

Hovedoppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og
teknologiledelse
Psykologisk institutt

Runar Smelror

«Innvirkning av kumulative risikofaktorer på behandlingen av en deprimert ungdom»

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi

Trondheim, desember 2013

Forord

Min interesse for depresjon blant barn og unge ble vekket høsten 2011 i gjennomføringen av barne- og ungdomssemesteret ved NTNU. Pensumartikkelen “Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis”, av Weisz, McCarty og Valeri (2006) problematiserte svak effekt ved behandling av denne lidelsen. Jeg ønsket å lære mer om årsakene til dette og om hvorfor det tilsynelatende ikke var større fokus på utvikling av intervensjoner med bedre og mer langvarig effekt. Det ble utgangspunktet for denne hovedoppgaven. Jeg har selv utviklet forskningsspørsmål, samlet inn data og utført analysen. Oppgaven er ikke en del av et større forskningsprosjekt.

Arbeidet har vært en lang og tidvis vanskelig prosess. Samtidig har det vært utrolig lærerikt både faglig og akademisk. Jeg har fått hjelp og støtte av mange. Først vil jeg takke min kjæreste Elisabeth for at hun fyller livet mitt med hverdagslykke. Så vil jeg takke min mor for at hun er min trygge base. Videre vil jeg takke mine veiledere Trude Reinfjell og Jon Aarseth for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg vil også takke Jon Aarseth og Bjørnar Engum for veiledningen jeg fikk i internpraksis ved NTNU. Takk til kull 29 for fem gode år sammen.

Avslutningsvis ønsker jeg å takke min veileder i hovedpraksis ved Bærum BUP, Benedikte Ingrid Austad, som har veiledet og hjulpet meg i høst. Til slutt vil jeg gi en stor takk til Åke Elden for sine direkte og gode tilbakemeldinger mot slutten av arbeidet. Uten hans veiledning hadde ikke oppgaven sett slik ut.

Tusen takk alle sammen!

Eiksmarka, 19. desember 2013



Runar Smelror

Sammendrag

Peter, 15 år, ble behandlet for depresjon med CBT. Etter behandling oppfylte han fremdeles kriteriene til mild depressiv episode. Studien har analysert Peters behandling for å undersøke mulige årsaker til utilstrekkelig symptomreduksjon. Kasusstudie ble benyttet som forskningsmetode ut fra et ønske om å forstå et komplekst fenomen i sin naturlige kontekst. Data ble samlet inn gjennom direkte observasjon og ustrukturerte samtaler i terapiforløpet. I analysen ble mønstre i dataene kategorisert og knyttet opp mot empirisk forskning. Analysen avdekket 17 konsepter innenfor 4 systemer: *Peters utviklingssystem, foreldrenes omsorgssystem, Peters oppvekstsystem og behandlingssystemet*. Konseptene i de 3 første systemene betraktes som risikofaktorer. Konseptene i det siste systemet betraktes som svakheter ved behandlingstilbudet. Funnene illustrerer at årsakene til utilstrekkelig symptomreduksjon er komplekse og kumulative. Basert på funnene ble en alternativ behandling for deprimert ungdom foreslått. Forslaget kombinerer CBT og ABFT i et rammeverk basert på MST. En fordel med forslaget er at mangfoldet av risikofaktorer i større grad blir oppdaget og endret. Ulempen er at gjennomføringen vil kreve betraktelig større økonomiske ressurser enn dagens CBT. Studiens funn gjenspeiler behovet for mer omfattende og brede tiltak i behandling av deprimert ungdom. Videre forskning oppfordres til å utfordre etablerte sannheter om behandling av denne lidelsen.

Nøkkelord: Kasusstudie, depresjon, ungdom, kumulativ risiko, kognitiv atferdsterapi

Innhold

Forord	3
Sammendrag	5
Innhold	7
Innvirkning av kumulative risikofaktorer på behandlingen av en deprimert ungdom	9
Ungdom og depresjon	9
Risikofaktorer for utvikling av depresjon	10
Kasuistikk “Peter” 15 år	12
Forskningsspørsmål	13
Psykoterapeutisk depresjonsbehandling for ungdom	14
Metode	17
Kasusstudie som forskningsmetode	17
Peter som kasus	17
Datainnsamling	17
Dataanalyse	18
Analyse	19
Peters utviklingssystem	19
Foreldrenes omsorgssystem	21
Peters oppvekstsystem	22
Behandlingssystemet	22
Oppsummering	24
Diskusjon	25
En alternativ behandlingstilnærming for deprimert ungdom	25
Behandlingsforslaget sammenlignet med tradisjonell CBT	31
Metodiske implikasjoner ved kasusstudien	32
Konklusjon	35
Referanser	37
Fotnoter	51

Innvirkning av kumulative risikofaktorer på behandlingen av en deprimert ungdom

Ungdomsalderen er en sårbar periode assosiert med utviklingsmessige endringer i biologiske, psykologiske og sosiale systemer (Brooks-Gunn & Reiter, 1990). Løsrivelse fra foreldre og økt tilknytning til jevnaldrende er viktige kjennetegn for denne fasen (Kroger, 2000). Aktuelle utviklingsoppgaver inkluderer økt behov for autonomi, individuering og identitetsutvikling (Erikson, 1968; Kroger, 2000; Moshman, 2005; Bengtson, 2007). En vellykket identitetsutvikling inkluderer fleksibilitet, selvtillit, kognitiv kompetanse og sosial støtte (Grotevant, 1987). Biologiske endringer som en følge av puberteten fører til at flere livshendelser oppleves mer negativt enn tidligere (Rudolph & Hammen, 1999). Humørsvingninger og økt konfliktnivå i hjemmet er assosiert med normativ ungdomsutvikling (Larson, Csikzentmihalyi, & Graef, 1980; Steinberg, 1990). Hvis negative opplevelser vedvarer kan det blant annet føre til sosial tilbaketrekning, manglende interesse og negative tanker om seg selv, andre og fremtiden. Slik atferd er karakteristisk for depresjonsutvikling.

I følge diagnosemanualen *International Classification of Diseases and related health problems* (10. utg.; *ICD-10*; World Health Organization [WHO], 1993), må seks eller flere av følgende symptomer være til stede for at kriteriene til diagnosen *moderat depressiv episode* skal være oppfylt¹: (a) deprimert humør, (b) vedvarende tap av glede eller interesse (anhedoni), (c) redusert energi/økt tretthet, (d) redusert selvtillit, (e) overdreven selvbepreidelse og skyldfølelse, (f) tilbakevendende tanker om død eller selvmord, (g) svekket konsentrasjonsevne og økt ubesluttsomhet, (h) økt uro/irritabilitet eller tilbaketrekning, (i) forstyrret søvn, (j) endring i appetitt eller vekt. Minst to av de tre første symptomene må være til stede. Dette mønsteret må være til stede mesteparten av dagen, nesten hver dag i løpet av en periode på minst to uker, og må føre til signifikant ubehag eller funksjonsnedsettelse på viktige funksjonsområder (e.g., sosiale, arbeidsmessige). En depressiv episode er fraskilt fra normale sorgreaksjoner og ekskluderer opplevelse av maniske episoder (WHO, 1993).

Ungdom og depresjon

Norske studier viser at 15 til 20 % av barn og unge får betydelige symptomer på depresjon før de fyller 18 år, med økt forekomst i ungdomsårene (Wichstrøm, 1999; Sund, 2004). Hos yngre barn er det små kjønnsforskjeller i forekomst av denne lidelsen (Goodyer, 2010), mens forskjellene øker i ungdomsårene hvor dobbelt så mange jenter blir rammet (Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994). Tidligere ble det antatt at depresjon ikke kunne ramme barn fordi nødvendige psykologiske mekanismer ikke var tilstrekkelig utviklet

(Fredriksen & Aarseth, 2012; Huberty, 2012). En slik tenkning har endret seg i takt med empirisk forskning og i dag kan man validere depressive syndromer hos barn helt ned i treårsalderen (Luby et al., 2003).

Symptomer på depresjon hos ungdom har like uttrykksformer som hos voksne (Huberty, 2012). Til tross for dette kan likevel noen symptomer uttrykkes annerledes. Depresjonssymptomer spesielt knyttet til ungdomsalderen kan blant annet inkludere større avhengighetsforhold til foreldre (spesielt yngre ungdommer), selvskading, overspising og oppkast, promiskuitet og humørsvingninger (Fredriksen & Aarseth, 2012; Verduyn, 2011; Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009; Grøholt & Sund, 2011). Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at kliniske symptomer kan føre til forstyrrelser i barns normale utvikling. Det kan resultere i at barn uttrykker andre symptomer enn det som kjennetegner deres kronologiske alder (Frankel, Gallerani, & Garber, 2012).

I tillegg til utviklingsspesifikke symptomer, er komorbiditet svært vanlig blant barn og unge. Verduyn (2011) hevder at komorbide symptomer på minst én annen psykisk lidelse er til stede hos 50 til 80 % av deprimerte barn og unge. Barn med angst og depresjon er eldre enn barn med kun angst (Avenevoli, Stolar, Dierker, & Merikangas, 2001). I mesteparten av tilfellene vil angstsymptomene uttrykkes tidligere og predikere senere utvikling av depresjonssymptomer (Roza, Hofstra, van der Ende, & Verhulst, 2003).

Risikofaktorer for utvikling av depresjon

Utvikling av depresjon kan forklares ved bruk av stress-sårbarhetsmodeller (e.g., Beck, 2002; Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Beck, Haigh, & Baber, 2012). Sårbarhet er kjennetegn ved individet som gir økt risiko for utvikling av vansker mens stress er ugunstige miljøforhold. Interaksjoner av stress og sårbarhet forklarer hvorfor noen utvikler vansker mens andre ikke gjør det (Kvvello, 2009). Både stress og sårbarhet er risikofaktorer for dysfunksjonell utvikling. Risikofaktorer øker sannsynligheten for utvikling av psykopatologi mens beskyttelsesfaktorer støtter god psykososial utvikling (Mykletun et al., 2009). Kunnskap om risikofaktorer er viktig for å kunne predikere hvilke barn og unge som er særlig utsatt for utvikling av psykiske lidelser (Curtis & Cicchetti, 2003). Essex et al. (2006) hevder at informasjon om risiko- og beskyttelsesfaktorer i førskolealder er en like god prediktor på symptomnivå i ungdomsalder som symptommålinger i samme alder. Økende antall risikofaktorer fører til økt sannsynlighet for dysfunksjonell utvikling (Appleyard, Egeland, van Dulmen, & Sroufe, 2005; Morales & Guerra, 2006). Tre sameksisterende risikofaktorer blir sett på som en grense for utvikling av psykopatologi, med sterk økning i risiko fra tre til fire faktorer (Forehand, Biggar, & Kotchick, 1998; Kvvello, 2009).

