



Sofie Bohlinder och Maria Sjöblom Hyllstam

"Att hantera depression" på BUP

En pilotstudie av gruppbehandling vid depressionsdiagnos jämfört med sedvanlig praxis vid BUP i Västra Götalandsregionen

Examensuppsats vid psykoterapeututbildningen KBT

Termin: HT 2014
Handledare: Anna Söderpalm Gordh
Examinator: Torsten Nordlander

Sammanfattning

I denna pilotstudie undersöks effekten av depressionsbehandling. Syftet är att undersöka om gruppbehandlingen ger någon ytterligare förbättring i symtom och funktionsnivå jämfört med att erhålla enbart individuell behandling. Pilotstudien jämför med hjälp av reliabla och validerade psykometriska skattningsskalor 15 deprimerade ungdomar som fått gruppbehandlingen *Att hantera depression* och sedvanlig individuell behandling med 17 deprimerade ungdomar som enbart fått individuell behandling. Deltagarna i studien har eller har haft kontakt med olika barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar i Västra Götalandsregionen.

Att hantera depression är en manualiserad gruppbehandling som innehåller kända inslag i standard-KBT för depression så som beteendeaktivering, kognitiva interventioner och avslappning men också social färdighetsträning, kommunikationsövningar och utvecklande av strategier för problemlösning samt mindfulness.

I studien ingår skattningar av professionella samt självskattningar före och efter genomförd gruppbehandling. Kontrollgruppen har satts samman för att matcha undersökningsgruppen som också fått göra skattningar med samma tidsmässiga intervall.

Båda betingelserna; att delta i *Att hantera depression* kombinerat med individuell behandling och att enbart erhålla individuell behandling, gav effekt på patienternas depressionssymtom och funktionsnivå utifrån skattning utav professionella bedömare. Förbättringen är något större och signifikant hos gruppen som i tillägg också fått gruppbehandling. Under båda betingelserna skattar deltagarna färre depressiva symtom efter behandlingsinsatserna än innan. Den skattade ångestnivån sjunker efter behandling hos kontrollgruppen emedan den hos undersökningsgruppen stiger något efter behandlingsinsatsen. Slutsatsen är att studien stödjer hypotesen att gruppbehandling tillför något, men att det finns många frågor kring grupsammansättning och när i tid insatsen gör bäst nytta kvar att besvara i framtida forskning.

Nyckelord: Ungdomar, depression, gruppbehandling, Att hantera depression.

Abstract

In this pilot study the outcome of treatment of depression in groups was studied. 15 depressed adolescents who participated in group treatment *Att hantera depression* along with treatment as usual was compared using reliable and validated psychometric measurements with 17 depressed adolescents who only received treatment as usual. The participants in the study were being or had been treated at different child- and youth psychiatric clinics in the Swedish Västra Götalandsregion.

The Swedish *Att hantera depression* is a treatment for groups based on CBT-interventions, such as behavioral activation, cognitive interventions and mindfulness and is conducted using a manual.

In this study patients in both groups has been assessed by professionals and completed self report measures as well, both before and after treatment. The aim of this study is to examine if participating in group treatment will improve the outcome in symptoms and in level of functioning compared to only receiving individual treatment.

Both treatments, treatments as usual individually only and combined with group treatment had an impact on the patient's symptoms of depression and level of functioning when assessed by professionals. The outcome is somewhat greater and significant in the group who also participated in group treatment. Both groups experiences less depressive symptoms after treatment. When it comes to the measured level of anxiety, the group who received only treatment as usual experienced a reduced level compared to the group who received group treatment who experienced an increased level of anxiety.

The conclusion of the study is that group treatment contributes to the outcome of treatment. Still there are many questions to consider in future research, who should participate in groups and when it is the proper intervention.

Key words: Adolescents, depression, treatment for groups, Coping with depression

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Abstract	3
Förord	5
Inledning	6
<i>Bakgrund</i>	6
<i>Diagnosticering av depression</i>	6
<i>Skillnader mellan vuxna och barn/ungdomar; klinisk bild</i>	7
<i>Skillnader mellan vuxna och barn/ungdomar; prevalens</i>	7
<i>Risikfaktorer för att utveckla depression som ung</i>	7
Behandling av depression hos ungdomar	7
<i>Teoretisk utgångspunkt för Coping with depression och Att hantera depression</i>	8
<i>Coping with depression- Adolescent</i>	8
<i>Resultat av behandling med Coping with depression respektive spontantillfriskning</i>	9
<i>Resultat och utvärdering av behandlingsmodellen Att hantera depression</i>	9
<i>Genus och depression hos unga</i>	9
<i>Komorbiditet, ungdomar och depression</i>	9
<i>Risker i framtiden för deprimerade unga</i>	10
<i>Syfte</i>	10
<i>Frågeställning</i>	10
<i>Hypoteser</i>	10
Metod	11
<i>Att hantera depression - Behandlingens upplägg</i>	11
<i>Gruppbehandlingen på BUP Södra Bohuslän</i>	11
<i>Deltagare</i>	11
Deltagare tabell	12
<i>Design</i>	12
<i>Flödesschema</i>	14
<i>Instrument</i>	14
Becks ungdomsskalor	14
Becks Depressions Inventorium-II	15
Global funktionsskattningsskala, GAF	15
Kring självskattning hos ungdomar	15
<i>Databearbetning</i>	16
<i>Bortfall</i>	16
<i>Reliabilitet och validitet</i>	16
<i>Etiska överväganden</i>	16
Resultat	17
Diskussion	22
Referenser	25

Förord

”Återkommande depressioner under ett helt liv är en mycket handikappande problematik, med kostsamma följder, såsom problem i familjelivet, ofullständiga studier, ökad arbetslöshet och missbruk. Det är således mycket vunnet, både för samhället och för individen med effektiva insatser mot depression hos unga” (Öst, 2010).

Det är i dessa påståenden som vår studie tar sin utgångspunkt. Vi har i våra arbeten som behandlare inom barn och ungdomspsykiatri känt en ökad frustration över att våra resurser inte räcker till i den utsträckning som vi hade önskat. I våra verksamheter har vi upplevt att behandlingen kan spreta verkligt mycket även hos patienter vi själva behandlar som KBT-terapeuter. Patienter erbjuds inte alltid behandlingar som är baserade på det som vi vet har störst evidens och ibland gör omständigheter kring patienterna och annat som har med vår organisation att göra att det är svårt att få med sig en mångfald av delar en KBT behandling för depression skulle behöva innehålla för att vara så verksam som möjligt. Parallellt med denna frustration har en gruppbehandling startats upp inom en del av den verksamhet där en av oss författare är verksam. Metoden som beskrivs längre fram i uppsatsen gör det möjligt för behandlare att på ett strukturerat sätt få med flertalet av de delar som annars lätt kan missas och detta känns frestande i en arbetsvardag på BUP där allt mer skall utföras på allt kortare tid.

Vi vill tacka vår handledare Anna Söderpalm Gordh. Vi vill tacka kollegor och chefer för stöd och hjälp med datainsamlingen. Vi vill tacka Mattias Gustavsson för konsultstöd när det gäller databearbetningsprogrammet. Vi vill framförallt tacka alla patienter för deras medverkan i studien.

Inledning

Bakgrund

I BUP Göteborg beslutades 2010 att införa gruppbehandling av depression enligt BUP i Malmös modell *Att hantera depression* som en del i att utveckla depressionsbehandling för ungdomar. Detta infördes inledningsvis under utvecklingsenheten BUP Göteborg, varför uppgifter i form av skattningar med hjälp av Becks depressions inventorium (BDI), Becks ungdomskalor (BUS) och Global funktionsskattningsskala (GAF) samlades in i utvärderingssyfte.

De flesta kliniker känner igen att det kan vara svårt att sätta samman en lämplig gruppkonstellation till alla diagnosspecifika gruppbehandlingar som erbjuds avseende ålder, problemens svårighetsgrad, komorbiditet och motivationsnivå. Lyckas man med detta finns ekonomiska vinster att göra å ena sidan men risken är tydlig att om man misslyckas med detta blir det kostsamt. Svenska forskare har lyft fram Coping with Depression-Adolescent (CWD-A) som en evidensbaserad och tydligt manualiserad gruppbehandling för diagnosgruppen unga med depression. *Att hantera depression* är en utveckling och svensk anpassning av CWD-A. Särskilt lyfts fram att man tar hänsyn till ungdomars svårigheter med att utföra uppgifter hemma och att man har lagt in upplevelsebaserad inläring under sessionerna (Öst, 2010).

Diagnosticering av depression

Depression är enligt diagnossystemet DSM-IV ett tillstånd där man uppvisar nedstämdhet under större delen av dagen eller klart minskat intresse eller minskad glädje. Hos ungdomar är detta helt utbytbar mot och jämförbart med irritabilitet. Vilket därför återfinns i skalorna anpassade för ungdomar vilket vi kommer att återkomma till. Utöver nedstämdhet/irritabilitet krävs i DSM-IV att ytterligare fyra symptom av följande kan noteras;

- betydande viktnedgång
- sömnstörning
- psykomotorisk agitation eller hämning
- svaghetskänsla eller brist på energi
- känslor av värdelöshet
- överdrivna eller obefogade skuldkänslor
- minskad tanke- eller koncentrationsförmåga
- återkommande tankar på döden eller självmordsförsök/planer.

