

Kurs i mestring og forebygging av depresjon

Manual

Versjon juli 2016

Torkil Berge og Cecilie Skule

Innhold

- 1. Innledning*
- 2. Tilbakefallsforebygging ved depresjon*
 - 2.1 Store skadevirkninger
 - 2.2 Risikofaktorer for tilbakefall
 - 2.3 Tilbakefallsforebygging som metode
 - 2.4 Kontroll over depressive symptomer
- 3. Kursdeltakere, kursformat og forhåndsinformasjon*
 - 3.1 Kursformatet
 - 3.2 Forhåndsinformasjon
 - 3.3 Kurstemaer
 - 3.4 Oppmerksomt nærvær
 - 3.5 Informasjonsmateriell
- 4. Første kurssamling: Kjennetegn ved og årsaker til depresjon*
 - 4.1 Kjennetegn på depresjon
 - 4.2 Selvmordstanker
 - 4.3 Negative følelser
 - 4.4 Årsaker til depresjon
- 5. Andre og tredje kurssamling: Mentale verktøy ved depresjon*
 - 5.1 ABCD-modellen
 - 5.2 Tiltak mot kvernetanker
- 6. Fjerde kurssamling: Betydningen av aktivitet*
 - 6.1 Arbeidsrettede tiltak
 - 6.2 Familie og venner
- 7. Femte kurssamling: Angstplager og depresjon*
- 8. Sjette kurssamling: Rusmiddelproblemer og depresjon*
- 9. Syvende kurssamling: Søvnproblemer/medikamentell behandling ved depresjon*
 - 9.1 Søvnproblemer
 - 9.2 Medikamentell behandling
- 10. Åttende kurssamling: Veien videre*
 - 10.1 Avslutning: Realisme og håp
- 11. Referanser*

1. Innledning

Depresjon er svært utbredt, tilbakefall med nye depressive episoder er vanlig og den depressive tilstanden medfører stort funksjonstap. Derfor er depresjon av Verdens Helseorganisasjon beregnet til innen år 2030 å bli den lidelsen som medfører størst sykdomsbelastning og uførhet i befolkningen i høyinntektsland, og på verdensbasis overgått bare av hiv/aids og fødselsskader i mellom- og lavinntektsland (WHO, 2008). Det er snakk om et folkehelseproblem med omfattende samfunnsmessige omkostninger.

Personer med både depresjon og somatisk sykdom har økt risiko for funksjonstap, forverring av den somatiske sykdommen, mer alvorlige fysiske sykdomsplager og økt risiko for død (Katon, 2011). Sykdom med funksjonstap, utmattelse og smerter innebærer økt risiko for tilbakefall av depresjon. Kunnskap om depresjon og tiltak for å forebygge depresjon er av stor betydning for disse pasientene.

Denne manualen beskriver et kurs for pasienter om hva som kan forebygge nye episoder med depresjon og tiltak for å mestre depressive symptomer.

Kursmateriell, power points og informasjonshefter finnes på hjemmesiden www.bymisjon.no/a-senteret, og kan benyttes fritt av helsepersonell og tilrettelegges for egen arbeidssituasjon og egne pasienter.

Kurset er utviklet i samarbeid mellom A-senteret, Kirkens Bymisjon i Oslo og Voksenpsykiatrisk Avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus (Berge, Ekelund & Skule, 2004; Berge & Skule, 2015). Kurset har vært arrangert ved distriktpsikiatriske sentre, ruspoliklinikker, lærings- og mestringssentre og helsetjenester for studenter, og i primærhelsetjenesten. Kurset er en del av den kognitiv atferdsterapeutiske tilnærmingen til mestring av depresjon (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Berge, 2015; Wells & Fisher, 2016). Sentralt i denne terapeutiske tradisjonen er en psykoedukativ tilnærming med kurs som The Coping with Depression Course, utviklet av den amerikanske psykologen Peter M. Lewinsohn (Lewinsohn, Antinuccio, Breckenridge & Teri, 1984), som har vist effekt i en rekke studier (Cuijpers, Munoz, Clarke & Lewinsohn, 2009; Dalgard, 2004; Dowrick et al., 2000). En viktig målgruppe er personer som har hatt flere

tidligere episoder med depresjon. Det er god dokumentasjon for at en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming kan forebygge tilbakefall (Beshai, Dobson, Bockting & Quigley, 2011).

Kurset skal gi deltakerne god og oppdatert informasjon om depressive lidelser, og deltakerne får anledning til å drøfte egne erfaringer og sammenlikne seg med hverandre. God informasjon gir et grunnlag for selvhjelp. Sentralt står diskusjon av tidlige signaler om eller risikosituasjoner for tilbakefall, og forslag til hva som kan gjøres for å møte problemene. Deltakerne lager en beredskapsplan eller handlingsplan som gjør dem tryggere på at de kan få bukt med vanskene når de melder seg, og helst før de rekker å vokse seg store.

Kurset er også rettet mot å gå nyttig informasjon om og innspill til mestring av komorbide vansker, spesielt rusmiddelproblemer, søvnproblemer og angstlidelser. På kurset drøftes dessuten tiltak for å styrke funksjonen under en depresjon, både i familien og på arbeidsplassen. Inkludert her er informasjon om hvordan man som deprimert foreldre best mulig kan forholde seg til barnas situasjon og behov.

Kurset er ikke ment som en erstatning for annen behandling, og kan fungere som et nyttig supplement til andre tiltak. Det gis for eksempel informasjon om medikamentell behandling. Deltakerne stimuleres til å innta en aktiv holdning til alle de muligheter som finnes i hjelpeapparatet, med utgangspunkt i at brukernes behov skal legges til grunn for helsetilbudet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

2. Tilbakefallsforebygging ved depresjon

Et viktig mål for kurset er å gi deltakerne økt mulighet til å forebygge tilbakefall. Depresjon er i stor grad en tilbakevendende lidelse, enten ved at man får et forsterket symptombylde etter en periode med gradvis bedring ("relapse"), eller tilbakefall med en episode med depresjon etter å ha vært frisk i lengre tid, kanskje flere år ("recurrence") (Kessler et al., 2003; Richards & Perri, 2010), se boks 1.

Boks 1. Tilbakefall ved depresjon

Pasienter vil i gjennomsnitt oppleve fire episoder med depresjon i løpet av sitt liv (Judd, 1997). En undersøkelse som fulgte opp 380 pasienter i 15 år etter at de

hadde gjennomført medikamentell behandling for depresjon i psykisk helsevern, viste at 85 prosent hadde hatt minst en ny episode med depresjon (Mueller et al., 1999). Samme prosentandel med tilbakefall ble funnet i en australsk studie der man fulgte opp pasientene i 25 år etter at de hadde blitt innlagt på grunn av depresjon (Brodaty, Luscombe, Peisah, Anstey & Andrews, 2001). En studie i primærhelsetjenesten viste at det også her er mer vanlig enn uvanlig med tilbakevendende perioder med depresjon (Coyne, Flynn & Pepper, 1999). I denne studien fremkom det at en stor gruppe hadde tilbrakt en femtedel av sitt liv i en deprimert tilstand. Gjennomganger av studier som har fulgt opp pasienter som har mottatt psykoterapi for depresjon, viser at også mange av disse pasientene opplever tilbakefall (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008).

Boks 1 slutt

2.1 Store skadevirkninger

Tilbakefall av depresjon medfører store skadevirkninger for dem som rammes. Funksjonstapet er noen ganger enda større enn ved førstegangsdepresjonen (Eaton et al., 2008). Det dreier seg om de omfattende negative konsekvensene for både jobbfunksjon (Steward, Ricci, Chee, Hahn & Morganstein, 2003) og for samliv og nære relasjoner (Stroud et al., 2008). En allerede høy risiko for selvmord øker ytterligere (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000). Også studier som har fulgt opp ungdommer etter deres første episode med depresjon, viser sterkt funksjonstap etter nye episoder (Fergusson & Woodward, 2002).

2.2 Risikofaktorer for tilbakefall

Det som i størst grad forutsier ny depresjon, er antall tidligere episoder med depresjon (Monroe, 2010). Jo flere episoder med depresjon man har opplevd, desto større er risikoen for å få en ny. Risikoen er 70–80 % for dem med tre tidligere episoder. Om lag halvparten av førstegangsdepresjonene finner sted før 20-årsalderen, ofte uten at de som blir rammet, får adekvat hjelp (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2011). Dette innebærer at behandlere innenfor helsetjenestene for voksne i stor grad vil møte pasienter som også tidligere har vært deprimert, kanskje uten å fortelle om det (Kessing, Hansen, Andersen & Angst, 2004; National Institute of Mental Health, 2001). Boks 2 beskriver risikofaktorer for tilbakefall.

Boks 2. Risikofaktorer for tilbakefall av depresjon

Foruten flere tidligere episoder med depresjon, er andre risikofaktorer tidlig debut, lang varighet av depresjon før behandling, alvorlighetsgraden av episoden og fortsatte restsymptomer etter behandlingen (Monroe, 2010). Sosiale og økonomiske problemer vil også virke inn. Risikoen øker ved komorbide lidelser, spesielt ved angstlidelser (Stein et al., 2001) og rusmiddelavhengighet (Epstein, Green & Drapkin, 2010). Det er en betydelig risiko for tilbakefall når depresjoner debuterer i barne- eller ungdomsårene (Richards, 2011).

