

Alexandra Costache

Effekten av indikerte tiltak for forebygging av depresjon og angst hos barn og ungdom:

En systematisk litteraturgjennomgang.

Hovedoppgave ved Profesjonsstudiet i Psykologi

Trondheim, November 2014

Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Psykologisk Institutt



Forord

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til min veileder Roger Hagen. Takk for at du alltid har vært tilgjengelig, gitt rask og motiverende tilbakemelding, og for uvurderlig hjelp gjennom hele prosessen. Tusen takk også til min biveileder Simon-Peter Neumer ved RBUP Øst og Sør for din tro på oppgaven, gode råd og inspirerende diskusjoner. En spesiell takk går også til Thomas Engell og min kjære mor, Anca Yttri, som har stilt opp med korrekturlesing, nyttige innspill og støtte. Sist men ikke minst vil jeg takke alle nære og kjære for oppmuntring og omsorg underveis i arbeidet.

Alexandra Costache

Oslo, november 2014

Sammendrag

Angst og depresjon er de hyppigste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene og assosiert med betydelige negative psykososiale konsekvenser. Denne litteraturgjennomgangen undersøkte forebyggende effekter av indikerte tiltak mot angst og depresjon, rettet mot barn og ungdom med subkliniske angst- og/eller depresjonssymptomer, samt variabler som kan påvirke utfallet av en gjennomført intervensjon. I alt 22 artikler ble inkludert i gjennomgangen, med funn fra 15 enkeltstående randomiserte og kontrollerte effektstudier. Disse ble organisert etter hvilken lidelse de er ment å forebygge og intervensjonsform. Et flertall av studiene (75 %) tilknyttet forebygging av depresjon oppnådde en betydelig reduksjon i symptomnivåer og/eller forebygget utvikling av klinisk depresjon. Effektstørrelsene var i hovedsak lave til moderate. En kort gruppeintervensjon på seks sesjoner basert på teori fra kognitiv atferdsterapi bemerket seg med spesielt gode resultater. Kunnskapsgrunnlaget tilknyttet forebygging av angst, og av depresjon og angst sammen var mangelfullt. Effekten av denne typen tiltak kunne derfor ikke vurderes. Variabler som ble funnet å moderere effekt av depresjonsforebyggende intervensjoner var deltakernes kjønn, opprinnelig symptomtrykk, forklaringsstil, rusmiddelbruk og forekomst av negative livshendelser, samt hvorvidt deres foreldre var deprimerte eller ikke. Resultatene indikerer at skolen er en god forebyggingsarena for internaliserende problematikk, og at det bør satses mer på skolebasert forskning med aktive kontrollgrupper og langsiktig oppfølging, samt fokuseres på opplæring og evaluering av bærekraftig intervensjonsleveranse.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
Innledning	5
Bakgrunn	5
Behandling av angst og depresjon	7
Forebygging av psykisk lidelse	8
Definisjon på forebygging	9
Indikert forebygging	10
Problemstilling	10
Metode	11
Inklusjonskriterier for valgte artikler	12
Prosedyre	12
Resultater	13
Beskrivelse av inkluderte studier	13
Indikert forebygging av angst	15
Indikert forebygging av depresjon	16
Indikert forebygging av depresjon og angst	28
Diskusjon	30
Intervensjonenes effekt	30
Mediatorer og moderatorer	32
Metodologisk kvalitet	34
Indikert forebygging versus tidlig intervensjon	34
Implementering og bærekraftighet	35
Begrensninger ved denne litteraturgjennomgangen	36
Konklusjon	36
Implikasjoner for praksis	37
Implikasjoner for forskning	37
Referanser	39
Tabeller	48

Innledning

Bakgrunn

Angst og depresjon er de mest hyppige psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene. Lidelsene er assosiert med betydelig subjektiv lidelse og nedsatt livskvalitet, og er hos barn og ungdom blant annet assosiert med nedsatte skoleprestasjoner, problemer med mellommenneskelige relasjoner, alkohol- og rusmisbruk, sosial isolasjon, selvskading og selvmord (Cox et al., 2012; James et al., 2013; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004). Problemene kan være betydelige også ved mildere plager (Lewinsohn, Solomon, Seeley, & Zeiss, 2000).

Depresjon karakteriseres av nedstemthet og/eller tap av interesse og glede for nesten alle aktiviteter. I tillegg forekommer ofte endringer i appetitt, vekt, søvnmønster og psykomotorisk aktivitet, ledsaget av energimangel, konsentrasjonsvansker og opplevelse av skyld, skam og verdiløshet. Tanker om døden og selvmordsplaner eller selvmordsforsøk kan også forekomme. Hos barn og ungdom kan depresjon uttrykkes gjennom irritabilitet i stedet for tristhet (American Psychiatric Association, 2000; Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009).

Angsttilstander som diagnostiseres hos barn og ungdom omfatter angst for atskillelse fra en tilknytningsperson (separasjonsangst), sosial angst, gjennomgripende angst som preger flere områder av hverdagen (generalisert angstlidelse), sterk angst som kommer i anfall (panikkangst) og spesifikke fobier. Tvangslidelser og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) forekommer også (Mykletun et al., 2009; Verdens helseorganisasjon, 1999). Lidelsesuttrykket ved en angsttilstand varierer med alder. For eksempel kan angst hos de minste barna vise seg gjennom uspesifisert bekymring og frykt, sammen med somatiske plager som muskelspenninger, hodepine eller magesmerter (James, James, Cowdrey, Soler, & Choke, 2013). Felles for de ulike angsttypene hos barn og ungdom er frykt, bekymring, uro og panikk som er til stede i en slik grad at det forstyrrer individets personlige, sosiale og/eller akademiske fungering. Graden av funksjonssvikt avhenger imidlertid av hvor lett det er for den lidende å unngå den angstutløsende faktoren (Verdens helseorganisasjon, 1999).

Depresjon og angstlidelser i barne- og ungdomsår kan ha alvorlige fremtidige konsekvenser på både individ- og samfunnsnivå i form av økt sykefravær, arbeidsuførhet, rus- og alkoholmisbruk og økt dødelighet i voksen alder (Mykletun et al., 2009; Wittchen & Jacobi, 2005). Depresjon er en selvstendig risikofaktor for økt dødelighet, og de negative effekter kan statistisk sammenlignes med effekten av

røyking (Mykletun et al., 2009). Selv subkliniske depresjonssymptomer i ungdomsårene predikerer senere depresjon og selvmordsatferd (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001). Tilsvarende predikerer angstlidelse i tidlig skolealder en angstlidelse fem år senere (Costello, Angold, & Keeler, 1999). Ungdom med angst eller depresjon har 2-3 ganger høyere risiko enn andre for å ha en angstlidelse eller en depresjon også i voksen alder (Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998).

Mellom 15 -20 prosent av personer under 18 år i Norge har på et tidspunkt i livet oppfylt kliniske kriterier for depresjon, og omkring 20 prosent har hatt en angstlidelse i løpet av oppveksten. Opp mot halvparten av disse vil oppleve å ha en betydelig funksjonsnedsettelse (Mathiesen et al., 2007). I barneårene er depresjon omtrent like vanlig hos jenter og gutter, mens etter puberteten er jenter dobbelt så utsatt som gutter for å utvikle depressive symptomer (Dalgard & Bøen, 2008). Når det gjelder angstlidelser indikerer studier at jenter allerede ved seksårsalder har dobbelt så stor sjanse for å ha utviklet en angstlidelse (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998). Også de yngste rammes, og funn fra undersøkelsen ”Barn i Bergen” viser at mellom 3 og 7 prosent av barn i grunnskolealder tilfredsstiller kriteriene for en angstlidelse eller en alvorlig depresjon (Heiervang et al., 2007). Angitt forekomst varierer noe mellom ulike studier, men alle konkluderer med en forekomst som tilsier at depresjon og angst er to av de hyppigste psykiske lidelser. Dalgard & Bøen, (2008) utpeker tidlig barndom som en høyrisikoperiode for de første symptomene på de typiske angstlidelsene, med median symptomdebut ved 10-12 års alder. Debut varierer imidlertid med ulike angsttyper (Mathiesen et al., 2007), og for eksempel debutterer sosial angst ofte etter puberteten (James et al., 2013). For mange av barna som viser symptomer på angst og depresjon i ung alder vedvarer symptomene i mange år, ofte helt til voksen alder (Keller et al., 1992).

Det er påvist en sterk samvariasjon eller ”komorbiditet” mellom angst og depresjon, og dette gjelder særlig for generalisert angstlidelse og en alvorlig depressiv episode (Dalgard & Bøen, 2008; Mathiesen et al., 2007). Omkring 40 prosent av ungdom med depresjon har samtidig en angstlidelse og rundt 20 prosent av ungdom med angst har også en depresjonslidelse, altså er det vanligere at deprimert ungdom også har angst enn omvendt (Mathiesen et al., 2007). Angstlidelser utvikles som regel tidligere enn depresjon (Mykletun et al., 2009). Det er også vanlig med blandede symptomer, særlig hos de mindre alvorlige tilfellene som ofte ses i

primærhelsetjenesten (Verdens helseorganisasjon, 1999). Høy komorbiditet mellom lidelsene har bidratt til en kontinuerlig diskusjon om hvorvidt angst og depresjon kan separeres som to ulike lidelser, eller om det i stedet er den samme grunnlidelsen som kommer til uttrykk på ulike måter (Tyrer, 2001). Funn fra en rekke studier innen genetik, nevrobiologi og epidemiologi tyder på at lidelsene kan ha flere felles risikofaktorer og kjemiske mekanismer (Roberts, Kane, Thomson, Bishop, & Hart, 2003; Tyrer, 2001).

I den kognitive og atferdsterapeutiske teorien forstås både angst og depresjon som uhensiktsmessig tankestil og atferd slik som unngåelse og tilbaketrekning, problemer med affektregulering, samt manglende evner til mestring og problemløsning (Kendall & Watson, 1989). Clark & Watson (1991) foreslår en tredelt forståelsesmodell av angst og depresjon, der generelt psykologisk ubehag og høy negativ affekt er fellesfaktorer, mens fysiologisk overaktivering gjelder spesifikt for angst, og lav positiv affekt (anhedoni) gjelder spesifikt for depresjon (se også Anderson & Hope, 2008).

Behandling av angst og depresjon

Forskning på feltet har bidratt til at behandlingstilbudet for angst og depresjon har blitt vesentlig forbedret de siste 30 årene, og i dag kan god behandlingseffekt oppnås for mange pasienter. For depresjon er de vanligst brukte psykologiske behandlingsmetodene kognitiv atferdsterapi (KAT), interpersonlig psykoterapi (IPT) og psykodynamisk terapi (Cox et al., 2012). Antidepressive medikamenter brukes også, imidlertid er denne behandlingsformen kontroversiell i behandlingen av barn og ungdom ettersom systematiske oversikter har knyttet bruk av antidepressiva til økt selvmordsatferd hos barn og ungdom (Cox et al., 2012). Dagens behandling for angstlidelser omfatter atferdsterapi, kognitiv atferdsterapi (KAT) og/eller medisiner. Psykologisk behandling foretrekkes over medisiner. KAT kan administreres i individuelt-, gruppe- eller familieformat og tar vanligvis mellom 9-20 terapitimer (James et al., 2013).

Oppdaterte systematiske oversikter over behandlingsstudier viser at behandling av depresjon og angst hos barn og ungdom fortsatt har et betydelig forbedringspotensial (Cox et al., 2012; James et al., 2013). KAT for barn og ungdom med angst er ikke funnet å være mer effektiv enn andre "aktive behandlingsformer" som for eksempel selvhjelpsbøker. Forskningen viser også at opprettholdt

symptombedring etter behandling (ved follow-up) er mangelfull (James et al., 2013).

Virksom behandling er lite tilgjengelig for befolkningen, og personer med psykiske lidelser, ungdom spesielt, søker i liten grad hjelp for problemene sine (Mykletun et al., 2009). Mange barn og ungdom avslutter behandlingen før den er gjennomført, oppnår ikke ønsket effekt, eller opplever tilbakefall (James et al., 2013; Kennard et al., 2006). Behandling av psykisk lidelse er dessuten kostbart. I Norge er de direkte kostnadene for behandling av depresjon alene estimert til omkring 1,5 milliarder i året, uten at kostnaden av sykefravær og uføretrygd er med i beregningen (Dalgard & Bøen, 2008).

Det finnes derfor et stort udekket behov i behandlingen av psykiske lidelser, og forebyggende tiltak kan være et godt og kostnadseffektivt alternativ til behandling. Med utgangspunkt i det vi vet om lidelsenes kroniske forløp er det svært viktig å kunne tilby barn og ungdom en effektiv intervensjon så tidlig som mulig, før symptomer får ytterligere forverret seg og flere problemer oppstår. Teknikker brukt i KAT-basert behandling for barn med angst eller depresjon, slik som læring av mestringsferdigheter, modelløring og eksponering, har vist seg å kunne ha overføringsverdi som forebyggende tiltak for subklinisk angst- og depresjonsproblematikk (Clarke et al., 1995; Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002).

Forebygging av psykisk lidelse

Forebygging knyttet til psykisk helse er og har vært et relativt stort satsingsområde i Norge. Flere offentlige styringsdokumenter som blant annet ”Opptappingsplanen for psykisk helse” fra 1998 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) og ”Samhandlingsreformen” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) peker på forebygging av psykiske problemer som en viktig samfunnspolitisk målsetning. Norsk Psykologforening bestemte også på sitt landsmøte i 2013 at forebygging av psykiske plager hos for barn og unge skal være hovedsatsningsområdet i årene 2013-2016 (Norsk Psykologforening, 2013).

Som følge av satsningen på forebygging er det i løpet de siste årene blitt utviklet og implementert en rekke evidensbaserte forebyggingstiltak for barn og ungdom som har atferdsproblemer og andre eksternaliserende vansker (Nordahl, Gravrok, Knudsmoen, Larsen, & Rørnes, 2006; Ogden & Hagen, 2014). Samtidig sliter flere barn og ungdom i Norge med internaliserende problemer som angst og depresjon. Studier tyder på at disse sjeldnere får spesialisthjelp enn de med

eksternaliserende vansker, blant annet fordi internaliserende symptomer er vanskeligere å identifisere enn eksternaliserende symptomer (Heiervang et al., 2007). Å øke kunnskapen om og tilgjengeligheten av effektive intervensjoner for barn med emosjonelle problemer, samt bedre rutiner og metoder for å oppdage bekymringsverdige symptomer og atferd, synes derfor å være et viktig mål, slik at også disse barna kan få god og virksom hjelp. Fokuset på internaliserende psykiske vansker er et relativt nytt satsningsområde innen forebyggingsfeltet også internasjonalt. Da amerikanske Institute of Medicine (IOM) på midten av 90-tallet evaluerte litteraturen tilknyttet psykisk helse eksisterte det ikke noen forebyggende tiltak ved depresjon i noen aldersgrupper (Mrazek & Haggerty, 1994).