Tillståndet får inte heller bättre förklaras av bipolär störning, droger eller medicinering. Adekvat sorgereaktion måste också uteslutas. Tillståndet måste slutligen orsaka kliniskt signifikant lidande, alltså konkret påverkan på individens fungerande och mående i vardagen (Öst, 2010).

Stringent diagnosticering av depression är betydelsefullt; att skilja ut olika former och grader av depression är viktigt bland annat eftersom depression är ett farligt, ibland livshotande tillstånd med tanke på det faktum att i Sverige begår ca 30-40 ungdomar självmord årligen (Öst 2010). Enligt forskning är den tredje vanligaste orsaken hos tonåringar till fullbordade suicid depression (Arias, 2003) Svensk forskning lyfter fram depression som den viktigaste riskfaktorn för suicid (Jarbin, 2014). Det finns beskrivet i

svensk forskning att depression tidigare troligen har underdiagnostiserats (Larsson, 2002).

Skillnader mellan vuxna och barn/ungdomar; klinisk bild

Forskning visar att depression i tonåren är förenad med nedsatt fysisk aktivitet, inskränkt social funktion men också en ökad förekomst av somatiska besvär (Larsson, 2002). Klassiska symtom som oförmåga att uppleva glädje, sömnproblem, rastlöshet och irritation uppträder hos patienter så unga som 3-6 år (Luby, 2003). Symtombilden varierar med ålder; ungdomar uppvisar fler utagerande problem, irritabilitet och känslighet för kritik medan förskolebarn och skolbarns depressioner har större överlappning mot andra diagnoser, såsom ADHD eller ångestproblematik, samt uppvisar ett starkare samband med problem inom familjen. Yngre barn med depression kan också uppvisa utvecklingsförseningar eller förlora färdigheter de tidigare haft. Frekvens och duration hos barn och ungdomar kan skilja sig från en deprimerad vuxens sjukdomsbild. Det är inte ovanligt att deprimerade ungdomar och barn kan ha ett i det närmaste normalt stämningsläge vid ett tillfälle under dagen för att vara mycket nedstämda vid ett annat. Det försvårar naturligtvis bedömningen att friska barn och ungdomar också kan svänga mycket i humör och sammantaget gör det diagnosprocessen för åldersgruppen svår (Öst, 2010).

Skillnader mellan vuxna och barn/ungdomar; prevalens

Det finns konsensus kring att barn redan i småbarnsåldern kan drabbas av depression men i samband med pubertetsutvecklingen har forskare belagt en tydlig ökning av individer som drabbas av depression (Öst, 2010). Risken att någon gång under livet drabbas av depression, livstidsprevalensen, ligger på 15-20 procent (Larsson, 2002). Punktprevalens för egentlig depression hämtat från genomgång av olika forskningsprojekt är 0,4-8,3 % för tonåringar (Lewinsohn, 1993 och 1996). För skolbarn ligger den på 1-2 % (Flemming & Offord, 1996). Inkluderar man alla tonåringar med depressionssymtom blir punktprevalensen 10-15 % (Smucker, 1986). I Sverige är förekomsten av depression i förskole- samt i skolåldern 1-2 procent och lika vanligt hos bägge könen. Efter puberteten ökar förekomsten till 5-8 procent hos pojkar medan hos flickor landar den 3-4 gånger högre vilket liknar könsskillnaden i förekomsten för vuxna (Jarbin, 2014).

Riskfaktorer för att utveckla depression som ung

Forskning visar att hälsan hos barnens/ungdomarnas föräldrar är betydelsefull för risken att utveckla depression (Downey & Coyne, 1990). Riskfaktorerna är bland annat genetiska men faktorer som anknytning och andra svårigheter för föräldern att erbjuda ett adekvat omhändertagande har lyfts fram på senare tid (Herlofsson, 2009). Andra riskfaktorer är hög komorbiditet, negativa livshändelser och i övrigt låg psykosocial funktionsnivå i familjen (Öst, 2010).

Behandling av depression hos ungdomar

Den kliniska behandlingen i Sverige för ungdomar har länge inriktats mot komorbiditet och bakomliggande psykosociala faktorer och forskare menar att stödsamtal, psykodynamisk behandling och familjeterapi länge varit vanlig klinisk praxis (Larsson,

2002). Den Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) lyfter fram i sina nya riktlinjer kring depressionsbehandling, att det först skall göras en utredning med depressionsfokus, därefter rekommenderas en psykosocial behandling i en familjekontext i 4-8 veckor. Därefter bör det ges en mer riktad psykologisk behandling med KBT enskilt eller i grupp eller IPT samt farmakologisk behandling med SSRI enligt deras riktlinjer (Jarbin, 2014).

Teoretisk utgångspunkt för *Coping with depression* och *Att hantera depression*

Adolescent Coping With Depression (CWD-A) är utvecklad av G. Clarke (1990) och är ett evidensbaserat program, en manualiserad gruppbehandlingmetod baserad på KBT-interventioner som rekommenderas av Nationella registret för evidensbaserade program och praktiker i USA (NREPP, 2007). *Att hantera en depression*, är i sin tur är en vidareutveckling och svensk anpassning av programmet utvecklat av BUP i Malmö (Silverberg, 2010).

En av fördelarna med behandling i grupp är att det ger ungdomarna möjligheter att träna på situationer som annars inte uppstår i den individuella behandlingen. Man kan också komma förbi en del motivationssvårigheter och få patienter att prova saker som de inte vågar eller hade haft lust till om man bara varit patient och individualterapeut i rummet. Att se att andra har liknande svårigheter och att också få delta i upplevelsebaserade övningar som just för en själv är enkla ger patienten möjlighet att uppleva stolthet och träna på att peppa andra och ta emot positiv uppmärksamhet. Gruppformatet ger alltså överlag större möjligheter att öva på sociala färdigheter och även konfliktlösning i strukturerad form (Öst, 2010).

Den teoretiska utgångspunkten för det psykoterapeutiska innehållet i *Coping with depression* och *Att hantera depression* kombinerar både beteendeaktiveringsteori med den kognitiva teoretiska modellen för depression. Beteendeaktiveringsteorin postulerar att depression uppkommer och vidmakthålls genom att patienten har för lite aktiviteter vilket därigenom resulterar i utebliven positiv förstärkning. Man tänker sig följaktligen att det finns förklaringar som ligger externt i förhållande till patienten och att orsaken till depressivitet inte i första hand internt genererad (Martell, 2013). I enlighet med denna teori introduceras beteendeaktivering tidigt i gruppbehandlingen. Parallellt har man förhållit sig trogen till Becks teorier om kognitiva förklaringar till depression. Därmed fokuseras programmen också på negativa och irrationella tankar och en upptagenhet av den negativa triaden, det vill säga negativa tankar om självet, om andra och om framtiden (Clark & Beck, 1999). Man har i den svenska versionen också låtit sig inspireras av mindfulness och dess tekniker som kan vara hjälpsamma vid depression (Williams, 2008).

Coping with depression- Adolescent

Coping with depression- Adolescent (CWD-A) är skapad och anpassad efter vuxenbehandlingen *Coping with Depression Course*. Man har på olika sätt förenklat och modifierat innehållet i kursen för att den ska passa ungdomar, bl.a. genom att minska antalet hemuppgifter och lägga mer fokus på gruppaktiviteter och rollspel. Grupperna är tänkta att kunna erbjudas till både pojkar och flickor. Innehållet består bland annat av avslappning, beteendeaktivering, kognitiva interventioner, social färdighetsträning, kommunikations färdigheter och övningar för att förse ungdomarna med strategier för

problemlösning (Clarke, 1990). Till ursprungsprogrammet fogades stöd till föräldrarna genom föräldragrupper (Lewinsohn, 1991).

Resultat av behandling med *Coping with depression* respektive spontantillfriskning

En obehandlad depression hos en tonåring varar ungefär i 8 månader och är helt självläkt i 90 % av fallen efter 1-2 år (Öst, 2010). Psykoterapiforskning visar att bland vuxna patienter som söker psykologisk behandling i primärvård och psykiatri är det bara en tredjedel som förbättras reliabelt i de symtom de söker hjälp för. 7-8 % procent försämras i sitt mående (Holmqvist, 2014). Dessa resultat liknar dem man har sett i utvärderingar av CWD-A. Man har visat att 45-67 % tillfrisknande; det vill säga uppfyllde inte längre kriterierna för depression. Motsvarande siffra för väntelistekontrollerna skiftade mellan 5-48 % (NREPP, 2007).

