noe mer fornøyde med programmet enn deltagerne i den universelle intervensjonen. Det kan altså

se ut til at bekymringen rundt stigmatisering assosiert med deltagelse i målrettede intervensjonsprogrammer er noe overdreven. Spesielt sett i lys av at disse programmene virker å være assosiert med høyere grad av fornøyde deltagere (Rapee et al., 2006), og større effektstørrelser (Horowitz & Garber, 2006; Stice et al., 2009).

I lys av dette blir det relevant å nevne at det også finnes flere ulemper ved å implementere universelle intervensjoner. Det kan være vanskelig å engasjere og involvere den enkelte elev i en klasseromssetting med opp mot 30 elever. Her påpeker Spence og Shortt (2007) at flere av de universelle studiene implementeres i mindre grupper uten at dette ser ut til å påvirke resultatet. Det kan også være vanskelig å overvåke at intervensjonen implementeres på en korrekt måte når den leveres av mange ulike personer i skolehverdagen på ulike skoler, ofte spredt over store områder. I tillegg kan det være vanskelig for slike intervensjoner å gjøre noe med de risikofaktorene som befinner seg utenfor skolen, f. eks i familien (Sawyer et al., 2010a). Opplæring av lærere er også svært kostbart. Indikerte og selektive forebyggingsprogrammer kan være billigere å implementere (Sawyer et al., 2010b). Her trenger man imidlertid gode studier av kostnadseffektivitet. Vi vet at universelle intervensjoner har små effekter og at implementering er kostbar, men slike små effekter kan gi store besparelser på samfunnsnivå (Horowitz og Garber, 2006). SPR påpeker at det er ønskelig at forskere utfører kostnadsanalyser, samt rapporterer hvor mye det vil koste å implementere programmet deres. Dette vil gjøre det lettere for myndigheter og andre å vurdere hvorvidt man skal implementere et gitt intervensjonsprogram (Flay et al., 2005).

5.3 Forebygging eller behandling

De forebyggende intervensjonene innen dette feltet bygger altså på metoder hentet fra terapi. De fleste tar utgangspunkt i metoder fra kognitiv terapi (Gillham et al., 2000), dette er også metoder som har vist seg effektive i behandlingen av depresjon og i forebygging av tilbakefall (Blackburn et al., 1986; Elkin et al., 1989; Lynch et al., 2010; Teasdale et al., 2000). Gillham et al. (2000) påpeker at flere av studiene som hevder å se på forebygging i realiteten ser på behandling. Behandling kan defineres som en bedring av symptomer relativt til kontroller som følge av en intervensjon, mens forebygging i større grad dreier seg om å forhindre at en lidelse skal oppstå. Dette tilsier at studier som kun finner en senkning av symptomer ved posttest, ikke kan kalle seg forebyggende. Gillham et al. (2000) definerer forebyggende intervensjoner som intervensjoner som iverksettes før debut av en spesifikk

tilstand (for eksempel klinisk depresjon), som er designet for å opprettholde lave nivå av denne tilstanden relativt til kontroller og som inneholder en oppfølgingsperiode som strekker seg over en periode med forhøyet risiko for lidelsen. Dette kan gis uttrykk ved at kontrollgruppens symptomer øker over tid, mens intervensjonsgruppens symptomnivå forblir stabile. SPR anbefaler en oppfølgingsperiode på minst 6 måneder som en standard for all forebyggende forskning (Flay et al., 2005).

Tre av de universelle studiene som nevnes her (Merry et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Spence et al., 2003; 2005) viste kun effekt ved postintervensjon, og ikke ved oppfølging. Dette viser viktigheten av å inkludere tilstrekkelig lange oppfølgingsperioder i studier av forebygging. Det bør her påpekes at studiene til Pössel et al. (2004) og Cardemil et al. (2002) kun inkluderte en oppfølgingsperiode på 6 måneder. Det kan diskuteres hvorvidt disse korttidseffektene, samt senkningen av symptomer for høyrisikogruppen ved postintervensjon, bør klassifiseres som behandlingseffekter, ikke forebygging (Gillham et al., 2000).

Flere av de indikerte programmene viste en effekt over lengre tidsperioder (Clarke et al., 2001; Dobson, 2010; Jaycox; et al., 1994; Stice et al., 2010; Young et al., 2010). Dette kan tyde på at intervensjonene hadde forebyggende effekter, men ifølge definisjonen til Gillham et al. (2000) må man kunne stadfeste at det samtidig har vært en økning av symptomer i intervensjonsgruppen for å kunne kalle det en sann forebyggende effekt. For eksempel påpeker Compas et al. (2009) at resultatene av deres selektive intervensjon virker å gjenspeile en behandlingseffekt heller enn en sann forebyggingseffekt da symptomer sank over tid i intervensjonsgruppen, men forble stabile i kontrollgruppen. Dette kan skyldes at kontrollintervensjonen (skriftlig informasjon om depresjon) hadde en effekt på depressive symptomer for medlemmene av kontrollgruppen. Noe som understreker viktigheten av å teste intervensjoner med ulike typer kontrollgrupper, både aktive og passive. Det faktum at det var færre diagnostiserbare DSM-IV lidelser i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen over oppfølgingsperioden kan derimot tyde på at intervensjonen hadde en forebyggende effekt for disse lidelsene, inkludert klinisk depresjon.

I motsetning til Gillham et al. (2000) legger IOM vekt på kliniske diagnoser, ikke bare "tilstander" i sin definisjon av forebygging. IOM definerer forebygging som intervensjoner som inntreffer før debut av en klinisk identifiserbar diagnose. En vellykket forebyggende intervensjon må altså ifølge IOM redusere antall kliniske diagnoser i

intervensjonsgruppen (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994). Som vi ser av studiene referert til tidligere er det lite bevis for at forebyggende intervensjoner har en effekt på forekomsten av klinisk depresjon. Bare et fåtall av studiene rapporterer å ha undersøkt dette (Beardslee et al., 1997; Clarke et al., 2001; Compas et al., 2009; 2011; Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007; Shochet et al., 2001; Stice et al., 2008; 2010; Young et al., 2010), og bare noen av disse igjen rapporterer funn som kan tolkes som forebyggende effekter på klinisk depresjon (Clarke et al., 2001; Compas et al., 2009; Compas et al., 2011; Stice et al., 2008; 2010; Shochet et al., 2001; Young et al., 2010). Det virker altså å være for tidlig å konkludere på hvorvidt forebyggende intervensjoner har en effekt på klinisk diagnostiserbar depresjon, men flere av resultatene er lovende.

Flere intervensjoner finner derimot effekt på subkliniske depressive symptomer ved posttest (Beardslee et al., 2003; Cardemil et al., 2002; Compas et al., 2009; Dobson et al., 2010; Jaycox et al., 1994; Merry et al., 2004; Pössel et al., 2004; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003; Stice et al., 2006; 2008; Wolchik et al., 2002; Young et al., 2010) og ved oppfølging (Beardslee et al., 2007; Cardemil et al., 2002; Compas et al., 2009; Dobson et al., 2010; Gillham et al., 1995; Jaycox et al., 1994; Pössel et al., 2004; Sandler et al., 2003; Shochet et al., 2001; Stice et al., 2008; Young et al., 2010).

Gillham et al. (2000) argumenterer for at forebygging av subkliniske symptomer, og ikke nødvendigvis bare kliniske diagnoser, bør inngå i definisjonen av forebygging. Et ensidig fokus på kliniske diagnoser kan lede til at man overser viktigheten av å forebygge subkliniske tilstander. Siden vi vet at slike symptomer er knyttet til en rekke negative utfall (Fergusson et al., 2005; Lewinsohn et al., 2000) blir dette viktige intervensjonseffekter i seg selv. Subkliniske depressive symptomer ser også ut til å være en risikofaktor for utviklingen av klinisk depresjon (Lewinsohn et al., 2000). Forebygging eller senkning av slike symptomer kan da tenkes å forebygge klinisk depresjon på et senere tidspunkt. Her må det likevel påpekes at påstander om effekt kun gjelder for de utfall og mål som rapporteres direkte. Selv om depressive symptomer er en risikofaktor for senere klinisk depresjon, kan vi ikke dermed si at senkning av slike symptomer vil forebygge klinisk depresjon, uten at man direkte måler dette (Flay et al., 2005).

Tre av de universelle studiene (Pössel et al., 2004; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003) fant at intervensjonen virket å beskytte mot en forventet økning av depressive symptomer hos lavrisikogruppen. Det var en økning av slike symptomer for lavrisiko

individer i kontrollgruppene, men ikke i intervensjonsgruppene. For ”The problem Solving for Life” ble ikke disse effektene opprettholdt ved 1, 2, 3 og 4 års oppfølging (Spence et al., 2003; 2005). Denne økningen av depressive symptomer for lavrisikogrupper stemmer godt med det vi vet om utviklingen av depressive symptomer i denne aldersgruppen. Tenårene er som nevnt innledningsvis en periode der man forventer at depressive symptomer vil øke (Hankin & Abramson, 2001). At intervensjonen til Pössel et al. (2004), Shochet et al. (2001) og Spence et al. (2003) virket å hindre utviklingen av depressive symptomer er i samsvar med Gillham et al. (2000) sin definisjon av forebygging.

Som man ser av dette er resultatene av de ulike studiene noe varierende. Det er fortsatt uklart i hvilken grad intervensjonsprogrammer faktisk forebygger depresjon, men det rapporteres om positive funn, både i forhold til senkning av depressive symptomer, forebygging av subkliniske symptomer og forebygging av klinisk depresjon.