Det kan være andre forhold som bidrar til tilbakefall enn de som opprinnelig forårsaket problemene (Lewinsohn, Allen, Seeley & Gotlib, 1999; Monroe, 2010). Det synes å være færre alvorlige livsbelastninger knyttet til senere episoder med depresjon, enn tilfellet ofte var første gang man gikk inn i en depresjon. Sårbarheten øker, og det skal mindre alvorlige belastninger til for å utløse nye episoder med depresjon (Stroud, Hammen, Davila & Vrshek-Schallhorn, 2011). For mange skal det altså mindre til for å bli deprimert igjen hvis de tidligere har vært deprimert. Dessuten er negative tankemønstre trolig en enda sterkere bidragsyter for senere episoder (Zuroff, Mongrain & Santor, 2004). Det er som om man har fått et ”psykologisk arr” etter den første episoden, som gjør at man blir mer sårbar ved senere belastninger (Clark & Beck, 1999; Ormel, Oldehinkel, Nolen & Vollebergh, 2004). Tilbakefall til depresjon er i betydelig grad forbundet med vedvarende negative tanker og grubling (Joormann & Gotlib, 2007).

Boks 2 slutt

2.3 Tilbakefallsforebygging som metode

Tilbakefallsforebygging er en metode benyttes både ved depresjon, avhengighetsproblemer, angstlidelser og andre psykiske lidelser (Antony, Ledley & Heimberg, 2005). Man kartlegger tidlige signaler på eller risikosituasjoner for tilbakefall, og setter opp konkrete forslag til konstruktive mottiltak som nedfelles i en beredskapsplan. Siktemålet med tilbakefallsforebygging er å gi pasienten konkrete ferdigheter, økt følelse av kontroll og positive forventninger til sin evne til å mestre de vanskelige situasjonene (Berge & Repål, 2010, s. 244–259; 2015, s. 180–190). Kognitiv atferdsterapi er vist å ha en forebyggende effekt (se boks 3).

Boks 3. Kognitiv atferdsterapi som tilbakefallsforebygging

Pasienter i kognitiv terapi kan ha sjeldnere tilbakefall enn ved medikamentell behandling (Craighead, Sheets, Brosse & Ilardi, 2007; Vittengl, Clark, Dunn & Jarrett, 2007). Motstandskraft mot tilbakefall kan knyttes til at pasienten lærer spesifikke ferdigheter som atferdsaktivering og det å kunne identifisere og stille seg spørrende til negative automatiske tanker (Strunk et al., 2009). Samtidig må det understrekes at en rekke pasienter som har fått kognitiv atferdsterapi vil få tilbakefall (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998). Kognitiv etterbehandling rettet mot restsymptomer etter medikamentell terapi reduserer hyppigheten av tilbakefall hos pasienter i poliklinisk behandling (Blackburn & Moore, 1997; Bockting et al., 2005; Enns, Cox & Pidlubny, 2002; Jarrett et al., 2001; Jarret, Vittengl & Clark, 2008; Rafanelli, Park & Fava, 1999). Oppfølgingen retter seg mot bearbeiding av restsymptomer, metoder for tilbakefallsforebygging og vedlikehold av tidligere lærte ferdigheter.

Boks 3 slutt

2.4 Kontroll over depressive symptomer

Et tiltak i tilbakefallsforebygging er å stimulere til økt mestringstro i møte med depressive symptomer. Det å oppleve tilbakevending av depressive plager kan i seg selv bidra til å utløse en depressiv episode, ved at man frykter en kommende depresjon eller tror at man allerede er blitt deprimert (Teasdale et al., 2001).

Depressive plager er vanskelige å få kontroll over, som energimangel, søvnproblemer, tretthet og konsentrasjonsproblemer. Det å oppleve at man ikke har kontroll kan være skremmende og et slag mot selvfølelsen, og gi utløp for en strøm av negative tanker, grubling og bekymring, om at tilbakefall er uunngåelig, at man ikke er kommet noe lenger, og at man aldri vil oppnå kontroll over depresjonen. Et sentralt mål for kurset som beskrives her er å styrke opplevelsen av å kunne kontrollere de depressive symptomene, og å kunne møte dem på en målrettet måte, uten å gruble seg nedover på grunn av dem.

3. Kursdeltakere, kursformat og forhåndsinformasjon

Mange av deltakerne på kursene har også andre psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det er få eksklusjonskriterier, bortsett fra det opplagte om

ikke å være aktivt psykotisk eller ha en bruk av rusmidler som hindrer et rimelig stabilt oppmøte. Eksklusjonskriterier kan på en uheldig måte utelukke deltakere som kunne hatt nytte av et slikt kurstilbud. Det er etter vår erfaring ikke nødvendig med individuelle forhåndssamtaler rettet mot vurdering av om tilbudet er egnet eller ikke. Den enkelte tar selv best stilling til dette ut fra den skriftlige informasjonen om tilbudet eller ut fra et åpent informasjonsmøte om kurset. På kursets hjemmeside finnes en mal for et slikt informasjonsmøte. Noen av deltakerne drøfter spørsmålet om deltakelse med sin fastlege eller med sin behandler i psykisk helsevern.

Inntakskriteriet for kurset er altså bredt: erfaring med depresjon og motivasjon for å lære mer om mestring og forebygging av depresjon. Mange av deltakerne har fra moderat til alvorlig depresjon mens de deltar på kurset, og ved en gjennomgang av forholdet mellom alvorlighetsgrad av depresjon og frafall har vi ikke kunnet finne noen spesiell sammenheng mellom styrken på de depressive symptomene og frafall (Skule et al., 2015). Mange av deltakerne har også et rusmiddelproblem, og vår erfaring er som nevnt at det er greit å inkludere deltakere med og uten samtidige rusmiddelproblemer i et felles kurs. Da unngår vi også en mulig stigmatiserende effekt av å skille de to pasientgruppene.

Selv om vår evaluering viser like gode resultater for deltakere med og uten alkoholproblemer, ser det ikke ut til at alkoholinntaket blir direkte påvirket av redusert depresjonsnivå (Skule et al., 2016). I tillegg bør det derfor rettes særlige tiltak mot komorbide rusmiddelproblemer. Man kan ha flere tiltak for kontroll over rusmiddelproblemer i kurset, eller supplere med individuell behandling.

Noen av deltakerne har hatt tilbakevendende depressive episoder knyttet til bipolar lidelse. Vi gir informasjon om ulike former for stemningslidelser.

3.1 Kursformatet

Tilbudet er definert som et kurs, blant annet for å komme utenom den tradisjonelle pasient–behandler-rollen. De fleste av oss har erfaring som deltakere på et eller annet kurs. Man vet på forhånd noe om hva man går inn i, og hva som forventes av en, og møter en tydelig og aktiv kursleder som søker å utvikle et

positivt og støttende samhold i gruppen. I sine tilbakemeldinger har deltakerne gitt uttrykk for at de har satt pris på kursformatet og å bli møtt med den respekt og imøtekommenhet som det faller naturlig å gi deltakere på et kurs.

Kurset kan presenteres slik:

”Forskning på behandling av depresjon viser gode resultater, for både psykologisk og medikamentell behandling av depresjon. Også de som ikke er i behandling, opplever vanligvis at depresjonen går over. Det er god grunn til å være optimist når det gjelder mulighetene for bedring. Samtidig er depresjon for mange en tilbakevendende lidelse. Jo flere tilfeller av depresjon du opplever, desto større er risikoen for å få den tilbake. Det er her et viktig skille mellom tilbakefall og tilbakeskritt. Utgangspunktet er at tilbakeskritt er uunngåelige, og bør snarere ventes enn fryktes. For å få økt kontroll kan du lære mer om hva depresjon er, hva den skyldes og hva som hjelper. Så kan du lage en beredskapsplan for å forhindre nye episoder, med klare anbefalinger om hva du kan gjøre. På dette kurset vil du få god informasjon om effektive tiltak som reduserer risikoen for tilbakefall.”

Kurset ledes av en eller to kursledere og går over åtte uker à to timer. Det er imidlertid også laget kortere varianter, for eksempel som et firegangers kurs for pasienter som står på venteliste til individuell poliklinisk behandling, der vi også gir informasjon om hva det innebærer å gå i behandling, hvordan man kan forberede seg og viktigheten av en aktiv pasientrolle.

3.2 Forhåndsinformasjon

På kurset nettside er et kombinert informasjonsskriv om depresjon og påmeldingsskjema. Gjennom en informasjonssamtale, enten individuelt eller i form av et informasjonsmøte for flere, gis det anledning til å stille spørsmål og til å formidle opplysninger om seg selv som man ønsker at kurslederne skal ha.