Resultat och utvärdering av behandlingsmodellen *Att hantera depression*

2001-2004 hade man i Malmö ett utvecklingsprojekt där man ville anpassa och omarbeta gruppbehandlingsmetoden *Coping With Depression* som man upplevde var allt för omfattande för svenska förhållanden. Utvärderingen baserar sig på före och eftermätning med självskattningar med Becks ungdomsskalor (BUS). Resultaten visade att ungdomarnas mående förbättrades. De skattade, på gruppnivå, att de hade en lägre ångestnivå, mindre ilska och mindre normbrytande beteende. När det gäller förbättringen av självskattade depressionssymtom blev effektstorleken 0,55 vid eftermätningen (Lunsjö, 2012).

Genus och depression hos unga

Hos prepubertala barn ser vi inga könsskillnader när det gäller depressivitet. Från 12-15 år blir depression vanligare i flickgruppen (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1995 och Olsson, 1998). I samband med pubertetsutvecklingen ökar således depressiva symtom hos flickor, en skillnad som sedan bibehålls i den vuxna populationen (Öst, 2010). Andra har argumenterat att det snarare än att enbart handla om skillnader i östrogennivåer verkar handla om att pubertetsutvecklingen skulle sensitisera flickor för negativa händelser i livet (Herlofsson, 2009). Forskare lyfter fram att den kognitiva stilen skiljer sig mellan könen i olika åldrar. Yngre flickor har en mer positiv förklaringsstil än pojkar, en skillnad som byts till motsatsen efter puberteten. Forskning lyfter också fram flickors syn på sina kroppar som en dimension som påverkar skillnaderna (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1995).

Komorbidity, ungdomar och depression

Det finns en stor komorbidity (40-90%) i populationen deprimerade ungdomar (Olsson, 1998). Främst gäller detta ångestdiagnoser och dystymi (30-80%) följt av olika typer av utagerande problematik och missbruk. I detta skiljer sig inte ungdomsgruppen från vuxna deprimerade. Forskning har visat att vuxna kvinnor ofta har en ångestkomorbidity medan männen är överrepresenterade när det gäller komorbida missbrukstillstånd (Herlofsson, 2009). Det blir viktigt att förstå vilket av tillstånden som är det primära för att kunna planera effektiva behandlingsinsatser (Öst, 2010) vilket är i samklang med SFBUPS rekommendationer att lägga stort initialt fokus på utredning som redovisats ovan (Jarbin, 2014).

Risker i framtiden för deprimerade unga

Vår patientgrupps ålder gör dem känsliga för depressionens verkningar. Risken för att återfalla i depression när man en gång varit deprimerad vet vi är stor. 50 % av de tonåringar som haft en episod av depression har återigen insjuknat i åldern 19-24 år (Lewinsohn, 1999). Följer man dem några år till ökar risken till 60-70% (Birmaher, 1996). Det har också lyfts fram som en av anledningarna till att lägga mycket fokus på denna grupp och erbjuda behandling som också siktar på att minska denna risk så som man valt att göra i *Coping with Depression* (Lunsjö & Silverberg, 2012). Det har visat sig att en väl genomförd behandling med tillfrisknande kan minska svårighetsgraden hos eventuellt följande depressioner (Jarbin, 2014).

Syfte

Syftet är att genomföra en pilotstudie för att undersöka om gruppbehandlingsmetoden *Att hantera depression* tillför något till treatment as usual, det vill säga enbart individuellt utformad behandling vid psykiatriskt omhändertagande av deprimerade ungdomar.

Frågeställning

Har det större effekt på måendet, såsom visas i förändring i GAF, BDI och BUS, hos deprimerade ungdomar, att få både gruppbehandling och individuellt utformad behandling än enbart individuell behandling?

Hypoteser

Ungdomar som genomgått gruppbehandling i tillägg till individuell behandling är mindre deprimerade och har en högre funktionsnivå. Den strukturerade formen och gruppformatet ger något utöver vad en individuell behandling vanligtvis ger.

Metod

Att hantera depression - Behandlingens upplägg

Behandlingen beskrivs i "Att hantera depression-gruppledarmanual" (Silverberg, 2010). Här består behandlingen av 10 träffar samt två uppföljningsträffar för 4-8 ungdomar 14-18 år. Inledningsvis varje vecka och från sjätte tillfället varannan vecka och uppföljningsträffarna sker efter 1-2 månader. Det har varit två gruppledare för ungdomsgrupperna och två gruppledare för föräldragruppen som består av 8 träffar. Innan ungdomarna kommer till gruppen har en behandlare på mottagningen haft kontakt med ungdomen och efter bedömningssamtal eller annan behandling rekommenderat gruppbehandlingen till ungdomen och föräldrarna. För en del ungdomar blir gruppbehandlingen den enda behandlingsinsatsen och för andra ett led i en längre behandling. Med tanke på gruppdynamiken har ungdomar med Aspergers syndrom eller alltför utagerande eller manipulerande beteende setts som exklusionskriterier. De har sett att det är positivt med en grupp bestående av både pojkar och flickor och med både lättare och svårare depression. Man har valt att inte prata alls om självska debeteende på grund av spridningsrisken.

I föräldragruppen får föräldrarna lära sig mer om depression och vad som genomgås i ungdomsbehandlingen samt får möjlighet att träffa andra föräldrar som de kan dela erfarenheter med om hur det är att vara förälder till en deprimerad tonåring.

Gruppbehandlingen upplägg följer samma struktur varje gång för att skapa trygghet. Alla ungdomarna får en arbetsbok med information, övningar och hemuppgifter. Behandlingen inleds med psykoedukation kring depression och både beteendeaktivering och kognitiva inslag med bla kognitiva protokoll finns med genom hela behandlingen. Behandlingen innefattar också avslappnings- och andningstekniker och mindfulness. Även problem- och konfliktlösning och stresshantering ingår samt också fokus på självkänsla. Vid de två uppföljningsträffarna så repeteras färdigheterna de lärt sig och ungdomarna motiveras att fortsätta använda dessa (Silverberg, 2010).

Gruppbehandlingen på BUP Södra Bohuslän

Här har gruppbehandlingen i stort sett följt upplägget från BUP Malmö. Det har varit två gruppledare för ungdomsgruppen och två för föräldragruppen. Ungdomarna har gått 10 plus 2 gånger och föräldrarna har haft fem träffar, dvs något färre än i Malmö. Ungdomarna och föräldrarna har inte träffats samtidigt. Det har varit socionomer och psykologer som har varit gruppledare. Några har haft KBT-utbildning, andra inte. Snitttiden för gruppbehandlingen, d.v.s. de 10 gånger som behandlingen består av har varit ca 3,3 månader.

Deltagare

Deltagarna i pilotstudien består av patienter på olika BUP-mottagningar inom Västra Götalandsregionen. Alla har någon form av depressionsdiagnos och är flickor och pojkar mellan 14-18 år. Undersökningsgruppen består av två pojkar och 13 flickor och

kontrollgruppen av två pojkar och 15 flickor. Både i undersökningsgruppen och i kontrollgruppen förekommer annan psykiatrisk problematik framförallt ångestproblematik. I båda grupperna förekommer medicinering.

Undersökningsgruppen har liksom kontrollgruppen erhållit individuell behandling, treatment as usual, emedan undersökningsgruppen fått en tilläggsbehandling i form av gruppbehandlingen *Att hantera depression*. Kontrollgruppen är således inte att förväxla med en väntelistegrupp, se etik nedan.

Gruppbehandlingarna genomfördes under tre omgångar under 2011 och 2012. Genomsnittsåldern på ungdomarna har varit 16,1 år, där de varit från 14-17 års ålder och i kontrollgruppen var genomsnittsåldern 16,4, också mellan 14-17 år. Alla i undersökningsgruppen har haft en depressionsdiagnos, vanligtvis medelsvår egentlig depression, och 7 har haft en ångestdiagnos i tillägg. Så ser det i stora drag ut även i kontrollgruppen, se nedan. Hur länge de varit aktuella på BUP innan gruppstart varierar stort i båda grupperna, från ca två veckor till ett år och nästan 3 månader i undersökningsgruppen till två veckor upp till ett år och 10 månader i kontrollgruppen. Detta betyder att de fått olika behandling innan gruppstart respektive förmätning. Alla utom en i undersökningsgruppen medicinerar och då i huvudsak med antidepressiva. I kontrollgruppen medicinerar nio av 17.