5.4 Effekt vs. Effektivitetsstudier

Intervensjoner evalueres vanligvis av de som har utviklet programmet under optimale omstendigheter, slik som god tilgang til ressurser og godt opplært og veiledet intervensjonspersonell. Dette er ofte ikke tilfelle når et program skal implementeres ”i den virkelige verden, ” f. eks av lærere i en skolesetting eller innenfor helsevesenet av de som til vanlig jobber der. For at en intervensjon skal kunne implementeres i stor skala bør man kunne vise til at den har effekt under optimale omstendigheter og at den lar seg implementere i andre settinger, uten at dette forringer intervensjonens effekt i for stor grad. Dette er noe av grunnen til at det er viktig å skille mellom effekt og effektivitetsstudier. Effekt referer til den fordelaktige effekten av et program eller en intervensjon under optimale betingelser for levering. Effektivitetsstudier krever strenge forskningsdesign, høy kvalitet på programimplementeringen og kontroll over konfunderende variabler. Effektivitet på sin side referer til programmets effekt under omstendigheter tettere opp mot slik programmet vil implementeres når det er ferdig uttestet. En intervensjon som produserer signifikante effekter i effektivitetsstudier trenger ikke å gi like gode resultater i effektivitetsstudier (Flay et al., 2005; Kellam & Langevin, 2003).

For at forebyggende intervensjoner skal vurderes med tanke på å implementeres i stor skala bør de altså oppfylle kravene til både effekt og effektivitet. Det virker, per dags dato, ikke å eksistere noen oversikt over evaluering av forebyggende intervensjoner mot depresjon i den norske skolen. Det vil her kunne være relevant å se til tilgrensende felt for å hente

lærdom. I en rapport for Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet om forebygging av rus og atferdsproblemer i skolen slås det fast at flere av intervensjonene som implementeres aldri har gjennomgått noen form for evaluering av effekt eller effektivitet. Rapporten påpeker at selv om det brukes store ressurser på forebygging av ulike problemer blant barn og unge i skolen, er få av de anvendte programmene sterkt forankret i teori og empiri. Her trekkes kjente forebyggende intervensjoner slik som MOT frem som eksempler på programmer som ikke har dokumentert effekt på rusvaner hos ungdom, men som likevel har blitt benyttet i utstrakt grad med det formål å påvirke nettopp rusvaner. De ulike tiltakene blir også sjeldent evaluert etter at de har blitt implementert. Rapporten slår fast at man ved dette risikerer at den forebyggende innsatsen i den norske skolen ikke gir ønskede resultater (Nordahl et al., 2006). Dette understreker viktigheten av å evaluere intervensjoner før man implementerer dem i stor skala, noe som er relevant lærdom også når man skal implementere forebyggende intervensjoner mot depresjon.

PRP er som tidligere nevnt et av de største og mest studerte forebyggingsprogrammene og har blitt evaluert i en rekke studier, som et universelt (Cardemil et al., 2002; Gillham et al., 2007) og som et indikert forebyggingsprogram (Gillham et al., 2006; Jaycox et al., 1994). Intervensjonen har også blitt studert både når den implementeres og overvåkes av forskningsteamet som utviklet den (Cardemil et al., 2002; Jaycox et al., 1994) og når den leveres av andre enn forskningsteamet (Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007).

Sterkest støtte for PRP finner man i studier utført av PRP forskningsteamet (Cardemil et al., 2002; Jaycox et al., 1994). Når utenforstående, f. eks ansatte i helsevesenet (Gillham et al., 2006) eller lærere (Gillham et al., 2007), står for levering av intervensjonen ser man at effektene av programmet blir mer inkonsistente. Dette var tilfelle uavhengig av om intervensjonen ble implementert som en universell intervensjon (Cardemil et al., 2002; Gillham et al., 2007) eller en indikert intervensjon (Gillham et al., 2006; Jaycox et al., 1994). Det virker altså ikke som om resultatene utelukkende kan forklare med at indikerte intervensjoner tradisjonelt viser sterkere resultater enn universelle intervensjoner (Horowitz & Garber, 2006; Stice et al., 2009). Det er for tidlig å konkludere på bakgrunn av det noe begrensede utvalget artikler som presenteres her. Tolkningen styrkes imidlertid av at dette ligner funnene fra forskningen på RAP (Harnett & Dadds, 2004; Merry et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Shochet et al., 2001). Mens Shochet et al. (2001) fant signifikante effekter for RAP levert av psykologer over en periode på 10 måneder, ble ikke disse positive

resultatene opprettholdt i tre andre studier som så på RAP levert av lærere (Harnett & Dadds (2004; Merry et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011). Dette stemmer også overens med resultatene fra metaanalysen til Stice et al. (2009). Disse viste at intervensjoner levert av profesjonelle utøvere gav større effektstørrelser enn intervensjoner levert av lærere.

Sawyer et al. (2010a) stiller spørsmålstegn ved hvorvidt skoleverket og lærere er i stand til å levere de aktive ingrediensene i slike intervensjonsprogrammer på en tilfredsstillende måte. Det blir derfor viktig å undersøke i hvor stor grad de som implementerer intervensjonen holder seg til manualen. SPR påpeker at inkludering av en eller annen form for implementeringsmåling er en ønsket standard for all forskning på forebygging (Flay et al., 2005). Flere av studiene som nevnes her inkluderer en form for evaluering av hvorvidt intervensjonen leveres korrekt. Gillham et al. (2006) og Gillham et al. (2007) tok f. eks opp timene på lydbånd. Senere ble fire sesjoner fra hver gruppe plukket ut for analyse. Lærerne visste ikke hvilke sesjoner som ville bli plukket ut. Leveringsintegritet kunne ikke kalkuleres for alle gruppene i studien til Gillham et al. (2007) da enkelte glemte å ta opp timene. Resultatene av denne studien varierte fra skole til skole, men utfallet virket ikke å medieres av leveringsintegritet. I studien til Gillham et al. (2006) fant man derimot en liten modererende effekt av leveringsintegritet. Cardemil et al. (2002) brukte også lydopptak i sin studie av PRP, i tillegg ble gruppelederne overvåket og veiledet av lederne av forskningsteamet. Harnett & Dadds (2004) og Merry et al. (2004) brukte selvrapporing for å evaluere implementeringsintegritet. Lærerne i studien til Harnett & Dadds (2004) motsatte seg at en observatør skulle være tilstede under timene. Her tydet resultatene på at lærerne holdt seg tett opp mot manualen. Merry et al. (2004) fant at programtrofasthet sank utover i intervensjonen. Shochet et al. (2001) benyttet seg av sjekklister, samt observatører, de fant høy grad av programtrofasthet blant psykologene som leverte programmet. Rivet-Duval et al. (2011) inkluderte derimot ingen slike mål i sin studie av RAP.

Gillham et al. (2006) benyttet seg av terapeuter som jobbet innen helsevesenet, deres dårlige resultater burde derfor ikke kunne tolkes som kun et resultat av manglende kompetanse. Det bør likevel påpekes at å jobbe som terapeut innen helsevesenet ikke nødvendigvis innebærer at man har ferdighetene som ligger til grunn for å levere en slik kognitiv intervensjon.

Lærerne i studien til Merry et al. (2004) påpekte at de var missfornøyd med å måtte følge en streng manual og ønsket seg mer fleksibilitet. De ønsket mer frihet til å tilpasse

programmet til det de oppfattet som den enkelte klasses behov. Det kan være et problem at intervensjoner endres eller tilpasses for mye av skolen eller andre som skal iverksette en intervensjon. Når dette gjøres av utenforstående og uten at endringenes mulige effekter på effektiviteten til intervensjonen undersøkes kan dette bidra til å forringe programmets effekter.

Selv om de fleste studiene nevnt ovenfor innebærer en form for evaluering av leveringsintegritet (Cardemil et al., 2002; Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007; Harnett & Dadds, 2004; Merry et al., 2004; Shochet et al., 2001), er det usikkert hvor nøyaktig disse målene er. Ikke alle sesjonene ble analysert og flere av studiene benyttet seg kun av lærernes egen evaluering (Harnett & Dadds, 2004; Merry et al., 2004). Selv om de fleste målingene indikerer moderat til høy implementeringsintegritet ser man altså at målene benyttet ikke nødvendigvis vil avdekke avvik fra manualen eller leveringskompetanse hos de som implementerer intervensjonen. I tillegg kan faktorer som gruppeledernes engasjement påvirke utfallet. Det kan her tenkes at lederne av intervensjoner som selv har utviklet programmet eller som jobber i nært samarbeid med disse viser større engasjement og optimisme i leveringen av intervensjonen. Slike generelle uspesifikke faktorer kan tenkes å påvirke resultatene.

Her er det også et poeng at de fleste studier på universelle intervensjoner benyttet seg av lærere som intervensjonsleverandører og gruppeledere (Roberts et al., 2010; Sawyer et al., 2010b; Sheffield et al., 2006; Spence et al., 2003), mens målrettede intervensjoner i større grad benytter seg av psykologer eller psykologstudenter (Beardslee et al., 2003; Clarke et al., 2001; Compas et al., 2009; Dobson et al., 2010; Martinovic et al., 2006; Sandler et al., 2003; Sheffield et al., 2006; Stice et al., 2006; Stice et al., 2008; Wolchik et al., 2002; Young et al., 2010). Når det kommer til de universelle programmene som ikke nevnes i den overgående diskusjonen rundt PRP (Cardemil et al., 2002; Gillham et al., 2007) og RAP (Harnett & Dadds, 2004; Merry et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Shochet et al., 2001) viste kun studien til Pössel et al. (2004) effekt utover posttest. Dette var også den eneste av disse studiene som benyttet seg av psykologer som intervensjonsleverandører.