Gi på informasjonsmøtet (eventuelt på første kursmøte) beskjed om at du som kursleder skjønner at det kan bli vanskelig for noen å komme regelmessig til de ukentlige kursmøtene, og drøft tiltak for å styrke oppmøtet, som påminnelser via

tekstmelding. Du kan her velge å understreke at deltakerne ikke trenger å være verbalt aktive på kurset – det er nok at de møter opp. Dette for å redusere prestasjonsangst og for å senke terskelen for å delta.

Informerer om at deltakerne vil ha til felles at de har erfaring med depressive lidelser, at det er vanlig at man gruer seg til de første møtene, at det erfaringsmessig vil bli lettere etter hvert, og at du som leder vil ta ansvar for det som skjer i gruppen. Beskriv hva som vil skje under de første gruppemøtene – programmet er fastsatt, og det vil ikke bli ubehagelige overraskelser. Understrek at det er opp til den enkelte hvor åpen man velger å være i gruppen. Noen kan være redde for at de må fortelle mye om seg selv. Et råd du kan gi, er at de bruker tid på å bli kjent med situasjonen, og at de ikke forteller mer om seg selv enn det de innerst inne har lyst til. Det kan kjennes vanskelig å ha sagt for mye, og dette kan i verste fall føre til at man uteblir fra neste møte.

Det er vanligvis opp til tolv deltakere, men det har også vært gode erfaringer med over 20 deltakere på et kurs, med lite frafall og trygg atmosfære. Kurset kan holdes på behandlingssenteret, for eksempel en poliklinikk, eller i kommunen, for eksempel på en frivillighetssentral. I kursbeskrivelsen på kursets nettside og i denne manualen legges det opp til et kurs over åtte samlinger, to timer hver gang.

3.3 Kurstemaer

Bestemte temaer er satt opp for hvert møte (se boks 4).

Boks 4. Kursplan for kurset – sentrale temaer

- Hva kjennetegner depresjon? Beskrivelse av symptomer, forekomst og tilbakefall
- Årsaker til depresjon, sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer
- Tenkning og depresjon, grubling og bekymring, depressive tenkemåter
- Hvordan kan man aktivisere seg selv? Ulike former for aktivitet som motvirker depresjon
- Depresjon og forholdet til partner og barn, tiltak på jobben
- Selvmordstanker og selvmordsforsøk

- Angstlidelser og depresjon, mestring av angst
- Rusmiddelproblemer og depresjon
- Mestring av søvnproblemer
- Bruk av antidepressive medikamenter og samhandling med lege
- Veien videre – forebygging av tilbakefall

Boks 4 slutt

Som kursleder kan du velge å gjøre tilpasninger ut i fra ditt arbeidssted og deltakernes sammensetning og behov. Du kan i samråd med deltakerne for eksempel velge å bruke mer eller mindre tid på tiltak for komorbide tilstander: rusmiddelproblemer, søvnproblemer eller angstlidelser. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil det eksempelvis være naturlig å bruke mer tid på sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og depresjon. Vår anbefaling er imidlertid at du ikke reduserer tiden som er satt av til mentale verktøy, atferdsaktivering og laging av plan for tilbakefallsforebygging, som utgjør grunnelementene i dette kurset. Det er disse elementene som har mest dokumentasjon når det gjelder forebygging av tilbakefall ved depresjon (Beshai et al., 2011).

Kurset er rettet mot å lære deltakerne å gjenkjenne symptomer på depresjon, og få økt kjennskap til sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer. De får råd om hvordan de kan mestre ulike symptomer ved depresjon. Det legges vekt på en nøktern presentasjon av fakta, og det veksles mellom undervisning og erfaringsdeling mellom deltakerne.

3.4 Oppmerksomt nærvær

Et tema som kan trekkes inn som en del av kurset, er trening i oppmerksomt nærvær ("mindfulness"). Dette er en holdning preget av akseptering og tilstedeværelse i nået, som har vist seg å kunne forebygge gjentatte episoder med depresjon (Seagal, Williams & Teasdale, 2013). Fenomenet formidles best gjennom enkle øvelser med kontakt med "pusteankeret" eller observasjon av følelser, tanker og kroppsforfølelser som kommer og går. På hjemmesiden til kurset finner du et informasjonshefte om oppmerksomt nærvær og eksempler på

øvelser som kan brukes under kurset (se også Berge, Dehli & Fjerstad, 2014, s. 258–275; Berge & Repål, 2015, 113–121; Kvarstein & Egeland, 2012).

3.5 Informasjonsmaterieil

Deltakerne får utlevert kopier av PowerPoints, og for hver kursgang kopi av aktuelle informasjonshefter om depresjon til gjennomlesning og som utgangspunkt for senere diskusjon, for eksempel om:

- Aktiviteter som motvirker depresjon
- Mestring av depressiv tenkning
- Kontroll over kvernetanker og vedvarende grubling
- Kontroll over vedvarende og overdreven bekymring
- Tiltak for barn når far eller mor er deprimert
- Råd mot søvnproblemer
- Forebygging av tilbakefall ved depresjon

Disse og andre informasjonshefter finnes på kursets nettside (www.bymisjon.no/a-senteret), samt på hjemmesiden til Norsk Forening for Kognitiv Terapi (www.kognitiv.no).

Det varierer hvor mye deltakerne får lest av informasjonsheftene de får utlevert. Som kursleder kan du si at det ikke vil være all informasjon som vil være aktuell for den enkelte, og det vil også variere hvor mye man orker å lese. Man kan også bevare informasjonsheftene og lese dem senere, når det er mer overkommelig å gjøre det. Deltakerne kan gjerne gi heftene videre til sine medhjelpere og andre som de mener kan ha nytte av å lese dem. Understrek her at informasjonen og ferdighetene deltakerne lærer på kurset, for eksempel om mentale strategier og tiltak ved søvnproblemer og angst, kan være verdifullt i deres møte med andre, enten det er på jobb, i familie eller i bekjentskapskrets for øvrig, som har slike problemer.

Si at det kan være lurt å ha en mappe for notater og annet materieil, samt kulepenn og notatbok under samlingene. Bruk tavle og flippover for å illustrere viktige poenger og modeller. Snakk innledningsvis om behovet for pauser og evaluerer for

hver gang. Det er viktig å forebygge at deltakerne blir utslitt og mister konsentrasjonen, og noen har store problemer med mental utmattelse.

4. Første kursamling: Kjennetegn ved og årsaker til depresjon

Første kursmøte omhandler kjennetegn ved depresjon og årsaker til depresjon.

Som kursleder kan du/dere starte med å presentere deg/dere selv, og be deltakerne presentere seg selv med navn. Gå så over til å gi informasjon om opplegget, ved å gjenta hovedpunktene nevnt ovenfor.

4.1 Kjennetegn på depresjon

Kjennetegn ved depresjon kan beskrives både gjennom filmfremvisning, forelesning og diskusjon. Vis gjerne første del av filmen *Tankens kraft. Kognitiv terapi ved depresjon* (Ingvilds historie), som får frem kjennetegn på depresjon og presenterer noen virkemidler dere skal komme tilbake til under kurset. (Filmen finnes som DVD fra Norsk Forening for Kognitiv Terapi eller kan ses fra hjemmesiden www.kognitiv.no). For kjennetegn ved depresjon, se boks 5.

Boks 5. Kjennetegn ved depresjon

Depresjon preges av nedstemthet og angst, men samtidig av manglende emosjonell reaktivitet, ofte også rent fysiologisk, med lokk på både positive og negative følelser, glede så vel som sorg (Rottenberg, 2007). En alvorlig deprimerert person beskriver ofte seg selv som følelsesmessig tom og flat, og sier at ingenting betyr noe lenger. Negativ tenkning dominerer – tendensen til automatisk å tenke negativt, selvkritisk og pessimistisk, til å gruble over tilkortkomming og nederlag, og til å huske det negative på bekostning av positive minner. Passivitet og ubesluttsomhet er sentrale symptomer, likeså kroppslige reaksjoner i form av smerter og ubehag (Helsedirektoratet, 2009).

Depresjon er en bred og heterogen diagnosegruppe, der sentrale symptomer er senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi. Diagnosesystemet ICD-10 opererer med en liste med ti symptomer på depresjon. Depresjon deles inn i mild depressiv episode (fire symptomer), moderat depressiv episode (fem til seks symptomer) og alvorlig depressiv episode (syv eller flere symptomer, med eller uten psykotiske

symptomer). Nå er det tvilsomt om alvorlighetsgraden av depresjon kan fastsettes ved å telle symptomer på denne måten. Man må i tillegg vurdere pasientens tidligere historie med depresjon og graden av funksjonstap.

Nøkkelsymptomer er vedvarende tristhet eller nedstemthet, tap av evnen til å føle interesse for noe eller glede seg, og tretthet og redusert energi. To sentrale spørsmål i kartleggingen er derfor: ”Har du i de siste par uker kjent deg nedfor, deprimert og ofte følt at alt var håpløst?” og ”Har du i de siste par uker ofte følt at du ikke interesserer deg for eller gleder deg over det du gjør?”. Andre symptomer er:

- søvnforstyrrelser
- dårlig konsentrasjon
- initiativløshet og ubesluttsomhet
- lav selvtillit, skyldfølelse, selvbebreidelser og pessimisme
- dårlig eller økt appetitt
- uro eller psykomotorisk retardasjon

Spør alltid pasienter med depresjon direkte om suicidale tanker eller intensjoner: Foreligger det tidligere selvmordshandlinger, eller konkrete selvmordsplaner? Opplevs livet som ikke verdt å leve, og fremtiden som uten håp? Man må her formidle varme, trygghet og genuin interesse for og akseptering av pasientens beskrivelse av sin livssituasjon (Helsedirektoratet, 2009).