Deltagare tabell

	Undersökningsgrupp	Kontrollgrupp
Datinsamlingstid	VT 2011 tom VT 2012	HT 2013 tom VT 2014
Antal	15	17
Kön	2 pojkar 13 flickor	2 pojkar 15 flickor
Ålder	16,1	16,4
Diagnoser och tilläggsdiagnoser:	15 depressionsdiagnoser 6 ångestdiagnoser 1 familjerelationsdiagnos	13 depressionsdiagnoser 10 ångestdiagnoser, varav 4 blandad ångest- och depressionsdiagnos 1 ätstörningsdiagnos 2 familjerelationsdiagnoser
Medicinering	14/15	9/17
Tid från nybesök till förmätning	4,7 mån	6 mån
Tid förmätning till eftermätning	3,3 mån	4,1 mån

Design

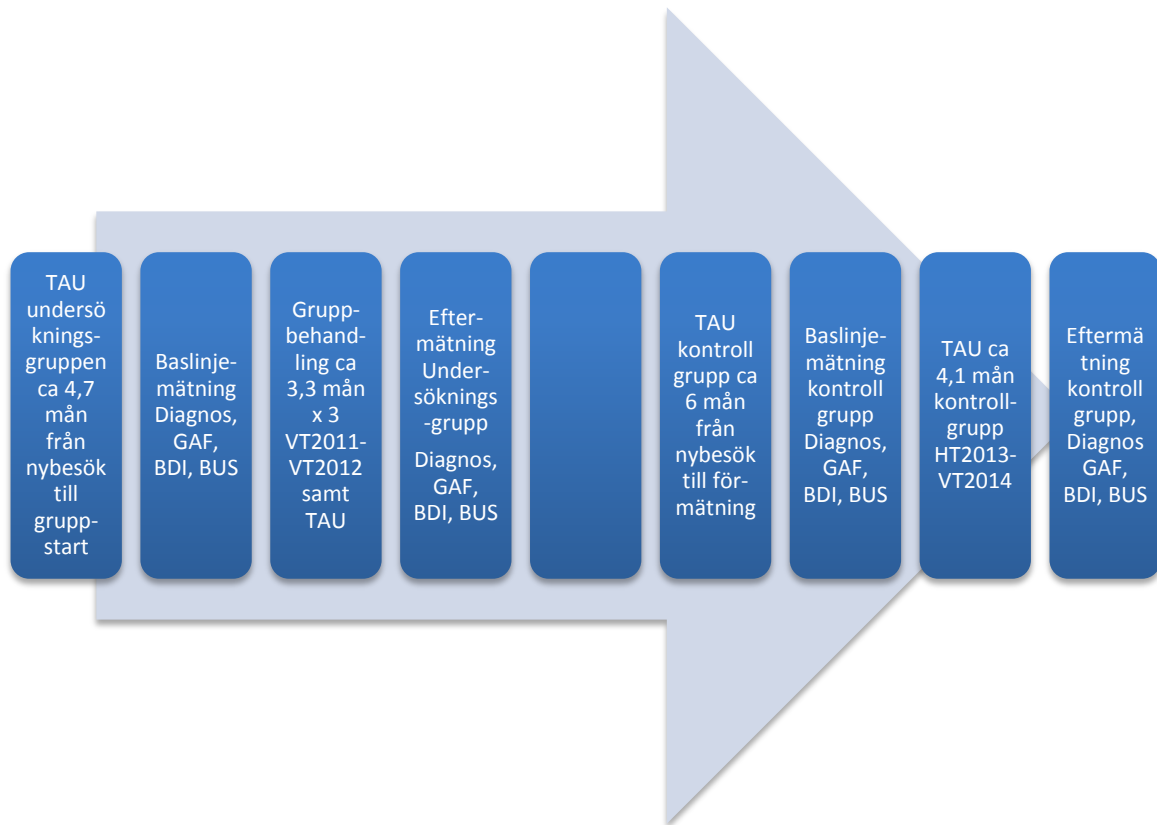
Treatment as usual (TAU) inom BUP i Västra Götalandsregionen innefattar en bedömningsfas och en behandlingsfas. Behandlingen påbörjas direkt i anslutning till avslutad bedömning. Behandlingen består av individuella kontakter för den enskilda ungdomen och dessa kan ha olika inriktning, såsom psykodynamisk, KBT eller av

stödande karaktär. Ofta finns flera behandlare runt ungdomen och där en behandlare vanligtvis möter föräldrarna. Behandlingen kan också vara av systemisk inriktning med fokus på familjerelationerna. I många tillfällen träffar patienten också läkare som tar ställning till eventuell medicinering. Det kan vara antidepressiv medicinering, sömnmedicin el. sederande medicin. I dessa tillfällen följs ungdomarna också upp av sjuksköterska för medicinska kontroller.

Gruppbehandlingen genomfördes i tre olika grupper, en per termin, från VT 2011 till och med VT 2012. I genomsnitt hade gruppdeltagarna först erhållit individuell behandling i 4,7 månader. Patientens ansvarige behandlare remitterade till gruppen efter att ha tillfrågat patient och föräldrar. Innan patienterna började i gruppbehandlingen kom de till en intervju med gruppledarna där de också fick genomföra en baslinjemätning i form av ifyllande av skattningsskalor. I tillägg till detta har vi samlat in uppgifter om GAF (global skattning av funktion enligt DSM-IV) och diagnos enligt DSM-IV. En till två veckor efter intervjun startade gruppverksamheten som bestod av 10 gruppstillfällen över ca 3-4 månader. Efter avslutad grupp fick patienterna fylla i eftermätningar vid ett avslutningssamtal. Därefter återfördes patienten till tidigare behandlare, vanligtvis den som remitterade till gruppbehandlingen.

För att rekrytera patienter till kontrollgruppen har vi gått ut till våra verksamheter, BUP Södra Bohuslän och BUP Södra Älvsborg, med önskemål om att få deltagare till kontrollgrupp till vår pilotstudie. Detta har varit sanktionerat från våra verksamhetschefer. Informationen till verksamheterna, både skriftligen och muntligen, har handlat om att ungdomarna ska ha en depressionsdiagnos samt vara mellan 14-18 år gamla. Komorbiditet har inte varit ett exklusionskriterium. Insamlingen till vår kontrollgrupp påbörjades november 2013. Deltagarna kan ha varit aktuella i olika lång tid, se ovan. Föräldrarna har informerats skriftligen och muntligen och har skrivit på samtycke till deltagande i pilotstudien. Ansvarig behandlare har tillhandahållit information om diagnos och GAF vid en tidpunkt där också skattningsskalor har fyllts i. Vår tanke var att genomföra eftermätningarna efter motsvarande tid som eftermätning gjort i kontrollgruppen, d.v.s. 3,3 månader. Tiden mellan före- och eftermätning för kontrollgruppen blev 4,1.

Flödesschema



Instrument

Becks ungdomsskalor

Becks ungdomsskalor (BUS) består av fem delskalor som efter självskattning av ungdomar kan ligga till grund för bedömning av emotionell och social problematik hos barn och ungdomar. Skalorna utvecklades i USA men är anpassade till svenska förhållanden och normerade på drygt 2400 svenska barn och ungdomar i åldern 9-18 år. Första skalan mäter ångest, skala två depressionitet. Den tredje skalan mäter skattarens upplevelser av irritabilitet och den fjärde skalan fångar upp ungdomars attityder och beteenden som är normbrytande. Den femte skalan avser spegla respondentens upplevelse av sig själv; ungdomens självbild. Varje skala innehåller 20 påståenden och ungdomens uppgift blir att ange hur dessa påståenden stämmer överens med den egna erfarenheten på en fyrgradig skala och testledaren tolkar erhållna poäng i relation till framtagna cutoffvärden. De första skalorna d.v.s. ångestskalan, depressionsskalan, skalorna för irritabilitet och för normbrytande beteende är konstruerade så att ju högre poäng man erhåller desto mer bekymmer torde finnas. När det gäller skalan självbild är det så att höga poäng indikerar en god självbild (Beck, J.S, 2007).

Reliabiliteten i BUS överlag är mycket bra (Beck, J.S, 2007). Det finns goda belegg också för validiteten i skattningsskalorna studerade både med hjälp av faktoranalys och med hjälp av jämförelser med andra skalor som t.ex. avser mäta enbart depression. Interkorrelationerna mellan skalorna höga. Det är skalan normbrytande beteende som

är den mest fristående. Konstruktörerna av skalorna sammanfattar den faktoranalytiska bearbetningen med att det finns fog för det teoretiska antagandet att BUS fångar fem olika typer av psykisk problematik med unika drag (Beck, J.S, 2007).

Becks Depressions Inventorium-II

I VG regionen har man valt att utöver Becks ungdomsskalor använda Becks Depressions Inventorium-II (BDI-II). Det har man goda skäl för det eftersom det är ett av världens mest använda självskattningsinstrument för depression enligt testförlaget. BDI-II är en självskattningsskala som består av 21 items som representerar lika många grupper av symtom och attityder som testpersonen ska ta ställning till. Testpersonen skattar på en fyrgradig skala och testledaren tolkar erhållna poäng i relation till framtagna cutoffvärden. Skalan kan enligt testförlaget användas från 13 år och uppåt och avser mäta grad av depression. Skalan bygger på och överensstämmer med de kriterier som finns i DSM-IV för depression. Ju högre poäng man får på BDI-II desto mer deprimerad torde man vara (Beck, 1996).

BDI-II är normerat mot amerikansk population och inkluderar norska data. BDI-II har studerats med avseende på reliabilitet och uppvisar god reliabilitet när det gäller itemanalys och skalan har också en god intern konsistens. Det finns goda belägg också för validiteten i skattningsskalan studerade både med hjälp av faktoranalys och med hjälp av jämförelser med andra skalor som avser mäta depression (Beck, 2006). Aaron T. Beck och hans medarbetare konstruerade 1979 BDI för att bedöma grad av depression hos vuxna men instrumentet kan också användas för tonåringar. Ju yngre patienten är desto viktigare är det att bedömaren använder formuläret som grund för en intervju snarare än att barnet svarar skriftligen på frågorna (Öst, 2010).