Temperament anses å være biologisk og genetisk forankret (Zentner & Bates, 2008). Det kommer til syne i barnets første leveår og påvirkes i liten grad av ytre stimuli (Zentner & Bates, 2008). Caspi (2000) har delt temperamentsstiler inn i tre kategorier: *Inhibert*, *underkontrollert* og *veltilpasset*. I følge Caspi har barn født med en inhibert temperamentsstil større risiko for å utvikle angst og depresjon enn barn med andre stiler. I tillegg til temperament er alle barn født med et tilknytningssystem som utvikles med alder og erfaring (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Interaksjonskvaliteten mellom barn og foreldre gir barna erfaringer som lagres og benyttes som rammeverk i relasjoner med andre (Bowlby, 1969). Dette rammeverket omtales ofte som tilknytningsstil, og påvirker hvordan barn organiserer sine responser på truende hendelser (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2008; Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth, & Ziv, 2006). Man skiller mellom fire tilknytningsstiler: *Trygg (B)*, *utrygg-unnvikende (A)*, *utrygg-ambivalent (C)* og *utrygg-desorganisert (D)*. Barn som viste utrygg-ambivalent tilknytning i spedbarnsalder hadde økt risiko for å utvikle internaliserende lidelser i ungdomsalder (Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997). Utrygg tilknytning kan bidra til følelser av skam, tvil og utrygghet istedenfor trygg autonomi. Dette er assosiert med utfordringer knyttet til ungdommers identitetsutvikling (Erikson, 1968). Ungdom med trygg tilknytning til sine foreldre beholder dem som sine viktigste tilknytningsobjekt i ungdomsalderen (Nickerson & Nagle, 2005). Blant ungdom med utrygg tilknytning blir derimot jevnaldrende fortrukket som tilknytningsobjekt foran foreldrene (Nickerson & Nagle, 2005).

Barns evne til å regulere emosjoner er en essensiell del av normativ utvikling (Cole, Martin, & Dennis, 2004). Svekket eller forstyrret emosjonsregulering er en viktig risikofaktor i utvikling av depresjon (Izard, Youngstrom, Fine, Mostow, & Trentacosta, 2006; Bradley, 2000; Keenan, 2000). Hvis barnet ikke oppnår adekvate responser over tid, for eksempel hvis mor er deprimert, mishandlende eller neglisjerende, kan barnets emosjonssystem bli skjevutviklet og føre til vedvarende endringer på flere områder (Izard et al., 2006). Mangel på gode emosjonsreguleringsstrategier har negativ innvirkning på barnets selvregulering av negative emosjoner (Eisenberg et al., 1999). Depresjon sees ofte på som en prototypisk forstyrrelse av emosjoner (Izard et al., 2006).

Oppdragsstiler handler om foreldres evne til å kombinere varme (i.e., støtte, responsivitet) og kontroll (i.e., grensesetting, tilsyn) (Baumrind, 1991), og er en svært viktig påvirkning i barns psykiske utvikling (O'Connor & Hetherington, 1995). Oppdragsstiler deles inn i fire kategorier: *Demokratisk (autoritativ)*, *autoritær*, *ettergivende*, og *neglisjerende*. Neglisjerende oppdragsstiler øker risikoen for at barn vil utvikle angst og

depresjon (Maccoby & Martin, 1983). I tillegg øker risikoen for utvikling av eksternerende lidelser ved at foreldrene har lite tilsyn og kontroll over barna (Pettit, Laird, Dodge, Bates, & Criss, 2001). Foreldre med dårlig regulerte emosjoner er en risikofaktor for at barna vil utvikle forstyrret emosjonsregulering og utrygg tilknytning (Ashman, Dawson, Panagiotides, Yamada, & Wilkinson, 2002). Barn som blir utsatt for negative opplevelser (e.g., deprimerte foreldre, misbruk, vold), har økt risiko for å utvikle mange typer psykopatologi (Felitti et al., 1998), inkludert depresjon (Chapman et al., 2004; Mathiesen & Sanson, 2000; McCarty & McMahon, 2003; Murray & Cooper, 1997; Goodman & Gotlib, 1999).

Kasuistikk “Peter” 15 år

Peter, en 15 år gammel gutt, ble henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk på grunn av høyt skolefravær, tilbaketrekning og nedstemthet. Han kom til inntakssamtale med sine foreldre. Peter var høy, slank med kort brunt hår og brune øyne. Han hadde hettegenser og jeans. Han fremsto tilbaketrukket og beskjeden. Peters far var en høy, slank mann i 50-årene med kort skjegg. Han hadde en høy stilling i næringslivet som krevde mye reising. Peters mor var i slutten av 40-årene. Hun hadde langt brunt hår, slank og så yngre ut enn sin alder. Hun hadde tidligere arbeidet som frisør, men de siste 15 årene hadde hun jobbet turnus i helsesektoren. Peter hadde en eldre søster som hadde flyttet hjemmefra og en yngre søster som bodde hjemme.

Peter fortalte at han tidligere deltok på flere fritidsaktiviteter, men hadde sluttet for å fokusere på skolen. Han ønsket å komme inn på en populær videregående skole som krevde gode karakterer. Peters eldre søster hadde gått på denne skolen og i følge far var det ønskelig at alle deres barn skulle gå der. Far mente skolen både var faglig god og samtidig en verdifull nettverksarena for fremtiden. Peter ble henvist i oktober etter at han ikke hadde vært på skolen på tre uker. Han fortalte at han ikke klarte å gå på skolen fordi han var sliten, kvalm og trett. Han sa det føltes som om han gikk med konstant “klump i halsen”. Han ønsket å gråte, men fikk det ikke til. Han følte seg tom innvendig.

Utviklingshistorie. Det ble gjennomført et anamneseopptak med Peter og hans foreldre. Foreldrene fortalte at Peter alltid hadde vært en sjenert og forsiktig gutt. Da Peter var cirka ett år hadde faren en pendlerstilling som innebar mye reising. I denne tiden slet mor med depresjonsvansker og var sykemeldt. Familien kjente til spesialisthelsetjenesten fra denne tiden. Da Peter var ni år hadde han hatt tre, fire samtaler med skolens helsesøster på grunn av tristhet. Han hadde tidligere deltatt på fritidsaktiviteter som ishockey, fotball og

kickboksing etter sterk oppmuntring fra foreldrene. Foreldrene fortalte at de alltid hadde stilt høye krav til sine barn. De mente at høye krav resulterte i gode prestasjoner.

Behandling. Peter ble utredet med et diagnostisk intervju og symptommålinger i form av spørreskjemaer. Resultatene indikerte at han slet med en moderat depressiv episode med innslag av sosial og bekymringsangst. I tråd med kliniske retningslinjer for behandling av depresjon hos ungdom, ble individualterapi med kognitiv atferdsterapi igangsatt. Behandlingstilbudet var én terapitime per uke ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Peters foreldre ble kun inkludert i innledningsfasen og hadde ikke en aktiv rolle i behandlingen. Terapien fulgte ikke en spesifikk manual, men inkluderte teknikker som psykoedukasjon, aktivitetsregistrering og -planlegging, kognitiv restrukturering, sosial ferdighetstrening og problemløsningstrening. Behandlingen ble gjennomført over 14 uker, hvorav Peter uteble to ganger.

I siste time viste Peter bedring i form av redusert skolefravær. Etter gjennomført symptomkartlegging oppfylte han likevel kriteriene til en mild depressiv episode. I utforskning av hans symptomer kom det frem at det var høyt konfliktnivå hjemme. Peter mente han hadde mye av skylden for dette fordi foreldrene mislikte hans dårlige karakterer. Peters far hadde sagt at det var på tide med et innblikk i virkeligheten hvor Peter fikk vite hvilke skoler han kunne komme inn på med hans karakterer. I tillegg hadde Peter mistet kontakten med flere av sine gamle venner, noe han også var lei seg for. Dette førte til at han ble sittende mye hjemme etter skolen og på ettermiddagene. Tidligere hadde han brukt mye tid på spill med venner på internett, men det hadde foreldrene nektet ham. I følge Peter mente de at han enten kunne være mer ute eller gjøre lekser hvis han kjedet seg. Peter fortalte at han gikk på skolen, men gruet seg fordi han ble stående mye alene i friminuttene. Han følte seg fremdeles sliten og nedstemt.

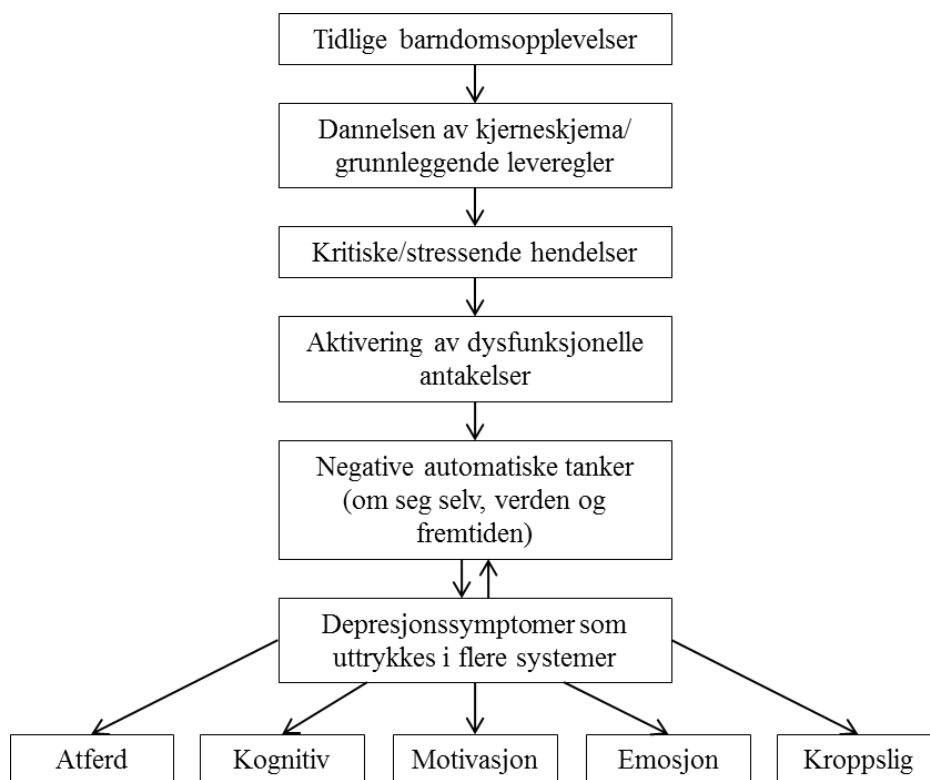
Forskningsspørsmål

Depresjon i barne- og ungdomsalder er en sterk prediktor for depresjon i voksen alder med alvorlige funksjonsnedsettelse (Weissman et al., 1999; Georgiades, Lewinsohn, Monroe, & Seeley, 2006; Sund, Bjelland, Holgersen, Israel, & Plessen, 2012). Lidelsen påvirker blant annet viktige områder som skoleprestasjoner og jevnaldningsrelasjoner (Brent et al., 1997). I tillegg øker risikoen for selvmordsforsøk og gjennomførte selvmord (Costello et al., 2002). Det er helt nødvendig at deprimert ungdom får tilbud om effektiv hjelp i mestring av denne lidelsen. I denne kasestudien er det ønskelig å analysere Peters behandling for å undersøke hvorfor hans depresjonssymptomer ikke var tilstrekkelig redusert ved behandlingsslutt. Basert på analysen vil en alternativ behandlingstilnærming bli foreslått.