Boks 5 slutt

Kursdeltakerne opplever det vanligvis som både viktig og vanskelig utførlig å få beskrevet kjennetegnene på depresjon. Gjenkjennelsen understreker alvorret i egen situasjon. Som kursledere kan du legge vekt på at det er en destruktiv kraft i en alvorlig depresjon. Det er ikke uten grunn at mange historisk betydningsfulle personer, enten det er statsledere eller kunstnere, i perioder har måttet gi tapt overfor tilstanden. Vi må ha respekt for depresjonen som motstander, og aldri undervurdere den, samtidig som vi formidler håp og realistisk optimisme.

4.2. Selvmordstanker

Et mål ved å sette temaet selvmordstanker på dagsordenen under kurset, er å senke terskelen for å snakke om selvmordstanker med en fortrolig, gjerne en behandler. Fremhev at håpløsheten er et viktig bindeledd mellom depresjon og selvmord. Gå inn på hvordan fagfolk vurderer risiko, hvorledes de snakker med mennesker som har selvmordstanker, og hvilke råd de pleier å gi. I diskusjonene har flere kursdeltakere fortalt om erfaringer med egne selvmordsforsøk og hva som har fungert som hjelp i ettertid (om tiltak ved selvmordsrisiko, se Berge & Repål, 2015, s. 231–243).

4.3 Negative følelser

Depresjon preges av negative følelser, som angst, skam, skyld og sinne, og fravær av positive følelser, som glede, iver, interesse og nysgjerrighet. Alvorlig depresjon kjennetegnes ved manglende emosjonalitet, også rent kroppslig, der man kjenner seg tom og flat. Du kan formidle betydningen av å anerkjenne alle former for følelser, uansett hvor vonde de er. Ved å legge merke til følelser på en aksepterende måte kan man lære mer om seg selv og situasjonen man er i. Istedenfor bare å reagere på følelser kan man skaffe seg tid og plass til å handle veloverveid.

4.4 Årsaker til depresjon

Presenterer ulike årsaker til depresjon, både sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer (se beskrivelse annet sted på nettsiden). Legg vekt på at kurset særlig gir informasjon om hvordan deltakerne kan påvirke det som holder depresjonen ved like og bidrar til tilbakefall. Samtidig kan du som kursleder oppfordre til refleksjon over hva som i utgangspunktet kan ha gjort en sårbar for depresjon, og hva som preger livet før en depressiv episode.

Ensidige biologiske forklaringer på depresjon er blitt forbundet med en mer pessimistisk holdning til muligheten for å påvirke symptomene, både i befolkningen generelt og hos personer med depresjon (Lebowitz, Ahn & Nolen-Hoeksema, 2014). Legg i din presentasjon vekt på hvordan arv og miljø inngår i et gjensidig samspill hele livet. Personer med visse arveanlegg har større risiko for å utvikle depresjon dersom de opplever alvorlige belastninger. Omvendt kan sosiale miljøfaktorer, for eksempel en trygg og god oppvekst, beskytte mot å utvikle

lidelser man er arvelig disponert for. Den som har en arvelig tendens i særlig grad, vil ha utbytte av mange av metodene vi anbefaler på kurset, rettet mot å snu negative tankemønstre, etablere konstruktive handlingsmønstre og styrke positive følelser (se Berge & Repål, 2015, s. 27–42).

Legg vekt på at årsakene til depressive episoder kan endres ved tilbakevendende depresjoner, og at det kan være andre forhold som bidrar til tilbakefall enn de som opprinnelig forårsaket problemene. Drøft her onde sirkler som bidrar til å opprettholde depresjon og gi tilbakefall:

- Deprimerte mennesker blir ofte passive og trekker seg unna samvær med andre mennesker. Da blir det vanskeligere ta initiativ til å få kontakt med andre.
- Vi husker gjerne hendelser som er i tråd med hvordan vi føler oss. Depresjon åpner opp for en strøm av vonde og negative minner, og stenger positive minner ute.
- En deprimert person bruker mye tid på å gruble og bekymre seg. Kvernetankene plager og hemmer, og bringer en dypere inn i depresjonen.
- Mange utvikler store søvnproblemer, som kan forsterke energimangel og tungsinn.
- Folk flest møter en rekke problemer og vanskeligheter i ekteskapet, venneforhold, arbeid, skole eller fritid. Depresjonen hemmer muligheten for å løse slike problemer.
- Alkohol og andre rusmidler forsterker angst og depresjon. Skadelig bruk av rusmidler gir ytterligere problemer med egen helse, familie, venner, arbeid og økonomi.

Etter å ha presentert ulike årsakssammenhenger, åpner du for erfaringsdeling. Still så spørsmålet: Hvordan kan man snu onde sirkler? Et oppfølgingsspørsmål her er: Hvordan kan man greie å nå frem til seg selv når man først er blitt alvorlig deprimert? Et kjennetegn ved depresjon er nettopp mangel på energi og en pessimistisk opplevelse av at ingenting nytter. Mange av deltakerne sier at hvis de

er kommet for langt inn i depresjonen, har de ikke lenger noen følelse av at de har fortjent å ha det bedre. De er ikke verd noe og fortjener å ha det vondt.

5. Andre og tredje kurssamling: Mentale verktøy ved depresjon

Andre og tredje kursamling presenterer kognitive teknikker ved depresjon, med hovedvekt på identifisering av negative tanker gjennom ABCD-modellen og på å bryte mønsteret med energitappende kvernetanker i form av vedvarende grubling og bekymring.

Bruk som informasjonsmateriell heftet *Mestring av depresjon*, som omhandler bruk av ABCD-modellen, og informasjonshefter om mestring av uhensiktsmessige og vedvarende kvernetanker: *Kontroll over kvernetanker og vedvarende grubling* og *Kontroll over vedvarende og overdreven bekymring*. Du kan også velge å dele ut informasjonsheftet *Tanken kraft. En kognitiv tilnærming*. Under gjennomgangen av depressiv grubling, kan du gjerne vise del 3 av filmen *Tankens kraft. En kognitiv tilnærming til depresjon* (Grethes historie), der bruk av ”grublebok” ved depressive kvernetanker demonstreres.

5.1 ABCD-modellen

Det er viktig å kunne begrense skadevirkningene av den stadige strømmen av negative tanker. Trekk frem de sentrale elementene i en kognitiv tilnærming til depressiv tenkning, med vekt på bruk av ABCD-modellen. Legg her vekt på at negativ tenkning spiller en viktig rolle ved tilbakevendende depresjoner – tendensen til automatisk å tenke negativt og pessimistisk, og til å huske det negative på bekostning av positive minner. Så kan du beskrive bruk av ABCD-modellen, med eksempler som er gjenkjennelige fra deltakernes hverdag. Du kan presentere tilnærmingen slik:

”Det å bli bevisst negative tanker og jobbe mot å endre dem, kalles en kognitiv tilnærming. ”Kognitiv” viser til hva vi oppfatter, tenker og husker om noe. Depresjon ledsages gjerne av en strøm av negative og nedstemmende tanker. De mørke tankene virker troverdige, og de kan være bygget på virkelige hendelser, men er ofte overdrevne eller ugyldig. Og de er til lite hjelp i en allerede vanskelig situasjon. Depressive følelser er forbundet med tanker om

feil eller tap, verdiløshet, meningsløshet eller håpløshet. Endringer i tankene kan føre til endringer i følelsene. For å oppnå dette er det ofte nødvendig med systematisk trening. Denne jobben kan ta utgangspunkt i ABCD-modellen, der A er hendelsen, B er tankene om hendelsen, C er følelsene og D er mulige alternative tanker til B. ABCD-modellen er et hjelpemiddel for å bli bevisst den indre samtalen når du overdriver konsekvensene av egne feil, undervurderer deg selv i forhold til andre, mister håp eller tar på deg ansvar for hendelser du ikke kan lastes for. ABCD-modellen brukes til å finne støttetanker, alternative og nyttige tanker som gir håp om at du kan gjøre noe med situasjonen og råd om hva som er lurt for deg å gjøre.”