Denne gjennomgangen tyder på at intervensjoner levert av profesjonelle utøvere gir best resultater sammenlignet med intervensjoner levert av f. eks lærere. Dette kan bidra til at målrettede intervensjoner gir bedre resultater enn universelle intervensjoner, da målrettede tilnærminger oftere leveres av profesjonelle utøvere slik som psykologer. Videre forskning

bør se på hvorvidt det er realistisk å forvente at lærere skal kunne levere effektive forebyggende intervensjoner mot depresjon innenfor rammene av skoleverket.

5.5 Modererende faktorer

En av SPR standardene nevnt i Flay et al. (2005) er at påstander om effekt alltid bør spesifisere hvilke utfall intervensjonen produserer og for hvilken populasjon. Som vi har sett av studiene nevnt her viser flere av intervensjonene best resultater for subgrupper av utvalget.

Generelt viser forskningen bedre effekter for høyrisikogrupper (Horowitz & Garber, 2006; Stice et al., 2009). Det var også tilfellet i flere av studiene som gjennomgås her (Gillham et al., 2006; Jaycox et al., 1994; Sandler et al., 2003; Spence et al., 2003). Noen av studiene viser ingen effekter for utvalget som helhet, men finner resultater når de analyserer høyrisikogruppen for seg (Gillham et al., 2006; Sandler et al., 2003). Dette er dog ikke alltid tilfelle. ”The Aussie Optimism Programme” viste ingen effekter verken for utvalget som helhet, eller for høyrisikogruppen (Roberts et al., 2010). Dette var også tilfellet for Beyondblue programmet (Sawyer et al., 2010a).

Noen av studiene viser bedre effekter for jenter enn for gutter (Gillham et al., 2006; Sandler et al., 2003). Disse resultatene stemmer overens med funnene fra metaanalysene til Horowitz og Garber (2006) og Stice et al. (2009). I deres analyser fant man større effektstørrelser for jenter sammenlignet med gutter. Dette kan henge sammen med at å være jente i tenårene er en generell risikofaktor for depresjon, man ser en dramatisk økning av depresjon hos jenter i det de går inn i tenårene (Costello et al., 2002; Hankin & Abramson, 2001).

Alder er en annen viktig faktor. Denne gjennomgangen tar for seg forebyggende programmer som retter seg mot barn og unge, men dette er en svært vid kategori og det er fullt mulig at forebyggende intervensjoner har sterkest effekt for spesifikke aldersgrupper. Man vet at prevalensen av depresjon er ulik i ulike aldersgrupper og at depresjonsraten stiger i løpet av tenårene for både jenter og gutter (Costello et al., 2002; Hankin & Abramson, 2001). Utviklingsnivå kan også spille inn. Det kan f. eks tenkes at yngre barn ikke har den kognitive kapasiteten som kreves for å forstå og nyttiggjøre seg av de ulike teknikkene som inngår i intervensjonsprogrammene. Her kan man se til studier på kognitiv terapi for barn. Forskning viser at CBT for barn gir gode resultater, men disse ser ut til å påvirkes av kognitivt utviklingsnivå (Durlak, Fuhrman & Lampman, 1991). Ronen (1992) understreker viktigheten

av å tilpasse kognitiv terapi til barns utviklingsnivå. Dette vil mest sannsynlig være et viktig moment også for forebyggende intervensjoner rettet mot barn.

To av studiene her fant at alder påvirket utfallet av intervensjonen (Beardslee et al., 1997; Sandler et al., 1992). Dette stemmer overens med funn fra metaanalysene til Horowitz og Garber (2006) og Stice et al. (2009), resultatene deres viste at intervensjonsprogrammer gav større effekter for ungdommer relativt til barn.

I studien til Sandler et al. (1992) fant man at intervensjonen hadde en effekt på foreldrenes rapportering av depresjon og atferdsvansker for de eldre barna, men ikke de yngre. Ulikheten mellom foreldrenes rapportering for eldre og yngre barn kan her skyldes at programmet originalt var designet for ungdommer. Dette understreker viktigheten av å tilpasse intervensjonsprogrammer til den aldersgruppen man ønsker å nå. Dette var også tilfelle i studien til Beardslee et al. (1997). Begge studiene hadde et stort aldersspenn, med deltagere i alderen 9 – 17 år. Et annet fellestrekk ved disse studiene er at de retter seg mot familien som helhet, og at deler av intervensjonene rettet seg direkte mot foreldrene. En mulig forklaring på de aldersrelaterte effektene i disse studiene kan derfor være at foreldrene interagerer ulikt med de eldre barna sammenlignet med de yngre. Studien til Sandler et al. (1992) benyttet seg av foreldrerapportering. En mulig tolkning av disse resultatene er derfor at foreldre er mer sensitive for depressive symptomer hos eldre enn hos yngre barn.

Kultur, etnisitet og gruppetilhørighet er også momenter her. Studien til Cardemil et al. (2002) fant f. eks en effekt for gruppen med latinamerikansk bakgrunn, men ikke for gruppen med afrikansk bakgrunn i sin studie. Cardemil et al. (2002) påpeker at svært få studier ser på effekten av slike programmer for minoritetsgrupper. Kulturforskjeller rundt hvordan man ser på psykisk sykdom kan f. eks påvirke i hvilken grad man er villig til å engasjere seg i programmet. Rivet-Duval et al. (2011) nevner i sin studie av RAP implementert på Mauritius at dette er en kultur hvor psykisk sykdom sees på med en stor andel stigmatisering. En mulighet her er å tilpasse eksisterende programmer, slik som RAP, til den spesifikke kulturen den skal leveres i.

Det er altså fortsatt noe uklart hvordan ulike intervensjoner påvirker ulike subgrupper. Forskningen hittil viser en større effekt for høyrisikogrupper og for jenter. Alder på deltagerne virker også å spille inn. Det er forsket svært lite på hvordan etnisitet og gruppetilhørighet medierer utfallet av slike intervensjoner. Her trenger man mer forskning for å avklare nøyaktig hvordan ulike intervensjoner påvirker ulike subgrupper og hvorfor. Mer kunnskap

om hvordan intervensjoner påvirker ulike grupper vil kunne bidra til at intervensjonene i større grad når ut til de som har nytte av dem. Det er f. eks en mulighet at forebyggende intervensjoner mot depresjon er mest gunstig for en bestemt aldersgruppe. Slik kunnskap vil også kunne bidra til utviklingen av spesialiserte intervensjonsprogrammer rettet mot de gruppene som i dag ikke virker å ha maksimalt utbytte av de nåværende intervensjonsprogrammene, slik som gutter og yngre barn.

5.6 Medierende faktorer

Det er viktig å kunne si noe om hva som er de aktive ingrediensene i en gitt intervensjon. Som sett tidligere baserer de fleste intervensjonene seg på teknikker fra kognitiv terapi, men dette inkluderer et hav av ulike teknikker og ferdigheter fra kognitiv stil til problemløsningsevne og sosiale ferdigheter. Kunnskap om i hvilken grad og eventuelt hvilke av disse ferdighetene som leder til det ønskede utfallet, forebygging av depresjon, kan hjelpe oss å designe mer effektive forebyggingsprogrammer. Bare noen få av studiene på dette feltet inkluderer undersøkelse av medierende faktorer.

Pössel et al. (2004) mente at deres universelle intervensjonsprogram, LISA-T, ville bidra til å forebygge depresjon hos ungdommer gjennom å gjøre deltagerne i stand til å reflektere rundt og stille spørsmålstegn ved egne negative automatiske tanker, samt gjennom å fremme positiv sosial atferd. Intervensjonen viste seg å ha en effekt på depressive symptomer, men resultatene viste ingen bedring i dyssfunksjonelle automatiske tanker eller sosiale nettverk som følge av intervensjonen. Det er derfor usikkert hva de aktive ingrediensene i intervensjonen faktisk var. Spence et al. (2003) fant i sin studie av PSFL at evne til problemløsning virket å mediere forholdet mellom intervensjon og depresjonsskåre. Intervensjonen hadde dessverre ingen langtidseffekter på depresjonsraten. Den eneste signifikante forskjellen mellom gruppene ved 12 måneders oppfølging var en større reduksjon i unngående problemløsningsstil mellom høyrisiko- intervensjonsgruppen versus kontrollgruppen, men her virket altså ikke lengre problemløsningsstil å påvirke utfallet. Rivet-Duval et al. (2011) fant i si studie av RAP at intervensjonen gav signifikante effekter på mål på selvillit og taklingsevne ved postintervensjon og oppfølging, men disse utfallene hadde ingen effekt på forebygging av depresjon. I studiene til Beardslee et al. (1997, 2003) fant man at den familierettede intervensjonen for barn av deprimerte foreldre hadde en effekt på

internaliserende symptomer hos barna. Endring i foreldrenes forståelse og atferd virket å mediere endringen hos barna (Beardslee et al., 2003).

Sawyer et al. (2010a; b) fant ingen effekt av sitt program ”Beyondblue.” Resultatene viste at intervensjonen ikke reduserte depresjonssymptomer blant elever på de inkluderte skolene. Programmet hadde heller ingen effekt på individuelle beskyttelsesfaktorer (antatte medierende faktorer) slik som optimistisk kognitiv stil, interpersonlig kompetanse, positive taklingsstrategier eller grad av sosial støtte. Det var altså ikke slik at de medierende faktorene ikke hadde noen effekt på depresjon, men intervensjonen som ikke endret de medierende faktorene. Dette var også tilfelle i studien til Sheffield et al. (2006) som sammenlignet en universell og en indikert intervensjon, samt en kombinasjon av disse to tilnærmingene. Dette kan tolkes som at deltagerne i intervensjonsprogrammer ikke alltid tilegner seg de egenskapene som hypotetiseres å skulle bygge resiliens og forebygge depresjon.

Cardemil et al. (2002) fant i sin studie av PRP at endringer i negative kognisjoner virket å mediere programmets effekt på depressive symptomer, mens endringer i forklaringsstil ikke virket å mediere utfallet. Jaycox et al. (1994) testet PRP som en indikert intervensjon. Attribusjonsstil for negative hendelser virket å mediere utfallet. Endringer i forklaringsstil korrelerte med endringer i depressive symptomer over en oppfølgingsperiode på 2 år. Gillham et al. (2006) fant at PRP hadde en effekt på forklaringsstil, men programmet hadde svært varierende effekter på depressive symptomer. Forholdet mellom forklaringsstil og depressive symptomer ble moderert av kjønn.

Bare to av forskningsgruppene rapporterte om egne studier av de antatte medierende faktorene i intervensjonene sine (Compas et al., 2010; Stice, Rohde; Seeley & Gau, 2010). Compas et al. (2009) undersøkte en familieintervensjon basert på CBT teknikker som rettet seg mot deprimerte foreldre og barna deres. Intervensjonen var basert på teori og forskning som identifiserte to risiko- og beskyttelsesfaktorer i familier med deprimerte foreldre; problemer med å fungere i foreldrerollen og hvordan barna takler disse problemene. For at disse to faktorene skal kunne identifiseres som medierende påpeker forfatterne at man må vise at endringer i de antatte medierende faktorene kommer før endringer i utfallet. Man må altså kunne slå fast at endringene i foreldrestil, takling, attribusjonsstil eller problemløsningsevne kommer før endringene i depresjonsrate (Compas et al., 2010). I Compas et al. (2010) fant man at endringer i mestringsevner ved 6 måneders oppfølging virket å mediere effekten av intervensjonen på depressive symptomer ved 12 måneders oppfølging. Ungdommene i

intervensjonsgruppen (CBT familieintervensjon) viste en økning i bruk av mestringsevner sammenlignet med kontrollgruppen. Økt bruk av mestringsevner ved 6 måneders oppfølging medierte intervensjonens effekt på depressive symptomer ved 12 måneders oppfølging. Foreldreatferd virket også å mediere utfallet, men effekten her var mer begrenset.

Stice et al. (2008) sammenlignet en CBT gruppeintervensjon med støttende gruppeterapi, biblioterapi og en passiv kontrollgruppe for forebygging av depresjon i et utvalg med forhøyet subklinisk depresjonsskåre. Hypotesen var at reduksjon i negative kognisjoner og aktivitetsøkning ville mediere effektene av gruppe CBT og biblioterapi, mens en økning i å uttrykke følelser og reduksjon av ensomhet ville mediere effekten av støttende gruppeterapi. Resultatene av analysen for de antatte medierende faktorene (Stice et al., 2010) viste at endringer i depressive symptomer typisk opptrådte før endringer i de antatte medierende faktorene. Dette kan tyde på at uspesifikke faktorer, slik som økt håp, normalisering eller terapeutisk allianse ledet til symptomreduksjon. CBT gruppen viste bedre resultater enn biblioterapi og støttende gruppeterapi, men denne studien gir ingen svar på årsaken. Forfatterne påpeker at en mulig forklaring er at CBT gruppen ledet til større endringer i disse uspesifikke faktorene.

I metaanalysen til Stice et al. (2009) fant man at innholdet i de ulike intervensjonene ikke var relatert til effektstørrelse. Det virker altså å være noe uklart nøyaktig hva som er de aktive ingrediensene i forebyggende intervensjoner mot depresjon. Det er også mulig at flere av intervensjonene ikke gir en tilstrekkelig dose til å påvirke endringer i f. eks attribusjonsstil. Videre forskning bør legge økt vekt på identifisere hvilke faktorer som leder til endringer, samt hvordan man kan forsikre seg om at deltagerne best tilegner seg kunnskapen og teknikkene som er fokus for intervensjonen. De fleste av programmene referert til over fokuserer på tiltak på individnivå, fokuset ligger som regel på å endre individuelle interne variabler slik som individets kognitive stil. Forskning bør også fokusere på å identifisere eksterne variabler relatert til f. eks sosialt miljø, familieomstendigheter og andre livsomstendigheter som kan mediere utfallet av forebyggende intervensjoner. Compas et al. (2010) fant f. eks at foreldreatferd påvirket viktige variabler hos barna. Bedre forståelse for hva som medierer utfall kan hjelpe oss å designe bedre, mer effektive programmer da det sier noe om hvilke ingredienser som faktisk leder til endring, og for hvem. Basert på slik kunnskap kan man utvikle programmer som fokuserer på de faktorene som leder til endring på det ønskede utfallet for en gitt populasjon.

5.7 Bruk av kontrollgrupper

I følge standardene satt av SPR må all forskning på forebyggende intervensjoner ha minst en kontrollgruppe. Denne kontrollgruppen kan f. eks. være ingen behandling, venteliste, TAU eller placebo (Flay et al., 2005). Svært få av studiene innenfor dette feltet har benyttet seg av placebogrunder, de fleste benytter seg av mer eller mindre passive kontrollgrupper slik som kun kartlegging eller venteliste kontroller (Cardemil et al., 2002; Harnett & Dadds, 2004; Jaycox et al., 1994; Pössel et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Roberts et al., 2010; Sandler et al., 1992; Sheffield et al., 2006; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003; Spence et al., 2005). Flere benytter seg også av TAU (Clarke et al., 2001; Gillham et al., 2006; Martinovic et al., 2006).

En intervensjon må vise seg bedre enn placebo eller en alternativ intervensjon før man kan avgjøre hvorvidt det er de spesifikke elementene i denne intervensjonen som leder til endring. Uten slik kontroll er det vanskelig å si noe om hvorvidt endringene forekom på bakgrunn av spesifikke prosesser som i følge teorien skal gi intervensjonseffekter, generelle faktorer felles for alle psykologiske intervensjoner eller hvorvidt endringene forårsakes av design artefakter slik som deltageres forventninger (American Psychological Association, 1995, funnet i Stice et al., 2006). Mangelen på studier som bruker placebogrunder i litteraturen blir dermed problematisk.

Flere av studiene tilbyr kontrollgruppen en form for intervensjon eller oppmerksomhet i form av regelmessige møter med veileder på skolen (Young et al., 2010), informasjon og bøker (Compas et al., 2009; Sandler et al., 2003; Sawyer et al., 2010a; Sawyer et al., 2010b; Wolchik et al., 2002) eller deltagelse på foredrag (Beardslee et al., 1997; Beardslee et al., 2007). I studiene til Beardslee et al. (1997), Compas et al. (2009), Sandler et al. (2003), Wolchik et al. (2002) og Young et al. (2010) fant man effekter av intervensjonsprogrammene sammenlignet med den aktive kontrollgruppen. Dette var derimot ikke tilfelle i studiene til Sawyer et al. (2010a, 2010b), her fant man ingen effekter av programmet. I studien til Beardslee et al. (2007) fant man en nedgang i internaliserende symptomer hos barn med deprimerte foreldre både for intervensjonsgruppen og for foredragsgruppen (aktiv kontroll). Disse resultatene kan altså tolkes dit hen at begge intervensjonene hadde en forebyggende effekt på internaliserende symptomer i en periode med forhøyet risiko.

De siste årene har det også kommet flere studier som benyttet seg av kontrollgrupper som mottar intervensjoner spesielt designet for å kontrollere for uspesifikke faktorer (Dobson

et al., 2010; Gillham et al., 2007; Merry et al., 2004; Stice et al., 2006; Stice et al., 2008; Stice et al., 2010).

Merry et al. (2004) sammenlignet RAP med en ”arts and crafts” intervensjon. Intervensjonen hadde fokus på det å ha det morsomt sammen, og skulle kontrollere for uspesifikke effekter som å delta i et nytt program, sosial støtte og oppmerksomhet. Resultatene viste at RAP førte til større reduksjon i depressive symptomer fra pre til post intervensjon enn den alternative intervensjonen, men effekten avtok ved langtidsoppfølging.

Dobson et al. (2010) sammenlignet effekten av ”the Adolescent Coping with Stress Course” med en aktiv kontrollgruppe ”Let’s Talk.” ”Let’s Talk” ble levert i grupper og strakk seg over 15 sesjoner. Ulike generelle tema som angår tenåringer ble diskutert i gruppen, slik som rollemodeller, selvtillit og rus. Intervensjonen fulgte en manual med diskusjonstema og ulike øvelser. Resultatene viste at både ”the Adolescent Coping with Stress Course” og ”Let’s Talk” reduserte alvorlighetsgraden av angst- og depresjonssymptomer. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene, noe som tydet på at bedringen skyldtes en eller flere komponenter som var til stede i begge intervensjonene. Det virket altså ikke som om det var de spesifikke teknikkene som gav resultater. Dette var, som tidligere nevnt, også tilfelle i studien til Beardslee et al. (2007). En svakhet med studiene til Beardslee et al. (2007) og Dobson et al. (2010) er at de ikke inkluderte en passiv kontrollgruppe. Det er derfor vanskelig å si hvorvidt nedgangen i symptomatologi skyldtes intervensjonene, eller andre faktorer slik som regresjon til gjennomsnittet. Disse studiene understreker slik viktigheten av å inkludere både passive og aktive kontrollgrupper.

Gillham et al. (2007) sammenlignet PRP med en passiv og en aktiv kontrollgruppe ”Penn Enhancement Program” (PEP). PEP fokuserer på generelle tema assosiert med å være tenåring. Hvert møte inkluderte strukturerte aktiviteter, rollespill og diskusjon. PEP ble designet for å kontrollere for uspesifikke faktorer slik som oppmerksomhet, opplevelse av samhørighet, sosial støtte, diskusjon av depresjonsrelevante tema, deling av tanker og følelser med jevnaldrende og deltagelse i aktiviteter. Resultatene for hele utvalget viste, som tidligere nevnt, at PRP forhindret debut av depressive symptomer sammenlignet med kontrollgruppen (passiv gruppe), men ikke sammenlignet med PEP (placebogruppe) ved posttest. Dette gjenspeiler altså resultatene til Beardslee et al. (2007) og Dobson et al. (2010).

Stice et al. (2006) utførte en av de mest omfattende placebostudiene på feltet. De rapporterer funn fra en foreløpig studie hvis mål var å identifisere en placebointervensjon for

bruk i senere studier av sitt korte CBT forebyggingsprogram. Forfatterne evaluerte fire potensielle placebokontroller som varierte langs dimensjonene som har blitt foreslått å skulle lede til placeboeffekter; støttende gruppeterapi, biblioterapi, emosjonelt uttrykkende skriving og dagbokskrivning. Støttende gruppeterapi var designet for å kontrollere for de ikke spesifikke faktorene i en gruppeintervensjon, slik som forventning, oppmerksomhet og terapeutisk kontakt, uten noen form for CBT innhold. Biblioterapi ble inkludert for å kontrollere for innholdet i CBT intervensjonen, men uten de uspesifikke faktorene. Laboratoriums basert emosjonelt uttrykkende skriving ble inkludert fordi den verken inkluderte CBT faktorer eller nonspesifikke terapeutiske faktorer, men innebar samme antall besøk til klinikken som de aktive gruppeintervensjonene. Dagbokskrivning ble inkludert da denne intervensjonen innebar verken de spesifikke kognitive faktorene i CBT intervensjonen, de nonspesifikke faktorene i gruppe intervensjonene, eller regelmessige besøk til klinikken. Resultatene viste at deltagerne i alle gruppene hadde en signifikant nedgang i depressive symptomer sammenlignet med ventelistekontroller ved posttest. Bare en intervensjon viste signifikante effekter sammenlignet med venteliste ved 6 måneders oppfølging: biblioterapi. CBT intervensjonen var bare signifikant bedre enn dagbokskrivning. Uttrykkende skriving og dagbokskrivning produserte de minste intervensjonseffektene.

En tolkning av disse funnene er at det er mer enn en måte å redusere depressive symptomer på, både gjennom CBT teknikker og gjennom å uttrykke følelser enten i gruppe- eller skriveformat (Stice et al., 2006). En mulig årsak til at CBT intervensjonen ikke gjorde det bedre enn placebogruppene kan være at intervensjonen var svært kort. Fire sesjoner kan ha vært for lite til at deltagerne fikk fullt utbytte av de kognitive teknikkene. Slike teknikker kan ta tid både å lære og å implementere. Gjennomgang av resultatene viste at CBT intervensjonen hadde høyest frafallsrate, noe som kan tyde på at denne intervensjonen opplevdes som mer krevende for deltagerne. Man kan på bakgrunn av dette også stille spørsmålsteget ved hvorvidt det er nødvendig å implementere en slik krevende og dyr intervensjon for å forebygge utviklingen av depresjon hos alle med forhøyede depressive symptomer. Det ville her vært relevant å undersøke hvorvidt de ulike intervensjonene hadde ulike effekter for subgrupper av utvalget, slik som f. eks for de med høy vs. lav grad av depressive symptomer, for jenter vs. gutter, for ulike aldersgrupper eller på bakgrunn av ulikt utdannelsesnivå.

På bakgrunn av funnene til Stice et al. (2006) utførte Stice et al. (2008) en ny studie med en utvidet intervensjon og større utvalgsstørrelse. Biblioterapi og støttende gruppeterapi

ble valgt som placebogrunder, i tillegg til en passiv kontrollgruppe. Her viste resultatene at CBT intervensjonen var signifikant bedre enn støttende gruppeterapi, biblioterapi og den passive kontrollgruppen ved posttest. Men bare forskjellen med kontrollgruppen forble signifikant etter 6 måneder. I tillegg viste deltagerne i CBT gruppen forbedret sosial tilpassning og mindre rusmissbruk frem til 6 måneders oppfølging (Stice et al., 2008), men disse resultatene ble ikke opprettholdt frem til 1 og 2 års oppfølging (Stice, et al., 2010). Alle tre intervensjonsgruppene virket å forebygge klinisk depresjon over en periode på 6 måneder, sammenlignet med kontrollgruppen (Stice et al., 2008).

CBT viste noe bedre resultater sammenlignet med de aktive kontrollgruppene over oppfølgingsperioden på 2 år, men det bør her påpekes at både biblioterapi og støttende gruppeterapi hadde effekter ved enkelte av oppfølgingspunktene. CBT var f. eks ikke signifikant bedre enn støttende gruppeterapi ved 1 og 2 års oppfølging (Stice et al., 2008; Stice, et al., 2010). Dette tyder på at ikke-spesifikke faktorer er viktige i forebygging av depresjon, og kan ha bidratt til den observerte effekten av CBT gruppen (Stice et al., 2010). Dette gjenspeiler resultatene til den første studien (Stice et al., 2006).

Det kan altså virke som om uspesifikke faktorer, som kontrollert for med placebogrunderne, bidrar til å redusere eller forebygge depressive symptomer i nesten samme grad som de spesifikke teknikkene, som ifølge teorien skal redusere slike symptomer og forebygge utviklingen av depresjon. Funnene fra disse placebostudiene er spesielt interessante sett i lys av funnene fra studier som ser på medierende faktorer. Det kan virke som om de ulike prosessene som i følge teorien skal lede til endring ikke alltid er tilstrekkelige, eller nødvendige for å forebygge depresjon. Dette leder oss over på spørsmålet om hvorvidt elementene i den nåværende teorien er tilstrekkelige, eller hvorvidt andre faktorer eller teorier kan gi oss et bedre grunnlag, være mer effektive, i å forebygge depresjon.

5.8 Veien videre

Som vi har sett bygger de fleste forebyggende intervensjoner på teknikker fra kognitiv terapi og har fokus på å endre intrapersonlige kognitive faktorer slik som attribusjonsstil og problemløsningsevne (Cardemil et al., 2002; Clarke et al., 2001; Dobson et al., 2010; Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007; Jaycox et al., 1994; Martinovic et al., 2006; Pössel et al., 2004; Rivet-Duval, et al., 2011; Roberts et al., 2010; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003; Stice et al., 2006).

Kognitiv terapi er i dag en av de mest anerkjente behandlingsformene for depresjon, og har gjennom flere studier vist gode effekter for denne lidelsen (Blackburn et al., 1986; Dobson, 1989; Lynch et al., 2010; Teasdale et al., 2000; Weersing & Weisz, 2002). Kognitiv terapi virker også, som nevnt innledningsvis, å bidra til å forebygge tilbakefall i større grad enn farmakologisk behandling (Blackburn et al., 1986; Lynch et al., 2010; Teasdale et al., 2000).

Det ser ut til at de fleste forebyggende tilnærmingene fokuserer på å forsøke å endre kognitive eller atferdsmessige karakteristikk ved individet som antas å være en risikofaktor for depresjon, slik som forklaringsstil, evne til selvregulering og problemløsning, samt sosiale evner og taklingsevner. Studier har da også, slik vi så innledningsvis, vist at flere av disse faktorene predikerer depressivt humør etter en stressende hendelse (Abela & D'Alessandro, 2002; Abela & Seligman, 2000; Brown et al., 1995; Hilsman & Garber, 1995). Men Abela og D'Alessandro (2002) påpeker for eksempel at effektstørrelsene i deres studie kun var små til medium store. I tillegg viser flere av studiene på forebyggende intervensjoner at de antatte aktive ingrediensene ikke alltid virket å mediere utfallet (Cardemil et al., 2002; Pössel et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Stice et al., 2008), og at intervensjonene ikke alltid gjør det bedre enn placebo intervensjoner (Beardslee et al., 2007; Dobson et al., 2010; Gillham et al., 2007; Stice et al., 2006; Stice et al., 2008).

Årsakene til resultatene kan være flere, men kan tyde på at andre faktorer spiller en rolle som årsak til depressive reaksjoner. Depresjon er en sammensatt lidelse og det er derfor ikke usannsynlig at flere faktorer, både kognitive intrapersonlige faktorer og eksterne interpersonlige faktorer som grad av sosial støtte, kan fungere som risiko- eller beskyttelsesfaktorer for depresjon. Forskning på barn som vokser opp under vanskelige livsomstendigheter har f. eks identifisert en ekstern beskyttelsesfaktor som virker å gå igjen; at barnet har minst en forelder som fungerer bra eller minst en betydningsfull person som har fulgt barnet gjennom oppveksten (Masten, Best & Garmezy, 1990). Man kan på bakgrunn av denne forskningen spørre seg hvorvidt det noe ensidige fokuset på egenskaper ved individet er noe av forklaringen på de små og varierende effektene av forebyggende intervensjoner for depresjon.

Flere av intervensjonene slik som LISA-T (Pössel et al., 2004), AOP (Roberts et al., 2010), RAP (Harnett & Dadds, 2004; Merry et al., 2004; Rivet-Duval et al., 2011; Shochet et al., 2001) og PRP (Cardemil et al., 2002; Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2007; Jaycox et

al., 1994) fokuserer i tillegg til kognitive faktorer på sosiale og relasjonelle faktorer, men også her synes fokus i all hovedsak å være intrapersonlig, med f. eks. trening av individets sosiale problemløsningsevner.

Selektive forebyggende intervensjoner retter seg mot subgrupper av populasjonen med forhøyet risiko basert på opplevelser, livshendelser, demografiske karakteristikk eller andre generelle faktorer som øker sannsynligheten for en lidelse (Gillham et al., 2000; Mrazek & Hagerty, 1994). Flere slike faktorer har blitt identifisert som risikofaktorer for depresjon, slik som dødsfall i nærmeste familie (Cerel et al., 2006; Gray et al., 2011), et forhøyet konfliktnivå i hjemmet (Nomura et al., 2002; Shaw & Emery, 1987; Sheeber et al., 1997), å ha skilte foreldre (Shaw & Emery, 1987) å ha foreldre diagnostisert med klinisk depresjon (Nomura et al., 2002; Lieb, et al., 2002), samt lav sosioøkonomisk status (Goodman et al., 2003), men også selektive intervensjoner virker å fokusere på individets, eventuelt familiens, måte å takle disse situasjonene på. Få fokuserer direkte på omstendighetene rundt individet, men fokuserer i stedet på hvordan individet takler disse omstendighetene. Det bør her påpekes at flere av studiene innebar et sterkt fokus på foreldrene, og at dette virket å gi effekter hos barna (Beardslee et al., 2003; Compas et al., 2009; Sandler et al., 2003; Wolchik et al., 2002), men disse resultatene er noe vanskelige å tolke da ingen av dem innebar kun fokus på å bedre foreldrenes fungering.

Et unntak i forskningslitteraturen er den universelle intervensjonen ”Beyondblue” (Sawyer et al., 2010a; b) som i tillegg til kognitive faktorer fokuserer på faktorer på skolen og i lokalsamfunnet, slik som skolemiljø, tilgang på helsehjelp og informasjon om psykisk sykdom. Denne intervensjonen viste ingen resultater på depressive symptomer. En mulig årsak til dette kan være at det tok svært lang tid for skolene å implementere de strukturelle endringene som inngikk i programmet. Det tok minst to år før noen av skolene hadde disse endringene på plass. Siden intervensjonen ikke bare rettet seg mot individer, men søkte å endre skolesystemet er det mulig at oppfølgingsperioden på tre år var for kort, og at senere skolekull ville opplevd en effekt av disse endringene (Sawyer et al., 2010a; b). Man har altså foreløpig for svakt grunnlag til å kunne konkludere på effekten av å inkludere eksterne mer strukturelle faktorer i forebyggende intervensjoner.

Det er også viktig å påpeke at mange ikke responderer på kognitiv behandling (Elkin et al., 1989; Kennard et al., 2006), samt at tilbakefall er vanlig også etter slik behandling (Lynch et al., 2010). Kognitiv terapi virker altså ikke for alle. Sett i lys av dette, samt at

depresjon påvirkes av flere faktorer, ikke bare intrapersonlige kognitive faktorer, er det kanskje usannsynlig å forvente store effekter for forebyggende intervensjoner som kun benytter seg av disse teknikkene.

En mulig årsak til de varierende resultatene kan være at vi foreløpig ikke har gode nok modeller for å forstå depresjon. Hvis vår nåværende forståelse av depresjon ikke er god nok blir det vanskelig å utvikle gode forebyggende intervensjoner. En slik modell for depresjon bør også inkludere genetiske faktorer da depresjon har en klar genetisk komponent. Nyere forskning viser at f. eks enkelte alleler fungerer som risiko- eller beskyttelsesfaktorer for depresjon (Koefoed et al., 2012). I fremtiden kan muligens kunnskap om genetiske risikofaktorer brukes til å identifisere hvem forebygging bør rette seg mot. Slik genetisk screening regnes dog som noe kontroversielt.

I løpet av de siste par tiårene har flere nye terapiretninger utviklet seg fra kognitiv atferdsterapi. Disse peker på nye faktorer som viktige for forståelsen av psykisk sykdom generelt og depresjon spesielt. De nye terapiformene kalles gjerne for den tredje bølgen, atferdsterapi ansees her som den første bølgen, kognitiv terapi som den andre bølgen. Den tredje bølgen henviser til nye terapiformer som dialektisk atferdsterapi (DBT), ”mindfulness-based” kognitiv terapi (MBST) og metakognitiv terapi (MCT). Selv om dette er ulike terapiformer med viktige forskjeller, har de noen felles elementer. Mens man i tradisjonell CBT er mest opptatt av innholdet i tankene, er terapiformer i den tredje bølgen mer opptatt av forholdet mellom individet og hans eller hennes tanker. ”Mindfulness” og aksept for egne tanker og følelser er viktig i terapien, i motsetning til tradisjonell CBT hvor fokuset i terapi ligger på å utfordre innholdet i, og validiteten til tanker og følelser (Hayes, 2004). Her vil det kort redegjøres for hovedtankene innen MCT for å vise hvordan teknikker fra denne terapiformen kan informere forebyggingsprogrammer.

Siden mange mennesker opplever negative tanker uten å utvikle psykiske lidelser foreslår MCT at innholdet i tanker ikke er like viktig som anslått i CBT. I følge MCT er det reaksjonen individet har på tanker som er viktig. Individets reaksjon på egne tanker slik som å fokusere oppmerksomheten innover mot egne mentale prosesser, bekymring og ruminering er altså her den viktigste faktoren i utviklingen og opprettholdelsen av psykiske lidelser (Fisher & Wells, 2009). Hvis det, slik som MCT foreslår, er sånn at f. eks. negative attribusjoner (innholdet i tankene) ikke er avgjørende for hvem som vil utvikle en depresjon i møte med en

stressende livshendelse, er det kanskje feil å legge så stor vekt på nettopp attribusjonsstil i forebyggende intervensjoner.

På bakgrunn av dette kan man kanskje antyde to mulige veier å gå for å forøke å forbedre forebyggende intervensjoner for depresjon; å øke fokus på eksterne variabler, og å undersøke hvorvidt elementer fra andre behandlingsformer vil ha større effekt i forebyggingen av depresjon. Siden flere studier tyder på at uspesifikke faktorer spiller en viktig rolle i forebyggingen av depresjon (Beardslee et al., 2007; Dobson et al., 2010; Gillham et al., 2007; Stice et al., 2006; Stice et al., 2008), bør videre forskning fokusere på nøyaktig hvilke slike faktorer som har effekt og for hvem.

En mulig tredje vei er å gå vekk fra sykdomsparadigmet og å se på et helt annet paradigme. Resiliens representerer et paradigme som fokuserer på tilpasning og utvikling av mental helse. Resiliens kan defineres som en dynamisk prosess som innebærer positiv tilpasning i møte med stressende eller truende hendelser eller livsomstendigheter (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Det som kan gjøre resiliensforskningen spesielt relevant i forhold til utvikling av forebyggende intervensjoner er at denne forskningen har fokusert på beskyttelsesfaktorer som fremmer mental helse i møte med stress. Forskningen har funnet frem til hvilke faktorer som bidrar til en god tilpasning selv i møte med store utfordringer. Den tidlige forskningen innen dette paradigmet fokuserte på personlige kvaliteter ved barn som utviste resiliens, men moderne forskning har i økende grad erkjent at resiliens kan komme fra eksterne faktorer (Luthar et al., 2000).

Resiliensforskningen er interessant i den forstand at den representerer noe annet enn den tradisjonelle tilnærmingen til forebygging. Innenfor dette paradigmet er man interessert i å fremme positiv utvikling heller enn å hindre eller rette opp negativ utvikling. I lys av resiliensbegrepet kan man stille spørsmålsteget ved hvorvidt det er andre faktorer som holder folk friske i møte med stressende livshendelser, enn som gjør at folk blir friske etter å ha vært syke. Kanskje blir det da feil å hente intervensjonsmetoder fra terapi, selv om disse er virkningsfulle for individer som allerede har blitt syke.

Selv om resiliensfeltet representerer et annet paradigme er det faremomenter ved å rette fokus mot resiliensforskningen. Også dette forskningsparadigmet har hatt fokus på mange av de interne individuelle variablene som allerede går igjen i forebyggende intervensjoner. Fokus på mestringstro (self efficacy), sosiale evner, kontroll-lokus (locus of control) og problemløsningsevner går igjen i begge forskningstilnærmingene (Masten et al., 1990).

Forskerne bak ”the Penn Prevention Program” endret f. eks navnet til ”the Penn Resiliency Program” da de ønsket å bruke programmet i universell forebygging. Denne bevegelsen vekk fra kun fokus på forebygging hos risikogrupper reflekterte en antagelse om at programmet kunne bidra til å bygge generell resiliens hos unge. Endringen i tilnærming ble derimot ikke reflektert i en endring av programmets innhold (Reivich et al., 2005). Til tross for et utalt fokus på å bygge resiliens skiller heller ikke PRP seg nevneverdig fra andre forebyggingsprogrammer på feltet.

5.9 Konklusjon

Depresjon er en sykdom som fører til store samfunnsproblemer i form av tapt arbeidskraft og kostnader relatert til behandling av lidelsen. I tillegg leder depresjon til betydelig subjektiv lidelse. Forskning på behandling av depresjon viser at behandlingen som tilbys denne gruppen på nåværende tidspunkt har varierende effekt. Ikke alle blir friske og mange får tilbakefall etter endt behandling. Tidlig debut av depresjon i barne- eller ungdomsalder virker å predikere en kronisk sykdomsutvikling med flere tilbakefall.

Denne oppgaven tok på bakgrunn av dette for seg forebygging av depresjon hos barn og unge. Ut fra gjennomgang av relevant litteratur ble ulike typer forebygging diskutert. Målet med denne gjennomgangen var å få en oversikt over hva som virker og ikke virker i forebyggende arbeid mot depresjon hos denne gruppen.

Gjennomgang av litteraturen på feltet viser at målrettet forebygging virker å gi bedre resultater enn generelle universelle tilnærminger. Forskingen generelt viser større intervensjonseffekter for målrettede intervensjonsprogrammer enn universelle programmer, både ved posttest og oppfølging. Målrettede intervensjoner virker dog ikke så godt som man skulle ønske. Generelt virker resultatene å være nokså kortvarige. Det bør her også påpekes at problemene med å finne resultater av universelle programmer kan skyldes metodologiske faktorer. Intervensjoner virker også å gi bedre resultater når de implementeres av psykologer eller forskere i motsetning til lærere.

En mulig forklaring på de varierende resultatene både innen behandlingsfeltet og innen forebyggende arbeid er at vi foreløpig har en ufullstendig modell for å forstå depresjon. Videre forskning som bidrar til å øke forståelsen for hva depresjon er og hvordan det utvikles og opprettholdes synes viktig. I den forskningen som foreligger fremkommer det at ulike

kognitive variabler bidrar til å predikere depresjon, men dette er trolig ikke hele bildet. Blant annet virker uspesifikke faktorer også å ha en forebyggende effekt for depresjon. Denne gjennomgangen har vist at intervensjonene innen feltet, naturlig nok, i stor grad henter sine metoder fra kognitiv terapi. Denne terapiretningen fokuserer på interne variabler relatert til enkeltindividets kognitive stil, altså intrapersonlige variabler. En mulig vei å gå for å forsøke å forbedre effekten av intervensjonene er å fokusere mer på eksterne interpersonlige variabler.

Forebygging har hentet inspirasjon fra behandlingsmodeller og det synes således relevant at videre forskning på forebygging av depresjon følger nøye utviklingen innen behandlingsforskning for depresjon. Dersom det utvikles bedre behandlinger kan disse være kilder for utvikling av nye forebyggende intervensjoner. En spennende utvikling i denne sammenhengen er videreutviklingen innen kognitiv terapi de senere årene, beskrevet som den tredje bølgen. MCT har blitt brukt i behandlingen av depresjon og er kanskje derfor spesielt relevant (Fisher & Wells, 2009). Denne tilnærmingen er ennå i en tidlig fase av utviklingen, men det vil være interessant å se hvorvidt den gir bedre behandlingseffekter og hvorvidt tilnærmingen kan være en kilde til utvikling av nye forebyggende intervensjoner.

En annen mulighet er å bryte med tidligere forskning på forebygging av depresjon som i stor grad er fundert på prinsipper fra behandling. Man kunne f. eks skjele til et forskningsfelt som i utgangspunktet har fokus på hva som bidrar til å opprettholde mental helse, resiliens. Faremomentet med å ta utgangspunkt i dette paradigmet er at det er utviklet på generelt grunnlag. Det fokuserer på alle faktorer og prosesser som bidrar til å opprettholde mental helse og det kan bli vanskelig å selektere faktorer som basis for å lage intervensjoner. Resiliensfeltet har for øvrig ingen underliggende teori, noe som gjør at fundamentet for en slik tilnærming er mer usikkert. Man kan risikere at en slik tilnærming blir for generell og at man dermed vil oppleve de samme problemene man har sett ved universell forebygging der intervensjonene har vært basert på behandlingsforskning.

Det vurderes som avgjørende at en eventuell fremtidig satsning på forebygging er basert på empiri. Erfaring fra tilgrensende felt viser at dette ikke alltid er tilfelle når forebyggende intervensjoner implementeres i den norske skolen (Nordahl et al., 2006). Dersom intervensjoner skal implementeres bør de være basert på faktisk kunnskap om hva som virker, samt evalueres underveis. Dette er viktig for å få en samfunnsnyttig bruk av ressurser der forholdet mellom bruk av ressurser og resultat står i rimelig forhold til hverandre.

Svakheter ved denne litteraturgjennomgangen er i hovedsak knyttet til søkemetode. Gjennomgangen har, som nevnt tidligere, benyttet seg av litteratursøk i PsychInfo og PsychArticles med søkeord relatert til depresjon og forebygging. Søket ble begrenset til aldersgruppene skolealder og ungdom. Søk på andre baser eller ved bruk av andre søkeord vil kunne gi ulike treff. Dette er en svakhet som det er viktig å ta med i betraktningen når man skal tolke resultatene. Samtidig støtter funn fra metaanalyser (Horowitz & Garber, 2006; Stice et al., 2009) de generelle tendenser i oppgaven.

6. Referanser

- Abela, J. R. Z. & D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's Cognitive Theory of Depression: A Test of the Diathesis-Stress and Causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 111 – 128.
- Abela, J. R. Z. & Seligman, M. E. P. (2000). The Hopelessness Theory of Depression: A Test of the Diathesis-Stress Component in the Interpersonal and Achievement Domains. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 361 – 378.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review, 96*, 358 – 372.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazques-Barquero, J. L., Doweik, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ... Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry, 179*, 308 – 316.
- Barney, L. J. Griffiths, K.M., Jorm, A.M. & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 51 – 54.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. & Cooper, A. B. (2003). A Family-Based Approach to the Prevention of depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics, 112*, 119 – 131.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. G. & Forbes, P. (2007). Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology, 21*, 703 – 713.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T. R. G., Versage, E. M. & Rothberg, P. C. (1997). Examination of Children's Responses to Two Preventive Interventions Over Time. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36*, 196 – 204.

- Beck, A. T. (2005). The Current State of Cognitive Therapy. A 40-Year Retrospective. *Arc Gen Psychiatry*, 62, 953 – 959.
- Blackburn, J. M., Eunson, K. M., & Bishop, S. (1986). A Two-year Naturalistic Follow-up of Depressed Patients Treated with Cognitive Therapy, Pharmacotherapy and a Combination of Both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67 – 75.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G. & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of Dysfunctional Attitudes as Vulnerabilities to Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 431 – 435.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J. & Seligman, M. E. P. (2002). The prevention of Depressive Symptoms in Low-Income Minority Middle School Students. *Prevention & Treatment*, 5, sidetall ikke indikert, artikkel nr. 8.
- Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A. & Weller, E. B. (2006). Childhood Bereavement: psychopathology in the 2 Years Postparental Death. *J. Am. Acad. child Adolesc. Psychiatry*, 45, 681 – 690.
- Clarke, G. N, Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., ... Seeley, J. (2001). A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention for Preventing Depression in Adolescent Offspring of Depressed Parents. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 1127 – 1134.
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. A., Reeslund, K. L. Fear, J., ... Roberts, L. (2010). Coping and Parenting: Mediators of 12-Month Outcomes of a Family Group Cognitive-Behavioral Preventive Intervention With Families of Depressed Parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 623 – 634.
- Compas, B. E., Champion, J. E., Reeslund, K. L., Fear, J. M., Hardcastle, E., Potts, J., ... Cole, D. A. (2009). Randomized Controlled Trial of a Family Cognitive-behavioral preventive Intervention for Children of Depressed Parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1007 – 1020.
- Compas, B. E., Forehand, R., Thigpen, J. C, Keller, G., Hardcastle, E.J., Cole, D. A., ... Roberts, L. (2011). Family Group Cognitive- Behavioral Preventive Intervention for

- Families of Depressed Parents: 18- and 24-Month Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 488 – 499.
- Costello, J. E., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., ... Leckman, J. F. (2002). Development and natural History of Mood Disorders. *Biological Psychiatry*, 52, 529 – 542.
- Dalgard, O. S., & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. (Rapport 1). Folkehelseinstituttet.
- Dobson, K. S. (1989). A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414 – 419.
- Dobson, K. S., Hopkins, J. A., Fata, L., Scherrer, M. & Allan, L. C. (2010). The Prevention of Depression and Anxiety in a Sample of High-Risk Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Canadian journal of School Psychology*, 25, 291 – 310.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy for Maladapting Children: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204 – 214.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. T., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ... Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971 – 982.
- Fergusson, D.M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold Depression in Adolescence and Mental Health Outcomes in Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 66 – 72.
- Fisher, P. & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., ... Ji, P. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6, 151 – 175.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K. & Gallop, R. (2006). Preventing Depression Among Early adolescents in the Primary Care Setting: A Randomized

- Controlled Study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 203 – 219.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samuels, B., ... Seligman, M. E. P. (2007). School-Based Prevention of Depressive Symptoms: A Randomized Controlled study of the Effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 9 – 19.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H. & Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of Depressive Symptoms in Schoolchildren: Two- Year Follow-Up. *Psychological Science*, 6, 343 – 351.
- Gillham, E.G., Shattè, A.J., & Freres D. R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 63 – 88.
- Goodman, E., Slap, G. B. & Huang, B. (2003). The Public Health of Socioeconomic Status on Adolescent Depression and Obesity. *American Journal of Public Health*, 93, 1844 – 1850.
- Grabowska-Grzyba, A., Jędrzejczaka, J., Nagańska, E., & Fiszera, U. (2006). Risk factors for depression in patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 8, 411 – 417.
- Gray, L., B., Weller, R. A., Fristad, M., & Weller, E. B. (2011). Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *Journal of Affective Disorders*, 135, 277 – 283.
- Hammen, C., Brennan, P. A., Keenan-Miller, D. & Herr, N. R. (2008). Early onset recurrent subtype of adolescent depression: clinical and psychosocial correlates. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 49, 433 – 440.
- Hankin, B. L. & Abramson, L. Y. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773 – 796.
- Harnett, P. H. & Dadds, M. R. (2004). Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *Journal of School psychology*, 42, 343 – 357.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639 – 665.
- Hilsman, R. & Garber, J. (1995). A Test of the Cognitive Diathesis-Stress Model of Depression in Children: Academic Stressors, Attributional Style, perceived Competence, and Control. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 370 – 380.
- Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 401 – 415.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. & Seligman, E. P. (1994). Prevention of Depressive Symptoms in School Children. *Behavior Research and Therapy, 32*, 801 – 816.
- Kellam, S. G. & Langevin, D. J. (2003). A Framework for Understanding "Evidence" in Prevention Research and Programs. *Prevention Science, 4*, 137 – 153.
- Kennard, B., Silva, S., Vitiello, B., Curry, J., Kratochvil, C., Simons, A., ... March, J. (2006). Remission and Residual Symptoms After Short-Term treatment in the treatment of Adolescents With depression Study (TADS). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 45*, 1404 – 1411.
- Koefoed, P., Woldbye, P. D., Hansen, T.O., Eplöv, L. F., Christiansen, S. H., Mors, O., ... Bolwig, T. G. (2012). Association of the leucine-7 to proline-7 variation in the signal sequence of neuropeptide Y with major depression. *Acta Neuropsychiatria, 24*, 81 – 90.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. Solomon, A., & Zeiss, A. (2000). Clinical Implications of "Subthreshold" Depressive Symptoms. *Journal of abnormal psychology, 109*, 345 – 351.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H. & Wittchen, H. (2002). Parental major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring. A Prospective-Longitudinal Community Study. *Arc Gen psychiatry, 59*, 365 – 374.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development, 71*, 543 – 562.
- Lynch, D., Laws, K. R. & McKenne, P. J. (2010). Cognitive behavioral therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine, 40*, 9 – 24.

- Martinovic, Z., Simonovic, P., Djokic, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 9, 619 – 624.
- Masten, A. S., Best, K. M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425 – 444.
- Meltzoff, J. (1997). *Critical Thinking About Research*. Washington DC: American Psychological Association.
- Merry, S., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J. & Cunliffe, R. (2004). A Randomized Placebo-Controlled Trial of a School-Based Depression Prevention Program. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43, 538 – 547.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy-lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274, 740 – 743.
- Nilsson, E., Bogren, M., Mattisson, C. & Nettelbladt, P. (2007). Point prevalence of neurosis in the Lundby study 1947 – 1997. *Nord J Psychiatry*, 61, 33 – 39.
- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L. & Weissman, M. (2002). Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring: Ten-Year Follow-up. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41, 402 – 409.
- Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen, T. M. B. & Rørnes, K. (2006). *Forebyggende innsatser i skolen. Rapport fra forskergrupper oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet.
- Pössel, P., Horn, A. B., Groen, G. & Hautzinger, M. (2004). School-Based Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: A 6-Month Follow-up. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43, 1003 – 1010.

- Rapee, R. M., Wignall, A., Sheffield, J., Kowalenko, N., Davis, A., McLoone, J. & Spence, S. H. (2006). Adolescents' Reactions to Universal and Indicated Prevention Programs for Depression: Perceived Stigma and Consumer Satisfaction. *Prev. Sci.*, 7, 167 – 177.
- Reivich, K., Gillham, J. E., Chaplin, T. M. & Seligman, M. E. P. (2005). From Helplessness to Optimism. The Role of Resilience in Treating and Preventing Depression in Youth. Goldstein, S. & Brooks, R. B (Red.), *Handbook of Resilience in Children* (s. 223 – 237). New York: Springer Science + Business Media, Inc.
- Rivet-Duval, E., Heriot, S. & Hunt, C. (2011). Preventing Adolescent Depression in Mauritius: A Universal School-Based Program. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 86 – 91.
- Roberts, C. M., Kane, R., Bishop, B., Cross, D., Fenton, J. & Hart, B. (2010). The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behavior research and therapy*, 28, 68 – 73.
- Ronen, T. (1992). Cognitive Therapy with Young Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 19 – 30.
- Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J., Kwok, O., Haine, R. A., ... Griffin, W. A. (2003). The Family Bereavement Program: Efficacy Evaluation of a Theory-Based Prevention Program for Parentally Bereaved Children and Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 587 – 600.
- Sandler, I. N., West, S. G., Baca, L., Pillow, D. R., Gersten, J. C., Rogosch, F., ... Ramirez, R. (1992). Linking Empirically based Theory and Evaluation: The Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology*, 20, 491 – 521.
- Sawyer, M.G., Harchak, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D. ... Sheffield, J. (2010). School-Based prevention of Depression: a 2-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial of the beyondblue Schools Research Initiative. *Journal of Adolescent Health*, 47, 297 – 304.
- Sawyer, M. G., Pfeiffer, S., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D. ... Sheffield, J. (2010). School-based prevention of depression: a randomized controlled study of the beyondblue schools research initiative. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 199 – 209.

- Shaw, D. S. & Emery, R. E. (1987). Parental Conflict and Other Correlates of the adjustment of School-Age children Whose Parents Have Separated. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 269 – 281.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B. & Andrews, J. (1997). Family support and Conflict: Prospective Relations to Adolescent Depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333 – 344.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A. & McLoone, J. (2006). Evaluation of Universal, Indicated, and Combined Cognitive-Behavioral Approaches to the Prevention of Depression Among Adolescents. *Consulting and Clinical Psychology*, 74, 66 – 79.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H. & Osgarby, S. M. (2001). The Efficacy of a Universal School-Based Program to Prevent Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 303 – 315.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea M. T., Coryell, W., ...Endicott, J. (2000). Multiple Recurrences off Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry*, 157, 229 – 233.
- Spence, S. H., Sheffield, J.K. & Donovan, C. L. (2003). Preventing Adolescent Depression: An Evaluation of the Problem Solving for Life Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 3 – 13.
- Spence, S. H., Sheffield, J.K. & Donovan, C. L. (2005). Long – Term Outcome of a School-Based, Universal Approach to Prevention of Depression in Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 160 – 167.
- Spence, S. H. & Shortt, A. L. (2007). Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 526 – 542.
- Stice, E., Burton, E., Bearman, S. K. & Rohde, P. (2006). Randomized trial of a brief prevention program: An elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behavior Research and Therapy*, 45, 863 – 876.

- Stice, E., Rohde, P., Gau, J. M. & Wade, E. (2010). Efficacy Trial of a Brief Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program for High-Risk Adolescents;: Effects at 1- and 2- Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 856 – 867.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R. & Gau, J. M. (2008). Brief Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program for High-Risk Adolescents Outperforms Two Alternative Interventions: A Randomized Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 595 – 606.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R. & Gau, J. M. (2010). Testing Mediators of Intervention Effects in Randomized Controlled Trials: An Evaluation of Three Depression Prevention Programs. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 78, 273 – 280.
- Stice, H., Shaw, H., Bohon, C., Marti, N. C., 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*, 77, 486 – 503.
- St.meld. nr 47. (2008 – 2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no>.
- Teasdale, J. D., Williams, J. M. G., Soulsby, J. M., Segal, Z. V., Ridgeway, V. A., & Lau, M. A. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 68, 615 – 623.
- Weersing, R. V. & Weisz, J. R. (2002). Community Clinic Treatment of Depressed Youth: Benchmarking Usual Care Against CBT Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 70, 299 – 310.
- Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Plummer, B. A., Greene, S. M., Anderson, E. R., ... Haine, R. A. (2002). Six-Year Follow-up of Preventive Interventions for Children of Divorce. A Randomized Controlled Trial. *Jama*, 288, 1874 – 1881.
- Young, J. F., Mufson, L. & Gallop, R. (2010). Preventing Depression: A Randomized Trial of Interpersonal Psychotherapy-Adolescents Skills Training. *Depression and Anxiety*, 27, 426 – 433.