Psykoterapeutisk depresjonsbehandling for ungdom

Grøholt og Sund (2011) viser til tre aktuelle psykoterapeutiske intervensjoner i behandling av barn og unge med depressive lidelser: Kognitiv atferdsterapi (Cognitive-Behavior Therapy [CBT]), interpersonlig terapi for ungdom (Interpersonal Therapy for Adolescents [IPT-A]) og i enkelte tilfeller, psykodynamisk terapi. Effekten av psykodynamisk terapi evalueres fremdeles med hensyn til behandling av depresjon hos barn og unge (Ritvo, 2009). I Storbritannia anbefales enten CBT, IPT eller korttidsbasert familieterapi (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005), mens i USA anbefales kun CBT og IPT (National Institute of Mental Health, 2013). Metaanalyser av behandlingsstudier for depresjon hos barn og unge har vist effektstørrelser fra 0,34 til 0,72 i følge Cohens (1988) klassifisering² (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006; Michael & Crowley, 2002). I følge David-Ferdon og Kaslows (2008) gjennomgang av evidensbaserte psykososiale behandlinger for depresjon hos ungdom er det kun CBT og IPT som blir ansett som *veletablerte* mens familieterapi fremdeles kategoriseres som *eksperimentell*³. CBT og IPT har vist like gode effekter i reduksjon av depresjonssymptomer hos ungdom (Rosello & Bernal, 1999). Etersom IPT har noe svakere dokumentert effekt enn CBT (Klomek & Mufson, 2006) har behandling av depresjon med CBT ofte vært sett på som “gullstandarden” i behandling av depresjon hos barn og unge (Fredriksen & Aarseth, 2012). Det er ikke funnet klare forskjeller på CBT levert som individual- eller gruppeterapi (Clarke et al., 2002), men i Norge foreslås ofte individualterapi fremfor gruppeterapi i behandling av depresjon (e.g., Grøholt & Sund, 2011).

Kognitiv atferdsterapi. CBT bygger på Becks (1976) kognitive teori for utvikling av emosjonelle lidelser. Tilnærmingen fokuserer på å “endre observerbar atferd ved å endre tanker, fortolkninger, antakelser og responsstrategier hos individet” (Kazdin, 1978, s. 337). I følge kognitiv teori er depresjonsutvikling et resultat av en interaksjon mellom individets kognitive sårbarhet og stressende livshendelser (Verduyn, Rogers, & Wood, 2009). Den kognitive forklaringsmodellen for depresjon er illustrert i Figur 1.



Figur 1. En kognitiv forklaringsmodell for utvikling av depresjon. Tilpasset fra *Depression. Cognitive behaviour therapy with children and young people* (s. 16), av C. Verduyn, J. Rogers, og A. Wood, 2009, New York, NY: Routledge. Copyright 2009 ved C. Verduyn, J. Rogers, og A. Wood.

Modellen hevder at barn som vokser opp i miljø med mange negative livshendelser vil danne dysfunksjonelle kjerneskjemaer som ligger latent hos barnet gjennom oppveksten. Senere kan stressende livshendelser aktivere personens underliggende skjemaer gjennom negative automatiske tanker om seg selv, andre og fremtiden. CBT hjelper personer med å identifisere og utfordre sine negative tanker, samt å forstå sammenhengen mellom tanker, emosjoner og atferd (Beck, Rush, Shaw, & Emry, 1979). Andre sentrale fokusområder er aktivitetsplanlegging, atferdseksperimenter og hjemmeoppgaver.

Interpersonlig terapi. IPT er basert på Sullivans (1953) interpersonlige teori og Meyers (1957) psykobiologiske teori. I IPT vektlegges det gjensidige forholdet mellom biologiske og psykososiale aspekter av psykopatologi. Det antas at depresjon utvikles og opprettholdes som en følge av vansker i personers relasjoner til andre (Craighead, Sheets, Brosse, & Ilardi, 2007). Behandlingen fokuserer på å identifisere og forbedre personers interpersonlige fungering ved å lære dem alternative responser til interpersonlig stress.

Aktuelle fokusområder er uløst sorg, konfliktfylte relasjoner til andre, rolleoverganger, og interpersonlige mangler (Mufson et al., 2004).

Familieterapi. Familieterapi fokuserer på familiekonflikter og forsøker blant annet å endre familiers kommunikasjonsmønstre og øke deres håndteringsferdigheter (Stark, Banneyer, Wang, & Arora, 2012). Tilknytningsbasert familieterapi (Attachment-Based Family Therapy [ABFT]; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002) er en nyere type familieterapi spesielt utviklet for behandling av depresjon hos ungdom. Denne tilnærmingen har gitt effektiv reduksjon i depresjonssymptomer hos ungdom sammenlignet med venteliste (McCarty & Weisz, 2007). I ABFT kombineres aspekter fra tilknytningsteori, strukturell og multidimensjonell familieterapi, kontekstuell og emosjonsfokuserert terapi (Stark et al., 2012; Israel & Diamond, 2009). Behandlingen fokuserer på å reparere ungdommens tilknytning til sine foreldre, støtte ungdommens autonomi og forbedre negative familieinteraksjoner (Diamond, 2005).

Metode

Kasusstudie som forskningsmetode

Kasusstudier er en passende forskningsmetode hvis forskningsspørsmålene er basert på *hvorfor* og *hvordan* spørsmål (Yin, 2013). Forskningsmetoden er spesielt nyttig når det foreligger et ønske om å forstå et komplekst fenomen i sin naturlige virkelighetskontekst (Crowe et al., 2011). Yin (2013) skiller mellom tre ulike typer kasusstudier: *Utforskende*, *forklarende* og *beskrivende*. Utforskende kasusstudier har som mål å identifisere forskningsspørsmål eller prosedyrer som skal brukes i en påfølgende studie. Forklarende kasusstudier ønsker å forklare hvordan eller hvorfor en betingelse ble til (e.g., hvordan eller hvorfor en sekvens av hendelser oppsto eller ikke oppsto), og beskrivende kasusstudier har som mål å beskrive et fenomen i sin virkelighetskontekst. Denne kasusstudien har et forklarende aspekt ved at den forsøker å identifisere faktorer som kan ha medvirket til utilstrekkelig reduksjon av Peters depresjonssymptomer. I tillegg har den et utforskende aspekt ved at et alternativt behandlingsforslag presenteres.

Peter som kasus

Fenomenet som undersøkes og analyseres i denne kasusstudien er mulige faktorer til hvorfor Peters depresjon ikke ble behandlet på en tilfredsstillende måte ved bruk av CBT. Personen som benyttes som kasus ble behandlet i Norge av forfatteren i løpet av utdanningen ved profesjonsstudiet i psykologi ved Norges teknisk- og naturvitenskapelig universitet (NTNU). Av hensyn til personen og personens familie er alle kjennetegn ved kasuset anonymisert (i.e., foreldrenes yrker, familiestørrelse, etc.).

Datainnsamling

Datainnsamlingen er basert på gjennomføringen av CBT med en deprimert ungdom. I utredningen ble det benyttet et diagnostisk intervju og spørreskjema for å bidra til validering av diagnosen. Detaljer knyttet til utredningsverktøyene ligger utenfor omfanget av denne studien. Innsamlet data er basert på terapeutens direkte observasjoner og samtaler med klienten og hans familie i gjennomføringen av behandlingen. Datamaterialet som beskrives i analysen er basert på terapeutens erindringer. Ingen strukturerte datainnsamlingsmetoder ble benyttet.

Kliniske kasusstudier er i stor del basert på direkte atferdsobservasjon (Kazdin, 2011). Styrkene med direkte observasjon er at den er umiddelbar og kan inkludere tilgjengelig kontekst (Yin, 2013). Svakheterne er at atferd kan variere avhengig av kontekst, personer kan opptre annerledes i visshet om at de blir observert, og observatørens kompetanse til å oppdage relevant atferd kan påvirke innsamlet materiale (Kazdin, 2011). I tillegg er

observasjoner ofte selektive (det er vanskelig å dekke et bredt område uten teamsamarbeid), tidskrevende og kostbare å gjennomføre (Yin, 2013). Terapeutens observasjoner av ungdommen og familien i gjennomføringen av CBT kan betraktes som direkte observasjoner.

I kasstudier blir intervjuer ofte utført som guidete samtaler fremfor bruk av en formell struktur (Yin, 2013). I denne kasstudien kan terapiesamtalene mellom terapeuten og ungdommen karakteriseres som ustrukturerte intervju. Intervju blir ansett som en av de viktigste beviskildene i kasstudieforskning (Stake, 1995). Styrkene med intervju er at de fokuserer direkte på temaet, og bidrar til innsikt og forståelse, kombinert med personlige oppfatninger (Crowe et al., 2011). Svakhetene er at dårlig formulerte spørsmål kan føre til responsbias ved at unøyaktige beskrivelser rapporteres på grunn av erindringsvansker, eller at intervjuobjektet sier det intervjueren ønsker å høre (Yin, 2013).

Dataanalyse

Til forskjell fra statistiske analyser med fastsatt struktur, er analysen i kasstudier avhengig av forskerens stil og kompetanse knyttet til empirisk tenkning, tilstrekkelig presentasjon av datamateriale, og vurderinger av alternative fortolkninger (Yin, 2013). Analysen består i hovedsak av å ta inntrykk fra hverandre og gi dem mening (Stake, 1995). I denne studien vil beskrivelser fra observasjoner og samtaler bli benyttet som datagrunnlag i analysen. Yin (2013) anbefaler at det benyttes en analysestrategi som kobler innsamlet data sammen med overordnede konsepter. *Kasusbeskrivelse* vil benyttes som analysestrategi. Kasusbeskrivelse tar sikte på å identifisere mønstre i dataene som kan bidra til å forklare hvorfor et gitt resultat oppsto (Yin, 2013). I tillegg anbefaler Yin at en spesifikk analyseteknikk benyttes for å øke intern og ekstern validitet. Til dette vil *mønstermatching* benyttes hvor data blir koblet sammen med relevant forskning (Yin, 2013).

Analyse

Ved bruk av kasusbeskrivelse som analysestrategi ble mønstre i dataene identifisert og kategorisert. Mønstermatching ble benyttet som analyseteknikk hvor mønstrene ble knyttet opp mot relevant empiri. Samlet resulterte det i at 17 konsepter innenfor fire systemer ble identifisert. De fire systemene er *Peters utviklingssystem*, *foreldrenes omsorgssystem*, *Peters oppvekstsystem* og *behandlingssystemet*. Tabell 1 gir en oversikt over systemene, konseptene og eksempler på kasusbeskrivelser.

Peters utviklingssystem

Genetisk sårbarhet. I anamneseopptaket kom det frem at Peters mor hadde vært deprimert da Peter var omtrent ett år gammel. Genetiske faktorer har vist seg å være en medvirkende årsak til utvikling av depresjon (Silberg, et al., 1999). Genetiske sårbarheter alene er ikke tilstrekkelig til å forklare utvikling av psykiske vansker. Forskning har vist at arv og miljø utgjør cirka 50 % hver i utviklingen av psykiske lidelser (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bornstein, 2000). Genetisk sårbarhet kan likevel ha vært et bidrag til at Peter utviklet depresjon og at symptomene ikke ble tilstrekkelig redusert etter behandling.

Inhibert temperament. Foreldrene rapporterte at Peter hadde vært sjenert og skeptisk til nye situasjoner fra han var spedbarn. Han foretrakk forutsigbarhet og rutiner. I følge Caspi (2000) kjennetegnes barn med inhibert temperament som fryktsomme, sosialt usikre og blir lett opprørte av nye situasjoner eller mennesker. Slike barn har økt risiko for å utvikle angst og depresjon. Peters temperament kan ha økt hans sårbarhet for å utvikle depresjon, og faktorer knyttet til temperament (e.g., negativ emosjonalitet) kan ha medvirket til at hans depressive symptomer delvis ble opprettholdt etter behandling.