Beskriv også hvordan depresjon aktiverer negative holdninger eller kjerneoppfatninger som gjør det vanskelig å gi egenomsorg og å se positive sider ved en selv. Dette kan du formidle på følgende måte:

”De viktigste forestillingene vi har om oss selv, andre og fremtiden kalles kjerneoppfatninger. Kjerneoppfatninger kan både være positive og negative. Positive oppfatninger er å tenke om seg selv at en har verdi som menneske, at en er flink og at en er respektert av andre. Hvis en har vært utsatt for kritikk og avvisning, og fått lite støtte og anerkjennelse, blir oppfatningene ofte negative. Da svekkes selvfølelsen og troen på fremtiden. Det er vanlig å ha både positive og negative kjerneoppfatninger. Spørsmålet er hvor ofte de negative oppfatningene dukker opp og hvor sterke og rigide de er. Når en er deprimert får det negative fritt spillerom. Da er det vanskelig å tenke positivt om seg selv og å huske situasjoner der en følte at en fikk til noe og hadde det bra. Isteden legger en merke til egne feil. En blir usikker, får dårlig samvittighet og føler at en ikke har fortjent anerkjennelse. Gjennom en kognitiv tilnærming kan du trene på mer balanserte og nyanserte oppfatninger der alle sider tas med, ikke bare de negative. Målet er at du i større grad lærer å sette pris på deg selv, få frem det du er interessert i og føler du får til, og hvem du føler du kan stole på. Dette målet kan du nærme deg gjennom systematisk trening.”

Som kursledere pleier vi å si noe om at det ikke er så lett å snakke om depressiv tenkning på kurset. Faren er at vårt budskap forstås som kritikk av at man ”ikke bare er deprimert, men tenker feil også”. Dessuten kan vi som kursledere fremstå som noen som har ”oppskriften” på hvordan man bør tenke – og det har vi selvsagt ikke. I formidling av kunnskap om depresjon såvel som angst er det viktig å få frem at disse fenomenene i større eller mindre grad gjelder oss alle. Vi vil alle kjenne oss igjen i følelser av nederlag og fortvilelse, angst og skam.

5.2 Tiltak mot kvernetanker

Depressiv grubling er en kjernekomponent i depresjon (Papageorgiou & Wells, 2003). De deprimerte tenker typisk om og om igjen på hvor dårlig de føler seg, hvor lite energi de har, og hvor lite motivert de er til å gjøre noe. En vanlig antakelse er at de kan løse problemer ved å tenke mye på dem. Men depressiv grubling svekker deres evne til å løse problemer ved at de hindres i å gå inn i en mer aktiv og handlingsorientert form for problemløsning (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008).

Grubling hos deprimerte pasienter kan forstås som en form for unngåelse, både av løsningsorienterte handlinger og smertefulle følelser, og ved feilslåtte forsøk på tankeundertrykking (Eisma et al., 2013). Kvernetankene har form av innarbeidede og automatiserte mentale vaner (Watkins & Nolen-Hoeksema, 2014). Vanens makt er stor, og det vil kreve mye trening å innarbeide andre og mer konstruktive mentale vaner. Det innebærer å trene, om og om igjen, på å flytte oppmerksomheten over på detaljer i situasjonen her og nå, og kunne tenke mer konkret og handlings- og løsningsorientert.

Kvernetanker rundt de depressive symptomene og deres årsaker er en kraftfull vedlikeholdende mekanisme ved depresjon, som trekker til seg selvbebreidelser, mismot over dagens situasjon og pessimistiske tanker om fremtiden. Kvernetanker kan også bidra til å utløse tilbakefall, for eksempel ved at man i en nedstemt tilstand begynner å gruble over og uroe seg for tilstedeværelsen av depressive symptomer. En anbefaling du som kursleder kan gi for mestring av symptomer, er ikke å gruble over dem, men akseptere deres tilstedeværelse, uten å bli redd for

dem eller oppleve dem som et personlig nederlag – og så se på muligheter for å håndtere dem på en konstruktiv måte.

På kurset gir du råd og legger du opp til erfaringsutveksling om hvordan deltakerne kan begrense varighet og omfang av vedvarende bekymring og depressiv grubling. Del ut informasjonsheftet *Kontroll over kvernetanker og vedvarende grubling*. Du kan beskrive arbeidet med depressiv grubling på følgende måte:

”Et første steg kan være å få oversikt over grublingen og dine holdninger til den: Hvor mye tid bruker du nå til grubling? Hvilke fordeler har grublingen for deg, og hva er ulempene? Opplever du at grublingen lar seg kontrollere? Disse spørsmålene kan gi et utgangspunkt for konkret kartlegging av hva som utløser grubling, hvor lenge den varer og hva den fører til. Så kan du trene på å flytte oppmerksomheten vekk fra destruktive kvernetanker i selve situasjonen, men uten å prøve å presse dem vekk, da forsøk på tankeundertrykking ofte gjør dem enda mer påtrengende. Merker du at du er fanget av grublekvernen, kan denne erkjennelsen benyttes som startskudd for konstruktiv handling. Ved å rette oppmerksomheten mot gjøremål her og nå, kan du svekke grubletankenens påvirkningskraft.”

Mange personer med depresjon har i tillegg til depressiv grubling også en tendens til vedvarende bekymring. Bekymringen tar heller form av kontinuerlige kjeder av ord og setninger, der man febrilsk leter etter tiltak som kan forhindre det fryktede fra å skje. På sikt bidrar det til kontinuerlig anspenthet, smerter i kroppen, magebesvær og søvnproblemer. Del ut informasjonssheftet *Kontroll over vedvarende og overdreven bekymring*, og drøft tiltak som beskrives i heftet.

Den deprimerte vil ofte prøve å få kontroll over grubletanker og bekymringstanker ved å prøve å presse dem vekk, men slike forsøk vil vanligvis bare forsterke dem. For å demonstrere den paradoksale effekten av forsøk på tankeundertrykkelse gi øvelsen: Ikke tenk på en isbjørn! Kvernetankene vil melde seg igjen, på samme måte som isbjørnen gjerne kommer labbende under eller like etter slike forsøk. Derfor er det lurere å trene på å akseptere at tankene dukker opp uten å gi dem

mye oppmerksomhet. Etter en stund vil tankene drive bort, som skyer på himmelen.

Et viktig tema for diskusjon under kurset er hvordan bekymring for tilbakefall og grubling over tidlige depressive symptomer i seg selv kan øke risikoen for tilbakefall. Tiltak for å motvirke dette blir en del av beredskapsplanen. En grunn til at metoden atferdsaktivering, som er tema for neste kurssamling, er virksom ved depresjon, er at aktiviteter, og da særlig de som gir opplevelse av mestring og tilfredsstillelse, motvirker repeterende negativ tenkning.

6. Fjerde kurssamling: Betydningen av aktivitet

Tiltak rettet mot hverdagslige gjøremål og målrettet aktivisering, har stor betydning for mestring av depresjon og forebygging av tilbakefall (Dimidjian et al., 2006). Et viktig mål er å øke antall gjøremål i hverdagen, og da spesielt aktiviteter som kan gi en følelse av mestring og tilfredsstillelse. Energimangel ved depresjon er vanligvis et tegn på at man trenger å bli mer aktiv, og ikke mindre.

Del ut informasjonsheftet *Aktiviteter som motvirker depresjon*, som gir en begrunnelse for metoden atferdsaktivering og råd om hvordan man kan gå frem. Gå så inn på hvordan man kan påvirke aktivitetsnivået selv under sterk depresjon, og drøft hvordan den enkelte kan prøve ut disse metodene tilpasset egne behov. Presenter systematisk argumentene: at man blir mindre trett, får avledning fra depressiv grubling og bekymring, og at aktivitet gir mersmak, reduserer følelser av hjelpeløshet og håpløshet, og øker evnen til å løse problemer. Fysisk trening er som kjent antidepressivt, men fremhev her betydningen av alle de tusenvis av små og store aktiviteter i hverdagen som til sammen former vår opplevelse av livskvalitet. Her kan du vise midtre del av filmen *Tankens kraft* (Johans historie). Du kan også dele ut informasjonsheftet *Mosjon og depresjon*.

Du kan introdusere metoden atferdsaktivering på følgende måte:

”Depresjon er selvforsterkende. Den tapper kroppen for krefter. Alt blir et ork. En alvorlig depresjon hindrer en i å utføre selv enkle dagligdagse gjøremål. Når en kjenner seg trett og sliten er det vanligvis best å ta en hvil. Men hvis det er

depresjonen som fører til tretthet, er det best å bli mer aktiv. Depresjonen ernærer seg på passivitet. En planbok hvor du skriver ned neste dags gjøremål, kan være til hjelp. Planboken kan inneholde de små tingene som å stå opp, lage frokost, handle og andre hverdagslige gjøremål. Det er særlig viktig å forsøke å ta opp aktiviteter som tidligere ga deg tilfredshet og en følelse av mestring. Depresjonen din vil si at du ikke skal, at det ikke nytter, men den er en dårlig rådgiver. Kanskje aktivitetene gir noe større glede enn du tror på forhånd.”

Gå så inn på hvordan kursdeltakerne kan planlegge og registrere aktiviteter. Et eksempel er å dele opp dagen i perioder på en time. Det kan også være nyttig å formulere planer som å begynne på en aktivitet (for eksempel vaske opp), eller å holde på med en aktivitet for en bestemt periode (for eksempel en halv time) heller enn å være opptatt av det ferdige resultatet (som kan virke uoppnåelig). Man kan registrere hvor vellykket aktiviteten var på to ulike måter – i hvilken grad man mestret oppgaven, og i hvilken grad utførelsen av oppgaven ga en opplevelse av glede eller tilfredsstillelse. Spør deltakerne om hvilke aktiviteter som kan gi ny energi. Aktiviteter som gir opplevelse av at man mestrer og får ting til. Sosiale aktiviteter som kan gi opplevelse at man er likt og akseptert. Aktiviteter som er belønnende i seg selv, som å lese et ukeblad eller lage seg et godt måltid mat.