I BDI-II manualen föreslås gränsvärden för olika nivåer av nedstämdhet. Man har valt att sätta den lågt för att undvika falska negativa resultat betonar man i manualen. Från 14 poäng kodar BDI-II att skattaren har en lindrig depression. Gränsen för måttlig depression går vid 20 poäng. Skattningar över 29 poäng indikerar svår depression.

Global funktionsskattningsskala, GAF

GAF består av skattningar på två skalor från 0-100 som görs av en klinisk bedömare och är en del av en multiaxial bedömning så som den utarbetats inom ramen för DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders). Där 0 innebär otillräcklig information och skattningar strax där över innebär mycket stora symtom respektive mycket grav nedsättning av funktionsförmågan. 100 innebär synnerligen god funktion respektive frånvaro av symtom. Ohälsan tänker man sig är fördelad på området psykiska symtom (GAF symtom), eller som en nedsättning av personens sociala funktion och/eller personens yrkesmässiga funktion (GAF funktion). Det är inte tänkt att andra hinder av ex somatisk natur eller sådan som kommer av livsomständigheter ska påverka hur man skattar personens globala funktion (MINI-D).

Kring självskattning hos ungdomar

Självskattad information från barn och ungdomar är något unikt och ger information som inte kan ersättas av andra som finns runt ungdomen (Flanery, 1990). Självskattad information engagerar barnet i bedömningen och man minskar risken att barnens

differerande verbala förmågor komplicerar bedömningen (Beck, J.S, 2007). Generellt sett kan man se att det ofta föreligger bristande överensstämmelse mellan barns och ungdomars självskattningar och vuxnas bedömningar och i manualen för BUS för man fram Birmahers forskning från 1996 att barn och ungdomar underrapporterar och har svårt att beskriva sina problem. Forskning har visat att det kan vara lättare att rapportera bristande välbefinnande i en självskattning än i vanliga samtal (Jolly, 1994).

Databearbetning

Undersökningsgruppen och kontrollgruppen har lagts in i varsin tabell i excel. Materialet har därefter bearbetats och resultaten från detta redovisas nedan. Det har gjorts t-test på alla variabler före och efter behandling på båda grupperna samt mellan grupperna.

Bortfall

En ungdom i kontrollgruppen som initialt samtyckt till att delta i studien har uteslutits då det inte finns några uppföljningsdata. Den specifika ungdomen ville inte längre delta och vi uppfattade att det skulle bli skeva resultat då det handlar om före- och eftermätningar samt att deltagandet var frivilligt.

Reliabilitet och validitet

CWD-A är en validerad metod emedan *Att hantera depression* endast är utvärderad. Reliabiliteten är kopplad till att programmet är specifikt utformat för ungdomar 14-18 år med depressionsdiagnos. Skalorna vi har använt är valida och reliabla. Dock är GAF-skalan kritiserad för att vara behäftad med interbedömmarrelabilitetssvårigheter (Kjellin, 2005) och är borttagen från DSM-5 som är det nya, i Sverige ännu inte fullt ut implementerade diagnosystemet.

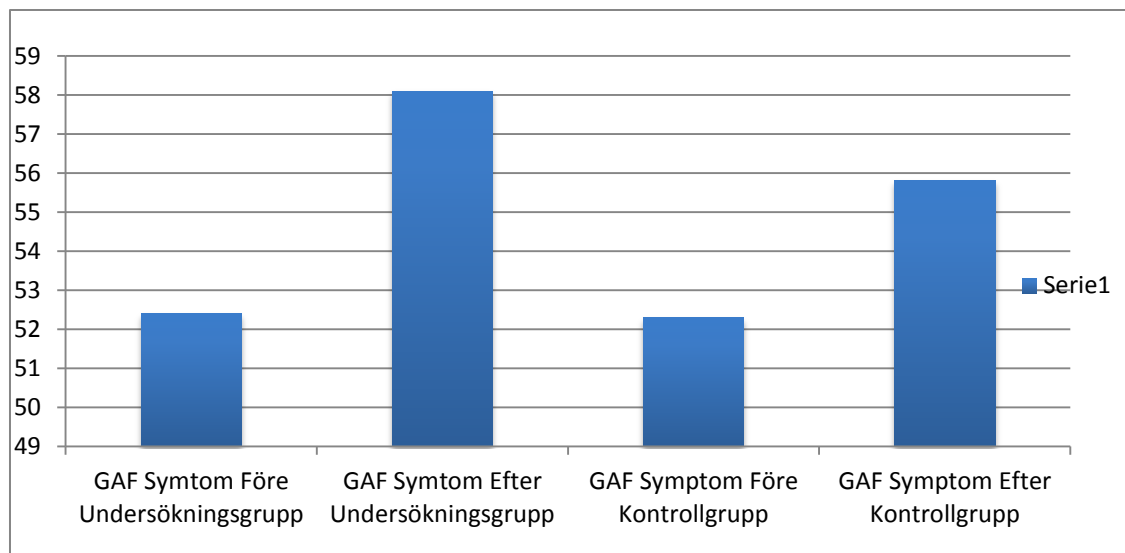
Etiska överväganden

Vanligt vid utvärderingar av psykoterapi är att jämföra med väntelistegrupp. Detta sågs inte som etiskt försvarbart och alla ungdomar har erbjudits behandling utifrån organisationens förutsättningar. Alla deltagare har samtyckt till att materialet kan användas i utvärderings- och forskningssyfte. Vi har avstått från att söka kontakt med deltagarna i undersökningsgruppen för att fördjupa de demografiska upplysningarna eftersom vi inte är deras ordinarie behandlare och kontakten i de flesta fall var avslutad på BUP.

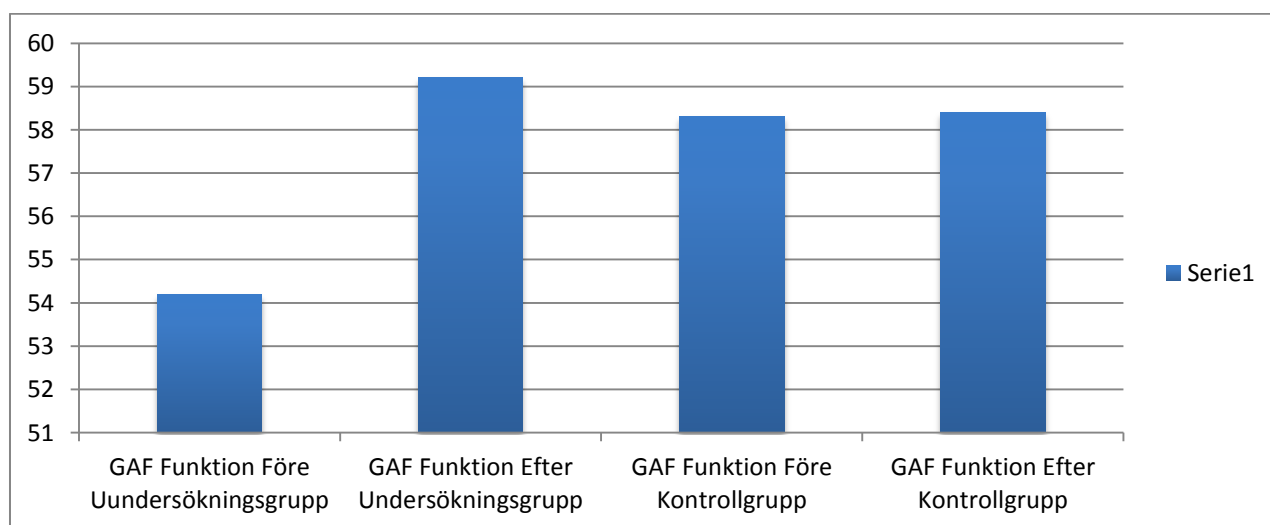
Resultat

	GAF Före		GAF Efter			BUS före					BUS efter					BDI Före	BDI Efter	Tid (mån) för nybesök till gruppstart
	Symtom	Funktion	Symtom	Funktion		Å	D	I	N	S	Å	D	I	N	S			