Definisjon på forebygging. Tidligere har det vært vanlig å skille mellom primær-, sekundær- og tertiærforebygging, basert på stadier i problemforløpet hvor tiltak skulle iverksettes. Etter denne tradisjonen er primærforebygging tiltak som skal forhindre problemer før de oppstår, sekundærforebygging skal hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles, og tertiærforebygging går ut på å motvirke en forverring av problemene (Ogden og Hagen, 2014). Disse begrepene har ofte blitt brukt på andre måter enn slik de opprinnelig var definert. Begrepet sekundærforebygging har blitt brukt om alt fra behandling og tidlig intervensjon til tiltak rettet mot risikogrupper, mens tertiærforebygging i noen tilfeller blir brukt synonymt med tilbakefallsforebygging, og i andre tilfeller som en definisjon på behandling av lidelser generelt. Uenigheten som oppstod på grunn av den sprikende begrepsforståelsen ledet Institute of Medicine (Mrazek & Haggerty, 1994) til å foreslå et nytt begrep, der forebygging skal forstås som tiltak som blir iverksatt på et tidlig tidspunkt, *før* full utvikling av psykisk lidelse (under klinisk terskelverdi), med mål om å stoppe eller begrense en uønsket utvikling.

Med utgangspunkt i den nye definisjonen av forebygging ønsket man også å benytte seg av en ny tredeling av forebyggingsnivåene, klassifisert etter risikostatusen til populasjonen man ønsker å nå. Basert på dette skiller man nå mellom universale, selektive og indikerte tiltak/intervensjoner. Innen psykisk helse-feltet er universale intervensjoner de tiltak som rettes mot en hel populasjon, selektive intervensjoner rettes mot en spesifisert målgruppe med en eller flere kjente kontekstuelle risikofaktorer for lidelse, og indikert forebygging rettes mot individer med milde til moderate symptomer på en psykisk lidelse (Ogden og Hagen, 2014; Mrazek & Haggerty, 1994). Indikert og selektiv forebygging nevnes noen ganger under

samlebetegnelsen målrettet ("targeted") forebygging (Gillham, Shatté, & Freres, 2000).

Indikert forebygging, noen ganger også kalt indikativ eller indisert forebygging, rettes som nevnt mot individer som anses å ha en svært forhøyet risiko for senere utvikling av psykiske lidelser, fordi de utviser begynnende symptomer eller tendenser til de aktuelle lidelsene. I kontekst av forebygging hos barn og ungdom kan intervensjonsmottakere velges ut på bakgrunn av for eksempel forhøyet skåre på måleinstrumenter for angst og/eller depresjon, og dette kan være basert på selvrappport, klinisk intervju eller nominering fra foreldre eller lærere. Intervensjonen kan rettes mot nærmiljø, skole eller familie, og fokuset kan enten være barnet selv, foreldrene eller begge deler. Formatet på intervensjonen kan være i grupper, individuelt eller en blanding av disse (Dalgard & Bøen, 2008). Indikerte intervensjoner rettet mot barn og ungdom implementeres ofte i en skolesetting, enten av klinikere innen psykisk helse eller av skolepersonell som har fått opplæring i den aktuelle intervensjonen (Gillham et al., 2000).

Innholdet i intervensjonen kan være psykoedukasjon eller ferdighetstrening, og fokus kan for eksempel være læring av mestringsstrategier, sosiale ferdigheter eller atferdsmessige strategier (Ogden & Hagen, 2014). Per i dag har intervensjoner basert på KAT vært de mest brukte i forebyggende arbeid. Dette er blant annet fordi disse er relativt kortvarige, strukturerte, og ofte kan administreres av helse- og skolepersonell uten psykologisk spesialkompetanse (Dalgard & Bøen, 2008). Indikerte intervensjoner for depresjon hos barn og ungdom har tradisjonelt vist sterkere resultater enn universelle intervensjoner og forskningen viser generelt bedre effekter av forebyggende tiltak for høyrisikogrupper (Horowitz & Garber, 2006; Stice, Shaw, Bohon, Marti, & Rohde, 2009).

Problemstilling

Når depresjon og angst er alvorlige lidelser som rammer mange barn og ungdommer og leder til betydelige individuelle og samfunnsmessige kostnader, er det en viktig samfunnspolitisk målsetning å ta gode avgjørelser når man skal planlegge helsetjenester. For å oppnå dette er det nødvendig med kunnskap om hvordan ressurser best utnyttes, blant annet ut fra kriterier og kunnskap om ulike tiltak og programmers effekt. Med bakgrunn i litteraturen som er gjennomgått synes forebygging å være et like nødvendig satsningsområde innen psykisk helse som

virksom behandling. Følgende ble problemstillingen for denne gjennomgangen formulert som:

Hva er effekten av indikerte forebyggende tiltak for forebygging av angst og depresjon, og hvilke variabler kan påvirke utfallet av en gjennomført intervensjon?

Metode

Oppgaven er en systematisk litteraturgjennomgang av studier som undersøker effekten av indikerte tiltak for forebygging av angst og depresjon hos barn og ungdom, og eventuelle mediatorer eller moderatorer i de inkluderte studiene. En formell metaanalyse er derfor ikke gjennomført, grunnet varierende studiekvalitet, et begrenset antall relevante studier og at effekt- og effektivitetsstudier ikke er direkte sammenlignbare grunnet forskjellig vektning av effektstørrelser (Gillham, Reivich, Freres, Lascher, Litzinger, Shatté et al. (2006). En effektstudie vurderer en intervensjon under optimale og kontrollerte forhold, mens effektivitetsstudier evaluerer et program under naturalistiske eller ”virkelige” forhold som skal tilsvare vanlig omsorg i størst mulig grad (Flay et al., 2005).

Effektstørrelser (ES) kan være et meningsfylt standardisert mål for sammenligning av endring på tvers av intervensjoner. Angitte ES, enten fra primærstudien eller i en senere metaanalyse, rapporteres i denne systematiske gjennomgangen. Med mindre annet er spesifisert, brukes Cohen’s d som er en standardisert gjennomsnittsforskjell mellom pre- og post-målinger. Det er vanlig å regne en d på 0,20 – 0,49 som en liten effekt, 0,50 – 0,79 som en middels effekt og 0,80 og oppover som en stor effekt. En positiv d indikerer at intervensjonsgruppen opplevde mer forbedring enn kontrollgruppen. Noen av studiene benytter seg av Pearson’s r , som kan variere fra -1.00 til 1.00. En r (positiv eller negativ) på .10 regnes som en liten effekt, .30 som medium og .50 som stor (Meltzoff, 1998).

Mediatorer er mekanismer som forklarer effekten en uavhengig variabel har på utfall, og kan gi svar på hvordan og hvorfor intervensjonen fører til et positivt eller et negativt utfall. En moderator er en ”tredjevariabel” som påvirker retningen og/eller styrken av forholdet mellom den uavhengige og avhengige variabelen, og kan for eksempel gi mer innsikt i spørsmålene ’Hvem har den høyeste risikoen for å få en lidelse?’ eller ’I hvilken omgivelse gir denne behandlingen størst effekt?’ (Baron & Kenny, 1986).

Inklusjonskriterier for valgte artikler

Forskningsdesign. Studiene skulle være randomiserte og kontrollerte, med minimum 30 deltakere. Grensen på 30 ble valgt fordi det ofte anses som et minstekrav for å oppnå tilstrekkelig statistisk styrke (Meltzoff, 1998). Minst ett av studiens inklusjonskriterier og utfallsmål skulle være tilknyttet angst- og/eller depresjonssymptomer. Studiene skulle ha med minst én annen gruppe som intervensjonsgruppen sammenlignes opp mot. Dette kunne være ”passive grupper” (ingen form for intervensjon eller venteliste), eller ”aktive kontrollgrupper” som får enten standard behandling (”treatment as usual”; TAU), annen psykologisk behandling eller psykologisk placebo. Studien skulle være publisert i et fagfellevurdert tidsskrift.

Deltakerpopulasjon. Deltakere i studiene måtte enten være barn eller ungdom (2-18 år) som utviste symptomer eller andre karakteristika assosiert med forhøyet risiko for senere angst og/eller depresjon. Studier med barn og ungdom som hadde forhøyet risiko grunnet faktorer utenfor dem selv (f. eks foreldre med psykiske lidelser) uten selv å utvise karakteristika assosiert til risiko, ble ikke inkludert. Studier med barn eller ungdom som hadde høyt nok symptomtrykk til å kvalifisere til en angst- eller depresjonsdiagnose før gjennomføringen av intervensjonen ble vurdert å være behandlingsprogrammer snarere enn forebyggende programmer (jf. definisjonen i Mrazek & Haggerty, 1994) og ble derfor ekskludert.

Intervensjon. Det primære målet for intervensjonen skulle være knyttet til å redusere nåværende symptomer og/eller forebygge senere utvikling av angst og/eller depresjonsdiagnose. Internettbaserte intervensjoner og studier som inkluderer farmakologiske intervensjoner ble ikke inkludert i gjennomgangen.

Prosedyre

Et litteratursøk ble gjennomført mellom 31. mars og 1. oktober 2014 i databasene *The Cochrane Library*, *OvidSP PsychINFO* og *OvidSP Medline*. Søk ved hjelp av søkemotoren *Google Scholar* ble også gjort. Søkeord som ble benyttet i ulike kombinasjoner var: *Indicated, prevent*, randomized controlled trial, child*, adolescen*, school-age, youth, anxiety, depress*, mood disorder, internalizing*. Relevante artikler fra litteraturlister og oversiktsartikler relatert til temaet (Calear & Christensen, 2010; Donovan & Spence, 2000; Horowitz & Garber, 2006; Jané-Llopis,

Hosman, Jenkins, & Anderson, 2003; Merry et al., 2011; Neil & Christensen, 2009; Stice et al., 2009), samt artikler som ble foreslått som aktuelle av søkemotorene, ble også undersøkt.

Resultater

I alt 645 artikler kom opp i søket. Etter gjennomgang av abstrakter og nærmere undersøkelse ble 49 artikler vurdert som potensielt relevante og lest i fulltekst. 27 ble ekskluderte på bakgrunn av inklusjonskriterier. I alt ble 22 artikler inkludert, som rapporterer funn fra 15 enkeltstående randomiserte og kontrollerte effektstudier (RCTer), tre oppfølgingsstudier og fire studier av mediatorer og moderatorer. Av effekt- og oppfølgingsstudiene omhandlet én studie indikert forebygging rettet mot angst (se tabell 1 for en oversikt), 15 omhandlet indikert forebygging ved depresjon (tabell 2), mens to omhandlet indikerte intervensjoner rettet mot forebygging av *både* angst og depresjon (tabell 3). De 22 studiene som er inkludert i denne litteraturgjennomgangen er merket med * i litteraturlisten.

Tabell 1 her

Tabell 2 her

Tabell 3 her

Beskrivelse av inkluderte studier

Inkluderte studier rapporterer funn fra totalt 1458 forsøkspersoner og var alle publisert på engelsk, i perioden 1995 til 2014. Av effektstudiene var tre studier fra Canada (Dobson, Hopkins, Fata, Scherrer, & Allan, 2010; LaFreniere & Capuano, 1997; Manassis, 2010), ni var fra USA (Clarke et al., 1995; Clarke et al., 2001; Garber et al., 2009; Gillham, Hamilton, Freres, Patton, & Gallop, 2006; Rohde, Stice, Shaw, & Brière, 2014; Stice, Burton, Bearman, & Rohde, 2007; Stice, Rohde, Seeley, & Gau, 2008; Young, Mufson, & Davies, 2006; Young, Mufson, & Gallop, 2010), én fra Island (Arnarson & Craighead, 2009), én fra Serbia og Montenegro (Martinović, Simonović, & Djokić, 2006) og én studie var fra Australia (Sheffield et al., 2006).

Beskrivelse av intervensjoner. Majoriteten av intervensjonene som ble identifisert var basert på kognitiv atferdsteori, mens to av studiene (Young et al.,

2006; Young et al., 2010) tok for seg en intervensjon basert på interpersonlig psykoterapi. De fleste studiene strakk seg over 4-15 sesjoner og ble levert i gruppeformat på skolen der barna eller ungdommene var elever, med unntak av én studie som undersøkte et mer tidsintensivt program som strakk seg over 6 måneder (LaFreniere og Capuano, 1997) og én studie med en tilnærming der man gjennomførte individuelle samtaler med deltakerne (Martinović et al., 2006). Intervensjonene ble oftest levert av en kliniker eller erfaren (høyere grads)student innen psykisk helse, med unntak av i tre studier hvor intervensjonen ble levert av skolepersonell (Sheffield et al., 2006; Arnarson et al., 2009; Rohde et al., 2014).

Utfallsmål. Ni av studiene inkluderte utfallsmål tilknyttet både symptomer og (depresjons-)diagnose (Arnarson & Craighead, 2009; Clarke et al., 1995, Clarke et al., 2001; Garber et al., 2009; Martinović et al., 2006; Sheffield et al., 2006; Young et al., 2006; Young et al., 2010). Fem av studiene inkluderte utfallsmål kun tilknyttet symptomer (Dobson et al., 2010; LaFreniere & Capuano, 1997; Manassis, 2010; Stice et al., 2007; Stice et al., 2008), og en studie skilte seg ut ved å måle utfall utelukkende basert på klinisk (depresjons-)diagnose (Rohde et al., 2014). Det hyppigst brukte utfallsmålet for depresjonssymptomer var Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D; Radloff, 1977), som ble anvendt i 75 prosent av studiene for forebygging av depresjon. Dette er et selvadministrert screeningsverktøy med 20 ledd som måler affektive, psykologiske og somatiske symptomer på depresjon. Respondentene rapporterer hyppigheten av hvert symptom på en 4 punkts skala. Reliabilitet og validitet for instrumentet er rapportert som svært god (Radloff, 1977). I de to studiene med angstsymptomer som utfallsmål, benyttet man seg av Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) i den ene, og Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997) i den andre. Det hyppigst brukte diagnostiske intervjuet var Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children (K-SADS; Kaufman et al., 1997), og dette ble anvendt i ulike versjoner i 75 prosent av studiene der man inkluderte diagnostisering. Dette er et bredt semistrukturert DSM-IV intervju som dekker de fleste psykiske lidelser hos barn og unge i skolealder (6-18 år). K-SADS-PL (Present og Lifetime versjon) administreres ved å intervjuer både barnet og forelder, og man gjør til slutt en samlet vurdering basert på alle tilgjengelige kilder til informasjon (foreldre, barn, skole og andre opplysninger).

Deltakere, kontrollgruppe, varighet og oppfølging. Studien til LaFreniere & Capuano (1997) var den eneste studien med forsøkspersoner i førskolealder (2,5 til 6 år). En studie ble gjennomført med både ungdom og universitetsstudenter fra 13 til 22 år (Stice et al., 2007) og en studie med barn i 3.- 6.klasse (Manassis, 2010). Alle andre inkluderte studier ble gjennomført med ungdom fra 11 til 19 år. Alle studiene var randomiserte og kontrollerte, og 13 studier inkluderte en eller flere aktive kontrollgrupper der kontroldeltakere også mottar en intervensjon, i form av TAU eller alternative intervensjoner. Varigheten av intervensjonene varierte mye, fra fire uker til seks måneder. 14 studier vurderte i tillegg oppfølgingseffekt (follow-up) fra seks måneder til to år etter avsluttet intervensjon. En studie manglet kontrollert oppfølging utover post-tester (LaFreniere & Capuano, 1997). Frafall i studiene (dropout) varierte fra to til 39 prosent.

Indikert forebygging av angst

I studien til LaFreniere & Capuano (1997) gjennomførte man en intensiv hjemmebasert intervensjon med Fransk-Kanadiske førskolebarn i Montreal, Canada i alderen 31-70 måneder. Barn som skåret ett standardavvik (SD) over snittet for alder på engstelig-tilbaketrukkethets skalaen på "Social Competence and Behavior Evaluation" (SCBE; LaFreniere & Dumas, 1996), evaluert av førskolelærerne sine, ble inkludert. 43 barn møtte inklusjonskriterier og ble randomisert til enten intervensjonsgruppen eller en passiv kontrollgruppe som ikke mottok noen form for intervensjon. Studien ble gjennomført over seks måneder og inkluderte 15 hjemmebesøk med fokus på psykoedukasjon og foreldreopplæring i "barnestyrt interaksjon", samt styrking av barnets sosiale støtte. Post-intervensjon ble barna i intervensjonsgruppen vurdert av lærerne (som var blindet for studiebetingelse) som mer sosialt kompetente. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i engstelig og tilbaketrukket atferd ved posttest, da man så betydelig nedgang i slik atferd i både intervensjons- og kontrollgruppen. Barna i intervensjonsgruppen hadde imidlertid en nedgang i engstelig/tilbaketrukket atferd fra den 94. til den 63. persentil, sammenliknet med jevnaldrende av samme kjønn. Studien manglet kontrollert oppfølging, slik at det ikke foreligger informasjon om hvorvidt barna ved et senere tidspunkt utviklet mindre angstproblematikk enn jevnaldrende. En sentral metodisk svakhet er at hovedutfallsmålet man benyttet seg av

utelukkende var basert på lærerrapport (SCBE), og dette var også det eneste målet man brukte i de repeterte målingene.

Indikert forebygging av depresjon

Coping With Stress Course (CWS). CWS er en manualbasert intervensjon som bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi (KAT). Intervensjonen er rettet mot ungdom mellom 13 og 18 år som er i faresonen for å utvikle en depresjon på grunn av forhøyede depressive symptomer. Programmet består opprinnelig av 15 sesjoner av 45 minutters varighet der deltakerne lærer å identifisere og utfordre negative og/eller irrasjonelle tanker, samt å planlegge og gjennomføre positiv atferd. CWS er en tilpasning av "Adolescent Coping With Depression Course" (Lewinsohn, Clarke, Hops, & Andrews, 1990) som retter seg mot ungdom med en klinisk depresjon eller dystymi. CWS er evaluert i en rekke studier (Clarke et al., 1995, 2001; Dobson, Hopkins, Fata, Scherrer, & Allan, 2010) og senere også utprøvd i tilpassede, forkortede versjoner (Stice, Burton, Bearman, & Rohde, 2007; Stice, Rohde, Seeley, & Gau, 2008; Rohde, Stice, Shaw, & Brière, 2014).

Den første evalueringsstudien av CWS ble gjennomført av Clarke og kolleger (1995), og var den første studien innen feltet som fokuserte på diagnostisk utfall etter endt gjennomføring (depressiv lidelse diagnostisert med DSM-III R; American Psychiatric Association, 1978), fremfor å kun rapportere symptomnivå. Ungdom fra 14 til 16 år ble valgt ut til deltagelse på bakgrunn av en forhøyet skåre på 24 eller mer på CES-D. Det diagnostiske intervjuet Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children: Epidemiologic Version (K-SADS-E; Orvaschel & Puig-Antich, 1987) ble også gjennomført før oppstart av intervensjonen for å ekskludere de med en nåværende affektiv lidelse. 150 deltakere ble randomisert til enten CWS eller en "behandling som vanlig" (TAU) kontrollgruppe. Målinger ble foretatt pre-, post og ved seks og tolv måneders oppfølging. Oppfølgingsintervjuer ble gjennomført med K-SADS-E med Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE) som gir en detaljert informasjon om DSM-III R diagnoser. CWS-gruppene ble ledet av profesjonelle klinikere. Overholdelse ("compliance") av protokollen ble skåret gjennom video-observasjon og vurdert som meget høy, i snitt 94 prosent. En overlevelsesanalyse (Singer & Willett, 1991), som kalkulerer sannsynligheten for utbrudd av en depressiv episode, viste signifikant færre tilfeller av både alvorlig depressiv lidelse (MDD) og dystymi (Dy) i intervensjonsgruppen. Total forekomst av

MDD og/eller Dy var på 14,5 prosent (8/55) i intervensjonsgruppen mot 25,7 prosent (18/70) i kontrollgruppen over hele oppfølgingsperioden på 18 måneder.

Intervensjonsgruppen hadde likevel nesten dobbelt så høy prevalens av depresjon sammenliknet med normalpopulasjonen. Man fant ingen signifikante gruppeforskjeller i forekomsten av depressive symptomer (CES-D) ved tolv måneders oppfølging. Funnene fra denne studien styrkes av at de baserer seg på både selvrappport og klinisk intervju, og en forholdsvis høy gruppedeltakelse sammenliknet med tilsvarende studier. Metaanalysen til Calear og Christensen (2010) rapporterer lave effektstørrelser for denne studien ($d = 0,35$ ved posttest, $-0,07$ og $-0,01$ etter hhv seks og tolv måneder). Dette var den første publiserte studien der man forebygget depressiv lidelse/depressive episoder hos barn og ungdom.

Clarke og kolleger (2001) kombinerte en indikert og selektiv tilnærming for å undersøke effekten av CWS for ungdommer som hadde deprimerte foreldre og som selv hadde forhøyet depresjonsskåre på et subklinisk nivå. I tillegg til andre CWS-elementer var det et ekstra fokus på ungdommenes opplevelse av å ha en deprimert forelder. Overholdelse av protokollen ble skåret gjennom lydopptak og vurdert som meget høy, i snitt 96 prosent. Utfallsmål var depressive symptomer (CES-D) og forekomst av depresjonsdiagnose (K-SADS-E), og deltakere ble målt pre- og postintervensjon og fulgt opp etter tolv og 24 måneder. Over hele oppfølgingsperioden på to år oppnådde intervensjonsgruppen en signifikant nedgang i selvrappporterte depresjonssymptomer (CES-D: $p = .005$) og selvmordsrelaterte variabler, og en signifikant økning i generell fungering (GAF: $p = .04$) sammenliknet med kontrollgruppen. Risikoen for å utvikle klinisk depresjon (MDD) var signifikant lavere ($p = .04$) i intervensjonsgruppen (9,3 prosent kumulativ forekomst av MDD) enn i kontrollgruppen (kumulativ forekomst på 28,8 prosent). Oppfølging etter to år viste at effekten ble svakere over tid, men forble signifikant. Stice, Shaw, Bohon, Marti, & Rohde (2009) rapporterer i sin metaanalyse effektstørrelser på $r = .22$ ved posttest og $r = .16$ ved 1 års oppfølging fra denne studien. 67 prosent av ungdommene hadde tidligere hatt en alvorlig depressiv episode, så for disse kan programmet sies å omhandle hindring av tilbakefall.

Garber og kolleger (2009) kombinerte en selektiv og indikert tilnærming i en multisenterundersøkelse fra fire amerikanske byer. De undersøkte effekten av et KAT-basert forebyggingsprogram på ungdom i alderen 13-17 år ($N = 316$) med deprimerte foreldre, som selv enten tidligere hadde vært deprimert og/eller hadde

nåværende subkliniske depresjonssymptomer. Intervensjonen var en modifisert utgave av CWS (Clarke et al., 1995) som vektla kognitiv restrukturering og problemløsning, og bestod av åtte ukentlige gruppesesjoner på 90 minutter, etterfulgt av seks månedlige oppfølgingssesjoner. Denne ble sammenliknet med en kontrollgruppe som fikk TAU. Gruppesesjonene ble ledet av profesjonelle klinikere. Overholdelse ratet fra lydopptak varierte fra 88-96 prosent. Utfallsmål var depressive symptomer målt med CES-D og Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R; Poznanski & Mokros, 1996), og depresjonsdiagnose (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997). Intervensjonsgruppen hadde signifikant færre selvrapporterte depresjonssymptomer (CES-D) ved posttest og ved seks måneders oppfølging enn kontrollgruppen ($p = .03$). Man fant også signifikant lavere forekomst av depresjonsdiagnoser i intervensjonsgruppen, men denne effekten forsvant når man kontrollerte for at diagnostiseringen ikke var blindet, grunnet det faktum at ungdommene ofte avslørte gruppetilhørighet for diagnosesetterne. Selv om man ikke fant en signifikant sammenheng mellom gjettingen og utfallsvariabelen (diagnose) bør man derfor være forsiktig med å tolke effekten. Foreldrenes depresjonsstatus modererte effekten av intervensjonen, og for ungdom uten en nåværende deprimert forelder hadde programmet en signifikant forebyggende effekt også for klinisk diagnose (11,7 prosent depresjonsdebut i intervensjonsgruppen versus 40,5 prosent i kontrollgruppen). I følge forfatterne samsvarer dette med tidligere funn i litteraturen. De fleste av ungdommene i denne studien hadde en historie med tidligere depresjon, og effekten av det forebyggende programmet kan derfor sies å omhandle hindring av tilbakefall. Symptomnivå ved baseline modererte ikke effekten av intervensjonen på verken symptomer eller diagnose. En svakhet ved studien er at man ikke registrerte hvorvidt deltakerne mottok annen behandling for problemene sine parallelt med deltakelse.

Beardslee og kollegaer (2013) rapporterer effekten av forebyggingsprogrammet til Garber et al. (2009) når man fulgte deltakerne i ytterligere 2 år etter fullført intervensjon (33 måneder etter oppstart). Sammenliknet med kontrollgruppen reduserte denne intervensjonen risikoen for depressive episoder betydelig for utvalget som en helhet ($d = 1,39$) over oppfølgingsperioden på 33 måneder. 36,8 prosent av ungdommene i intervensjonsgruppen oppfylte kriteriene for en depressiv lidelse, versus 47,7 prosent av ungdommene i kontrollgruppen. Tilsvarende funnene til Garber et al. (2009) fant man også at foreldrenes depresjon

ved baseline betydelig modererte effekten av intervensjonen på depresjon hos ungdommene også ved 2 års oppfølging, med effektstørrelser på 1,18 hos ungdom uten en deprimert forelder, versus 0,24 for ungdom med en deprimert forelder. For ungdom uten en deprimert forelder forhindret man en depresjonsdebut for hver sjette ungdom i intervensjonsgruppen, mens for ungdom med en deprimert forelder forhindret man bare en ytterligere debut for hver 54. deltaker.

Arnarson & Craighead (2009) studerte effekten av et skolebasert program i forhold til å forebygge en første episode av alvorlig depresjon (MDD) eller dystymi hos islandsk ungdom som hadde risikostatus i form av depressive symptomer og/eller en negativ attribusjonsstil. Intervensjonen bestod av 14 sesjoner over 11 uker, 2 ganger i uken de første tre ukene, så ukentlig i 8 uker. Manualen var på islandsk og bestod av elementer fra forebyggingsprogrammet "Coping With Stress Course" (Clarke et al., 1995; Gillham, Reivich, Jaycox, & Seligman, 1995; Lewinsohn et al., 1990) samt resiliensforskning. Utfallsmål i studien var depresjonsdiagnose (Child Assessment Schedule; CAS; Hodges, McKnew, Cytryn, Stern, & Kline (1982) og K-SADS-PL), depresjonssymptomer (CDI), og attribusjonsstil for positive og negative hendelser målt med Children's Attributional Style Questionnaire—Revised (CASQ-R; Thompson, Kaslow, Weiss, & Nolen-Hoeksema, 1998). Ved seks måneders oppfølging hadde 13,3 prosent (10 av 75) i kontrollgruppen fått sin første diagnostiserte episode av MDD og/eller dystymi, mot bare 1,6 prosent (en av 61) i intervensjonsgruppen. Regresjonsanalyser indikerte at intervensjonen signifikant reduserte oddsene for å få en førsteepisode av MDD eller dystymi med 87,8 prosent ($\chi^2 = 4.03, p = .0448$) sammenliknet med kontrollgruppen. Overlevingsanalyse gjennomført ved tolv måneders oppfølging indikerte at de forebyggende effektene ble opprettholdt 1 år etter gjennomført program ($\chi^2 = 5.02, p = .025$) og ungdommene i intervensjonsgruppen hadde på dette tidspunktet 81, 8 prosent lavere risiko for å utvikle MDD eller dystymi enn kontrollgruppen (Arnarson & Craighead, 2011). Et annet positivt aspekt ved studien, sett fra et effektivitetsperspektiv, er at det var vanlig skolepersonell som gjennomførte programmet etter å ha fått opplæring i forskningsmetodikk og intervjueteknikk. Programmet viste seg således å være noe man kunne implementere som en del av skolens psykososiale tiltak.

"The Blues Group" (BG). Studien gjennomført av Stice, Burton, Bearman, & Rohde (2007) undersøkte effekten av en kort manualbasert gruppeintervensjon basert på CWS (Clarke et al., 1995) for reduksjon av depressive symptomer. Intervensjonen

ble kalt "The Blues Group" (BG) og bestod av fire sesjoner á 1 time administrert av studenter i klinisk psykologi på skolen/universitetet der deltakerne var elever/studenter. Deltakere ble inkludert på basis av en forhøyet depresjonsskåre (20 eller høyere på CES-D), og ble ekskludert fra studien ved klinisk signifikant depresjon (høyere enn 30 på Beck Depression Inventory; BDI; Beck, Steer, & Carbin, 1988). Totalt 225 deltakere i alderen 15–22 år (70 prosent kvinnelige) ble randomisert til enten en passiv ventelistegruppe eller en av fem aktive intervensjoner: BG, støttende gruppeterapi (SGT), biblioterapi i form av en KAT-basert selvhjelpsbok, skriveterapi og dagbokskrivning. Utfallsmål var depressive symptomer målt med BDI. Alle de fem aktive intervensjonene ga en signifikant større reduksjon i depressive symptomer enn venteliste ved posttest, med middels store effektstørrelser ($r = .29$ til $.52$). For BG vedvarte effekten etter 1 måned ($r = .28$), men ikke etter seks måneder ($r = .15$). Det var kun biblioterapi som opprettholdt en signifikant effekt etter seks måneder ($r = .29$). Frafallsraten var høyest for BG med 24 prosent, og lavest for SGT og skriveterapi med henholdsvis fem og null prosent frafall. Resultatene kan tyde på at KAT-teknikker ikke er de eneste virksomme terapeutiske virkemidlene for å redusere depressive symptomer i en gruppesetting. Nonspesifikke gruppefaktorer som sosial støtte og oppmerksomhet så heller ikke ut til å være avgjørende alene, da selvhjelpsboken fungerte like godt som gruppeintervensjonene. Forskerne påpeker flere svakheter ved studien, slik som mangel på måling av deltakeres forståelse og etterlevelse av de ulike intervensjonskomponentene, utfallsmål basert utelukkende på selvrappport og begrenset statistisk styrke for små og medium effektstørrelser grunnet små grupper. Forfatterne konkluderer at det på tross av metodiske svakheter er lovende at en såpass kort intervensjon viser effekter tilsvarende tidligere gjennomførte KAT-baserte forebyggingsprogrammer av lengre varighet, og at det kunne vært gunstig å inkludere flere aspekter fra støttende gruppeterapi for å redusere frafall av deltagere. Metaanalysen til Calear & Christensen (2010) rapporterer middels til lave effektstørrelser for denne studien ($d = 0,71$ ved posttest og $0,13$ etter seks måneder).