Samtidig kan du formidle at det ikke er rart at det er vanskelig å få gjennomført ting. Depresjonen har en egen evne til å gjøre alt meningsløst. Fremhev at visse typer tanker vil hindre en i å fullføre aktiviteter og nedvurdere betydningen av det vedkommende gjør. I stedet for å gå inn på gyldigheten av slike tanker påpeker du deres funksjon – at tankene fungerer som depressive ”stoppetanker” som blokkerer forsøk på å komme ut av depresjonens grep. Man kan evaluere blokkerende tanker ved å spørre seg: ”Er tankene nyttige for at jeg får gjort det jeg har planlagt å gjøre? Får de meg til å føle meg bedre?”. Så kan man bare la tankene være, uten å gå inn i en diskusjon med dem, og flytte oppmerksomheten over på det man vil gjennomføre.

Ved å utføre gjøremål som kan gi en følelse av tilfredsstillelse og mestring erstattes den onde sirkelen – der passivitet og gledeløshet forsterker hverandre – med en god sirkel. Visse former for aktivitet er særlig viktig for å fylle hverdagen

med mer mening og håp. Det er for det første å ha et samspill med andre som gjør at en føler seg likt, ønsket og respektert. Av betydning er også aktiviteter som gir en opplevelse av å duge til noe, å være til nytte og å mestre noe. Til slutt handler det om aktiviteter som er givende i seg selv. Slike gjøremål kan gi en opplevelse av flyt (Csikszentmihalyi, 1990), der en, i hvert fall for et lite øyeblikk, kan føle seg aktiv, konsentrert og motivert. Mange deprimerte mennesker har nettopp for lite av dette: berikende samspill med andre, opplevelsen av å være dugelig og til nytte, og følelsen av retning og mening med det de gjør.

6.1 Arbeidsrettede tiltak

Mange kursdeltakere vil ha behov for yrkesrettede tiltak for å holde seg i arbeid eller vende tilbake til jobben. Det å være i arbeid motvirker depresjon ved å gi en strukturert hverdag, sosial kontakt og økt selvtillit. Langvarig fravær fra arbeidsplassen reduserer sannsynligheten for at man vender tilbake til arbeidet. Gi råd og legg opp til diskusjon om hvordan man kan unngå langvarig sykmelding (se Berge, Gjengedal & Hannisdal, 2015; Berge & Repål, 2015, s. 210–230). Du kan her dele informasjonsheftet *Psykisk helse og arbeid*.

6.2 Familie og venner

Gode relasjoner motvirker depresjon, og konfliktfylte relasjoner eller ensomhet forsterker depresjon og bidrar til tilbakefall. Det er av særlig betydning å ha ett bestemt menneske man kan snakke med og betro seg til. Ta spesielt opp hvordan depresjon kan påvirke parforhold og samspill med barn. Du kan her del ut informasjonsnotatet *Når mor eller far blir deprimert* (se også Berge & Repål, 2015, s. 193–209).

7. Femte kurssamling: Angstplager og depresjon

I løpet av livet vil omlag halvparten av de som har en depresjon, også ha en eller flere angstlidelser (Kessler et al., 2015). Noen vil ha angstlidelsen først og senere utvikle depresjon, mens andre starter med en depressiv episode. Mange opplever en blanding av disse psykiske lidelsene. Det å være deprimert vil vanligvis ha i seg elementer av uro og engstelse. Det å slite med angst over tid er frustrerende og årsak til følelse av nedstemthet. Livet blir mer innholdsløst, og man opplever mindre enn før. Bevegelsesfriheten blir redusert, og mange sliter med tap av

selvaktelse. Noen ganger kan depresjonen ta overhånd og bli et like stort problem som angsten.

Aktivering som skjer i kroppen når vi har angst er i utgangspunktet en normal oppbygging av energi. Angstlidelse er når angsten blir så sterk og hyppig at den hemmer fungering i hverdagen. Angstlidelser tar mange former, fra bekymringer for hva som kan komme til å skje, via frykt for bestemte situasjoner eller for å bli kritisk vurdert av andre, til skremmende panikkanfall. Noen former for angst er forbundet med bestemte objekter eller situasjoner (fobisk angst), andre er ikke knyttet til bestemte ting, og man vet ikke hva man er redd for. Tilstanden kan være preget av vedvarende bekymringer, rastløshet, uro og irritabilitet (generalisert angst) eller komme som plutselige anfall (panikkangst). Et sentralt trekk ved angstlidelser er unnvikelse, hvor man unngår steder eller situasjoner som man tror vil fremkalle angsten. Unnvikelse er en sentral årsak til at angsten opprettholdes, og ofte det største problemet for daglig fungering fordi man blir forhindret i å gjøre det man trenger og ønsker.

Spør deltakerne om deres erfaring med angstproblemer og forholdet mellom depresjon og angst. Orienter om ulike former for angstlidelser, ut fra de tilbakemeldinger deltakerne gir, og hvordan man selv i samarbeid med andre kan arbeide med disse problemene. Du kan for eksempel si:

”Personer som har *sosial angstlidelse* er redde for at andre skal legge merke til at de er nervøse og for at de ikke skal prestere. De frykter å skjelve på hendene eller få en skjelvende stemme, begynne å rødme og svette, oppføre seg klossete eller glemme hva de skal si. Jo mindre grunn det er for at de skal bli nervøse, jo mer engstelig kan de faktisk bli: ”Hvis jeg skjelver slik på hendene at jeg ikke får ført kaffekoppen opp til munnen, ja da må jo andre tro at det er noe i veien med meg?” ”Hvis stemmen min ikke bærer, og jeg ikke greier å fremføre presentasjonen, hva vil andre tenke om meg?”

Generalisert angstlidelse kommer ofte sammen med depresjon, og er særpreget ved at man er mye engstelig, bekymrer seg for vonde ting som kan hende, og er urolig og rastløs. Man klarer ikke å slappe av. Det er ofte ting

eller hendelser i dagliglivet som blir gjenstand for overdreven angst. Over tid kan den stadige engstelsen føre til en rekke kroppslige og nervøse plager – som søvnproblemer, rastløshet, spente og ømme muskler, smerter og magetrøbbel”.

Legg vekt på betydningen av eksponeringstrening, gi informasjon om ”panikksirkelen” og tiltak mot angsten for angsten, og understrek betydningen av å snu selvfokus til ytre fokus ved sosial angst. Få frem hvordan skremmende tanker, angstfylte følelser og kroppslige reaksjoner inngår i et gjensidig forsterkende samspill. Beskriv tiltak for å bryte uhensiktsmessige tankemønstre og unngåelsesmønstre, og for å gjennomføre trening i å møte fryktede situasjoner eller skremmende kroppsreaksjoner på planmessig og systematisk måte.

På hjemmesiden www.kognitiv.no er det informasjonshefter om ulike typer av angstlidelser, hva som skjer i kroppen ved sterk angst, og måter å arbeide med angstproblemene på, som kan gis til kursdeltakerne. Eksempler på aktuelle informasjonshefter er *Angst – en alarmreaksjon*, *Mestring av angst* og *Sosial angstlidelse*. Du kan også velge å vise deler av filmen om sosial angstlidelse som er på denne nettsiden.

Pass på ikke å fremstå som å ha ”enkle løsninger”. Mange deltakere forteller at de opplever en generell angst og uro viklet inn i følelser av fortvilelse, hjelpeløshet og håpløshet.

8. Sjette kurssamling: Rusmiddelproblemer og depresjon

På kurset har vi deltakere med og uten rusmiddelproblemer, og har ikke sett noen grunn til å på skille disse pasientgruppene (se boks 6). Rusmiddelproblemer, angst og depresjon vil inngå i et gjensidig forsterkende samspill, med forverring av psykiske plager, forlenget depresjon og problemer knyttet til familie, arbeid og økonomi. På denne kursamlingen kan du presentere mulige sammenhenger mellom rusmiddelproblemer og depresjon. Så inviterer du til refleksjoner omkring slike sammenhenger når det gjelder ens eget liv. Grunnlaget for endring på dette området vil være å utforske ambivalens, bygge motivasjon og styrke troen på egen mestring.

Boks 6. Rusmiddelproblemer og depresjon

Kurset er rettet også mot deltakere med samtidig depresjon og rusmiddelidelse. Mange som kommer til behandling for depresjon, har også et rusmiddelproblem – og vice versa. Et eksempel er en amerikansk studie av 6000 rusmiddelavhengige pasienter der hele 44 prosent tidligere hadde hatt depresjon (Miller, Klamen, Hoffmann & Flatherthy, 1996). Pasienter med begge problemer vil vanligvis ha mer alvorlig depresjon (Ostacher, 2007), noe vi også har funnet hos deltakerne på Kurs i mestring og forebygging av depresjon (Skule et al., 2014). Depresjon og rusmiddelproblemer inngår i et gjensidig forsterkende samspill (Duckert, Skule & Tjore, 1999). Kombinasjonen er knyttet til forverring av depressive symptomer, forlenget depresjon og økt risiko for selvmord. Den bringer også med seg flere problemer for familie, arbeid og økonomi (Epstein et al., 2010).