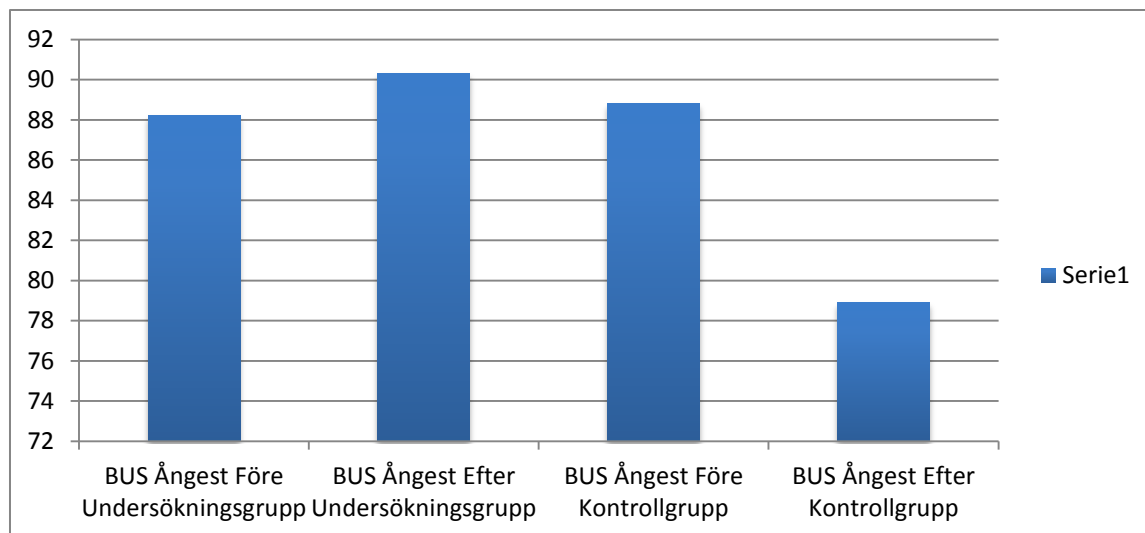
medel undersökning sgruppen	52,4	54,3	58,1	59,2		88,2	91,8	64,1	57,9	15,4	90,3	88,9	71,3	57,4	17,8	24,0	22,2	4,7
stdav u	3,5	4,5	6,6	7,5		17,0	11,9	27,7	23,9	15,9	13,8	18,8	23,1	26,8	17,1	12,8	11,7	4,4
medel kontroll gruppen	52,3	58,3	55,8	58,4		88,8	91,1	76,2	71,8	19,2	78,9	79,1	60,4	60,4	23,7	27,4	21,6	6,4
stdav k	4,5	8,2	6,7	8,4		17,3	16,6	23,6	25,6	22,0	29,3	23,9	34,0	33,7	25,4	12,6	12,9	5,2



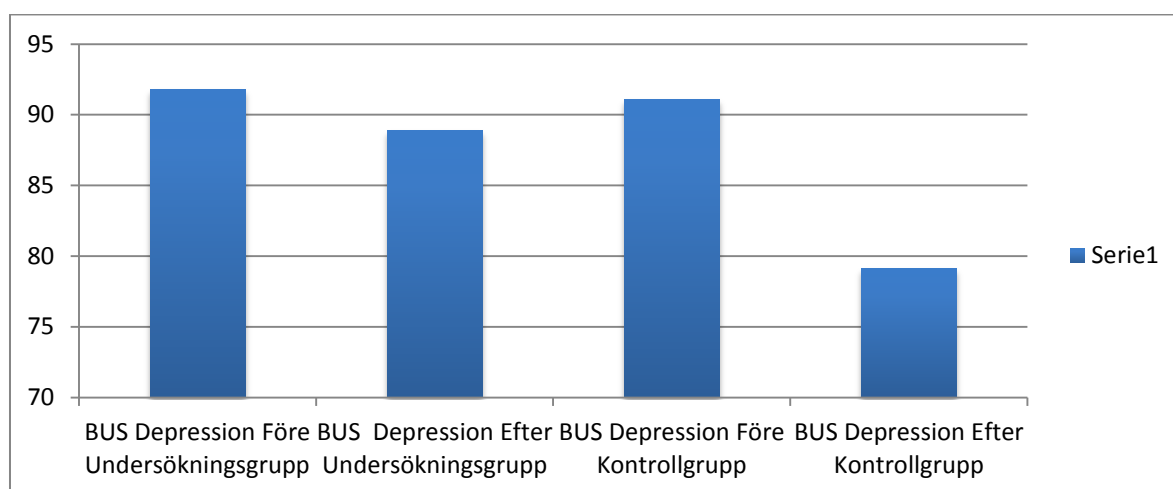
Undersökningsgruppen och kontrollgruppen har vid förmätning skattats lika vad gäller förekomst av psykiatriska symtom av bedömarna. Eftermätningen visar att trenden är att båda grupperna förbättras efter behandling och att deltagarna i gruppbehandling förbättras något mer. T-test visar att skillnaden för undersökningsgruppen är signifikant ($p < 0.006$).



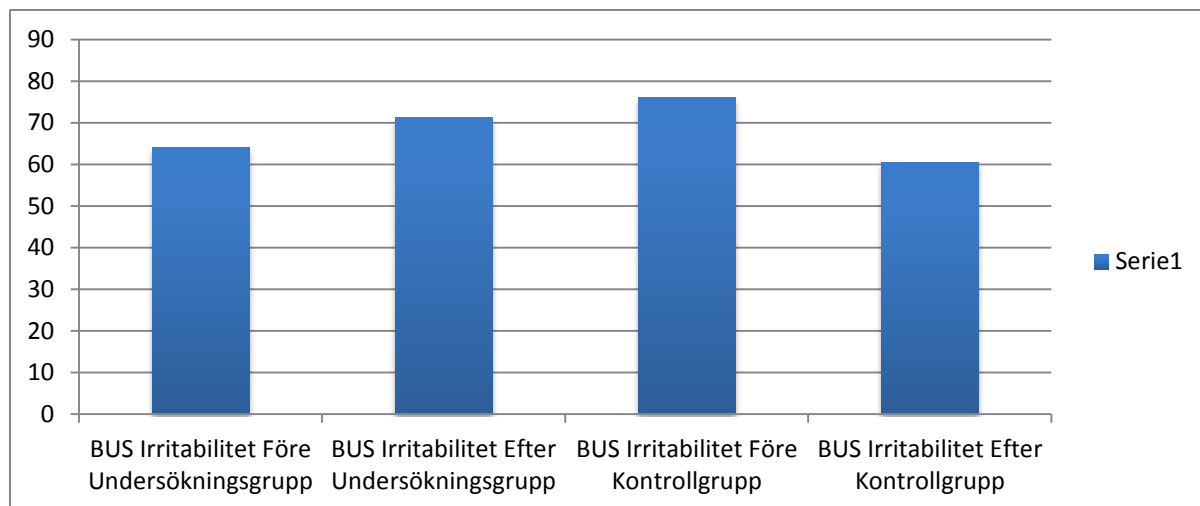
Funktionsnivån för undersökningsgruppen har skattats lägre av bedömarna vid förmätning än motsvarande skattning för kontrollgruppen. För undersökningsgruppen är trenden att deras funktionsnivå har skattats högre efter genomgången gruppbehandling. Kontrollgruppen har skattats lika av bedömarna vid för- och eftermätning, d.v.s. ingen förändring på gruppnivå. T-test visar att skillnaden för undersökningsgruppen är signifikant ($p < 0.04$).



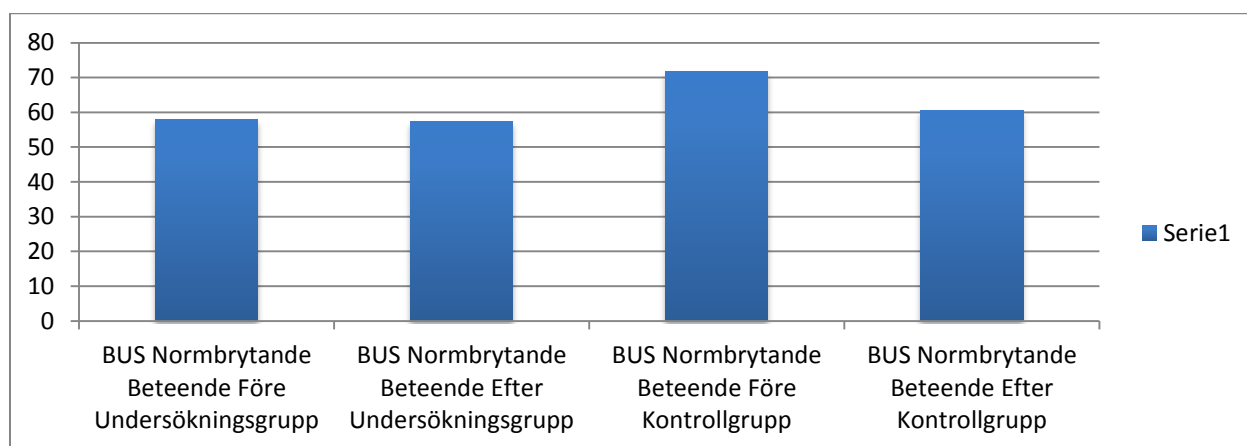
Undersökningsgruppen och kontrollgruppen har vid förmätning skattat sig relativt lika på en hög nivå av ångest. Eftermätningen visar att trenden är att undersökningsgruppens självskattning av ångest stiger något och att deltagarna i kontrollgruppen skattar något mindre ångest.



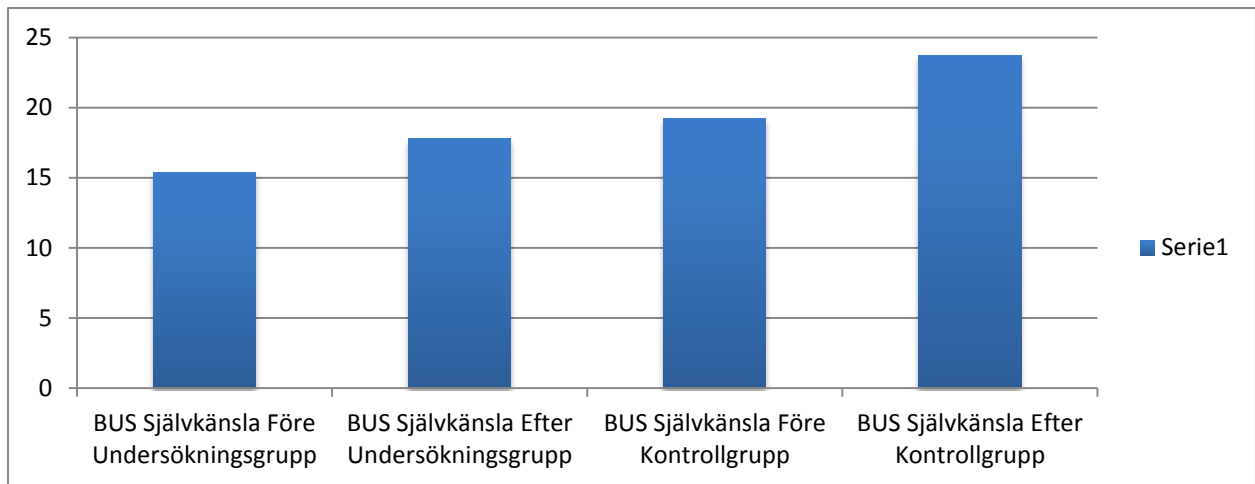
Undersökningsgruppen och kontrollgruppen har vid förmätning skattat sig relativt lika på en hög nivå av depressivitet. Eftermätningen visar att trenden är att undersökningsgruppens självskattning av depressivitet sjunker något och att deltagarna i kontrollgruppen skattar än mindre depressivitet.



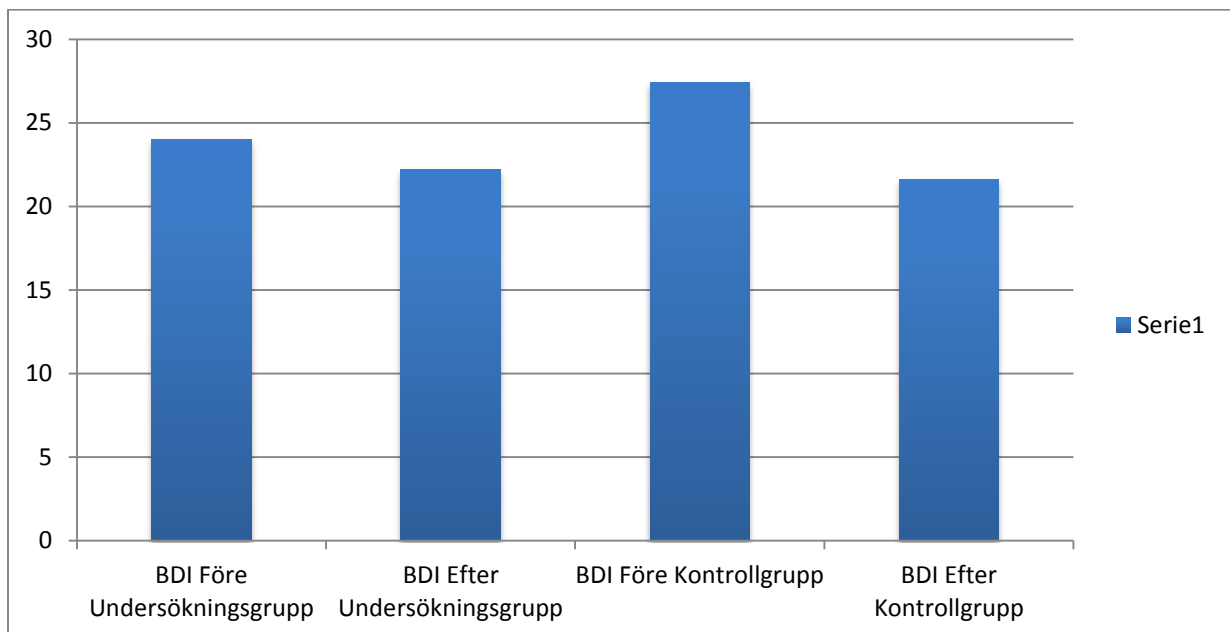
Kontrollgruppen har vid förmätning skattat sig högre vad gäller irritabilitet, men båda grupperna skattar en hög grad av irritabilitet. Eftermätningen visar att trenden är att undersökningsgruppens självskattning av irritabilitet stiger något och att deltagarna i kontrollgruppen skattar en lägre nivå av irritabilitet efter genomgången behandling.



Undersökningsgruppen och kontrollgruppen skattar vid förmätningen hög grad av normbrytande beteende, där kontrollgruppen skattar sig något högre. Eftermätningen visar att trenden är att undersökningsgruppens självskattning av normbrytande beteende ligger kvar på samma nivå. Deltagarna i kontrollgruppen skattar en lägre nivå av normbrytande beteende efter genomgången behandling än vid förmätning men ligger iom detta på en liknande nivå som undersökningsgruppen.



Både undersökningsgruppen och kontrollgruppen skattar sig på en låg nivå av självkänsla vid förmätning, undersökningsgruppen något lägre. Trenden är att båda grupperna skattar sin självkänsla något högre vid eftermätning.



Både undersöknings- och kontrollgrupp självskattar sig på en hög nivå av depressiva symtom vid förmätning, kontrollgruppen något högre. Vid eftermätning skattar båda grupper något lägre grad av depressiva symtom. Trenden är tydligare för kontrollgruppen.

Diskussion

Vår studie visar att:

1. Både gruppbehandling, att hantera depression och treatment as usual ger effekt på patienternas symtom och funktionsnivå utifrån bedömning utav patientens behandlare. Förbättringen är något större och signifikant hos undersökningsgruppen som fått gruppbehandling.
2. Både undersökningsgrupp och kontrollgrupp skattar färre depressiva symtom efter behandlingsinsatserna än innan.
3. Den skattade ångestnivån sjunker efter behandling hos kontrollgruppen emedan den hos undersökningsgruppen stiger något efter behandlingsinsatsen.

Vi har valt att lyfta fram den förbättrade funktionsnivån eftersom just funktion särskilt avspeglar allvarsgraden hos depressionen såsom vi ser det. Vi tänker att gruppformatet i sig kan bidra i högre grad till aktivering och sociala kontakter som vanligtvis brister vid depression. Den förbättrade funktionen är i överensstämmelse med vår hypotes. Detsamma gäller det signifikanta resultatet att behandlarna skattat färre symtom hos undersökningsgruppen efter genomförd behandling. Det faktum att båda grupperna förbättrats pekar på att behandlingarna är hjälpsamma, samtidigt som spontanläkning bidrar, som vi nämner i inledningen; 90 % av tonåringsdepressioner självläker inom 1-2 år (Öst, 2010).

Våra resultat visar att de självskattade depressionssymtomen sjunker hos undersökningsgruppen, vilket ligger i linje med BUP i Malmös resultat. Detsamma gäller för kontrollgruppen. Vår hypotes var att man skulle se en större förbättring hos undersökningsgruppen. Detta blev inte utfallet, utan trenden vad gäller förbättring blev något större för kontrollgruppen. Det faktum att kontrollgruppen har skattat sig efter nästan en månads längre behandling tror vi skulle kunna påverka resultatet.

Undersökningsgruppen och kontrollgruppen har vid förmätning skattat sig relativt lika, på en hög nivå av ångest. Detta till trots har kontrollgruppen högre förekomst av ångestdiagnoser än undersökningsgruppen. Att man har valt att sätta en ångestdiagnos som tilläggsdiagnos torde innebära större behandlingsfokus på ångesten. Något som också är möjligt vid en individuell kontakt. Man kan anta att detta påverkat att kontrollgruppen har färre skattade ångestsymtom vid eftermätningen. Man kan också fundera över om gruppbehandlingens inriktning mot beteendeaktivering och att den genomförs i grupp möjligen kan bidra till att man inte ser en förbättring vad gäller självskattad ångest då beteendeaktivering och gruppbehandlingsformatet i sig exponerar ungdomarna för fler ångestväckande situationer.

Redovisade resultat får ses i ljuset av de begränsningar denna pilotstudies få deltagare innebär. Då det är stora individuella skillnader, vilket redovisas i tabellernas standardavvikelse, försvåras möjligheten att dra generella slutsatser utifrån detta.

Vi saknade möjlighet att få ytterligare demografiska upplysningar, såsom familjeförhållanden, skolsituation, missbruk etc som vi nämner i etikedelen då undersökningsgruppen var insamlad på initiativ av vår utvecklingsenhet innan vi påbörjade vår studie. Insamlandet av sådana upplysningar tror vi skulle ha kunnat innebära ytterligare förklaringsmöjligheter till behandlingsutfallet. För att skilja ut behandlingseffekter mot spontanläkning, som vi nämnt ovan, hade designen haft nytta av en väntelistegrupp men att medvetet skapa en sådan grupp kan inte betraktas som etiskt försvarbart eftersom vi tänkte att båda våra grupper skulle få en verksam behandling mot ett tillstånd som innebär ett påfallande lidande för deltagarna i vår studie.

Vår uppfattning är att treatment as usual varierar kraftigt, både vad gäller omfattning och innehåll, vilket också lyfts fram av svenska forskare vilket vi refererar till i vår inledning (Larsson, 2002). Detta har man velat hantera i de nya riktlinjerna från SFBUP för att säkerställa att man får verksamma behandlingar oavsett bostadsort (Jarbin, 2014). Vi vet att kontrollgruppen i större utsträckning har fått KBT individuellt och att det varierat vad de andra fått för behandling. Ett problem är att pga sekretesskäl har vi inte kunnat gå in i journalerna i undersökningsgrupperna och därför inte kunnat redogöra för vilka behandlingar i tillägg till gruppbehandlingen som deltagarna har fått. Kontrollgruppen har i stor utsträckning erhållit en strukturerad KBT-terapi av nästan färdiga KBT-terapeuter, författarna av denna pilotstudie. Detta är ytterligare en invändning mot studien, då vi till stor del utvärderar oss själva och de verksamheter vi ingår i.

Syftet med denna pilotstudie är att undersöka huruvida gruppbehandlingsmetoden *Att hantera depression* tillför något till det ordinarie utbudet på BUP vid behandling av deprimerade ungdomar. Vår slutsats är att så är fallet. Utifrån behandlarnas bedömning så visar gruppdeltagarna på en signifikant förbättring som är större än för de ungdomar som inte erhållit gruppbehandling. Utan att vi har studerat det specifikt tänker vi att gruppformatet erbjuder unika möjligheter till personlig utveckling och färdighetsträning såsom vi lyft fram i inledningen (Öst, 2010). Både gruppformatet och att den är manualbaserad tänker vi hjälper behandlaren att få med alla delarna som vi vet har betydelse för en framgångsrik KBT-behandling av depression. Att sätta gränser för icke målrelaterade samtalsteman kan vara svårare med ungdomar än med vuxna. Vår föreställning är att behandlarna i större utsträckning får stöd genom gruppformatet och teamarbetet att hantera att ungdomar kan växla i fokus och ha svårare med impuls kontroll.

Hur kan vi förklara diskrepansen mellan ungdomarnas och behandlarnas skattningar av förbättringar efter behandlingen i studien? En tanke vi har haft är att deprimerade ungdomars självskattningar är relativt stabila då de vant sig vid att ha en negativ bild av sig själva som är färgad av det depressiva tankeinnehållet, en bild de oftast haft under en längre period. Vanor tar tid att ändra särskilt vanor som rör bilden av oss själva. Här har vi i inledningen lyft fram att forskare pekat på den kognitiva faktorn som särskilt viktig för unga kvinnors utvecklande av depressivitet (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1995). Vår undersökningsgrupp och kontrollgrupp består till största delen av flickor. Detta stämmer i stort överens med hur prevalensen ser ut visar redovisad forskning i inledningen. Att gruppen är så liten speglar alltså sannolikt hur populationen av deprimerade ungdomar i Västra Götaland ser ut, men den ger oss tyvärr på grund av

antal och könssammansättning inte någon möjlighet att svara på om det verkar stämma att det kognitiva inslaget i *Att hantera depression* gör den särskilt lämplig just för flickor.

Såsom metoden används idag i BUP Göteborg kommer varje ungdom att behöva förhålla sig till runt fem professionella (gruppbehandlarna, den individuella behandlaren, läkare och sjuksköterska) som kan ha helt olika teoretiska utgångspunkter. Vilket kan vara problematiskt för ungdomen och gör att det blir svårt att utvärdera vad som är verksamt. Vår uppfattning är att gruppledarna per dags dato har olika teoretisk bakgrund och kompetens. Det ser skenbart enkelt ut att genomföra gruppbehandlingen utifrån manualen, men vi tänker att gedigen KBT-kompetens hos gruppledarna har betydelse för resultatet.

Varför ska man satsa de begränsade resurser den offentliga vården har på gruppbehandling när resultaten ändå är förhållandevis blygsamma? Att arbeta med ungdomar med depression är svårt och i många fall ett tungt arbete, att jobba strukturerat med grupp tillsammans med andra behandlare tror vi hjälper behandlaren. Här behövs mer studier kring detta, d.v.s. arbetsmiljöaspekten.

Det kan vara så att gruppformatet passar olika bra för olika ungdomar utöver könsaspekten som vi diskuterat ovan? Det svarar vår studie inte på. Särskilt hade vi velat fokusera på familjefaktorer såsom anknytning, hereditet och andra psykosociala faktorer. Även samsjuklighet hade varit viktigt att se närmre på med tanke på utfallet vad gäller ångest. Om man kan klargöra för vilka ungdomar som gruppbehandlingen passar bäst för skulle det kunna underlätta urval och därmed också remittering till gruppbehandlingen och säkert också påverka grupprocesserna. Även frågan om när gruppbehandlingen bäst sätts in är intressant. I studien framgår att ungdomarna haft egen behandling i allt från två veckor till ett år och tre månader, detta utspjutt på få ungdomar, gör att det inte går att dra några slutsatser om när det är mest fördelaktigt att påbörja gruppbehandling. När CWD-A utvecklades var utgångspunkten att nå ut brett i ett tidigt skede till gruppen ungdomar med depression, emedan *Att hantera depression* har utvecklats till att mest användas för de som mår sämst i Västra Götalandsregionen.

Vår förhoppning inför framtiden kring arbetet med deprimerade ungdomar är att gruppbehandling kan förmedla tillförsikt till både patienter och behandlarna.

Si efter natten kommer alltid en dag
och såret läks och sorgen har en ände

(Utifrån Fröding dikten "Saul och David")

Referenser

- Arias E m.fl. (2003) Annual summary of vital statistics-2002, *Pediatrics*, 112, 1215-1230).
- Beck J.S., Beck A.T., & John B. Jolly, J.B., (2007) Becks Ungdomsskalor, Manual svensk version Harcourt Assessment,.
- Beck, A.T. m.fl. (1979), Cognitive therapy of depression, Guilford Press.
- Costello E.J m. fl. (2002), Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 52, 529-542)
- Birmaher, B. et al.(1996). Childhood and Adolescent Depression: A review of the past 10 years. Part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (II), 1427-1439.
- Clark, D. A. , Beck, A.T. (1999), Scientific Foundation of Cognitive Theory and Therapy of Depression, Wiley.
- Clarke, G., Lewinsohn, P., Hops, H., & Grossen, B. (1990). Leader's manual for adolescent groups: Adolescent Coping with Depression course.
- Downey, G. & Coyne, J.C. (1990) Children of depressed parents; an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76)
- Flanery, R. (1990) Methodological and psychometric considerations in child reports. IA. M La Greca (Eds.) *Through the eyes of the child: Obtaining self reports from children and adolescents* (pp. 51-82), Allyn & Bacon.
- Flemming, J.E & Offord, D.R. (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Herlofsson. J m.fl (2009) Psykiatri, Herlofsson, Studentlitteratur.
- Jarbin, H., von Knorring, A., Zetterqvist, M. (2014) Riktlinje depression 2014, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri.
- Jolly, J., Weisener, D., Wheery, J., Jolly, J.M. & Dykman, R. (1994) Gender and the comparison of self and observer ratings of anxiety and depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (9), 1284-1288.
- Kjellin, O. GAF-skalan inom psykiatrin-kejsarens nya kläder, *Läkartidningen* 2005 (22).

Kovacs, M. (1996) Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 705-715)

Larsson, B. (2002) Kognitiv beteendeterapi ger goda resultat vid depression hos barn. *Läkartidningen*, nr 16, 2002, volym 99, 1810-1819.

Lewinsohn, P.M. m. fl. (1993) (Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal psychology*, 102, 133-144.)

Luby J.L. m fl. (2003) The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 340-348).

Lunsjö, K., & Silverberg, G. (2012) Att hjälpa ungdomar hantera depression. *Socionomen*, nr 3. 2012.

MINI-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR, American Psychiatric Association (2002), Pilgrim Press.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1995) Explanatory style, achievement, depression and gender differences in childhood and early adolescence. In G. M. Buchan & M.E.P. Seligman (Eds.) *Explanatory Style* (pp.57-70). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

NREPP (2007) SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices, Adolescent Coping with Depression (CWD-A).

Olsson, G. (1998) Adolescent depression, epidemiology, nosology, life stress and social network. Doktorsavhandling. Uppsala: Uppsala universitet.

Silverberg, G. m.fl. (2010) *Att hantera en depression- Gruppledarmanual*, BUP Malmö

Smucker M.R. m.fl. (1986) Normative and reliability data for children's depression disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 14,25-39.

Williams, M m.fl. (2008) *Mindfulness: en väg ur nedstämdhet*, Stockholm: Natur och kultur.

Öst, L-G (red) (2010) *KBT inom Barn och ungdomspsykiatri*, Stockholm: Natur och Kultur.