Utrygg tilknytningsstil. I følge mor hadde Peter alltid vært en selvstendig gutt som tok vare på seg selv. Han hadde ikke hadde vært så opptatt av kontakt med henne eller far da han var mindre. Barn med utrygg-unnvikende tilknytning kjennetegnes av at de er lite opptatt av foreldrene og viser få emosjonelle signaler (Weinfield et al., 2008). Utrygg tilknytning øker risikoen for å utvikle psykiske problemer senere i livet (Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Warren et al., 1997). Det kreves imidlertid flere replikasjoner av funn som knytter tilknytningsstiler sammen med spesifikke lidelser (Kobak et al., 2006). Ut fra beskrivelsene så det ut til at Peter hadde en utrygg-unnvikende tilknytning til sine foreldre. Det kan ha økt hans sårbarhet for å utvikle depresjon ved at hadde internalisert uhensiktsmessige arbeidsmodeller (i.e., kjerneskermaer) som ikke ble tilstrekkelig endret i behandlingen. Dette kan ha vært en innvirkende faktor i opprettholdelsen av hans symptomer.

Tabell 1

Fire systemer, 17 konsepter og eksempler på kasusbeskrivelser

System	Konsept	Eksempler på kasusbeskrivelser
Peters utviklingssystem	Genetisk sårbarhet	
	Inhibert temperament	Utrygg tilknytningsstil: I følge mor hadde Peter alltid vært en selvstendig gutt som tok vare på seg selv. Han hadde ikke hadde vært så opptatt av kontakt med henne eller far da han var mindre.
	Utrygg tilknytningsstil	
	Emosjonsreguleringsvansker	
	Komorbiditet	
Manglende vennerelasjoner		
Foreldrenes omsorgssystem	Depresjon hos Peters mor	Familiekonflikter: Peter beskrev store konflikter mellom ham og foreldrene, og foreldrene seg i mellom.
	Familiekonflikter	
	Oppdragelsesstil	
Peters oppvekstsystem	Skolemiljø	Skolemiljø: Peter fortalte at han mistrivdes på skolen fordi han ikke hadde noen å være sammen med i friminuttene.
Behandlingssystemet	Utredning	
	Foreldreinvolvering	Foreldreinvolvering: I løpet av 14 terapitimer ble én time satt av til foreldrearbeid.
	Behandlingsmengde	
	Terapeutens kompetanse	
	CBT-komponenter	
	Skoleinvolvering	
Økologisk validitet		

Emosjonsreguleringsvansker. Tilstedeværelse av depresjon hos Peters mor kan ha medført at hennes responsive tilgjengelighet var redusert. Det kan ha ført til skjevutvikling i Peters emosjonssystem (Izard et al., 2006). Barn med inhibert temperament krever større grad av tålmodig støtte fra foreldrene enn barn med andre temperamentsstiler (Kvillo, 2009). Redusert responsivitet og lite støtte fra foreldrene kan ha bidratt til at Peters emosjonssystem endret terskel og organisering av emosjoner. I tillegg kan det ha ført til at han utviklet dårlig evne til å oppfatte emosjoner hos seg selv og andre, og utviklet lite effektive emosjonsreguleringsstrategier (Izard et al., 2006). Samlet kan dette ha økt hans sårbarhet for utvikling av depresjon og bidratt til at hans depresjonssymptomer delvis var opprettholdt ved behandlingsslutt.

Komorbiditet. Utredningen viste at Peter hadde noe sosial og bekymringsangst i tillegg til depressive symptomer. Disse var ikke like alvorlige som depresjonssymptomene, og det ble vurdert som hensiktsmessig å igangsette depresjonsbehandling. Depresjon med komorbid angst kan være assosiert med svekket behandlingsresultat og vanskelige terapeutiske utfordringer (Castle, Piterman, & Berk, 2012). Et bidrag til Peters manglende bedring kan derfor skyldes at han hadde komorbide angstsymptomer.

Manglende vennerelasjoner. Peter fortalte at han hadde mistet kontakten med vennene sine. Som atferdseksperiment i behandlingen tok Peter kontakt med en av sine tidligere venner. Han ble avvist i form av at vennen ikke hadde tid. I ungdomsalderen blir nære venner viktige kilder til sosial støtte og bidrar til positiv utvikling av ungdommers selvbilde og velvære (Furman & Buhrmester, 1992). Aksept fra jevnaldrende er en viktig del av ungdommens selvidentitet og har sterk påvirkning på den psykologiske tilpasningen (Harter, 2006). Manglende eller negative relasjoner til jevnaldrende (e.g., avvisning, ekskludering, aggresjon) er assosiert med internaliserende vansker som depresjon, ensomhet og lav selvtilit (Crick & Bigbee, 1998; Prinstein, Boergers, & Vernberg, 2001). Et forhold i Peters symptomopprettholdelse kan være at han hadde manglende vennerelasjoner.

Foreldrenes omsorgssystem

Depresjon hos Peters mor. Som nevnt kom det frem i anamneseopptaket at Peters mor hadde vært deprimert da Peter var omtrent ett år gammel. Depresjon hos mødre er en risikofaktor for å utvikle mange typer psykiske lidelser hos barn og unge (McCarty & McMahan, 2003; Herba et al., 2013). Forskning viser at det er økt forekomst av depresjon hos barn av deprimerte foreldre (Hughes & Asarnow, 2011). I tillegg til genetisk sårbarhet kan mors depresjon ha hatt innvirkning på Peter gjennom uhensiktsmessig foreldreatferd

(e.g., avvising, tilbaketrekning, redusert sensitivitet). At Peters mor hadde vært deprimert kan derfor ha vært en medvirkende årsak til at hans symptomer ikke ble tilstrekkelig redusert.

Familiekonflikter. Peter beskrev store konflikter mellom ham og foreldrene, og foreldrene seg i mellom. Forstyrrelser i familien eller familiens håndteringsmåter av endring og stressende hendelser kan bidra til utvikling og opprettholdelse av depresjon hos ungdom (Stark et al., 2012). I familier til deprimerte barn er negative kommunikasjonsmønstre ofte til stede (Sheeber, Hops, & Davis, 2001). Slike familier viser også mindre støtte (Stice, Ragan, & Randall, 2004) og mindre involvering i barnets sosiale og fritidsaktiviteter (Stark, Humphrey, Crook, & Lewis, 1990). Ekteskapelige konflikter er også assosiert med økt alvorlighetsgrad av depresjon hos barn (Cummings, Keller, & Davies, 2005).

Familiekonflikter i hjemmet kan dermed ha bidratt til at Peters symptomer ble opprettholdt.

Oppdragelsesstil. I foreldrenes beskrivelser av Peters barndom fremsto de som lite varme og støttende, samtidig som de fokuserte mye på kontroll. Kvello (2009) karakteriserer autoritær oppdragelsesstil som en oppdragelse preget av makt kombinert med en reservert holdning overfor barnet. Foreldrene spør sjelden etter barnets mening og gir lite ros. Autoritær oppdragelse fører ofte til at barn blant annet utvikler lav selvtillit (Kernis, Brown, & Brody, 2000) og dårlige sosiale ferdigheter (Kvello, 2009). Foreldrenes oppdragelsesstil kan ha vært delaktig i at Peters depresjonssymptomer ikke viste tilstrekkelig reduksjon etter behandlingen.

Peters oppvekstsystem

Skolemiljø. Peter fortalte at han mistrikket på skolen fordi han ikke hadde noen å være sammen med i friminuttene. I løpet av behandlingen hadde terapeuten én telefonsamtale med skoleadministrasjonen. I samtalen informerte skolen om at de ikke hadde noen spesifikke grupper/tiltak for utsatte elever som slet slik som Peter. Allerede fra seksårsalderen har barn realistiske oppfatninger av egen sosial posisjon i vennegjengen eller hvordan de er plassert sosialt blant medelever (Coie & Dodge, 1983; Krantz & Burton, 1986). Sosial avvising fra grupper er assosiert med nedstemthet, lav selvtillit, ensomhet og sosial isolasjon (Asher, Parkhurst, Hymell, & Williams, 1990). Ensomhet påvirker i høy grad selvoppfatningen negativt (Valås, 1999). Peters følelse av avvising av medelever kan ha medført at hans depresjonssymptomer ikke ble tilstrekkelig redusert etter behandlingen.

Behandlingssystemet

Utredning. Diagnosen ble satt med bruk av flere validerte utredningsverktøy. Likevel ble utredningen både før og etter behandlingen utført av en ny terapeut med begrenset utredningserfaring. Dette kan ha bidratt til differensialdiagnostiske mangler som kan ha

svekket validiteten til behandlingsintervensjonen (Murphy & Davidshofer, 2005). Mangler ved utredningen kan ha innvirket på opprettholdelsen av Peters symptomer.

Foreldreinvolvering. I løpet av 14 terapitimer ble én time satt av til foreldrearbeid. I den ene timen var ikke Peters far til stede fordi han var ute på reise. Timen ble benyttet til psykoedukasjon om depresjon, rasjonale bak CBT og viktigheten av foreldrenes engasjement. Utrygg tilknytning og temperamentsmessig mismatch mellom barn og foreldre kan bidra til utvikling og opprettholdelse av depresjon hos ungdom (Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 1998). Foreldrefravær har også vært koblet til høyere nivå av depresjon hos barn og unge (Garber & Flynn, 2001). Parra et al. (2011) mener det er nødvendig å involvere familien i behandling av barn og unge fordi familiepåvirkninger “er blant de sterkeste og mest stabile risikofaktorene” (s. 382), for depresjon hos denne gruppen. Familiefaktorer som foreldrepsykopatologi, ekteskapelige konflikter, negative foreldre-barn relasjoner, vil ha negativ påvirkning på ungdommens behandling, skape dårlig deltakelse, tidlig avslutning, og utilstrekkelig bruk av behandlingsanbefalinger (Parra et al., 2011). Retningslinjer for behandling av depresjon hos barn og unge vektlegger viktigheten av familieinkludering (Birmaher & Brent, 2007). Det er foreslått at familieinvolvering bør bli ansett best klinisk praksis (Larner, 2009). At Peters foreldre bare ble inkludert i en time kan ha vært en medvirkende årsak til at hans symptomer ble delvis opprettholdt.

Behandlingsmengde. Behandlingen med Peter ble gjennomført av én terapeut i samtaler med én times varighet, én gang per uke. Selv om Peters symptomtrykk tidvis kunne blitt bedre administrert ved å øke ukentlig timeantall, ble ikke det gjort. Weersing & Weisz (2002) hevder at høyere behandlingsdoser er assosiert med bedre behandlingseffekt. Dårlig tilgang på tilstrekkelig hjelp kan bidra til svekket tiltro til behandlingen (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2009). Lav behandlingmengde kan ha bidratt til at Peters symptomer bare ble delvis redusert.

Terapeutens kompetanse. Terapeuten som behandlet Peter var ikke ferdig utdannet psykolog og hadde derfor begrenset klinisk erfaring med CBT. I følge DuRubeis og medarbeidere (2005) har terapeutens fagkunnskap og ferdigheter stor betydning for effekten av CBT, med bedre resultater når kompetansen er høy. Til tross for at Peters terapeut fikk veiledning av en erfaren psykologspesialist, kan mangel på kompetanse ha medvirket til at Peters symptomer ikke ble optimalt redusert etter behandlingen.

CBT-komponenter. I den innledende fasen av behandlingen med Peter ble komponenter som psykoedukasjon, identifisering av tanker, følelser og atferd, aktivitetsregistrering og aktivitetsplanlegging benyttet. Midtre del fokuserte på kognitiv

restrukturering, sosial ferdighetstrening og problemløsningstrening. Siste del var rettet mot tilbakefallsforebygging. McCarty og Weisz (2007) har utført en komponentprofil av teknikker som har vært inkludert i noen av de mest vellykkede psykoterapeutiske behandlingsstudiene for depresjon hos barn og unge. Av inkluderte studier i McCarty og Weisz' undersøkelse hadde seks av ni studier et kognitivt eller kognitivt atferdsfokus. Alle seks studiene hadde inkludert teknikker som å definere oppnåelige mål og promotere kompetanse, selvmonitorering, kognitiv restrukturering og atferdsaktivering. Fem av seks studier inkluderte sosial ferdighetstrening, og fire av seks inkluderte psykoedukasjon for barnet, problemløsningstrening, og avslapningstrening. En medvirkende årsak til Peters symptomoppretholdelse kan ha vært at viktige teknikker ikke ble inkludert i behandlingen.

Skoleinvolvering. I løpet av behandlingen av Peter ble det som nevnt kun utført én telefonsamtale med skoleadministrasjonen. Det ble ikke foretatt skoleobservasjon eller samarbeidsmøter med skole eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Samarbeid med skole har positiv effekt på behandlingsresultatet (Stark, 1990). Manglende skoleinvolvering kan ha vært et forhold i Peters manglende symptomreduksjon ved at behandlingen kan ha oversett viktige faktorer fra hans skolehverdag.

Økologisk validitet. Behandlingen av Peter ble utført ved en poliklinikk. Terapeuten var aldri hjemme hos familien for å kartlegge hjemmemiljø eller andre kontekstuelle faktorer. Terapeutens inntrykk var kun basert på familiens egne beskrivelser. Bronfenbrenner (1979) hevder at atferd kun kan forstås fullstendig hvis den observeres i sitt naturlige miljø. Tilhengere av en slik tenkning hevder at det er viktig å tilby behandling i miljøet hvor problemene oppsto (Henggeler et al., 2009). Lav økologisk validitet i behandlingen kan ha bidratt til at Peters depresjonssymptomer ble opprettholdt.

Oppsummering

Analysen identifiserte 17 konsepter som kan ha bidratt til manglende symptomreduksjon ved Peters behandling. Konseptene ble delt inn i fire systemer basert på hvor de best kunne observeres i et komplekst miljø. Konseptene i Peters utviklingssystem, foreldrenes omsorgssystem og Peters oppvekstsystem ble matchet opp mot empirisk forskning på risikofaktorer. Konseptene i behandlingssystemet ble knyttet opp mot empirisk behandlingforskning. Samlet kan konseptene betraktes som risikofaktorer og svakheter ved behandlingstilbudet som alle kan ha medvirket til opprettholdelse av Peters symptomer etter behandlingen.

Diskusjon

Hensikten med denne kasusstudien var å analysere behandlingen av Peter for å identifisere mulige faktorer som kan ha bidratt til at hans depresjonssymptomer ikke ble tilstrekkelig redusert etter behandling med CBT. Analysen avdekket 17 konsepter innenfor fire systemer i Peters liv. Konseptene i Peters utviklingssystem, foreldrenes omsorgssystem og Peters oppvekstsystem kan betraktes som kumulative risikofaktorer. Konseptene i behandlingssystemet kan karakteriseres som svakheter ved behandlingstilbudet. Isolert sett kan konseptene ha hatt liten innvirkning på Peters psykososiale fungering og behandling, men den akkumulerte summen av faktorene fra de ulike systemene ser ut til å ha medvirket til symptomoppretholdelse. Dette illustrerer at årsakene til Peters depresjon var mangfoldige, komplekse og interagerende. CBT-behandlingen oppdaget og inkluderte ikke alle disse faktorene. Basert på analysen av Peters behandling foreslås en alternativ depresjonsbehandling for ungdom.

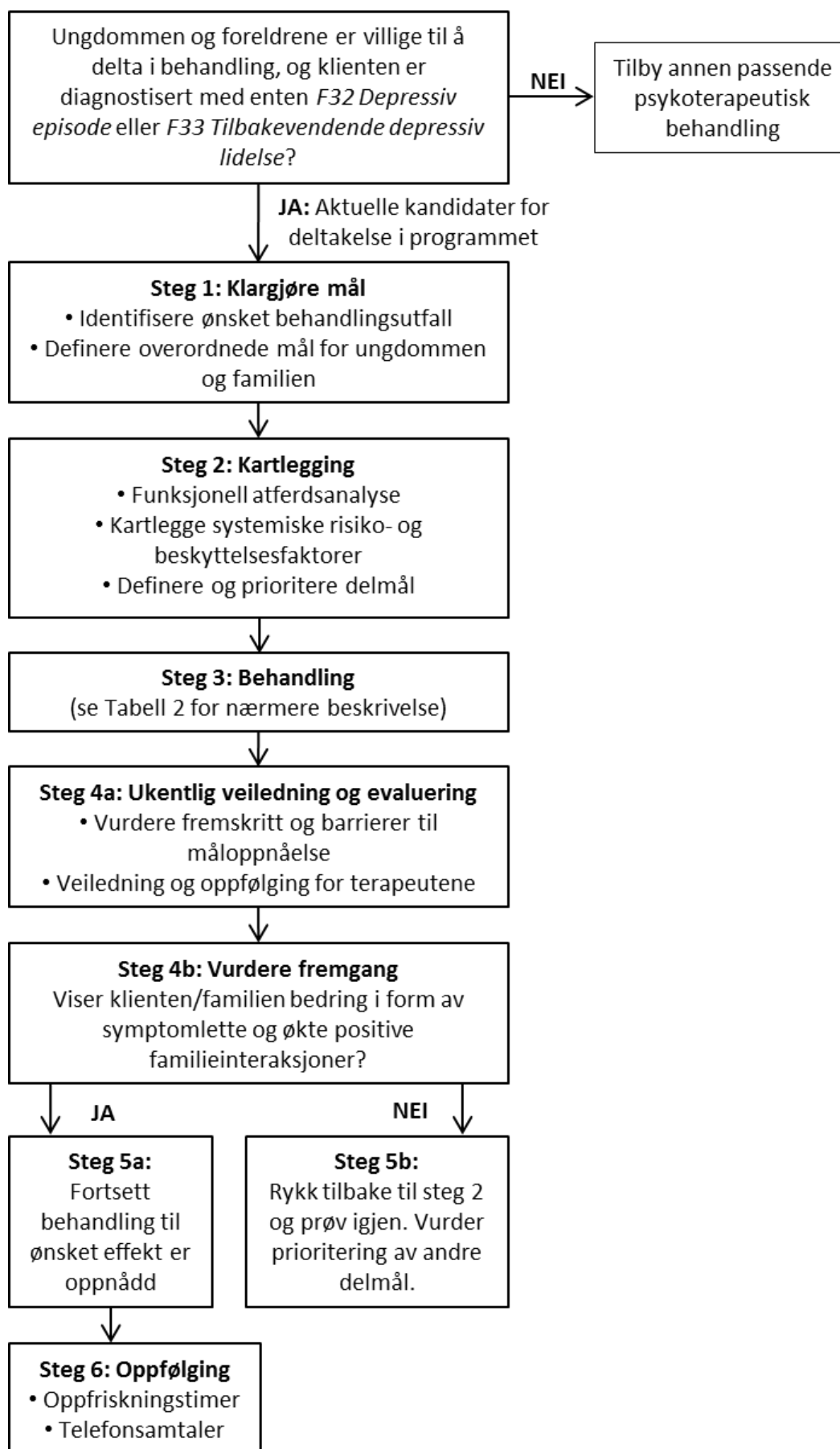
En alternativ behandlingstilnærming for deprimert ungdom

Personer med internaliserende vansker som depresjon og angst benytter ofte unngåelse som mestringsstrategi i truende situasjoner (Muris, Rapee, Meesters, Schouten, & Geers, 2003). Til forskjell benytter ofte individer med eksternaliserende vansker aggresjon som mestringsstrategi (Chorpita, Albano, & Barlow, 1996). Tegn på dysfunksjonelt aggresjonsbruk kommer gjerne til syne hos barn i seksårsalderen ved symptomer på moderate atferdsforstyrrelser (*Oppositional Defiant Disorder*; Nock, Kazdin, Hiripi, & Kessler, 2007). Alvorlig aggresjonsbruk uttrykkes ofte noen år senere ved niårsalderen, og klassifiseres da som symptomer på alvorlige atferdsforstyrrelser (*Conduct Disorder*; Nock et al., 2007). En lignende utvikling sees også ved internaliserende lidelser. Angstsymptomer kommer ofte til syne i sjuårsalderen (Kagan, Snidman, Zentner, & Peterson, 1999), mens depresjonssymptomer har økende forekomst i ungdomsalder (Wichstrøm, 1999; Sund, 2004). Det hevdes at angst kan være en forløper til depresjon hos ungdom (Maughan & Rutter, 2008). Det har også blitt stilt spørsmål ved om depresjon er en sekundærlidelse til angst (Mykletun et al., 2009), og om symptommålinger måler ulike entiteter eller ulike aspekter av samme sårbarhet (Eley & Stevenson, 1999; Clark & Watson, 1991).

I behandling av moderate atferdsforstyrrelser anbefales evidensbasert foreldreveiledning (e.g., Parent Management Training-Oregon; Patterson, 2002) mens mer omfattende behandling anbefales ved behandling av alvorlige atferdsforstyrrelser (e.g., Multisystemisk terapi [MST]; Henggeler et al., 2009; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2007; Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008). Slike anbefalinger

gjenspeiler at økt aggresjonsbruk utløser økte behandlingsressurser. Til forskjell foreligger ikke lignende anbefalinger for barn og unge med angst og depresjon. I slike tilfeller anbefales samme behandling og behandlingsmengde. Analysen av Peters behandling avdekket at hans symptomoppretholdelse skyldtes mange interagerende og kumulative faktorer. Svakheter ved behandlingstilbudet gjorde at faktorene ikke ble oppdaget og tilstrekkelig endret. Blant disse var lav behandlingsmengde, lav økologisk validitet og lite familie- og miljøinvolvering. Ved å overføre erfaringer fra behandling av atferdsforstyrrelser, kunne kanskje flere av de identifiserte konseptene fra analysen blitt endret i behandlingen.

Programstruktur. Behandlingsforslaget organiseres etter prinsipper fra MST. MST bygger på Bronfenbrenners (1979) sosial-økologiske teori (Henggeler et al., 2009). I tråd med slik tenkning vil behandlingsforslaget vektlegge kontekstuelle faktorer og økologisk validitet. Behandlingen vil bli gjennomført av et team på to til tre terapeuter med hvert sitt primæransvar. Primæransvarene fordeles mellom ungdommen, foreldrene og søsken/oppvekstmiljø. Teamet vil være tilgjengelig for familien 24 timer i døgnet, sju dager i uken. Det er antatt at dette bidrar til økt engasjement og deltakelse fra familien (Henggeler et al., 2009). All behandling utføres i familiens naturlige miljø for å øke økologisk validitet som er antatt å gi økt behandlingseffekt (Henggeler et al., 2009). I forkant av samtaleterapi vil teamet klargjøre mål, kartlegge atferd, og identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer i ungdommens liv. Teamet vil også utføre ukentlige evalueringer for å vurdere fremskritt og barrierer. En til tre terapitimer utføres i løpet av uken og behandlingen er antatt å kunne fullføres i løpet av to til fem måneder. Et illustrert forslag til en slik programgjennomføring er illustrert i Figur 2.



Figur 2. Strukturert programgjennomføring for behandlingsforslaget

Behandlingsstruktur. Terapidelen av programforslaget har en firedelt organisering hvor CBT, ABFT og miljøarbeid kombineres. Ungdommens depresjonssymptomer behandles med CBT. CBT har god dokumentert effekt i behandling av depresjon hos ungdom, og er som nevnt anbefalt av flere helsemyndigheter. CBT tilbys som individualterapi for å ivareta ungdommens utviklingsoppgaver som autonomi. Autonomi handler om å utvikle kapasiteten til å regulere nærhet og avstand til andre ut fra nye behov (Bengtson, 2007). Utviklingen innebærer derfor at ungdommen både blir mer uavhengig og samtidig former relasjoner til andre på en ny og mer kompleks måte. Dette fører til at tilknytning ofte blir et viktig tema i denne utviklingsfasen (Bengtson, 2007). Foreldre- og familiearbeid vil i hovedsak benytte ABFT. Som nevnt er ABFT utviklet spesielt for behandling av depresjon hos ungdom (Diamond et al., 2002), og har vist god effekt (McCarty & Weisz, 2007). I foreldretimene kan foreldrene få utløp for frustrasjoner samtidig som de lærer effektive foreldrestrategier. I tillegg blir det satt av tid til individualterapi med foreldrene hvis det er behov for det. Dette kombineres med familiesamtaler hvor dysfunksjonelle relasjonsmønstre og tilknytningsvansker tematiseres og endres. Familiesamtalene har også som formål å ivareta foreldrenes omsorgsbehov og Peters behov for tilhørighet, støtte og respekt. I disse samtalene samarbeider terapeutene for å oppnå optimal ivaretagelse av alle familiemedlemmene. Den fjerde delen av behandlingen er siktet på miljøarbeid hvor reduksjon av risikofaktorer og økning av beskyttelsesfaktorer står i fokus. I tillegg vektlegges etablering av samarbeid med andre viktige instanser som skole, PPT, venner og slekt. Behandlingsstrukturen er illustrert i Tabell 2.

Tabell 2

Behandlingsstruktur

Time	Ungdommen	Foreldrene	Søsken/ oppvekstmiljø
1	Familieterapi: ABFT-oppgave 1		Øke beskyttelses- faktorer, redusere risikofaktorer. Etablere gode samarbeidsforhold til viktige instanser.
2	CBT fase 1	ABFT-oppgave 3	
3	CBT fase 1	ABFT-oppgave 3	
4	CBT fase 1	ABFT-oppgave 3	
5	CBT fase 2	ABFT-oppgave 3	
6	CBT fase 2	ABFT-oppgave 3	
7	CBT fase 2	ABFT-oppgave 3	
8	ABFT-oppgave 2	ABFT-oppgave 3	
9	Familieterapi: ABFT-oppgave 4		
10	Familieterapi: ABFT-oppgave 4		
11	Familieterapi: ABFT-oppgave 4		
12	CBT fase 2	Individualterapi	
13	CBT fase 2	Individualterapi	
14	CBT fase 2	Individualterapi	
15	Familieterapi: ABFT-oppgave 5		
16	CBT fase 3	Individualterapi	
17	CBT fase 3	Individualterapi	
18	Familieterapi: Oppsummering		

CBT. Selv om CBT har god dokumentert effekt for behandling av depresjon hos ungdom varierer ofte behandlingsinnholdet etter hvem og hvor behandlingen utføres (Chorpita, Becker, & Daleiden, 2007). Dette fører til usikkerhet rundt hvilke komponenter som er effektive i symptomreduksjon. Inkludering av for mange teknikker kombinert med lav behandlingsmengde kan gå på bekostning av behandlingskvaliteten (Maalouf & Brent, 2012). CBT-behandlingen i programforslaget tar utgangspunkt i McCarty og Weisz' (2007) komponentprofil over inkluderte teknikker i vellykkede behandlingsstudier. Styrken ved å benytte empirisk validerte teknikker er at innholdet ikke beror på terapeutens kliniske erfaring, men på empirisk forskning. Inkluderte komponenter er illustrert i Tabell 3. CBT-behandlingen er delt opp i tre faser: Introduksjon, hoveddel og avslutning. Dette er gjort for å

illustrere forventet fremgang i behandlingen. I denne sammenheng blir fleksibilitet viktig for samtidig å ivareta individets individuelle behov.

Tabell 3

Inkluderte komponenter i CBT-behandlingen

Behandlingsfase
<p>Fase 1 Introduksjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukasjon • Definere oppnåelige mål • Kasusformulering • Sosialisering til den kognitive modellen • Selvmonitorering • Atferdsaktivering/atferdsplanlegging
<p>Fase 2 Hoveddel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv restrukturering • Avslapningstrening • Problemløsningstrening • Sosial ferdighetstrening
<p>Fase 3 Avslutning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbakefallsforebygging • Gammel plan/ny plan • (Eventuelt endre kognitive skjemaer)

Merk. Komponentene i tabellen er hentet fra “Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: What we can (and can’t) learn from meta-analysis and component profiling,” av C. A. McCarty og J. R. Weisz, 2007, *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, s. 10. Copyright 2007 ved Elsevier.

ABFT. ABFT er delt inn i fem oppgaver med ulike fokusområder. Oppgave 1 redefinerer problemfokus og vektlegger styrking av familiebånd. Oppgave 2 fokuserer på allianseetablering med ungdommen. Dette dekkes av CBT. Elementer fra oppgave 2 vil likevel bli benyttet i forberedelsen til familiesamtalene. I oppgave 3 etableres allianse med foreldrene. I tillegg vil foreldrenes tap og skuffelser bli bekreftet og anerkjent. Forbedring av

foreldrestrategier vil stå i fokus. Oppgave 4 gjennomføres som familiesamtale. Her vektlegges tilknytning og utviklingsstøttende dialoger. I oppgave 5 vil ansvar og mestring blant familiemedlemmene være sentralt.

Behandlingsforslaget sammenlignet med tradisjonell CBT

En styrke med et slikt omfattende program er at familie og nærmiljø inkluderes i mye større grad enn ved poliklinisk bruk av CBT. Som vist i analysen kan dysfunksjonelle familierelasjoner medvirke til utvikling og opprettholdelse av depresjon (Stark et al., 2012). Bedre ivaretagelse av søsken og foreldre kan både gi økt effekt (Stark et al., 2012), og kan fungere som forebyggende tiltak for utvikling av psykopatologi blant familiemedlemmene. I tillegg vil risiko- og beskyttelsesfaktorer i ungdommens liv bli kartlagt og forsøkt endret. En annen styrke er at flere behandlingsressurser blir satt av til ungdommen og familien. Et team med terapeuter vil jobbe sammen for å sikre ivaretagelse av familie og miljø. Slike muligheter er begrenset i tradisjonelle polikliniske tilbud hvor terapeuter ofte jobber alene. Høyere behandlingsdoser har blitt assosiert med bedre behandlingseffekter (Weersing & Weisz, 2002). Samtidig har andre studier ikke funnet slike sammenhenger (Mufson et al., 2004). Uansett vil det føre til at teamet er mer tilgjengelig for familien, noe som gir signaler om at deres utfordringer tas på alvor. Dette kan øke familiens tro på behandlingen (Henggeler et al., 2009). En tredje styrke med behandlingsforslaget er at CBT benyttes som individualterapi. CBT har god dokumentert effekt og blir ansett som en veletablert behandlingsintervensjon for depresjon hos ungdom (David-Ferdon & Kaslow, 2008). I tillegg vil dysfunksjonelle familieinteraksjoner og foreldrestrategier endres ved bruk av ABFT. Mens CBT primært fokuserer på kognisjoner, fokuserer ABFT i større grad på emosjoner og relasjoner. Dette bidrar til en holistisk behandling som kan være nyttig i tilfeller med komplekse risikobilder. At forslaget benytter allerede etablerte intervensjoner fører til at det kan iverksettes raskere enn hvis nyutviklede intervensjoner hadde blitt benyttet. En fjerde styrke er at organiseringen av forslaget er mer strukturert enn tradisjonell CBT. Dette kvalitetssikrer behandlingen på tvers av team og geografisk lokalisering. Strukturen fungerer som et veikart for teamet hvor de kan holde oversikt over oppgaver og mål. En svakhet er at strukturen kan bli for førende og være dårlig tilpasset familiens behov, noe som kan svekke behandlingskvaliteten (Wilson, 1998). Fast struktur kan også undergrave terapeutenes kliniske erfaringer (Garfield, 1996). På en annen side har en rekke svakheter med klinisk erfaring blitt dokumentert (e.g., attribusjonsbias; Nisbett & Ross, 1980). Fleksibel bruk av strukturert behandling er viktig for å møte enkeltindividene på best mulig måte (Wilson,

1998). Samtidig er god etterfølgelse av manualer essensielt i kvalitetssikring (Henggeler et al., 2009).

Svakheten med behandlingsforslaget er knyttet til økonomiske kostnader. Gjennomføringen av et slikt program vil kreve betraktelig høyere økonomiske ressurser enn dagens CBT. Blant alle psykiske lidelser er depresjon årsak til størst dødelighet, sykkelighet og økonomiske kostnader (Lopez & Murray, 1998). Depresjon sto for 37,2 % (3,5 mrd. euro) av de totale kostnadene knyttet til hjernerelaterte lidelser i Sverige i 2004 (Sobocki, Lekander, Borgström, Ström, & Runeson, 2007; Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen, & Olesen, 2005). Ved å inkludere indirekte og skjulte kostnader (utgjorde 86 %), som sykefravær og uføretrygd, ville beløpet ha mer enn doblet seg (Sobocki et al., 2007). Slik statistikk viser at gjennomføringskostnadene ved behandlingsforslaget må vurderes opp mot samfunnskostnadene knyttet til depresjon. Det vil være viktig å vurdere problemenes størrelse (i.e., alvorlighetsgrad, komorbiditet) opp mot omfanget av iverksatte tiltak slik det gjøres i behandling av atferdsforstyrrelser. Hvis behandlingsforslaget benyttes som et alternativ til sykehusinnleggelse vil det sette kostnadsrammen i et annet perspektiv.

Metodiske implikasjoner ved kassstudien

En styrke med kassstudier er fleksibiliteten knyttet til dataseleksjon, -innsamling og analyse (Robson, 1993; Miles & Huberman, 1994). Metodene kan variere mellom observasjoner, dokumenter, intervju, spørreskjema, med mer. En annen styrke er muligheten til å spore endring over tid (Yin, 2013). I stedet for å lage et miljø med kontrollerte variabler, undersøker kassstudier fenomener i naturlige settinger. Dette tillater dem å illustrere eksempler basert på virkelige hendelser som oppfordrer til replikasjon og videre forskning. Studiene er pragmatiske og kan være viktige bidrag til nye, innovative forskningsideer (Yin, 2013). Denne studien krevde stor fleksibilitet i datainnsamling og analyse, i tillegg til at kontekstuelle variabler ikke kunne kontrolleres. Det var også ønskelig å bidra til nye forskningsideer ved å presentere en alternativ behandlingstilnærming. Kassstudie som forskningsmetode var derfor et naturlig valg.

Selv om fleksibilitet er en styrke er det samtidig en svakhet ved metoden. Frihet bidrar til usikkerhet både knyttet til metodevalg og datainnsamling (Yin, 2013). Forskeren må gjøre nøye vurderinger med hensyn til datamengde. For store mengder kan svekke analysegraden mens for små mengder kan utelate viktige resultater (Yin, 2013). En annen svakhet er knyttet til vansker med utvikling av operasjonaliserte målinger i datainnsamlingen (Stake, 1995). Mangel på operasjonaliserte målinger går på bekostning av studiens begrepsvaliditet fordi leseren ikke kan vurdere om endringer gjenspeiler faktiske hendelser

eller forskerens oppfatninger (Yin, 2013). For å ivareta begrepsvaliditeten i denne kasusstudien ble spesifikke konsepter definert og matchet opp mot relevant forskning. Likevel har konseptene kun blitt definert av én person uten bruk av validerte instrumenter (e.g., Adult Attachment Interview; Hesse, 2008). Dette kan ha medført til at begrepsvaliditeten er svekket. Fleksibilitet, lite struktur og vansker med operasjonalisering bidrar til at dataanalysen er et av de minst utviklede aspektene ved kasusstudieforskning (Yin, 2013). Objektivitet i eksperimentell forskning tar utgangspunkt i en steg-for-steg fremgangsmåte hvor endringer kan føre til et mislykket eksperiment. Til forskjell følger vanligvis ikke dataanalyser i kasusstudier en lineær progresjon (Yin, 2013). Analysen kritiseres derfor for å være en sofistikert historiefortelling med manglende objektivitet og svak validitet (Diefenbach, 2008). En tredje svakhet med metoden i denne kasusstudien er knyttet til intern validitet. Dette har blitt forsøkt ivaretatt ved utførelsen av mønstermatching med referering til empirisk forskning. Likevel kan konklusjoner være basert på ufullstendige eller utdaterte forskningsresultater eller systematiske feil som forskerens forutinntatthet. Viktige alternative forklaringer kan dermed ha blitt oversett. I tillegg har datamaterialet blitt samlet inn gjennom ustrukturerte samtaler og forskerens observasjoner. Ingen formell intervjuguide ble utarbeidet på forhånd. Informasjon fra samtalene kan være preget av dårlig formulerte spørsmål og responsbias. En fjerde svakhet med metoden er knyttet til studiens eksterne validitet. Generelt er det lettere å generalisere funn ved å benytte forskningsspørsmål i formulert som hvorfor eller hvordan (Yin, 2013). Forskningsspørsmålene i denne studien har hatt en slik formulering. Likevel er datamaterialet kun knyttet opp mot én kasus og generalisering er derfor begrenset. Firestone (1993) hevder at de mest nyttige generaliserbarhetene fra kvalitative studier er analytiske og ikke direkte fra utvalg til populasjon. En femte svakhet med metoden i denne studien er knyttet til reliabilitet. Innsamlet data har ikke blitt dokumentert hverken via lyd- eller videoopptak. Ingen informasjon har blitt notert og ingen co-terapeuter har vært involvert. En metode for å øke reliabiliteten i en kasusstudie er å operasjonalisere så mange steg som mulig (Yin, 2013). I denne studien har ikke dette blitt gjort, noe som har ført til at reliabiliteten er svekket.

Konklusjon

Ungdomsalderen er en sårbar periode som kan bli utfordrende for mange. Denne fasen er assosiert med økt forekomst av depresjonssymptomer sammenlignet med yngre barn. I behandling av depresjon hos ungdom blir to terapityper ansett som veletablerte: CBT og IPT. CBT har best dokumentert effekt og er mye brukt i klinisk praksis i Norge. Denne kasusstudien har analysert CBT-behandlingen av en deprimert ungdom for å identifisere mulige årsaker til utilstrekkelig symptomreduksjon. Sytten konsepter ble identifisert som medvirkende faktorer til dette. Basert på funn fra analysen ble et alternativt behandlingsprogram foreslått. En fordel med forslaget er at flere aspekter fra ungdommens liv inkluderes i behandling. En ulempe er at det vil kreve betraktelig større økonomiske ressurser å gjennomføre. Det blir derfor viktig å vurdere forholdet mellom alvorlighetsgrad og iverksatte tiltak. En annen ulempe er at forslaget har blitt utviklet basert på funn fra analysen av én ungdom, noe som svekker generaliserbarheten. Kasusstudieforskning har sin styrke i fleksibilitet og frihet. Samtidig medfører dette store svakheter knyttet til validitet og reliabilitet.

Til tross for manglene ved denne studien har forhåpentligvis funnene fremmet nysgjerrighet og nye spørsmål. Analysen viste at Peters liv var preget av kumulative risikofaktorer fra forskjellige systemer. Dette gjenspeiler behovet for behandlingstilbud som er omfattende og brede nok til at mangfoldet og interaksjonene mellom risikofaktorer oppdages og endres i behandling. I videre forskning vil det være viktig å utfordre etablerte sannheter om behandling av depresjon hos ungdom.

Referanser

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372. doi:10.1037//0033-295X.96.2.358
- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, *69*, 1406-1419. doi:10.2307/1132274
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 122-139. doi:10.1097/00004583-199710001-00008
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 126-141. doi:10.1097/01.chi.0000246060.62706.af
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg., tekstmanual). Washington, DC: Forfatter.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H. U., & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, *12*, 1-27. doi:10.1111/j.1468-1331.2005.01202.x
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H. M., & Sroufe, L. A. (2005). When more is better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 235-245. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x
- Asher, S. R., Parkhurst, J. T., Hymell, S., & Williams, G. A. (1990). Peer rejection and loneliness in childhood. I S. R. Asher & J. R. Coie (Red.), *Peer rejection in childhood* (s. 253-273). New York, NY: Cambridge University Press.
- Ashman, S. B., Dawson, G., Panagiotides, H., Yamada, E., & Wilkinson, C. W. (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, *14*, 333-349. doi:10.1017/S0954579402002080
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Merikangas, K. R. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, *49*, 1071-1081. doi:10.1016/S0006-3223(01)01142-8

- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, *11*, 56-95.
doi:10.1177/0272431691111004
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. I R. L. Leahy & E. T. Dowd (Red.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy. Theory and application* (s. 29-61). New York, NY: Springer.
- Beck, A. T., Haigh, E. A. P., Baber, K. F. (2012). Biological underpinnings of the cognitive model of depression: A prototype for psychoanalytic research. *The Psychoanalytic Review*, *99*, 515-537. doi:10.1521/prev.2012.99.4.515
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emry, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Bengtson, M. (2007). Ungdommens prosjekt. I H. Haavind & H. Øvreide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Samspill og utviklingsforståelse* (Bind 1, s. 208-228). Oslo, Norge: Gyldendal.
- Birmaher, B., & Brent, D. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 1503-1526.
doi:10.1097/chi.0b013e318145ae1c
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *The American Journal of Psychiatry*, *151*, 979-986. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/220451541/fulltextPDF?accountid=12870>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Bind 1). New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation* (Bind 2). New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss* (Bind 3). New York, NY: Basic Books.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., ... Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 877-885.
doi:10.1001/archpsyc.1997.01830210125017

- Brooks-Gunn, J., & Reiter, E. O. (1990). The role of pubertal processes. I S. S. Feldman & G. R. Elliot (Red.), *At the threshold: The developing adolescent* (s. 16-53). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Caspi, A. (2000). The child is father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 158-172. doi:10.1037//0022-3514.78.1.158
- Castle, D. J., Piterman, L., & Berk. M. (2012). Difficult-to-treat depression. What can GPs do when a patient with depression does not get better? *MJA Open*, 1, 4-5. doi:10.5694/mjao12.10761
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, 2. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16. Hentet fra <http://www.essentia.fr/blog/wp-content/uploads/2011/09/CHAMBLESS-UPDATE-ON-EMPIRICALLY-1998.pdf>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 170-176. doi:10.1207/s15374424jccp2502_5
- Chorpita, B. F., Becker, K. D., & Daleiden, E. L. (2007). Understanding the common elements of evidence based practice: Misconceptions and clinical examples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 647-652. doi:10.1097/chi.0b013e318033ff71
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. doi:10.1037//0021-843X.100.3.316
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., O'Connor, E., ... Debar, L. (2002). Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 305-313. doi:10.1097/00004583-200203000-00010

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1983). Continuities and changes in children's social status: A five-year longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*, *29*, 261-282. Hentet fra <http://www.jstor.org/discover/10.2307/23086262?uid=370206731&uid=3738744&uid=2&uid=31419&uid=3&uid=5909240&uid=67&uid=62&sid=21103124269917>
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, *75*, 317-333. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x
- Collins, W. A., Maccoby, E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, *55*, 218-232. doi:10.1037//0003-066X.55.2.218
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., . . . Leckman, J. F. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, *52*, 529-542. doi:10.1016/S0006-3223(02)01372-0
- Craighead, W. E., Sheets, E. S., Brosse, A. L., & Ilardi, S. S. (2007). Psychosocial treatments for major depressive disorder. I P. E. Nathan & J. M. Gorman (Red.), *A guide to treatments that work* (3. utg., s. 289-308). New York, NY: Oxford University Press.
- Crick, N. R., & Bigbee, M. A. (1998). Relational and overt forms of peer victimization: A multi-informant approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 337-347. doi:10.1037/0022-006X.66.2.337
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, *11*, 100-109. doi:10.1186/1471-2288-11-100
- Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 479-489. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x
- Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, *15*, 773-810. doi:10.1017/S0954579403000373
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*,

62-104. doi:10.1080/15374410701817865

- Diamond, G. (2005). Attachment-based family therapy for depressed and anxious adolescents. I J. L. Lebow (Red.), *Handbook of clinical family therapy* (s. 17-41). Hoboken, NJ: Wiley.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 1190-1196. doi:10.1097/00004583-200210000-00008
- Diefenbach, T. (2008). Are case studies more than sophisticated storytelling?: Methodological problems of qualitative empirical research mainly based on semi-structured interviews. *Quality & Quantity*, *43*, 875-894. doi:10.1007/s11135-008-9164-0
- DuRubeis, R. J., Hollon, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., ... Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 409-416. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., & Reiser, M. (1999). Parental reactions for children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, *70*, 513-534. doi:10.1111/1467-8624.00037
- Eley, T. C., & Stevenson, J. (1999). Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *27*, 105-114. doi:10.1023/A:1021947113860
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*, 147-166. doi:10.2307/3333831
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York, NY: Norton.
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Armstrong, J. M., Boyce, T., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., ... Kupfer, D. J. (2006). Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 1246-1256. doi:10.1001/archpsyc.63.11.1246
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*, 215-237. doi:10.1080/15374410701820117

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*, 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Firestone, W. A. (1993). Alternative arguments for generalizing from data as applied to qualitative research. *Educational Researcher*, *22*, 16-23. doi:10.3102/0013189X022004016
- Forehand, R., Biggar, H., & Kotchick, B. A. (1998). Cumulative risk across family stressors: Short- and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 119-128. doi:10.1023/A:1022669805492
- Frankel, S. A., Gallerani, C. M., & Garber, J. (2012). Developmental considerations across childhood. I E. Szigethy, J. R. Weisz, & R. L. Findling (Red.), *Cognitive-behavior therapy for children and adolescents* (s. 29-74). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Fredriksen, A., & Aarseth, J. (2012). Depresjon. I K. Martinsen & R. Hagen (Red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling med barn og unge* (s. 86-118). Oslo, Norge: Gyldendal.
- Furman, W., & Burmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, *63*, 103-115. doi:10.2307/1130905
- Garber, J., & Flynn, C. (2001). Predictors of depressive cognitions in young adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, *25*, 353-376. doi:10.1023/A:1005530402239
- Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *3*, 241-244. doi:10.1111/j.1468-2850.1996.tb00073.x
- Georgiades, K., Lewinsohn, P. M., Monroe, S. M., & Seeley, J. R. (2006). Major depressive disorder in adolescence: The role of subthreshold symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 936-944. doi:10.1097/01.chi.0000223313.25536.47
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, *106*, 458-490. doi:10.1037//0033-295X.106.3.458

- Goodyer, I. M. (2010). Depression in childhood and adolescence. I C. L. Cooper, J. Field, U. Goswami, R. Jenkins, & B. J. Sahakian (Red.), *Mental capital and wellbeing* (s. 883-892). Oxford, Storbritannia: Wiley-Blackwell.
- Grotevant, H. D. (1987). Toward a process model of identity formation. *Journal of Adolescent Research*, 2, 203-222. doi:10.1177/074355488723003
- Grøholt, B., & Sund, A. M. (2011). Depressive lidelser. I G. Haaland (Red.), *Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri* (3. utg.). Oslo, Norge: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-32-34-depressive-lidelser/>
- Harter, S. (2006). The self. I W. Damon, R. M. Lerner (Seriered.), & N. Eisenberg (Bindred.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (6. utg., Bind 3, s. 505-570). Hoboken, NJ: Wiley.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2. utg.). New York, NY: Guilford Press.
- Herba, C. M., Tremblay, R. E., Boivin, M., Liu, X., Mongeau, C., Séguin, J. R., & Côté, S. M. (2013). Maternal depressive symptoms and children's emotional problems: Can early child care help children of depressed mothers? *JAMA Psychiatry*, 70, 830-838. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1361
- Hesse, E. (2008). The adult attachment interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2. utg., s. 552-598). New York, NY: Guilford Press.
- Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents. Assessment, intervention, and prevention*. New York, NY: Springer.
- Hughes, J. L., & Asarnow, J. R. (2011). Family treatment strategies in adolescent depression. *Psychiatric Annals*, 41, 235-239. doi:10.3928/00485713-20110325-07
- Israel, P., & Diamond, G. S. (2009). Tilknytningsbasert familierapi for deprimert ungdom. *Fokus*, 37, 36-52. Hentet fra http://www.idunn.no/ts/fokus/2009/01/tilknytningsbasert_familierapi_for_deprimert_ungdom
- Izard, C. E., Youngstrom, E. A., Fine, S. E., Mostow, A. J., & Trentacosta, C. J. (2006). Emotions and developmental psychopathology. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (Red.),

- Developmental psychopathology: Theory and method* (2. utg., Bind 1, s. 244-292). Hoboken, NJ: Wiley.
- Kagan, J., Snidman, N., Zentner, M., & Peterson, E. (1999). Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Development and Psychopathology*, *11*, 209-224. doi:10.1017/S0954579499002023
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings* (2. utg.). New York, NY: Oxford University Press.
- Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 418-434. doi:10.1093/clipsy.7.4.418
- Kernis, M. H., Brown, A. C., & Brody, G. H. (2000). Fragile self-esteem in children and its associations with perceived patterns of parent-child communication. *Journal of Personality*, *68*, 225-252. doi:10.1111/1467-6494.00096
- Klomek, A. B., & Mufson, L. (2006). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *15*, 959-975. doi:10.1016/j.chc.2006.05.005
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. I D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Red.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (2. utg., Bind 1, s. 333-369). Hoboken, NJ: Wiley.
- Krantz, M., & Burton, C. (1986). The development of the social cognition of social status. *Journal of Genetic Psychology*, *147*, 89-95. doi:10.1080/00221325.1986.9914483
- Kroger, J. (2000). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvello, Ø. (2009). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling* (3. utg.). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.
- Larner, G. (2009). Integrating family therapy in adolescent depression: An ethical stance. *Journal of Family Therapy*, *31*, 213-232. doi:10.1111/j.1467-6427.2009.00468.x
- Larson, R., Csikszentmihalyi, M., & Graef, R. (1980). Mood variability and the psychosocial adjustment of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *9*, 469-490. doi:10.1007/BF02089885
- Lopez, A. D., & Murray, C. C. J. L. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, *4*, 1241-1243. doi:10.1038/3218

- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K., Hessler, M. J., Wallis, J. M., & Spitznagel, E. L. (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 340-348. doi:10.1097/00004583-200303000-00015
- Maalouf, F. T., & Brent, D. A. (2012). Depression and suicidal behavior. I E. Szegedy, J. R. Weisz, & R. L. Findling (Red.), *Cognitive-behavior therapy for children and adolescents* (s. 163-184). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. I E. M. Hetherington (Red.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (4. utg., Bind 4, s. 1-101). New York, NY: Wiley.
- Maughan, B., & Rutter, M. (2008). Development and psychopathology: A life course perspective. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Red.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5. utg., s. 160-181). Oxford, Storbritannia: Blackwell.
- Mathiesen, K. S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 15-31. doi:10.1023/A:1005165916906
- McCarty, C. A., & McMahon, R. J. (2003). Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of Family Psychology, 17*, 545-556. doi:10.1037/0893-3200.17.4.545
- McCarty, C. A., & Weisz, J. R. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: What we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 879-886. doi:10.1097/chi.0b013e31805467b3
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for children and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 22*, 247-269. doi:10.1016/S0272-7358(01)00089-7
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morales, J. R., & Guerra, N. G. (2006). Effects of multiple context and cumulative stress on urban children's adjustment in elementary school. *Child Development, 77*, 907-923. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00910.x

- Moshman, D. (2005). *Adolescent psychological development: Rationality, morality, and identity* (2. utg.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 577-584.
doi:10.1001/archpsyc.61.6.577
- Muris, P., Rapee, R., Meesters, C., Schouten, E., & Geers, M. (2003). Threat perception abnormalities in children: The role of anxiety disorders symptoms, chronic anxiety, and state anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 271-287. doi:10.1016/S0887-6185(02)00199-8
- Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (2005). *Psychological testing. Principles and applications* (6. utg.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, *27*, 253-260. doi:10.1017/S0033291796004564
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8, s. 41-81). Hentet fra Nasjonalt folkehelseinstitutt nettside: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care* (Klinisk retningslinje 28). Hentet fra <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10970/29856/29856.pdf>
- National Institute of Mental Health. (2013). Antidepressant medications for children and adolescents: Information for parents and caregivers. Hentet 4. mai, 2013, fra <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/child-and-adolescent-mental-health/antidepressant-medications-for-children-and-adolescents-information-for-parents-and-caregivers.shtml>
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, *25*, 223-249.
doi:10.1177/0272431604274174
- Nisbett, R., & Ross, L. (1980). *Human inference*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National comorbidity survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 703-713. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x

- O'Connor, T. G., & Hetherington, E. M. (1995). A twin-sibling study of observed parent adolescent interactions. *Child Development, 66*, 812-829. doi:10.2307/1131952
- Parra, G. R., Buckholdt, K. E., Olsen, J. P., Jobe-Shields, L., Davis, G. L., & Gamble, H. L. (2011). Targeting family risk factors in the context of facing youth depression: A survey of psychologists. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 19*, 381-388. doi:10.1177/1066480711419801
- Patterson, G. R. (2002). Etiology and treatment of child and adolescent antisocial behavior. *The Behavior Analyst Today, 3*, 133-144. Hentet fra <http://baojournal.com/BAT%20Journal/VOL-3/BAT-3-2.pdf#page=16>
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Criss, M. M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development, 72*, 583-598. doi:10.1111/1467-8624.00298
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Vernberg, E. M. (2001). Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustment of aggressors and victims. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 479-491. doi:10.1207/S15374424JCCP3004_05
- Ritvo, R. Z. (2009). Dynamic psychotherapy for the treatment of depression in youth. I J. M. Rey & B. Birmaher (Red.), *Treating child and adolescent depression* (s. 150-150). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Robson, C. (1993). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner researchers*. Oxford, Storbritannia: Blackwell.
- Rosello, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 734-745. doi:10.1037//0022-006X.67.5.734
- Roza, S. J., Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry, 160*, 2116-2121. doi:10.1176/appi.ajp.160.12.2116
- Rudolph, K. D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development, 70*, 660-677. doi:10.1111/1467-8624.00048
- Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*, 19-35. doi:10.1023/A:1009524626436

- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H., ... Eaves, L. (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 225-232. doi:10.1001/archpsyc.56.3.225
- Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O., & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, *22*, 146-152. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.006
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stark, K. (1990). *Childhood depression. School-based intervention*. New York, NY: Guilford.
- Stark, K. D., Banneyer, K. N., Wang, L. A., & Arora, P. (2012). Child and adolescent depression in the family. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *1*, 161-184. doi:10.1037/a0029916
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*, 527-547. doi:10.1007/BF00911106
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. I S. S. Feldman & G. R. Elliot (Red.), *At the threshold: The developing adolescent* (s. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*, 155-159. doi:10.1037/0021-843X.113.1.155
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: Norton.
- Sund, A. M. (2004). *Development of depressive symptoms in early adolescence. The youth and mental health study* (Upublisert doktoravhandling). Norges teknisk- og naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Sund, A. M., Bjelland, I., Holgersen, H., Israel, P., & Plessen, K. J. (2012). Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *49*, 30-39. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/30-39.pdf>
- Valås, H. (1999). Students with learning disabilities and low-achieving students: Peer acceptance, loneliness, self-esteem, and depression. *Social Psychology of Education*, *3*, 173-192. doi:10.1023/A:1009626828789
- Verduyn, C. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in children and adolescents. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *48*, 34-39. Hentet fra

- <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2011/34-39.pdf>
- Verduyn, C., Rogers, J., & Wood, A. (2009). *Depression. Cognitive behaviour therapy with children and young people*. New York, NY: Routledge.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 637-644. doi:10.1097/00004583-199705000-00014
- Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 299-310. doi:10.1037/0022-006X.70.2.299
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2. utg., s. 78-101). New York, NY: Guilford Press.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Wickramaratne, P., Goldstein, R. B., Adams, P., Greenwald, S., ... Steinberg, D. (1999). Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 794-801. doi:10.1001/archpsyc.56.9.794
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*, 1, 132-149. doi:10.1037/0033-2909.132.1.132
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, *35*, 232-245. doi:10.1037//0012-1649.35.1.232
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 363-375. doi:10.1111/j.1468-2850.1998.tb00156.x
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research* (10. utg.). Genève, Sveits: Forfatter.
- Yin, R. (2013). *Case study research. Design and methods* (5. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zentner, M., & Bates, J. E. (2008). Child temperament: An integrative review of concepts, research programs, and measures. *European Journal of Developmental Science*, *2*, 7-37. Hentet fra http://www.unige.ch/fapse/emotion/tests/temperament/publications/ejds_02_01_zentner.pdf

Fotnoter

¹ Diagnosen moderat depressiv episode i ICD-10 (WHO, 1993) tilsvarer diagnosen *Major Depressive Disorder* i den amerikanske diagnosemanualen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. utg.; *DSM-IV*; American Psychiatric Association, 2000; Grøholt & Sund, 2011).

² Cohens *d*-klassifisering gir et mål på hvor mye to grupper skiller seg fra hverandre i antall standardavvik. Cohen (1988) klassifiserer en effektstørrelse på $d = 0,2$ som liten effekt, $d = 0,5$ som medium effekt, og $d = 0,8$ eller mer som stor effekt.

³ Behandlingstilnærminger med sterk empirisk støtte blir karakterisert som veletablerte. Tilnærminger med mindre empirisk støtte anses som *trolig virkningsfulle*, og nyutviklede behandlinger blir karakterisert som eksperimentelle (Chambless et al., 1998).