Det blir noen ganger antatt at depresjonen knyttet til rusmiddelproblemer er sekundær i forhold til rusmiddelproblemene, og vesentlig forskjellig fra depresjonen hos pasienter uten slike problemer. Men det er mest dokumentasjon for å fremheve likhetstrekkene, både i symptomutforming og behov for tiltak. I en serie med studier av deltakere på kurs i mestring og forebygging av depresjon har vi undersøkt likheter og forskjeller mellom deltakere som har depressive plager med og uten samtidige alkoholproblemer. I den første studien undersøkte vi om det er forskjeller i hvilke depressive symptomer som er mest fremtredende hos pasienter som i tillegg har et risikofylt alkoholforbruk, og om denne symptomprofilen er forskjellig fra pasienter som kun har depressive plager. Vi så på faktorstrukturen i Becks depresjonsinventorium (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) hos deltakere på kurset og andre pasienter som søkte hjelp for depresjon (totalt 525 deltakere). Enkelte har hevdet at de depressive symptomene hos pasienter med alkoholproblemer vil skille seg fra depresjon hos pasienter uten alkoholproblemer fordi førstnevnte gruppe er i en konstant avgiftningsfase. Belastningen vil da kunne gi et mer somatisk preg på det depressive symptombildet (Johnson, Neal, Brems & Fisher, 2006). Vi undersøkte symptomprofilen hos pasienter med depressive plager med og uten alkoholproblemer, og fant ikke grunnlag for å støtte en slik antakelse. Forskjellene i symptomprofil hos pasienter med alkoholproblemer skiller seg i svært liten grad

fra symptomene hos pasienter uten alkoholproblemer. I den grad deltakerne i denne studien skilte seg fra hverandre, hadde deltakere med alkoholproblemer mer skyldfølelse og var mer selvkritiske enn deltakere uten samtidige alkoholproblemer (Skule et al., 2014).

Antakelsen om at depresjon knyttet til rusmiddelproblemer er forskjellig fra depresjonen hos pasienter uten slike problemer, baserer seg på en tanke om at mennesker med depresjon bruker alkohol for å håndtere depressive symptomer – ”selvmedisineringshypotesen” (Khantzian, 1997). Vi har imidlertid sammenlignet deltakere med og uten alkoholproblemer og ikke funnet forskjeller mellom de to gruppene når det gjelder opplevd kontroll over depressive symptomer (Skule et al., 2015). Vi har ikke funnet grunnlag for at deltakere med depresjon på våre kurs har utviklet alkoholproblemer fordi de har opplevd svakere mestring av depressive symptomer enn andre de deltakerne. Tilsvarende har vi funnet at symptomene i depresjonen er tilnærmet like hos pasienter med og uten alkoholproblemer.

Boks 6 slutt

Et råd du kan gi til deltakerne som er usikker på sin rusmiddelbruk, er at de registrerer sitt forbruk over en viss periode. Da kan de få frem nyttig informasjon som kan gi et utgangspunkt for diskusjon av veivalg og mål. Legg vekt på at økt kontroll med rusmiddelbruk vil kunne gi lettere stemningsleie, bedret søvn og redusert angst, og bidra til at annen behandling blir mer virkningsfull.

Grunnlaget for endring på dette området vil være å utforske ambivalens, bygge motivasjon og styrke troen på egen mestring. Du kan informere om stadiesirkelen for endring (fra føroverveieelse, via overveieelse til handling og vedlikehold). Det samme gjelder prinsippene for motiverende intervju og endringsfokuseret rådgivning (se mer om dette temaet annet sted på nettsiden).

9. Syvende kurssamling: Søvnproblemer/medikamentell behandling av depresjon

Den syvende samlingen har to temaer. Du kan her bruke en time på hvert tema, eventuelt bruke mest tid på det temaet som deltakerne er særlig opptatt av. Du kan

på denne nest siste samlingen også dele ut de to informasjonsheftene om forebygging av tilbakefall (se senere), slik at deltakerne får forberedt seg på den avsluttende samlingen.

9.1 Søvnproblemer

Flere av deltakerne har vanligvis store innsovningsproblemer og plages med urolig søvn, mens andre plages med tidlig morgenoppvåkning. Mange vil oppleve dette som et av de første symptomene i en depresjonsperiode, andre som en utløsende årsak. Presenter råd om hvordan søvnen kan forbedres, som søvnhygiene, avspenning, kognitive intervensjoner, stimuluskontroll og søvnrestriksjon (Berge & Pallesen, 2015; Berge & Repål, 2015, s. 160–179). Del ut informasjonsheftet *Råd mot søvnproblemer*.

I diskusjonen pleier enkelte av kursdeltakere å opplyse om at de tvert om sover altfor mye (hypersomni) når de er deprimert. Men selv om søvnlengden har økt, er søvnen ofte av dårlig kvalitet, og mange klager over tretthet på dagtid. Problemene kan være uttrykk for manglende stimulering, initiativløshet og behov for flukt og glemsel, men kan også være knyttet til vinterdepresjon eller bipolar lidelse.

9.2 Medikamentell behandling

Redegjør for medikamenter mot depresjon og bipolare lidelser, både virkninger og bivirkninger. Dette er et tema som kursdeltakerne ofte er svært interessert i og har mange spørsmål om. Hovedvekten legges på de overordnede holdningene til bruk av medikamenter. Understrek betydningen av å ha en reflektert holdning til egne behov og ønsker angående medikamentell behandling – antidepressiver er virkemidler som en kan benytte seg av i sitt arbeid med depresjonen. En mulighet er at man senere, sammen med sin lege, oppsummerer erfaringen med den medikamentelle behandlingen, og hva som kunne vært gjort annerledes. Hvis man senere må gå til annen lege, er dette verdifull informasjon å formidle videre. Si at en god lege vil lytte oppmerksomt til de erfaringer man har gjort seg, og ta dem med i vurderingen av hvordan behandlingen bør legges opp.

10. Åttende kurssamling: Veien videre

Åttende og siste kurssamling er lagt opp som en sammenfatning av hele kurset. Be hver enkelt deltaker om å tenke igjennom hvilke situasjoner som innebærer særlig risiko for en ny episode med depresjon. Eksempler er problemer med søvn, tilbaketrekning og ensomhet, opprivende konflikter, ydmykende opplevelser og det å oppleve tap. Hva bidro sist til at man ble deprimert? Hva kan føre til at man blir deprimert på ny?

Den som har vært deprimert flere ganger, kan skli lettere og fortere inn i ny depresjon, kanskje uten at det har skjedd noe spesielt vondt eller trist. Da er det særlig viktig å finne frem til hvilke endringer i sinnstilstand og kropp som kan varsle hva som holder på å skje. Du kan oppfordre deltakerne til å sette opp en liste over sine egne varsel-signaler, for eksempel å bli lett irritabel, urolig eller bekymret, trekke seg fra sosiale gjøremål, utsette tidsfrister eller endre søvnmønster og spisevaner.

Det er vanligvis lett å liste opp slike varseltegn når man ikke er deprimert, men langt vanskeligere, når depresjonen kommer sigende, å ta tilstrekkelig hensyn til dem. Drøft derfor verdien av å planlegge klare handlingsalternativer, i form av en beredskapsplan: Hvem kan jeg henvende meg til for å få hjelp? Hvordan skal jeg forholde meg til familie og til jobben? Hva kan motvirke at depressiv tenkning tar overhånd? Hvordan kan jeg begrense tiden som brukes til kvernetanker i form av grubling og bekymring? Hvordan kan jeg forhindre isolasjon og passivitet? Hvordan kan jeg sikre best mulig søvn? Hvordan kan jeg opprettholde aktiviteter som gir meg tilfredsstillelse?

På hjemmesiden finner du heftet *Forebygging av depresjon*, som inneholder en momentliste for vurdering av risiko for tilbakefall og hva man kan gjøre. Heftet er laget slik at den enkelte deltaker kan fylle inn punkter tilpasset egen situasjon. Du kan velge å dele ut dette heftet mot slutten av syvende kurssamling og oppfordre deltakerne til å sette opp stikkord før den avsluttende samlingen, slik at de er forberedt. Del også ut informasjonsheftet *Forebygging av tilbakefall ved depresjon*.

Legg opp til diskusjon om hvordan deltakerne kan ivareta prinsippene for mestring av depresjon og fortsatt sette dem ut i livet. Det er lurt å gi seg selv stadige påminnelser om viktige tiltak, slik at de ikke går i glemmeboken eller blir slukt av gamle mentale- og handlingsmessige vanemønstre. Gi eksempler på husketeknikker som andre kursdeltakere har formidlet, som å ha informasjonshefter fra kurset liggende fremme som en påminnelse. Slitenhet, ubehag og negative følelser kan brukes som påminnelser om betydningen av å iverksette kloke tiltak. Be om andre forslag fra deltakerne om hvordan de vil holde ferdighetene ved like og huske viktige momenter.