Studien til Rohde, Stice og Gau (2012) undersøkte hvilke risikofaktorer som fører til utvikling av depressive episoder med utvalget fra Stice et al. (2007). Resultatene deres viser at de med en negativ forklaringsstil hadde fire ganger så høy risiko for depresjon som de uten dette forklaringsmønsteret. En negativ forklaringsstil innebærer å se negative hendelser som stabile, interne og globale, og totalt 40 prosent

av ungdommene i denne studien hadde en slik forklaringsstil. Disse ungdommene profitterte mest på BT (selvhjelpsbogen): ungdom med negativ attribusjonsstil i BT-gruppen hadde bare 3 prosent risiko for utvikling av depresjon, sammenliknet med en risiko på 30 prosent i de andre tre gruppene. For de resterende 60 prosentene som ikke hadde en negativ forklaringsstil, var det forhøyede depressive symptomer ved baseline som forklarte nesten alle de resterende tilfellene av fremtidig depresjon. 45 av de totalt 46 ungdommene som utviklet depressiv lidelse hadde enten negativ forklaringsstil, eller i fravær av denne, forhøyede depressive symptomer.

På bakgrunn av funnene til Stice et al. (2007) utvidet Stice, Rohde, Seeley & Gau (2008) intervensjonen fra fire til seks timer. De undersøkte effekten med et større utvalg på 341 deltagere i alderen 14-19 år, og de samme inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble brukt som i Stice et al. (2007). Utfallsmål som ble benyttet i studien var selvrapporterte depresjonssymptomer (BDI), og selvrapportert sosial tilpasning og rusmiddelbruk. Stice, Rohde, Gau & Wade (2010) rapporterer effektene etter 1- og 2- års oppfølging fra denne studien, og inkluderer også diagnostiske vurderinger (K-SADS). Biblioterapi (BT) og støttende gruppeterapi (SGT) ble valgt som aktive kontrollgrupper da førstnevnte inkluderer KAT-prinsipper (men ikke nonspesifikke gruppefaktorer), og sistnevnte er en aktiv gruppeintervensjon uten kognitivt innhold. Begge gruppeintervensjonene besto av seks ukentlige 1-times sesjoner, fasilitert av hovedfagsstudenter i klinisk psykologi. Overholdelse av manualen ble skåret av manualforfatteren ved hjelp av lydopptak fra tilfeldig valgte sesjoner (ca 1/3) og ratet som svært høy (96 prosent for KAT-gruppen og 100 prosent for SGT). BT-gruppen fikk en empirisk støttet selvhjelpsbok og ble oppfordret til å lese den i sitt eget tempo. En passiv kontrollgruppe fikk en informasjonsbrosjyre om depresjon. Preliminære analyser viste at BT-gruppen hadde lavere baseline symptomnivåer, men dette kontrollerte man for i effektanalyser. Ungdom i KAT-gruppen hadde større symptomreduksjon ved post-målinger sammenliknet med alle de andre kontrollgruppene og effekten holdt seg ved 1 og 2 års oppfølging, med en effektstørrelse på henholdsvis $d = 0,30$ og $0,29$. KAT-gruppen hadde også bedre sosial tilpasning ($d = 0,35$) og mindre rusmiddelbruk ($d = 0,46$) enn kontrollgruppen ved seks måneders oppfølging, men ikke etter 1 og 2 år. Man fant signifikant lavere risiko for depressive episoder i KAT-gruppen ($p = .033$; $d = 0,80$) og i BT-gruppen ($p = .004$; $d = 2,10$) enn i kontrollgruppen i løpet av to-års oppfølging. Samlet tyder funnene på at

KAT-gruppen gir betydelig større reduksjon i opprinnelige depressive symptomer enn de to andre aktive gruppene, mens BT ga en marginalt større reduksjon i risikoen for fremtidige depressive episoder i forhold til både KAT-gruppen og støttende uttrykksterapi.

Gau, Stice, Rohde, & Seeley (2012) undersøkte faktorer som kan tenkes å moderere effekten av intervensjonsgruppen (KAT) versus den passive kontrollgruppen i studien til Stice et al. (2008). De anvendte en hierarkisk lineær modellering for å avgjøre effekten av fem ulike variabler: motivasjon til depresjonsreduksjon, initielle symptomnivåer, negative livshendelser, mangel på sosial støtte (selvrapportert) og rusmiddelbruk. Resultatene indikerte at intervensjonen ikke var effektiv for deltakere med forhøyde baselinenivåer av enten rusmiddelbruk eller negative livshendelser. I motsetning til det som var forventet, reduserte ikke mangel på sosial støtte effekten av intervensjonen. Man fant heller ikke en positiv effekt av motivasjon til å redusere depresjon eller alvorlighetsgraden av depressive symptomer ved baseline, slik man hadde forventet.

Rohde, Stice, Shaw, & Brière, (2014) undersøkte effekten av en kort gruppeintervensjon basert på KAT-prinsipper, med skolepersonell som intervensjonsutøvere. Ungdom fra 13 til 19 år ($N = 378$) med forhøyede subkliniske depressive symptomer ble randomisert til enten en seks sesjoners-samtalegruppe (se Stice, Burton, Bearman, & Rohde, 2007 for nærmere beskrivelse av intervensjonen), BT i form av en selvhjelpsbok (Burns, 1980) eller en passiv kontrollgruppe som fikk en informasjonsbrosjyre om depresjon og behandling av denne. Overholdelse av protokollen ble kontrollert ved hjelp av lydopptak fra omtrent 1/3 av sesjonene og skåret som god, i snitt 85 prosent. Det primære utfallsmålet var forekomst av en depresjonsdiagnose (alvorlig depressiv lidelse/MDD fastslått med K-SADS) og sekundært depressive symptomer, rusmiddelbruk og sosial tilpasning. Ved seks måneders oppfølging oppfylte totalt 17 ungdommer (4,5 prosent) kriterier for alvorlig depressiv lidelse: åtte i biblioterapi-gruppen (6,5 prosent), åtte i kontrollgruppen (6,3 prosent), og én i gruppeintervensjonen (0,8 prosent). En overlevelsesanalyse (Cox-regresjon) indikerer at forekomsten var 8,3 ganger større i kontrollgruppen, og 8,1 ganger større i BT-gruppen sammenliknet med gruppeintervensjonen, en signifikant forskjell. Ungdom i gruppeintervensjonen hadde færre depressive symptomer enn i de to andre betingelsene ved post-målinger, men denne forskjellen forsvant ved seks måneders oppfølging. Man fant ikke signifikante forskjeller i de to andre

utfallsmålene, rusmiddelbruk og sosial tilpasning. Styrker ved studien er en veldig lav frafallsrate (4,7 prosent) og bruk av både en aktiv kontrollgruppe (BT/selvhjelpsboken) og en passiv kontrollgruppe med høy økologisk validitet, som fikk den samme typen hjelp som man ofte ser i en skolesetting. Av svakheter nevner forfatterne at screening-metoden bestod av en modifisert versjon av CES-D, som kunne se ut til å ha rekruttert et ”mindre deprimert” utvalg (man rekrutterte mindre enn 6 prosent av studentpopulasjonen, mens mer enn 25 prosent av aldersgruppen skulle ha forhøyede CES-D skårer basert på tall fra tidligere studier.

I artikkelen til Brière, Rohde, Shaw, & Stice (2014) har man forsøkt å identifisere moderatorer av effekten i studien til Rohde og kollegaer (2014). På grunn av den lave forekomsten av depressiv lidelse i utvalget, ble i stedet effekten på reduksjon av depressive symptomer undersøkt. De antatte moderatorene som ble undersøkt var baseline symptomer, negativ forklaringsstil, rusmiddelbruk, negative livshendelser, foreldrestøtte, sosial støtte, kjønn og alder. Forhøyede depressive symptomer ved baseline så ut til å forsterke effekten av BT (selvhjelpsboken) sammenliknet med den passive kontrollgruppen ved post-målinger ($t = 2.46, p = .014$), men ikke ved seks måneders oppfølging. Man fant ingen variabler som modererte effekten av den KAT-baserte gruppeintervensjonen. Dette kan tyde på at de forebyggende effektene av intervensjonen kan gjelde for ungdommer med et relativt bredt spekter av individuelle, miljømessige og sosiodemografiske egenskaper ved baseline.

Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training (IPT-AST). Også kjent under navnet "Teen Talk", er IPT-AST en modifikasjon av gruppemanualen *Interpersonal psychotherapy for adolescent depression; IPT-A* (Mufson, Gallagher, Dorta, & Young, 2004) for ungdom med klinisk depresjon. IPT-AST består av to innledende individuelle sesjoner og åtte ukentlige 90 minutters gruppesesjoner. Fokuset for programmet er sammenhengen mellom følelser og interpersonlige relasjoner, håndtering av rollekonflikter og rolleoverganger, samt læring av kommunikasjonsferdigheter. Alle disse områder dekkes ved hjelp av psykoedukasjon, kommunikasjonsanalyse, spill, ferdighetstrening, rollespill og hjemmelekser.

Young, Mufson, & Davies (2006) sammenliknet effekten av IPT-AST med individuell skoleveiledning i forhold til depresjonssymptomer, generell fungering og depresjonsdiagnoser for ungdom fra 11-16 år med subkliniske depresjonssymptomer

($N = 41$). Av de som ble vurdert som kvalifiserte, valgte mindre enn halvparten å delta. Man fant imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom de som deltok og ikke. Utfallsmålene var forekomst av depresjonsdiagnose, depressive symptomer målt med CES-D, samt Childrens Global Assessment Scale (CGAS; Shaffer et al., 1983) som angir ungdommenes generelle funksjonsnivå. Målinger ble foretatt pre- og post, samt etter 3 og seks måneders oppfølging. Hierarkisk lineær modellering ble anvendt for å maksimere den statistiske styrken tross en lav utvalgsstørrelse. Ungdommene i intervensjonsgruppen viste en signifikant større reduksjon i depresjonssymptomer ved posttest ($p < .001$; $d = 1,52$), og ved 3 måneders ($p < .001$; $d = 1,10$) og seks måneders oppfølging ($p < .01$; $d = 1,09$) enn ungdommene i kontrollgruppen. De viste også en signifikant større bedring i generell fungering (CGAS-skåre) ved posttest ($p < .05$; $d = 0,96$), og ved oppfølging etter 3 måneder ($p < .05$; $d = 0,82$) og seks måneder ($p < .01$; $d = 1,21$). Én av 27 (3,7 prosent) ungdom i IPT-AST gruppen hadde en depresjonsdiagnose i løpet av oppfølgingsperioden, sammenliknet med fire av 14 (28,6 prosent) i kontrollgruppen. Forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p = .08$). Forfatterne konkluderte med at resultatene ga gode foreløpige indikasjoner på effekten av denne type av intervensjoner, men at det er behov for flere studier med større og mer heterogene utvalg, samt en lengre oppfølgingsperiode for å avgjøre programmets langsiktige effekt på depresjonssymptomer og – diagnoser. Svakheter med studien inkluderer en i utgangspunktet lav utvalgsstørrelse og skjevhet i randomiseringen som resulterte i et lite antall ungdommer i kontrollbetingelsen og begrenser den statistiske styrken til analyser. Lav ratio av deltakende versus i utgangspunktet kvalifisert ungdom begrenser også generaliserbarheten av funnene. Calear & Christensen (2010) rapporterer høye effektstørrelser for denne studien ($d = 1,35$ ved posttest, og 0,96 og 1,00 etter hhv tre og seks måneder).

Young, Mufson, & Gallop (2010) sammenliknet IPT-AST (med og uten foreldreinvolvering), med rådgiving. Deltakerne i denne studien var ungdom fra 13 til 17 år ($N = 57$) med subkliniske depresjonssymptomer, som ikke møtte kriterier for en pågående depressiv episode. Utfallsmålene i studien var om deltakerne oppfylte en depresjonsdiagnose, depresjonssymptomer målt med CES-D og CDRS-R, samt generelt funksjonsnivå (CGAS). Målinger ble foretatt før og etter intervensjonen, samt etter seks og tolv måneder. Ved post-målinger møtte ingen av ungdommene kriterier for en depressiv lidelse. Ved seks måneders oppfølging hadde fire av ungdommene i kontrollgruppen utviklet depressive problemer (tre MDD og en

dystymi), mens ingen i intervensjonsgruppen utviklet depresjon. Forskjellen var signifikant (Fisher's Exact Test, $p < .05$). Ved tolv måneders oppfølging var forskjellen mellom gruppene ikke lenger signifikant da tre ungdommer fra intervensjonsgruppen nå møtte kriterier for depressive lidelser, mens det ikke forekom noen nye tilfeller i kontrollgruppen. Kumulativ forekomst av depressive lidelser var 8,3 prosent i intervensjonsgruppen mot 19,1 prosent i kontrollgruppen. Depresjonssymptomer var betydelig færre i intervensjonsgruppen post-intervensjon (CES-D: $p < .001$; $d = 0,81$; CDRS-R: $p < .001$; $d = 0,80$) og disse hadde betydelig bedre generell fungering (CGAS: $p < .001$; $d = 1,27$) enn ungdommene i kontrollgruppen. Samlet ser det ut til at ungdommene i kontrollgruppen fortsatte å vise bedring fra seks måneders oppfølging og utover, mens endringen stagnerte for ungdommene i intervensjonsgruppen, slik at effekten av intervensjonen ikke lenger var statistisk signifikant ved ett år oppfølging.

The Penn Resiliency Program (PRP). PRP er et manualisert gruppebasert depresjonsforebyggende program for 10 til 14-åringer. Gruppene møtes til tolv ukentlige 90-minutters sesjoner. Læreplanen er i stor grad basert på kognitiv-atferdsteori for depresjon, i tillegg til at man trener på selvhevdelse, sosiale ferdigheter, problemløsning og beslutningstaking (For en mer detaljert beskrivelse av PRP se Reivich, Gillham, Chaplin, & Seligman, 2005).

Gillham, Hamilton, Freres, Patton, & Gallop (2006) gjennomførte en studie som evaluerte effekten av PRP gitt av terapeuter i primærhelsetjenesten. 11 og 12-åringer med forhøyede depressive symptomer ($n = 271$) men som ikke møtte kriterier for en depressiv lidelse når man gjennomførte K-SADS-P intervju, ble randomisert til enten PRP eller TAU. Lydopptak av sesjonene ble ratet og man vurderte at overholdelse av protokollen var høy (terapeutene dekket i snitt 81 prosent av innholdet i PRP). Man fant ikke signifikant effekt av intervensjonen verken for reduksjon av depressive symptomer eller forekomst av klinisk depresjon når man analyserte resultatene til intervensjonsgruppen sett under ett. Imidlertid fant man en signifikant reduksjon i forekomst av depressive symptomer ($p < .05$, $d = -0,31$) og forbedret forklaringsstil for positive hendelser ($p < .01$, $d = 0,28$) for jenter men ikke gutter. Denne effekten holdt seg over hele oppfølgingsperioden på 2 år. Når man tok høyde for foreldres sivilstatus og inntektsnivå i analysen, fant man også en tendens til reduksjon i depressive symptomer for utvalget som en helhet. Oppmøtefrekvens og

etterlevelse av intervensjonen var assosiert med større reduksjoner i depressive symptomer over oppfølgingsperioden ($p < .05$, $d = -0,38$). Symptomnivå modererte ikke effekten av PRP på depressive symptomer eller forekomsten av klinisk depresjon. Samlet sett var effekten av PRP på forebygging av depresjon inkonsistent, og effektstørrelsene svært små til små. De hittil sterkeste resultatene for PRP er funnet i studier utført av forskerteamet bak intervensjonen, men fordi disse studiene tar for seg andre risikopopulasjoner og ikke faller under betegnelsen indikert forebygging vil de ikke beskrives nærmere her. En mulig forklaring for hvorfor man ikke nådde signifikant effektnivå kan være at man valgte en relativ lav «cut-off»-skåre på CDI for inklusjon (7 for gutter og 9 for jenter). Hensikten med dette var å minimalisere stigma knyttet til deltakelse i prosjektet, men med lave symptomnivåer ved baseline kan det være vanskeligere å oppdage effekter (se f. eks Sheffield et al., 2006). Forskerne nevner flere begrensninger ved studien: Mer enn 1/3 av deltakerne hadde falt fra ved 2 års oppfølging, diagnostisk oppfølgingsinformasjon var basert på annenhåndsinformasjon fra barnas helsetjeneste og man har ikke anvendt en «placebo-kontrollgruppe» som kan kontrollere for uspesifikke effekter i studien.

Adolescents Coping With Emotion ("The ACE-program"). ACE er en skolebasert intervensjon som implementeres over åtte ukentlige 90-minutters sesjoner. ACE skal redusere depresjonssymptomer og hindre depressiv lidelse ved å hjelpe ungdom til bedre mestring og bygge resiliens gjennom bruk av kognitive, atferdsmessige og interpersonlige strategier (Kowalenko et al., 2002). Programmet er evaluert med mer enn 600 videregående-elever i Australia, og har nåværende evidensstatus som "unclear" grunnet miksede resultater.

Sheffield og kollegaer (2006) tok i bruk et klynge- stratifisert randomisert design til å evaluere effekten av en universell, en indikert, og en kombinert universell og indikert intervensjon for forebygging av depresjon blant 13- til 15-åringer i to australske stater. Utvalget rapporterte i utgangspunktet forhøyede depresjonssymptomer (se tabell 2 for deltakerantall). Som indikert intervensjon brukte de ACE. Deltakerne fylte ut selvrapporterings skjemaer ved fire måletidspunkter: pre-intervensjon, ved slutten av første intervensjonsfase (tre måneder etter baseline), ved utgangen av andre intervensjonsfase (seks måneder etter baseline), og ved tolv måneders oppfølging (18 måneder etter baseline). Utfallsmålene tilknyttet depressive symptomer var CDI, CES-D og Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck, Weissman,

Lester, & Trexler, 1974). Det diagnostisk intervjuet "The anxiety disorders interview schedule for children" (ADIS-C; Silverman & Nelles, 1988) ble også gjennomført ved baseline og tolv måneders oppfølging med alle deltakere som hadde høye symptomnivåer ved pre-målinger. Dette for å fastslå eventuelle depressive lidelser (MDD eller Dystymi). Ingen av de tre intervensjonene (universell, indikert og kombinert intervensjon) skilte seg vesentlig fra en ikke-intervensjons kontrollgruppe, eller fra hverandre når det gjaldt endringer i depressive symptomer, angst, utagerende problemer, mestring eller sosial tilpasning. Alle deltakerne med høye symptomnivåer ved pre-målinger, uavhengig av betingelse, viste en betydelig nedgang i depressive symptomer og bedring i følelsesmessig velvære over tid. De kliniske intervjuene indikerte ingen signifikante forskjeller mellom betingelser i denne gruppen når det gjaldt forekomst av nye tilfeller av depresjon. Sammenlignet med den generelle befolkningen av jevnaldrende viste de med i utgangspunktet høye symptomnivåer fortsatt forhøyede nivåer av psykopatologi ved tolv måneders oppfølging. En overlevelsesanalyse ble gjennomført med den delen av utvalget som hadde høye symptomer, men ikke møtte kriterier for en depresjonsdiagnose ved baseline. Forskjellen mellom de fire gruppene i den kumulative andelen av deltakere som forble diagnosefrie over oppfølgingsperioden på 18 måneder (og dermed i forekomst av nye tilfeller) var ikke statistisk signifikant. Man fant sammenliknbare funn i de to statene der studien ble implementert, noe som reduserer sjansen for skjevhet i resultatene. Det var heller ingen tegn til forskjell i utfallet i henhold til kjønn, komorbid angst eller utagerende problemer.

Studien til Martinović, Simonović, & Djokić (2006) undersøkte effekten av en KAT-basert individfokusert intervensjon på utviklingen av depresjon hos ungdom med epilepsi og en risiko for å bli deprimert. I artikkelen kalles intervensjonen for behandling, men fordi et av inklusjonskriteriene for studien var subkliniske depresjonssymptomer og at klinisk depresjon var et eksklusjonskriterium, kan studien klassifiseres som indikert forebygging (Mrazek & Haggerty, 1994). Intervensjonen bestod av åtte ukentlige individuelle sesjoner de første to månedene, og deretter en individuell sesjon pr måned de neste fire månedene ledet av profesjonelle klinikere. Kontrollbetingelsen ble administrert parallelt og besto av terapeutiske rådgivning uten noen form av KAT-elementer. Utfallsmål var depresjonsdiagnose, depressive symptomer (BDI) og livskvalitet (Quality of life in epilepsy; QOLIE-31; Vickrey et

al., 1993). Alle pasientene i KAT-gruppen hadde en behandlingsdagbok der de skulle notere forekomsten av negative tanker og eventuelle mottiltak. Disse ble rangert på en 4-punkts skala, og resultatene ved baseline og seks og ni måneders oppfølging ble sammenlignet. Sju til ni måneder etter baseline hadde tre pasienter i kontrollgruppen og ingen i intervensjonsgruppen, sin første depressive episode, men diagnoseforskjellene mellom gruppene var ikke signifikante. Ungdom i intervensjonsgruppen hadde imidlertid signifikant færre depresjonssymptomer målt med BDI og CES-D ($p < .05$) og signifikant bedre livskvalitet målt med QOLIE-31 ($p < .05$) ved både posttest, seks og ni måneders oppfølging sammenlignet med kontrollgruppen. Ungdommene i intervensjonsgruppen hadde også signifikant færre negative tanker ($p < .05$). En svakhet ved studien er at man ikke foretok registrering av negative tanker i kontrollgruppen, slik at det er vanskelig å sammenligne mellom gruppene. Forfatterne nevner også at individuelle samtaler var tidkrevende og lite kostnadseffektive, og at det lave antallet deltakere gav lav statistisk styrke.

Indikert forebygging av angst og depresjon

Dobson og kolleger (2010) undersøkte effekten av Coping With Stress (CWS) på både angst- og depresjonssymptomer, med de samme inklusjonskriteriene som i Clarke et al. (1995). Personer med både en nåværende og tidligere klinisk depresjon ble ekskludert. Programmet ble administrert av doktorgradsstudenter i klinisk psykologi og sammenliknet med en aktiv kontrollgruppe som var designet spesielt for ikke å inneholde noen aktive KAT-elementer. Overholdelse av protokollen ble kontrollert ved hjelp av lydopptak fra 24 sesjoner, og ratet som svært god. CWS-intervensjonen er ikke designet for eller testet ut i forebygging av angst, og effekten på angst er ikke blitt dokumentert (Dobson et al., 2010). Utfallsmål i denne studien var selvrapporterte symptomer med måleinstrumentene CES-D, Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1984), BAI og barneversjonen av The Child Behavior Checklist, Youth Self-Report Form (CBCL/YSR; Ferdinand, 2008) som gir informasjon om internaliserende, eksternaliserende og total problematferd. Man fant ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene på noen av utfallsvariablene, verken ved posttest eller ved seks måneders oppfølging. Ungdommene i begge gruppene opplevde færre angst- og depresjonssymptomer og en økt selvfølelse, og forfatterne foreslår at nonspesifikke gruppefaktorer som sosial støtte, empati og muligheten til å dele emosjoner og tanker hadde spilt en viktig rolle i forhold til

endring i de ulike symptomer. I stedet for å rapportere effektstørrelser anvendte forfatterne en ”benchmarking-strategi” der de sammenliknet resultatene med en tidligere RCT med tilsvarende tilnærming og utvalg (Clarke et al., 1995). Dette er en anbefalt strategi innen evalueringsforskning (Hill, Bloom, Black, & Lipsey, 2008). Man sammenliknet CES-D skåre, som var det eneste felles utfallsmålet mellom de to studiene, og fant større effekter i denne studien enn i studien til Clarke og kollegaer (1995) med generelt moderate til store effektstørrelser. En svakhet ved studien var et høyt frafall som førte til at det bare var 14 deltagere igjen i hver gruppe ved seks måneders oppfølging. Dette er et veldig lavt antall i forhold til å beregne statistiske effekter, imidlertid fant man ikke forskjeller mellom de som falt fra og de som fullførte oppfølgingen. Man inkluderte heller ikke utfallsmål tilknyttet kliniske diagnoser. Forfatterne understreker at funnene ikke svekker en velorganisert manualbasert tilnærming slik som CWS, men tydeliggjør viktigheten av å undersøke hvilke faktorer som bidrar til positivt utfall i ulike forebyggingsprogrammer.

Studien til Manassis (2010) evaluerte et tolv ukers forebyggende program basert på KAT-prinsipper rettet mot internaliserte symptomer kalt ”The Feelings Club”. Manualen er basert på den tidligere evaluerte ”Coping Bear” manualen for behandling av angstlidelser hos barn (Manassis et al., 2002). Barn i 3-6.klasse (alder ikke oppgitt) fra et variert utvalg av skoler ble screenet med MASC og CDI. Man inkluderte symptomatiske barn som ennå ikke oppfylte fulle diagnostiske kriterier ($N = 148$) og randomiserte deltakere til enten en tolv ukers skolebasert gruppeintervensjon eller en strukturert aktivitetsgruppe etter skoletid av lik varighet. Lydopptak av sesjonene ble vurdert av en uavhengig rater og overholdelse av protokollen ble vurdert som høy for både manualinnhold og KAT-elementer. Angstsymptomer (MASC) og depresjonssymptomer (CDI) var primære utfallsmål, og man gjennomførte i tillegg kliniske intervju (ADIS) med både barn og foreldre for å vurdere den kliniske betydningen av resultatene. Ved pre-test hadde 60 barn forhøyet CDI skåre (snitt = 66.63 ± 6.11) og 95 hadde forhøyede MASC skåre (snitt = $66.44 \pm 4,67$). En kovariansanalyse av repeterte målinger viste at selvrapporterte angst- og depresjonssymptomer ble betydelig redusert over tid for barn i både intervensjons- og kontrollgruppen. Forbedringene ble opprettholdt ved 1 års oppfølging i begge betingelser. Forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen forble ikke-signifikante når man kontrollerte for grad av symptomer på tvers av grupper. Den KAT-baserte intervensjonen var altså ikke mer effektiv enn en aktivitetsgruppe etter

skolen, men oppfølging etter ett år indikerte en ikke-signifikant trend mot færre angstdiagnoser etter KAT-intervensjon enn kontrollbetingelsen (6/76 versus 12/69).

Diskusjon

Intervensjonenes effekt

Denne systematiske litteraturgjennomgangen har tatt sikte på å gi en oversikt over empirien relatert til indikerte intervensjoner for forebyggingen av angst og depresjon hos barn og unge. Femten randomiserte kontrollerte studier (RCTer) møtte inklusjonskriteriene: tolv studier (syv ulike intervensjoner) ved indikert forebygging av depresjon, en for indikert forebygging av angst, og to for indikert forebygging av både angst og depresjon.

Effekten av indikert forebygging av depresjon. Ni studier (75 prosent) knyttet til indikert forebygging av depresjon fant signifikant effekt ved minimum seks måneders oppfølging (reduksjon av symptomnivåer og/eller forebygget utvikling av klinisk lidelse) i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen (Arnarson og Craighead, 2011; Beardslee et al., 2013; Clarke et al., 1995; Clarke et al., 2001; Martinović et al., 2006; Rohde et al., 2014; Stice et al., 2010; Young et al., 2006; Young et al., 2010). Én studie fant signifikante reduksjoner i symptomer og/eller diagnose ved tolv måneders oppfølging, men ingen forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppene (Sheffield et al., 2006). I studien til Stice et al. (2007) fant man en effekt av intervensjonen ved post-målinger og en måneds oppfølging, men som forsvant etter seks måneder. Gillham og kollegaer (2006) fant ikke effekt av intervensjonen for utvalget som en helhet, men nådde statistisk signifikant effekt når man kontrollerte for deltakernes kjønn. Effektene var imidlertid inkonsistente og effektstørrelsene (ES) var fra svært lave til lave.

Effektstørrelser i alle de overnevnte studiene var lave til moderate, med to unntak: I Young og kollegaer (2006) sin studie av IPT-AST oppnådde man en høy ES på 1,00 etter seks måneder, men man tar også i betraktning at den lave utvalgsstørrelsen etter frafall kan ha bidratt til forstørrede ES. Stice og kollegaer (2010) rapporterte i sin studie av en kort KAT-basert intervensjon signifikant lavere risiko for depressive episoder i både KAT-gruppen og i selvhjelpsbok-gruppen (biblioterapi) enn kontrollgruppen i løpet av to års oppfølging, med ES på henholdsvis 0,80 og 2,10. Rohde et al. (2014) replikerte intervensjonen i Stice et al. (2008) og likeledes fant man en betydelig lavere risiko for alvorlig depressiv lidelse etter seks

måneder i intervensjonsgruppen, sammenliknet med biblioterapi og en passiv kontrollgruppe. Det er verdt å merke seg at denne KAT-baserte intervensjonen var av vesentlig kortere varighet (seks seksjoner) enn andre intervensjoner der man fant signifikant effekt (14 sesjoner i Arnarson og Craighead, 2009 og i Garber et al, 2009; 15 sesjoner i Clarke et al, 2001). Samlet ser det ut til at flere av intervensjonene for forebygging av depresjon inneholdt elementer som til en viss grad ga ønskede endringer. En av intervensjonene (kort KAT-basert gruppeintervensjon på seks sesjoner) viste lovende effekt, både når den ble levert av profesjonelle klinikere (Stice et al., 2008) og av skolepersonell (Rohde et al., 2014). Dersom oppfølgingsresultater fra den sistnevnte studien samt fremtidige replikasjoner viser seg like lovende, kan dette være en intervensjon å utprøve med en norsk populasjon.

Effekten av indikert forebygging av angst. I studien gjennomført av LaFreniere og Capuano (1997) så man den samme bedringen hos alle barna i studien når det gjaldt engstelig og tilbaketrukket atferd ved posttest. Kontrollert oppfølging ble ikke gjennomført. Det var flere metodiske svakheter, og en mulig forklaring på funnene kan være at engstelig og tilbaketrukket atferd i førskolealder ikke er et spesielt stabilt konstrukt, og at funnene skyldtes spontane svingninger over tid med «regresjon mot gjennomsnittet». Fra et implementeringsperspektiv er det også en svakhet at intervensjonen var svært intensiv og kostnadskrevenende, bestående av individualiserte programmer og hyppige hjemmebesøk over en seks måneders periode.

Effekten av indikert forebygging av angst og depresjon. Begge studiene som tok sikte på å forebygge både angst og depresjon (Dobson et al, 2010; Manassis, 2010) mislyktes i å finne signifikante forskjeller mellom gruppene. Disse studiene inkluderte begge en aktiv kontrollgruppe av like lang varighet som intervensjonen, henholdsvis en støttende gruppeintervensjon (Dobson et al., 2010) og en aktivitetsgruppe etter skolen (Manassis, 2010). Selv om man ikke fant forskjell mellom gruppene så man i begge studier en betydelig bedring i symptomer, og dette tyder på at det kan være virksomt å tilby barn og ungdom skolebaserte strukturerte innsatser.

Effektstørrelser. Av studiene som er gjennomgått er det kun fra studiene for indikert forebygging av depresjon at effektstørrelser er rapportert. Disse har funnet varierende ES, som strekker seg fra -0,07 til 1,39 for alle oppfølgingstidspunkter. Dette tilsvarer tall fra Caelear og Christensens (2010) systematiske gjennomgang av skolebaserte forebyggende programmer og tidlig intervensjon for depresjon. Et viktig

aspekt i forbindelse med tolkning av intervensjonseffekt av indikert forebygging, er at man i utgangspunktet vil vente seg mindre ES enn i behandlingsforskning. Når man studerer et subklinisk utvalg som ennå ikke har utviklet klinisk signifikant lidelse, vil forskjellen i symptomsmål fra pre- til post-intervensjon trolig være mindre, fordi deltakerne i forebyggingsintervensjoner i utgangspunktet har et mindre potensiale for forbedring enn deltakerne i behandlingsstudier. Et opprettholdt fravær av diagnose kan således regnes som et mer meningsfylt kriterium å dømme forebyggingsprogrammer etter, enn tradisjonell tolkning av lave, moderate og store effektstørrelser. Det er derfor svært viktig at studier innen feltet gjennomfører diagnostiske intervjuer som en del av både screening og utfallsmål, og følger opp deltakere i et langsiktig tidsperspektiv, slik man har gjort i de fleste av studiene i denne gjennomgangen. Studier tyder også på at diagnostiske intervjuer kan være mer sensitive som mål på depressive symptomer enn selvrapporing (Roberts, Lewinsohn & Seeley, 1991; Stice et al., 2010). Dette kan skyldes at en kliniker eller annen godt trent intervjuer kan avklare eventuelle tvetydige spørsmål for deltakerne, og vurdere om en bestemt erfaring reflekterer depresjon eller noen annet.

Effektivitetsstudier. I den gjennomgatte litteraturen er de fleste studiene gjennomført på skolen der deltakerne er elever, og man har skilt mellom effekt- og effektivitetsstudier basert på hvem som er leverandør av intervensjonen. Tre av studiene kan sies å være effektivitetsstudier ("effectiveness studies"), der skolepersonell har fått opplæring i den aktuelle studiens metodikk og selv har gjennomført rekrutteringen og leveringen av forebyggingsprogrammet (Sheffield et al., 2006; Arnarson et al., 2009; Rohde et al., 2014). To av de tre effektivitetsstudiene i denne gjennomgangen demonstrerte signifikante effekter av forebyggingsprogrammet (Arnarson et al., 2009; Rohde et al., 2014). ES er ikke rapportert.

Mediatorer og moderatorer

Åtte av de inkluderte studiene undersøkte mediatorer og moderatorer som potensielt kunne påvirket utfallet av intervensjonen (Beardslee et al., 2013; Brière et al., 2014; Garber et al., 2009; Gau et al., 2012; Gillham et al., 2006; Manassis, 2010; Rohde et al., 2012; Sheffield et al., 2006).

En studie fant en signifikant effekt for jenter men ikke gutter på forekomst av depressive symptomer og attribusjonsstil for positive hendelser som holdt seg over hele oppfølgingsperioden på 2 år (Gillham et al., 2006).

To studier der man undersøkte samme utvalg i forskjellige oppfølgingsperioder fant en modererende effekt av foreldrenes baseline depresjonsstatus (Garber et al., 2009; Beardslee et al., 2013). De antyder at dette kan skyldes at foreldrenes depresjon enten direkte påvirker ungdommenes mulighet til å nyttiggjøre seg intervensjonen, eller at det kan representere en markør for en tredjevariabel som felles genetisk sårbarhet, mer kronisk eller tilbakevendende depresjonsforløp, eller en mer omfattende eksponering for stressende livshendelser for ungdommene. Dersom det er slik at foreldres depresjonsstatus på en direkte måte påvirker intervensjonens effekt negativt, kan implikasjonen for intervensjonsleveransen være at man må vente til foreldrenes depresjon har avtatt eller at man også behandler foreldres depresjon før eller samtidig med at ungdommene gjennomfører sesjonene (Beardslee et al., 2013).

I studien til Sheffield et al. (2006) hadde deltakere med høye symptomnivåer til å begynne med best effekt av intervensjonene på tvers av betingelse. Disse viste en signifikant nedgang i depressive symptomer og bedring i følelsesmessig velvære, men hadde fortsatt forhøyede nivåer av psykopatologi ved tolv måneders oppfølging sammenliknet med den generelle jevnaldrende befolkningen. Rohde et al. (2012) fant derimot en økt risiko for depressive episoder hos ungdom med forhøyede depressive symptomer ved baseline. To andre studier (Brière et al., 2014; Manassis et al., 2010) undersøkte også effekten av forhøyede depressive symptomer ved baseline, men fant ikke støtte for at denne variabelen modererte effekten av intervensjonene. På grunn av inkonsistente funn er det vanskelig å trekke noen slutninger om effekten av baseline symptomer på intervensjonenes effektivitet.

Resultatene til Rohde et al. (2012) tyder på at ungdom med en negativ forklaringsstil hadde fire ganger så høy risiko for depresjon som de uten dette forklaringsmønsteret.

I studien til Gau et al., (2012) fant man at intervensjonen til Stice et al. (2008) ikke var effektiv for deltakere med forhøyede baseline nivåer av enten rusmiddelbruk eller negative livshendelser. Forfatterne tenker seg at forhøyede nivåer av rusmiddelbruk og negative livshendelser svekket effekten av intervensjonen ved å øke risikoen for vedvarende depressive symptomer. Den korte KAT-baserte intervensjonen adresserte ikke disse faktorene direkte.

Når det gjelder ulike variabler knyttet til selve intervensjonen fant man, ikke overraskende, at oppmøtefrekvens og etterlevelse av intervensjonen var assosiert med

større reduksjoner i depressive symptomer (Gillham et al., 2006). Studier fremover vil være tjent med å inkludere undersøkelser som ser på effekten av de overnevnte variablene, slik at man kan avgjøre om disse skal eksplisitt adresseres i utformingen av nye forebyggende intervensjoner, og hvordan man skal gå frem for å oppnå dette.

Metodologisk kvalitet

Alle studier var randomiserte og kontrollerte, og med unntak av ett (LaFreniere og Capuano, 1997), inkluderte de kontrollert oppfølging utover post-test: Fem studier fulgte deltakerne i seks måneder, én studie i ni måneder, to studier fulgte deltakerne i ett år, to studier i atten måneder, og fire studier fulgte deltakere i to år. Et flertall av studiene (60 prosent) inkluderte utfallsmål tilknyttet både symptomer og diagnose, en tredel av studiene var basert på utelukkende symptomrapportering, og én studie baserte seg på utelukkende klinisk diagnostisering. De fleste av studiene benyttet standardiserte, godt utprøvde måleinstrumenter med kjent reliabilitet og validitet. Intervensjonene som ble benyttet var alle manualbaserte, og åtte av studiene (53 prosent) inkluderer en vurdering av overholdelse av studieprotokoller. Disse rapporterer god til svært god overholdelse, som varierte fra 81 til 100 prosent. To tredjedeler av studiene som baserer seg på utfallsmål utover selvrapport rapporterer om tilfredsstillende blinding. Frafall varierte fra to til 39 prosent (i snitt 7 %). Med unntak av de tilfeller der noe annet er eksplisitt nevnt, rapporterer alle de inkluderte studiene tilfredsstillende randomiserings-prosedyrer og preliminaire analyser (like grupper ved baseline og etter frafall, eller gjennomførte justerende analyser for dette).

Samlet vurderes studiene til å opprettholde en god metodologisk kvalitet, ved en sammenlikning opp mot kriteriene «The Cochrane Collaboration» har satt for vurderingen av studiers validitet og risiko for skjevhet i resultatene (Higgins og Green, 2011). Der hvor det er oppdaget forhold som potensielt kan ha ført til skjevhet i resultatene grunnet for eksempel seleksjon, frafall, blinding, rapportering eller annet, er dette eksplisitt nevnt i gjennomgangen.

Indikert forebygging versus tidlig intervensjon

Med bakgrunn i den valgte definisjonen på forebygging (Mrazek og Haggerty, 1994) inkluderer denne gjennomgangen kun de studier der barn og ungdom med kliniske diagnoser er ekskludert. For å gi et mest mulig objektivt bilde på effekten av indikert forebygging uten innblanding av behandlingseffekter, er studier ekskludert

fra gjennomgangen dersom man eksplisitt har vært klar over at noen av barna oppfyller angst- eller depresjonsdiagnoser, eller unnlatt å gjennomføre diagnostisering ved inklusjon. De fleste studiene for forebygging av angst som ble identifisert i det opprinnelige litteratursøket inkluderte både barn med subkliniske og kliniske angstproblemer, og så mye som 90 prosent av utvalget kunne møte kriterier for en angstdiagnose (Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards, & Sweeney, 2005). Således gir denne gjennomgangen et noe skjevt bilde på litteraturen knyttet til indikert forebygging av angst hos barn og unge. Mangelen på identifiserte studier rettet mot ren indikert forebygging av angst kan antas å belyse at behandling har et dominerende fokus i forskning på angstproblematikk, og at forebygging i noen grad neglisjeres. Den nasjonale satsningen på forebygging av psykiske lidelser gir derfor beslutningstakere en svært betydningsfull utfordring, ettersom forebyggende innsatser av en av de mest prevalente psykiske lidelsene blant barn og unge i Norge har et svært begrenset forskningsgrunnlag. Dette tydeliggjør ytterligere det store behovet for å utvikle, utprøve og etterprøve forebyggende innsatser mot angstlidelser.

Implementering og bærekraftighet

I tillegg til å ha en forebyggende effekt, må intervensjoner ha forutsetninger for å iverksettes i praksis. Implementering er en kontinuerlig prosess tilknyttet etablering og vedlikehold av praksis basert på solide forskningsfunn. Betraktninger omkring intervensjoners kostnadseffektivitet kan øke forutsetninger for at beslutningstakere investerer i intervensjonen slik at denne implementeres. 80 prosent av de gjennomgåtte studiene benyttet profesjonelle klinikere innen psykisk helse som intervensjonsleverandører. Dette er mer kostbart enn om man skulle benyttet seg av skolepersonell, men kan være begrunnet i at tidligere studier har funnet lavere ES med lærere som intervensjonsutøvere enn med klinikere (Gillham et al., 2006). Resultater fra de gjennomgåtte effektivitetsstudiene tyder på at to av tre intervensjoner med skolepersonell var vellykket i å redusere risikoen for utviklingen av depressive lidelser (Arnarson et al., 2009; Rohde et al., 2014). Dette tyder på at økt bærekraftighet ved å benytte skolepersonell som intervensjonsleverandører kan være en mulighet. Fremtidig forskning bør ta sikte på å avdekke hvordan man ytterligere kan forbedre gjennomføringen av intervensjoner levert av skoleansatte, for eksempel ved økt opplæring og relevant tilpasning av intervensjonsmanualer.

Begrensninger ved denne litteraturgjennomgangen

Selv om effekter er forsøkt tolket i lys av studienes metodiske kvalitet, har ikke risikoen for skjevhet i resultatene blitt systematisk analysert gjennom en kvantifiserbar kvalitetsskåre, noe som kunne ytterligere belyst hvorvidt studier av ulik kvalitet har funnet sammenliknbare eller ulike effekter. Det at ikke-signifikante resultater tenderer å ikke bli publisert (publiserings-bias), kan ha ført til en overestimering av effekt. Som med alle litteraturgjennomganger kan det eksistere studier som skulle vært inkludert, men ikke ble funnet. På grunn av et lavt antall kvalifiserende studier for forebygging av angst, og for forebygging av angst og depresjon samlet kan effektene av denne typen tiltak ikke vurderes basert på denne gjennomgangen. Gjennomgangen begrenser seg til en vurdering av intervensjoners effekt og variabler som er funnet å påvirke denne. Videre bør man foreta en vurdering av studiers implementeringskvalitet og gjennomførbarhet (for konkrete strategier for å sikre en god implementering se Ogden og Fixsen, 2014).

Konklusjon

Et flertall av studiene (75 %) tilknyttet forebygging av depresjon oppnådde en betydelig reduksjon i symptomnivåer og/eller forebygget utvikling av klinisk depresjon. Effektstørrelsene var imidlertid hovedsakelig lave til moderate, og få studier evaluerer hver enkelt intervensjon. Funnene bør derfor tolkes med varsomhet. Intervensjonen utviklet av Stice og kollegaer (2008) og som ble replikert i Rohde et al. (2014) utpeker seg som en kort og bærekraftig intervensjon med lovende effekt for forebygging av depresjon hos ungdom, både når den ble levert av profesjonelle klinikere (Stice et al., 2008) og av skolepersonell (Rohde et al., 2014). Bruk av selvhjelpslitteratur ved forebygging av depresjon hos ungdom utpekte seg også som lovende i to av de overnevnte studiene (Stice et al., 2007; Stice et al., 2008). Et fåtall av identifiserte studier rettet mot forebygging av angst, og av depresjon og angst sammen, møter inklusjonskriteriene satt i denne litteraturgjennomgangen. Det er derfor ikke grunnlag for å omtale effekten av denne typen indikerte tiltak. I fire av studiene lyktes man ikke å finne signifikante gruppeforskjeller, men oppnådde likevel en betydelig bedring i symptomer for alle studiens deltakere (både intervensjonsgrupper og aktive kontrollgrupper) sammenliknet med pre-målinger og med jevnaldrende barn og ungdom. Disse funnene befester ikke de utprøvde intervensjonene som mer virksomme enn andre skolebaserte innsatser, men

underbygger likevel nytten av å tilby strukturerte skolebaserte innsatser for forebyggingen av internaliserende vansker.

Flere variabler ser ut til å påvirke effekten av intervensjonene, slik som deltakernes kjønn, opprinnelig symptomnivå, forklaringsstil, rusmiddelbruk og forekomst av negative livshendelser, samt hvorvidt foreldre er deprimert eller ikke. Dette understreker viktigheten av å undersøke potensielt betydningsfulle variabler, slik at man kan få bedre forutsetninger for å tilpasse intervensjoner til egenskaper ved mottakeren og omgivelsene.

Implikasjoner for praksis

Flere av de gjennomgåtte studiene indikerer at skolen kan være en god forebyggingsarena for internaliserende vansker, og at skolepersonell kan være effektive intervensjonsleverandører. Lærere og helsesøstre er de nærmeste til å oppdage og hjelpe barn og ungdom som er engstelige og/eller nedstemte, og er i en unik posisjon for å utrette en forskjell. Psykologkompetanse kan i denne forbindelse være relevant ved å bistå skolene i utformingen av kunnskapsbaserte intervensjoner, opplæring og kvalitetssikring. Beslutningstakere spiller her en viktig rolle i å sikre gode rammevilkår for at arbeidet med forebygging for barn og unge kan iverksettes og opprettholdes, og forebygging som fokusområde står i tråd med fastsatte samfunnspolitiske målsetninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Selv om det eksisterer mange demografiske likheter mellom landene der man har utført de gjennomgåtte studiene og Norge, kan ikke funnene direkte generaliseres til norsk kontekst. Studier med norske barn og unge der man utprøver evidensbaserte intervensjoner for tidlig innsats mot utvikling av angst og depresjon er derfor ønskelige. I denne sammenhengen er det viktig med engasjement fra faggrupper med psykologisk kunnskap som kan bidra til at intervensjonene utformes og implementeres i tråd med psykologisk teori og gjeldende evidensbasert praksis i feltet. På lang sikt kan det være ønskelig å stadfeste klare anbefalinger om utformingen av forebyggende tiltak mot internaliserende vansker hos barn og unge, som hviler på forskningsbasert kunnskap om nytte og virkning.

Implikasjoner for forskning

Litteraturgjennomgangen belyser et behov for mer satsning på nasjonal forskning som dekker utvikling, utprøving og effektevaluering av forebyggende tiltak

som kan redusere angst og depresjon hos barn og unge. For å øke kunnskapen om tiltakenes forebyggende potensiale utover deres umiddelbare effekt bør man undersøke effekten av tiltak med oppfølging på minst seks måneder etter tiltaket er avsluttet, og helst med en oppfølgingsperiode over flere år. Å skille mellom forebyggende innsatser og behandling i utformingen av studieprotokoller kan styrke fremtidige effektstudiers metodologiske kvalitet. En anbefaling kan være at man går inn i hver av intervensjonene for å forsøke å fange opp aktive ingredienser/virksomme elementer, og bruke disse til å modifisere eksisterende intervensjoner samt utvikle nye (Barth & Lee, 2014; Embry & Biglan, 2008). Når man har identifisert konsistent virksomme elementer kan man videre undersøke hvordan disse best skal kombineres for å oppnå ønsket utfall. For eksempel ser det ut til at kombinasjonen av KAT-prinsipper og nonspesifikke gruppefaktorer er bedre til å redusere depressive symptomer enn hver av dem alene (Stice et al, 2008). Analyser av modererende og medierende variabler kan gi mer innsikt i omgivelsene og premissene rundt disse virksomme elementene og sammen med effektanalysene gi mer pålitelige svar på hva som fungerer, for hvem det fungerer, og når det fungerer. Det kan da være hensiktsmessig å adressere disse variablene direkte gjennom innholdet i intervensjonene når disse utformes og tilpasses. Den korte, KAT-baserte intervensjonen for ungdom utviklet av Stice og kollegaer (2008) kunne vært aktuell for utprøving med en norsk populasjon. Bruk av selvhjelpslitteratur i forebyggende innsatser rettet mot nedstemt ungdom bør følges opp i videre forskning. Lovende studier i gjennomgangen tyder på at det kan være hensiktsmessig med mer skolebasert forskning med aktive kontrollgrupper, langsiktig oppfølging, og fokus på opplæring og evaluering av bærekraftig programleveranse, som gjennomføres av lærere eller annet skolepersonell.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 4th ed)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review, 28*(2), 275–287. doi:10.1016/j.cpr.2007.05.004
- *Arnarson, E. Ö., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 47*(7), 577–585. doi:10.1016/j.brat.2009.03.011
- *Arnarson, E. Ö., & Craighead, W. E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: A 12-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 49*(3), 170–174. doi:10.1016/j.brat.2010.12.008
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1173.
- *Beardslee, W., Brent, D., Weersing, V., Clarke, G., Porta, G., Hollon, S., ... Garber, J. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *JAMA Psychiatry, 70*(11), 1161-1170. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.295.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review, 8*(1), 77–100.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology, 42*(6), 861.
- *Brière, F. N., Rohde, P., Shaw, H., & Stice, E. (2014). Moderators of two indicated cognitive-behavioral depression prevention approaches for adolescents in a school-based effectiveness trial. *Behaviour Research and Therapy, 53*, 55–62. doi:10.1016/j.brat.2013.12.005

- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316–336. doi:10.1037/0021-843X.100.3.316
- *Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted Prevention of Unipolar Depressive Disorder in an At-Risk Sample of High School Adolescents: A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(3), 312–321. doi:10.1097/00004583-199503000-00016
- *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. *Archives of general psychiatry, 58*(12), 1127–1134.
- Costello, E., Angold, A., & Keeler, G. P. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(2), 121–128.
- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2012). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD008324.pub2
- Dalgard, O. S., & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health. Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/790098721f.pdf>
- *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*(4), 291–310. doi:10.1177/0829573510386449
- Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 509–531.
- Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales anxiety problems and affective problems. *Journal of anxiety disorders, 22*(1), 126–134.

- Fergusson, D. M., Horwood, J., Ridder, E., & Beautrais, A. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *62*(1), 66–72. doi:10.1001/archpsyc.62.1.66
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, *179*(3), 210–217. doi:10.1192/bjp.179.3.210
- *Garber, J., Clarke, G., Weersing, R., Beardslee, W., Brent, D., Gladstone, T., ... Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: A randomized controlled trial. *JAMA*, *301*(21), 2215–2224. doi:10.1001/jama.2009.788
- *Gau, J., Stice, E., Rohde, P., & Seeley, J. (2012). Negative life events and substance use moderate cognitive behavioral adolescent depression prevention intervention. *Cognitive Behaviour Therapy*, *41*(3), 241–50. doi:http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2011.649781
- *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*(2), 195–211. doi:10.1007/s10802-005-9014-7
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Lascher, M., Litzinger, S., Shatté, A., et al. (2006). School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: a pilot of a parent intervention component. *School Psychology Quarterly*, *21*, 323–348.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., & Seligman, M. E. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science*, *6*, 343–351.
- Gillham, J. E., Shatté, A. J., & Freres, D. R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, *9*(2), 63–88. doi:10.1016/S0962-1849(00)80007-4
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., ... Lie, S. A. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(4), 438–447.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006, oktober 17). St.prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 - Endringer i statsbudsjettet for 1998 [Stortingsproposisjon]. Hentet 12. februar 2014, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, juni 17). St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted – til rett tid [Stortingsmelding]. Hentet 12. februar 2014, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Hill, C. J., Bloom, H. S., Black, A. R., & Lipsey, M. W. (2008). Empirical Benchmarks for Interpreting Effect Sizes in Research. *Child Development Perspectives*, 2(3), 172–177. doi:10.1111/j.1750-8606.2008.00061.x
- Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 161–172.
- Hodges, K., McKnew, D., Cytryn, L., Stern, L., & Kline, J. (1982). The Child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview: A report on reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21(5), 468–473.
- 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(3), 401.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD004690.pub3
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 183(5), 384–397. doi:10.1192/bjp.183.5.384
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and

- validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic Course of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 595–599. doi:10.1097/00004583-199207000-00003
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child Anxiety Treatment: Outcomes in Adolescence and Impact on Substance Use and Depression at 7.4-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 276–287. doi:10.1037/0022-006X.72.2.276
- Kendall, P. C., & Watson, D. (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Kennard, B., Silva, S., Vitiello, B., Curry, J., Kratochvil, C., Simons, A., ... Sweeney, M. (2006). Remission and residual symptoms after short-term treatment in the Treatment of Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1404–1411.
- Kovacs, M. (1984). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology bulletin*, 21(4), 995–998.
- Kowalenko, N., Wignall, A., Rapee, R., Simmons, J., Whitefield, K., & Stonehouse, R. (2002). The ACE program: Working with schools to promote emotional health and prevent depression. *Youth Studies Australia*, 21(2), 23.
- *LaFreniere, P. J., & Capuano, F. (1997). Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization: Anxious-withdrawn preschoolers case. *Development and Psychopathology*, 9(03), 551–564.
- LaFreniere, P. J., & Dumas, J. E. (1996). Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: The short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*, 8(4), 369.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 109–117. doi:10.1037/0021-843X.107.1.109
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385–401. doi:10.1016/S0005-7894(05)80353-3

- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of «subthreshold» depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 345–351. doi:10.1037/0021-843X.109.2.345
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., ... Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(12), 1423–1430.
- *Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., Farzan, N., Kleiman, V., Parker, K., Sanford, M. (2010). The feelings club: randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depression & Anxiety (1091-4269), 27*(10), 945–952.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(4), 554–565.
- *Martinović, Ž., Simonović, P., & Djokić, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 9*(4), 619–624.
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). Trivsel og oppvekst–barndom og ungdomstid. *Folkehelseinstituttet, Nydalen Oslo*. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/90be49af81.pdf>
- Meltzoff, J. (1998). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2011). Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 7*(5), 1409–1685. doi:10.1002/14651858.CD003380.pub3
- Mrazek, P. B., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press. Hentet fra <http://www.google.com/books?hl=no&lr=&id=5V66->

WRcGL8C&oi=fnd&pg=PR1&dq=mrazek+1994&ots=N1ejkdZdA-
&sig=x01rWH-o_tJbEMIPsoG1myNiPsI

- Mufson, L., Gallagher, T., Dorta, K. P., & Young, J. F. (2004). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Adaptation for group therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 220–37.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*. Hentet fra <http://mfr.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208–215.
- Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen, T. M., & Rørnes, K. (2006). Forebyggende innsatser i skolen. *Oslo: Utdanningsdirektoratet/Sosial-og helsedirektoratet*. Hentet fra http://publisering.skolenettet.no/nyUpload/Moduler/Kompetanseutvikling/Dokumenter/Forebyggende_innsatser_dell.pdf
- Norsk Psykologforening (2013, 21.november). Forebygging for barn og unge nytt hovedsatsingsområde. Hentet fra <http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/Landsmoetet-2013/Forebygging-for-barn-og-unge-nytt-hovedsatsingsomraade>
- Ogden, T., & Fixsen, D. L. (2014). Implementation Science. *Zeitschrift für Psychologie*, 222(1), 4–11.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2014). *Adolescent Mental Health: Prevention and Intervention*. Routledge.
- Orvaschel, H., & Puig-Antich, J. (1987). *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children: Epidemiologic Version: Kiddie-SADS-E (K-SADS-E)*.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(1), 56–64.
- Poznanski, E. O., & Mokros, H. B. (1996). *Children's depression rating scale, revised (CDRS-R): manual*. Western Psychological Services.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385–401.

- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(3), 488.
- Reivich, K. J., 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. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children*. (pp. 223–237). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Roberts, C., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B., & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(3), 622.
- *Rohde, P., Stice, E., & Gau, J. M. (2012). Effects of Three Depression Prevention Interventions on Risk for Depressive Disorder Onset in the Context of Depression Risk Factors. *Prevention Science, 13*(6), 584–593.
doi:10.1007/s11121-012-0284-3
- *Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Brière, F. N. (2014). Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: Acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 65–74.
doi:10.1037/a0034640
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General psychiatry, 40*(11), 1228–1231.
- *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. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(1), 66.
- Silverman, W. K., & Nelles, W. B. (1988). The anxiety disorders interview schedule for children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*(6), 772 of th
- Singer, J. D., & Willett, J. B. (1991). Modeling the days of our lives: using survival analysis when designing and analyzing longitudinal studies of duration and the timing of events. *Psychological Bulletin, 110*(2), 268.

- *Stice, E., Burton, E., Bearman, S. K., & Rohde, P. (2007). Randomized trial of a brief depression prevention program: An elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(5), 863–876. doi:10.1016/j.brat.2006.08.008
- *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*(6), 856.
- *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*(4), 595.
- *Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(3), 486.
- Thompson, M., Kaslow, N. J., Weiss, B., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Children's Attributional Style Questionnaire—Revised: Psychometric examination. *Psychological Assessment*, *10*(2), 166.
- Tyrer, P. (2001). The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*, *179*(3), 191–193.
- Verdens helseorganisasjon. (1999). *ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*.
- Vickrey, B. G., Perrine, K. R., Hays, R. D., Hermann, B. P., Cramer, J. A., Meador, K. J., & Devinsky, O. (1993). Quality of life in epilepsy (QOLIE-31)(version 1.0); scoring manual and patient inventory. *Santa Monica, CA: Rand*.
- *Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(12), 1254–1262. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01667.x
- *Young, J. F., Mufson, L., & Gallop, R. (2010). Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety*, *27*(5), 426–433. doi:10.1002/da.20664

Tabell 1
Indikert forebygging ved angst

Ref.	Intervensjon, utøvd av (IU) og setting	Kontroll-gruppe	Inklusjonskriterier, deltakere og frafall.	Utfallsmål, blinding	Opp-følgning	Signifikante funn	Effekt-størrelser
LaFreniere og Capuano (1997)	Intensivt program over 6 måneder inkl. psykoedukasjon og øking av sosiale støttesystemer. IU = kliniker Hjemmebasert <i>n</i> = 21	Ingen intervensjon <i>n</i> = 22	Lærernominert engstelig og tilbaketrukket atferd (SCBE) Alder: 2,5 - 6 år <i>N</i> = 43 (58% J, 42% G) Frafall: 2 %	Symptomer: SCBE (lærer) Blindet	Ingen opp-følgning	Barn i begge gruppene viste betydelig mindre engstelig og tilbaketrukket atferd, ikke signifikante forskjeller.	Ikke rapportert.

Tabell 2
Indikert forebygging ved depresjon, organisert etter intervensjonsform

Ref.	Intervensjon, utøvd av (IU) og setting	Kontroll-gruppe	Inklusjonskriterier, deltakere og frafall.	Utfallsmål	Opp-følgning	Signifikante funn	Effekt-størrelser
Clarke et al. (1995)	"Coping With Stress Course" (CWS) 15 sesjoner, 3 ganger per uke over 5 uker. IU = Kliniker Skolebasert <i>n</i> = 76	TAU <i>n</i> = 74	CES-D skåre på ≥ 24 , ikke nåværende affektiv lidelse Alder: 14-16 år <i>N</i> = 150 (72% J, 18% G) Frafall: 27 %	Symptomer: CES-D Diagnose: K-SADS-E med LIFE Ikke info om blinding.	6 og 12 mnd.	Signifikant færre tilfeller av både alvorlig depressiv lidelse og dystymi i CWS-gruppen enn i kontrollgruppen over hele oppfølgingsperioden (14, 5 % vs. 25,7 %).	Posttest: 0,35 6 mnd: -0,07 12 mnd: -0,01*

Clarke et al. (2001)	CWS 15 sesjoner med ungdom, 3 separate foreldremøter. IU = kliniker Klinikkbasert $n = 45$	TAU $n = 49$	Førhøyede subkliniske depresjonssymptomer og minst en deprimerert foresatt. Alder: 13-18 år $N = 94$ (60% J, 40 % G) Frafall: 17 %	Symptomer: CES-D CBCL-D Funksjon: GAF Diagnose: K-SADS-E Blindet	12 og 24 mnd	Intervensjonsgruppen hadde signifikant større nedgang i CES-D ($p = .005$) og risiko for depresjonsdiagnose ($p = .04$), samt økning i GAF ($p = .04$) over hele oppfølgingsperioden på to år.	Posttest: $r = .22$ 12 mnd: $r = .16$ **
Garber et al. (2009); Beardslee et al. (2013)	CWS-basert gruppeintervensjon 14 sesjoner med ungdom og 2 separate foreldremøter. IU = kliniker Klinikkbasert $n = 159$	TAU $n = 157$	Deprimerte foreldre og selv en subklinisk depresjonsskåre og/eller tidligere depressiv lidelse. Alder: 13-17 år $N = 316$ (59% J, 41% G) Frafall: 9,5% posttest	Symptomer: CES-D CDRS-R Diagnose: K-SADS-PL Ikke blindet	6, 12 og 24 mnd.	Intervensjonsgruppen hadde signifikant større nedgang i symptomer over oppfølgingsperioden ($p = .03$), men ikke i diagnoseforekomst, med kontroll for gjetting på gruppetilhørighet fra raterne. Foreldrenes depresjon modererte effekten på både diagnose og symptomer.	Etter 2 år: 0,52 for alle 1,18 u/ deprimert forelder 0,24 m/ deprimert forelder
Armarson & Craighead (2009); Armarson & Craighead (2011)	CWS-, KAT- og resiliensbasert gruppeintervensjon. 14 sesjoner, 11 uker IU = skolepsykolog Skolebasert $n = 69$	Ingen intervensjon (Kunne selv oppsøke helsejenester) $n = 80$	Enten subkliniske depresjons-symptomer eller en negativ attribusjonsstil. Alder: 14-15 år $N = 171$ (52% J, 48% G) Frafall: 20 % v/ 6 mnd. Oppfølging	Diagnose: CAS K-SADS-PL Blindet	6 mnd.	Sammenliknet med kontroller, reduserte intervensjonen risiko for en førsteepisode av depresjon eller dystymi signifikant (87,8 % etter 6 mnd, $\chi^2 = 4,03$, $p = .0448$ og 81.8% etter 12 mnd, $\chi^2 = 5.02$, $p = .025$).	Ikke rapportert.

Stice, Burton, Bearman, & Rohde (2007)	”The Blues Group” Kort CWS-basert gruppeintervensjon Fire ukentlige sesjoner på en time. IU = kliniker Skolebasert <i>n</i> = 50	1: Støttende gruppeterapi 2: Biblioterapi 3: Dagbok 4: Uttrykk. skriveterapi 5: Venteliste Total <i>n</i> = 175	CES-D-skåre på ≥ 20 uten pågående klinisk depresjon (<30 på BDI) Alder: 15-22 år <i>N</i> = 225 (70% J, 30% G) Frafall: 14%	Symptomer: BDI	1 og 6 mnd.	Alle fem aktive intervensjoner viste signifikant større reduksjon i depressive symptomer ved post-test enn venteliste ($r = .29-.52$) Effekten av biblioterapi vedvarte ved 6 måneders oppfølging ($r = .29$).	Posttest: 0,71 1 mnd: 0,40 6 mnd: 0,13 *
Stice, Rohde, Seeley, & Gau (2008); Stice, Rohde, Gau, & Wade (2010)	(1) Kort CWS-basert gruppe, seks ukentlige sesjoner på en time. <i>n</i> = 89; (2) Støttende gruppe <i>n</i> = 88; (3) Biblioterapi <i>n</i> = 80. IU = kliniker Skolebasert total <i>n</i> = 257	Ingen intervensjon <i>n</i> = 84	CES-D-skåre på ≥ 20 uten pågående klinisk depresjon Alder: 14-19 år <i>N</i> = 341 (56% J, 44% G) Frafall: 3% v/posttest, 9%, 15% og 22% ved hhv. 6, 12 og 24 måneders oppfølging.	Symptomer: BDI Diagnose: K-SADS Blindet Sekundære: Sosial tilpasning, rusbruk	6, 12 og 24 mnd.	Størst symptomreduksjon i KAT-gruppen, $d = 0,30$ og 0,29 ved hhv. ett og to års oppfølging. Signifikant lavere risiko for depressive episoder i KAT-gruppen ($p = 0,03$; $d = 0,80$) og i BT-gruppen ($p = 0,004$; $d = 2,10$) enn i kontrollgruppen i løpet av to års oppfølging.	KAT-gruppen: Diagnose 24 mnd.: 0,80 Symptomer 12 mnd.: 0,30 24 mnd.: 0,29
Rohde, Stice, Shaw, & Brière (2014)	CWS-basert gruppe (den samme som Stice et al., 2008) IU = skolepersonell Skolebasert <i>n</i> = 126	Biblioterapi <i>n</i> = 128 Ingen intervensjon <i>n</i> = 124	CES-D-skåre på ≥ 20 uten pågående klinisk depresjon Alder: 13-19 år <i>N</i> = 378 (68% J, 32% G) Frafall: 4,7%	Symptomer og diagnose: K-SADS Blindet	6 mnd.	Cox-regresjon viste 8 ganger mindre risiko for å møte kriterier for en alvorlig depressiv lidelse etter 6 måneder i intervensjonsgruppen enn i de to kontrollgruppene.	KAT-gruppen: Posttest: 0,29 6 mnd.: 0,12

Young, Mufson, & Davies (2006)	”Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training” (IPT-AST) + psykoedukasjon. 10 sesjoner IU = kliniker Skolebasert <i>n</i> = 27 (85,4%.J)	Skole-veiledning <i>n</i> = 14	CES-D-skåre på 16-39, 2 sub-/eller kliniske depresjons-symptomer på K-SADS-PL, ikke pågående depressiv episode. Alder: 11-16 år <i>N</i> = 41 (85 % J, 15% G) Frafall: 2,4%	Symptomer: CES-D Diagnose: K-SADS-PL Blindet Funksjon: CGAS	3 og 6 mnd.	Signifikant færre depresjonssymptomer og signifikant bedre CGAS-skåre i IPT-AST gruppen ved posttest, 3 mnd og 6 mnd oppfølging. Ikke signifikant forskjell i forekomst av depresjonsdiagnose.	Posttest: 1,35 3 mnd.: 0,96 6 mnd.: 1,00 *
Young, Mufson & Gallop (2010)	IPT-AST IU = kliniker Skolebasert <i>n</i> = 36 (21 m/ foreldre, 15 uten)	Skole-veiledning <i>n</i> = 21	CES-D-skåre på 16-39, min. 2 sub-/eller kliniske depresjons-symptomer på K-SADS-PL, ikke pågående depressiv episode og CGAS <60 Alder: 13-17 år <i>N</i> = 57 (58% J, 42% G) Frafall: 7%	Symptomer: CES-D CDRS-R Diagnose: K-SADS-PL med LIFE Blindet Funksjon: CGAS	6, 12 og 18 mnd	Signifikant lavere skårer på CES-D (<i>d</i> = 0.81), CDRS-R (<i>d</i> = 0.80), og CGAS (<i>d</i> = 1.27) enn kontrollgruppen ved posttest. Ved seks måneders oppfølging forble bare forskjellen i CGAS signifikant (<i>d</i> = 0.61).	Posttest: 0,81-1,27 6 mnd.: 0,51-0,61 12 mnd.: 0,33-0,50 18 mnd.: 0,17-0,40
Gillham, Hamilton, Freres, Patton, & Gallop (2006)	The Penn Resiliency Program (PRP) 8 sesjoner IU = kliniker Primærhelsetjeneste-basert <i>n</i> = 147	TAU <i>n</i> = 124	CDI-skåre v/50.persentil for alder og kjønn, uten klinisk depresjon Alder: 11-12 år <i>N</i> = 271 (53% J, 47% G) Frafall: 34% v/24 mnd	Symptomer: CDI Diagnose: Innhentede helsedata Forklaringsstil: CASQ	6, 12 og 24 mnd	Små og inkonsistente effekter. Signifikant reduksjon for jenter men ikke gutter i forekomst av depressive symptomer (<i>p</i> < .05, <i>d</i> = -0,31) og forbedret forklaringsstil for positive hendelser (<i>p</i> < .01, <i>d</i> = 0,28).	Posttest: 0,09 6 mnd.: 0,64 12 mnd.: 0,46 *

Sheffield et al. (2006)	Indikert intervensjon: "Adolescents Coping With Emotion" KAT-basert 8 sesjoner IU = skolepersonell Skolebasert	Ingen intervensjon <i>n</i> = 149	Sammenlignet en universell (<i>n</i> = 126), indikert (<i>n</i> = 134) og en kombinert universell etterfulgt av indikert (<i>n</i> = 112) intervensjon. Alder: 14-15 år <i>N</i> = 521 (69% J, 31% G) Frafall: 15% v/ 12 mnd.	Symptomer: CDI CES-D BHS Diagnose: ADIS-C Ikke blindet	3, 6 og 18 mnd etter baseline.	Ingen signifikante forskjeller mellom gruppene funnet for noen av studiens utfallsmål.	Posttest: 0,16 12 mnd.: 0,05 *
Martinovic, Simonovic & Djokic (2006)	KAT-basert intervensjon på 12 individuelle sesjoner over 6 mnd. IU = kliniker Klinikkbasert <i>n</i> = 15	TAU (støttende individuelle samtaler) <i>n</i> = 15	Nylig diagnostisert epilepsi og subklinisk depresjonsskåre (BDI >6 eller CES-D >9 og HAMD mellom 6-8) Alder: 13-19 år <i>N</i> = 30 (60% J, 40 % G) Frafall: 6,6%	Symptomer: BDI, CES-D, HAMD Diagnose: K-SADS-E Livskval.: QOLIE-31, Neg og pos. tanker: 4-punkts skala	6 og 9 mnd.	Signifikant lavere skårer på BDI og CES-D i intervensjonsgruppen (<i>p</i> < 0.05) over hele perioden. Signifikant høyere livskvalitet i intervensjonsgruppen (<i>p</i> < 0.05). Signifikant nedgang i negative tanker i intervensjonsgruppen (<i>p</i> < 0.01).	Ikke rapportert.

* Rapportert i metaanalysen til Callear & Christensen (2010)

** Rapportert i metaanalysen til Stice, Shaw, Bohon, Marti og Rohde (2009)

Tabell 3
Indikert forebygging ved angst og depresjon

Ref.	Intervensjon, utøvd av (IU) og setting	Kontrollgruppe	Inklusjonskriterier, deltakere og frafall.	Utfallsmål	Oppfølging	Signifikante funn	Effektstørrelser
Dobson, Hopkins, Fata, Scherrer, & Allan (2010)	”Adolescent Coping with Stress Course” (CWS) IU = kliniker Skolebasert <i>n</i> = 25 (68% K)	Støttende gruppeterapi ”Let’s Talk” <i>n</i> = 21 (71% K)	CES-D-skåre på ≥ 24 uten pågående klinisk depresjon Alder: 13-18 år <i>N</i> = 46 (70 % J, 30% G) Frafall: 0 ved posttest, 39% v/ 6 mnd. oppfølging	Symptomer: <i>Depresjon</i> CES-D CDI <i>Angst</i> BAI <i>Annet</i> CBCL-YSR	3 og 6 mnd.	Ikke signifikante forskjeller mellom gruppene. Skårer på alle utfallsmål sank betraktelig over tid i både intervensjons- og i kontrollgruppen.	Ikke rapportert. (Anvendte bench-marking strategi)
Manassis (2010)	”The Feelings Club” 12 ukers gruppe KAT-basert IU = kliniker Skolebasert <i>n</i> = 78	Aktivitetsgruppe etter skolen <i>n</i> = 70	<i>t</i> > 60 på enten MASC eller CDI 3.-6.klassinger (alder ikke oppgitt) <i>N</i> = 148 (43% J, 57% G) 2% frafall v/posttest	Symptomer: <i>Angst</i> MASC <i>Depresjon</i> CDI Diagnose: ADIS Blindet	12 mnd.	Selvrapporterte engstelige og depressive symptomer sank betraktelig over tid både i intervensjons- og i kontrollgruppen, ikke signifikante forskjeller mellom gruppene.	12 mnd: MASC: 0,15 CDI: 0,13