Gjennomfør en *evaluering* av kurset. Hva kunne ha vært gjort annerledes slik at deltakeren, og dermed kanskje også andre som vil ta kurset, ville fått enda større utbytte? Hva var nyttig? Gi tilbakemelding om kursdeltakernes innsats og mot, og si gjerne også noe om din personlige glede over å ha fått anledning til å delta i samarbeidet med dem.

10.1 Avslutning: Realisme og håp

Som kursleder må du balansere mellom å formidle håp om at deltakerne skal kunne mestre depresjonen, og å gyldiggjøre hvor vanskelig det er for dem. Det er viktig å vise at du ser og anerkjenner følelser av maktesløshet og håpløshet. Som nevnt bør du nettopp oppfordre til ikke å undervurdere depresjonens destruktive kraft. Selv de sterkeste av oss kan bli tvunget i kne av depresjonen. Men budskapet i en alvorlig depresjon er at du som menneske mangler verdi, at livet ditt er uten mening, og at det ikke er håp for deg. Derfor handler mestring også om å skaffe seg perspektiv på det man utsettes for – få øynene opp for det urettmessige i den depressive selvnedvurdering og pessimisme, og få noe større rom for å yte selvempati og egenomsorg. Nettopp derfor er det så viktig å etablere et møtested, slik som på dette kurset, der man kan dele og drøfte sine erfaringer med depresjon og om tiltak som hjelper.

11. Referanser

- Antony, M. M., Ledley, D. R. & Heimberg, R. G. (2005). *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second Edition*. USA: Harcourt Assessment Inc.
- Berge, T. (2015). Depresjon. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 187–200). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., Dehli, L. & Fjerstad, E. (2014). *Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T., Ekelund, M. & Skule, C. (2004). Kurs i mestring av depresjon – forebygging av tilbakefall. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 282–290.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Kognitiv atferdsterapi ved somatisk sykdom. I: A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske problemstillinger i somatisk medisin* (s. 361–380). Oslo: Cappelen Damm.
- Berge, T., Gjengedal, R. G. H. & Hannisdal, M. (2015). Jobbfokusert kognitiv terapi. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 421–436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2015). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. & Skule, C. (2015). Tilbakefall ved depresjon: Kurs i mestring og forebygging av depresjon. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 201–212). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beshai, S., Dobson, K. S., Bockting, C. L. H. & Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31, 1349–1360.
- Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P. et al. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647–657.

- Brodsky, H., Luscombe, G., Peisah, C., Anstey, K. & Andrews, G. (2001). A 25-year longitudinal, comparison study of the outcome of depression. *Psychological Medicine*, 31, 1347–1359.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A. & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371–377.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Coyne, J. C., Flynn, H. & Pepper, C. M. (1999). Significance of prior episodes of depression in two patient populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 76–81.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922.
- Dalgard, O. S. (2004). Kurs i mestring av depresjon. En randomisert kontrollert evalueringsstudie. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124, 3043–3046.
- Dimidjian, S., Dobson, K.S., Kohlenberg, R.J. mfl. (2006). Acute treatment of major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658–670.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vazquez Barquero, J. L. & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 450–454
- Duckert, F., Skule, A. C. & Tjore, Ø. (1999). Depresjon hos problemdrikkere – en hindring for behandling? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 545–551.
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, J. & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65, 513–520.
- Eisma, M.C., Stroebe, S., Schut, H.A.W., Stroebe, W., Boelen, P.A. & van den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 961–970.

- Enns, M. W., Cox, B. J. & Pidlubny, S. R. (2002). Group cognitive therapy for residual depression: Effectiveness and predictors of response. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 31–40.
- Epstein, E. E., Green, K. E. & Drapkin, M.L. (2010). Relapse prevention for depression in individuals with substance use disorders. I: C. S. Richards & M. G. Perri (red.), *Relapse prevention for depression* (s. 227–250). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fergusson, D. M. & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 225–231.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377–384.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M. Eaves, G. & Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 381–388.
- Jarrett, R. B., Vittengl, J. R. & Clark, L. A. (2008). Preventing recurrent depression. I: M. Whisman (red.), *Adapting cognitive therapy for depression* (s. 132–156). New York: Guilford Press.
- Johnson, M. E., Neal, D. B., Brems, C. & Fisher, D. G. (2006) Depression as measured by the Beck depression inventory–II among injecting drug users. *Assessment*, 66, 17–31.
- Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 80–85
- Judd, L. J. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989–991.
- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 7–23.

- Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K. & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorder – a life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 339–344.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of American Medical Association*, 289, 3095–3105.
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P. et al. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatry Sciences*, 24, 210– 26.
- Khantzian, E. J. (1997). The self medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 358–366.
- Kvarstein, S.-L. & Egeland, R. (2012). *Mindfulness-basert kognitiv terapi*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Lebowitz, M. S., Ahn, W.-k. & Nolen-Hoeksema, S. (2014). Fixable or fate. Perceptions of the biology of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 518–527.
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R. & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483–489.
- Lin, E. H. B., Katon, W., VonKorff, M., Russo, J., Simon, G. E., Bush, T., Rutter, C., Walker, E. & Ludman, E. (1998). Relapse and recurrence of depression in primary care: Rate and clinical predictors. *Archives of Family Medicine*, 7, 443–449.
- Miller, N. S., Klamen, D., Hoffmann, N. G. & Flatherty, J. A. (1996). Prevalence of depression and alcohol and other drug dependence in addictions treatment populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 111–124.
- Monroe, S. M. (2010). Recurrence in major depression: Assessing risk indicators in the context of risk estimate. I: C. S. Richards & M. G. Perri (red.), *Relapse prevention for depression* (s. 27–50). Washington, DC: American Psychological Association.

- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M. & Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000–1006.
- National Institute of Mental Health (2001). *Challenges in preventing relapse in major depression. Summary of a National Institute of Mental Health Workshop on State of the Science of Relapse Prevention in Major Depression*.
www.nimh.nih.gov
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424.
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., Nolen, W. A. & Vollebergh, W. (2004). Psycho-social disability before, during, and after a major depressive episode: A 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects. *Archives of General Psychiatry*, 61, 387–392.
- Ostacher, M. J. (2007). Comorbid alcohol and substance abuse dependence in depression: impact on the outcome of antidepressant treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 69–76.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). *Depressive rumination. Nature, theory and treatment*. Chichester: John Wiley.
- Rafanelli, C., Park, S. K. & Fava, G. A. (1999). New psychotherapeutic approaches to residual symptoms and relapse prevention in unipolar depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 194–201.
- Richards, C. S. & Perri, M. G. (2010). *Relapse prevention for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117–1125.
- Rottenberg, J. (2007). Major depressive disorder: Emerging evidence for emotion context insensitivity. I: J. Rottenberg & S. L. Johnson (red.), *Emotion and psychopathology. Bridging affective and clinical science* (s. 151–165). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seagal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2. utg.). London: Guilford Press

- Skule, C., Berge, T., Eilertsen, E., Lending, H. D., Ulleberg, P., Egeland, J., & Landrø, N. I. (2016). Levels of alcohol use and depression severity as predictors of missed therapy sessions in cognitive behavioural psycho-educational group treatment for depression. *Addiction Research & Theory*. In press.
- Skule, C., Lending, H. D., Ulleberg, P., Berge, T., Egeland, J. & Landrø, N. I. (2014). Alcohol use is not directly related to the perceived control of depression in patients with depressive symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 31.
- Skule, C., Ulleberg, S., Lending, H. D., Berge, T., Egeland, J., Brennen, T. & Landrø, N. I. (2014). Depressive symptoms in people with and without alcohol abuse: Factor structure and measurement invariance of the Beck Depression Inventory (BDI-II) across groups, *PLOS ONE*, 9(2), e88321. DOI: 10.1371/journal.pone.0088321.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport 15–1315. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stein, M. B., Fuetch, M., Mueller, N., Hoffler, M., Lieb, R. & Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251–256.
- Steward, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R. & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productivity work time among U.S. workers with depression. *Journal of American Medical Association*, 289, 3135–3144.
- Stroud, C. B., Davila, J. & Moyer, A. (2008). The relationship between stress and depression in first onset versus recurrences: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 206–213.
- Stroud, C. B., Hammen, C., Davila, J. & Vrshek-Schallhorn, S. (2011). Severe and nonsevere events in first onset versus recurrences of depression: Evidence for stress sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 142–154.
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W. & Alvarez, J. (2007). Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 523–530.

- Sund, A. M., Larsson, B. S. & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 28–41.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W. & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475–488.
- Watkins, E.R. & Nolen-Hoeksema, S. (2014). A habit-goal framework of depressive rumination. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 24–34.
- Wells, A. & Fisher, P. (red.). (2016). *Treating depression. MCT, CBT and third wave therapies*. Chichester, West Sussex: Wiley.
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization