

Kurs i mestring av depresjon – forebygging av tilbakefall

Torkil Berge
Norsk Psykologforening
torkil.berge@diakonsyk.no

Martin Ekelund
A-senteret Oslo

Cecilie Skule
avdelingsdirektør psykisk helsevern og rusbehandling, medisin og helsefag, Helse Sør-Øst RHF
skule@helse-sorost.no

Tilbakefall ved depresjon er ett av vår tids største helseproblemer. Artikkelen beskriver et kurs som formidler kunnskap om hva som kan forebygge nye episoder. I sine tilbakemeldinger sier deltakerne at de opplever tilbudet som nyttig i forhold til egne problemer. Helsepersonell oppfordres til å holde liknende kurs. Kursmaterialet er lagt ut på en egen hjemmeside.

Geir Høstmark Nielsen var ansvarlig redaktør for denne artikkelen.

Depresjon handler ofte om at en reagerer med fortvilelse på en uholdbar situasjon eller et vendepunkt i livet, og jobber seg gjennom det, kanskje med støtte av familie og venner, medisin eller psykoterapi. Etter en periode kan en legge depresjonen bak seg. Men mange opplever at problemene vender tilbake flere ganger i løpet av livet. Hvis disse personene er forberedt på hva som kan skje, har de langt større mulighet til å forebygge problemene eller dempe skadevirkningene av dem.

I denne artikkelen vil vi beskrive et kurstilbud rettet mot mestring av depresjon og forebygging av tilbakefall. Kurset er foreløpig gjennomført syv ganger i forhold til om lag 60 klienter med både rusproblemer, hovedsakelig alkohol, og tilbakevendende depresjoner. Tilbudet har vært populært, og med et forholdsvis stabilt oppmøte de åtte gangene kurset varer. Med støtte av Stiftelsen Helse- og Rehabilitering er kursmanual og annen nyttig informasjon lagt ut på hjemmesiden www.bymisjon.no/a-senteret. Vårt håp er at fagfolk innen helsevesenet vil bruke deler av dette materialet i sitt arbeid, enten individuelt eller i gruppe, og ovenfor klienter med eller uten samtidige rusproblemer. Forebygging av tilbakefall ved depresjon er en av de største utfordringene helsepersonell står ovenfor i dag.

Alvorlige tall

I Norsk Psykologforenings (2002) veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser, skriver Gro Harlem Brundtland at depressive lidelser er et av vår tids største helseproblemer. Depresjon er nå på fjerdeplass over Verdens Helseorganisasjons liste over lidelser som utgjør den største samfunnsmessige byrden. I år 2020 regner en med at den vil rykke opp på andreplass. Også bipolare lidelser er blant de ti vesentligste medvirkende årsaker til sykdom. Depressive lidelser vil være den viktigste årsak til redusert antall år i full funksjon i aldersgruppen 18–45 år (Murray & Lopez, 1996).

Beregninger ut fra kliniske populasjoner tyder på at pasienter med markant depressiv forstyrrelse i gjennomsnitt vil oppleve fire episoder med depresjon i løpet av sitt liv, hver med en varighet på fem

måneder (Judd, 1997). En undersøkelse av personer som har gjennomført behandling for depresjon i psykisk helsevern, viste at to tredjedeler opplevde ny depresjon i løpet av en tiårs periode (Mueller et al., 1999). 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. Tilbakefallsrisikoen blant pasienter i primærhelsetjenesten er trolig lavere enn for dem innen spesialisthelsetjenesten, kanskje omlag halvparten så høy (Lin et al., 1998).

Det som i størst grad kan forutsi ny depresjon er *antall tidligere episode med depresjon*. Jo flere episoder med depresjon man har opplevd, desto større er risikoen for å få en ny. Risikoen er 70–80 % for de med minst tre tidligere episoder. Omlag halvparten av førstegangsdepresjonene finner sted før 20-årsalderen, ofte uten at de som blir rammet får adekvat hjelp. Dette innebærer at behandlere innen helsetjenestene i stor grad vil møte klienter som også tidligere har vært deprimert, kanskje uten å fortelle om det (National Institute of Mental Health, 2001). Spørsmålet: «Har du opplevd liknende problemer før?» kan derfor gi viktig informasjon.

Andre sentrale risikofaktorer er tidlig debut, lang varighet av depresjon før behandling og fortsatte restsymptomer etter behandlingen. Risikoen øker ved komorbide lidelser, spesielt angstlidelser og rusmiddelmissbruk (Stein et al., 2001).

Depresjon og rusproblemer

Mange som kommer til behandling for depresjon vil også ha et rusproblem – og vice versa. Et eksempel er en amerikansk studie av 6000 rusmiddelmissbrukende pasienter ved 41 behandlingssteder. Hele 44 % av dem hadde tidligere hatt depresjon (Miller, Klamen, Hoffmann & Flatherthy, 1996). Overforbruk av rusmidler kan ta form av selvmedisinering ved depresjon og angst. Motsatt kan depressive symptomer bli utløst ved rusavhengighet og ved abstinens. Rusproblemer og depresjon inngår i et gjensidig forsterkende samspill (Duckert, Skule & Tjore, 1999). Kombinasjonen er knyttet til forverring av depressive symptomer, forlenget depresjon og økt risiko for suicid. Den bringer også med seg flere problemer i forhold til familie, arbeid og økonomi. Behandlingsopplegg rettet både mot rusproblemene og de depressive plagene har gjennomgående bedre resultater (Norsk Psykologforening, 2002, s. 11–12).

Tilbakefallsforebygging

Gjennom kurset ønsker vi å gi deltakerne god og oppdatert informasjon om depressive lidelser. Vi ønsker at deltakerne skal få anledning til å drøfte egne erfaringer og sammenlikne seg med hverandre. God informasjon gir et grunnlag for selvhjelp. Risikoen for å bli deprimert kan øke fordi man frykter en kommende depresjon, eller fordi man tror at man allerede kan være deprimert. Mange av plagene ved depresjon 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. Faren er at man overreagerer hvis man på ny opplever depressive plager og følelser. Dette kan gi utløp for en strøm av negative tanker om at tilbakefall er uunngåelig, at man ikke er kommet noe lenger og at man aldri vil oppnå kontroll over depresjonen. Slike tanker kan ta form av selvoppfyllende profetier. Hvis en bebreider seg selv, forverres situasjonen ytterligere. Følelsen av hjelpeløshet og håpløshet bare øker. Til slutt kan man bli helt demoralisert.

Tilbakefallsforebygging er en metode som først ble benyttet overfor mennesker med avhengighetsproblemer, og som senere er blitt en del av behandlingen av blant annet depresjon. Utgangspunktet er at tilbakefall kan begrenses og mestres, og at det kan bli en erfaring å lære noe av

(Berge, 1999; Berge & Repål, 2004, s. 246–264). En kartlegger tidlige signaler på eller risikosituasjoner for tilbakefall. Så setter en opp forslag til hva som kan gjøres for å klare utfordringene. Målet er å få kunnskap som kan brukes til å håndtere fremtidige problemer. En lager en beredskapsplan eller handlingsplan som gjør en tryggere på at en kan få bukt med vanskene når de melder seg, og helst for de rekker å vokse seg store. Dette kan gi økt følelse av kontroll og positive forventninger, følelser som i seg selv er en sterk forsikring mot depresjonen. Gjennom kurset forsøker vi å gi deltakerne redskapene de trenger i sitt arbeid med å forebygge nye episoder med depresjon.

Vi vil for øvrig gjøre oppmerksom på «Kurs i depresjonsmestring» (KiD), som er videreutviklet av Trygve Børve, Anne Nævra og Odd Steffen Dalgard med utgangspunkt i et europeisk samarbeidsprosjekt (Dalgard, 2004; Dowrick et al., 2000). Dette er et evidensbasert tilbud, knyttet til et større internasjonalt forskningsprosjekt. Man tilbyr opplæring av kursholdere, blant annet i primærhelsetjenesten (for mer informasjon, se Rådet for psykisk helse www.psykiskhelse.no eller Kommunal Kompetanse www.kkomp.no).

Etterbehandling

Det vanligste strategien for å forhindre tilbakefall er å fortsette med medikamentell behandling. Noen anbefaler en periode på ni måneder etter at depresjonen er over, med gradvis nedtrapping over to til tre måneder (Paykel & Kennedy, 2003). Alternativt kan en følge opp med psykologisk behandling. Undersøkelser har vist at kognitiv etterbehandling rettet mot restsymptomer etter medikamentell terapi reduserer hyppigheten av tilbakefall hos pasienter i poliklinisk behandling (Enns, Cox & Pidlubny, 2002; Paykel et al., 1995; Rafanelli, Park & Fava, 1999; Seagal, Williams & Teasdale, 2001). En undersøkelse av 156 personer i poliklinisk behandling beskrev kognitiv etterbehandling etter kognitiv korttidsterapi (Jarrett et al., 2001). Oppfølgingen var på ti timer over åtte måneder, og dreide seg om bearbeiding av restsymptomer, tilbakefallsforebygging og vedlikehold av tidligere lærte ferdigheter. Resultatene etter to år viste at slik etterbehandling kan være et godt alternativ til oppfølgende behandling med medikamenter.

I det kurset som beskrives i denne artikkelen har vi forsøkt å trekke inn virksomme elementer fra kognitiv etterbehandling. Eksempler er betydningen av å opprettholde aktiviteter som gir en opplevelse av mestring og tilfredstillelse, og hvordan motvirke at depressiv tenkning tar overhånd.

Innen rusvernet har en mange steder hatt god erfaring med egne gruppetilbud for klienter som også har problemer med angst. Ved A-senteret i Oslo har en i flere år drevet et kurs i mestring av angst. De gode erfaringene med dette kurstilbudet inspirerte oss til å lage et tilsvarende kurs i mestring av depresjon, rettet mot å formidle kunnskap som kan bidra til å forebygge nye episoder med depresjon. I denne artikkelen vil vi beskrive spesielle utfordringer ved å drive et kurs for deprimerte mennesker, og presentere deltakernes egne kursevalueringer.

Kursets form og innhold

Deltakerne på våre kurs tilhører en gruppe med høy komorbiditet. I tillegg til depressive lidelser har de et rusproblem, og mange av dem sliter også med angst. De har dessuten en ustabil livssituasjon. Hovedparten har hatt tilbakevendende depresjoner, såkalt markant depressiv forstyrrelse. Noen har i tillegg hatt dystymi, en mindre intens, men mer langvarig form for depresjon. Et mindretall har hatt depresjoner knyttet til manisk-depressiv lidelse. Vi gir informasjon om alle disse typer problemer.

De tre siste gruppene hadde 34 deltakere. Av disse var 59 % menn og 41 % kvinner. Gjennomsnittsalder var 45 år (28–71 år). I alt 42 % var uten daglig beskjeftigelse. De fleste (84 %)

oppga alkohol som dominerende rusmiddel. De hadde i snitt hatt rusproblemer i 14 år (2–30 år). Om lag to tredeler oppga at de tidligere hadde vært i behandling for andre psykiske problemer enn rusproblemer. Over en tredel sa at de tidligere har forsøkt å ta sitt eget liv.

Kursformatet

Vi definerer altså tilbudet som et kurs. Tanken er 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. I tråd med dette fremstår vi som tydelige og aktive kursledere, 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.

Vi gir på forhånd beskjed om at vi skjønner at det kan bli en stor utfordring å komme regelmessig til de ukentlige kursmøtene, og understreker at deltakerne ikke trenger å være aktive på kurset – det er nok at de møter opp. Det vil ikke bli forventet at de skal utføre former for egenaktivitet mellom timene. Slike hjemmeoppgaver ville trolig gitt mange skyldfølelse for ikke å følge opp, og terskelen for å komme på møtet vil bare bli enda høyere.

Kurset ledes av to psykologer, og går over åtte uker à to timer. Bestemte temaer er satt opp for hvert møte (se Tabell 1). Vi tar sikte på å lære klienter å gjenkjenne symptomer på depresjon, og få økt kjennskap til sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer. Vi gir konkrete råd om hvordan man kan mestre ulike symptomer ved depresjon. Det legges vekt på en nøktern presentasjon av fakta, og det veksles mellom undervisning og erfaringsdeling mellom deltakerne. Målet er hele tiden å gjøre tilgjengelig kunnskap om depresjon, på en slik måte at vi når frem med viktig informasjon til kursdeltakerne.

Kurset er ikke ment som en erstatning for annen behandling, men som et nyttig supplement til andre tiltak. Som kursledere ønsker vi å formidle en åpen og respektfull holdning til forskjellige behandlingsmetoder. Vi prøver å stimulere deltakerne til å innta et aktivt forhold til alle de muligheter som finnes i hjelpeapparatet.

Rekruttering

Vi har valgt en åpen og inkluderende holdning i forhold til kriterier for kursdeltakelse. Er man motivert for å begynne og har hatt erfaring med depresjon, er dette tilstrekkelig. Som eksklusjonskriterier benyttes bare de helt opplagte, som å ha en psykotisk lidelse eller et rusmønster som er så alvorlig at det ikke lar seg forene med et rimelig stabilt oppmøte.

Kursdeltakerne blir i hovedsak rekruttert gjennom sine behandlere. Noen har sett informasjon om kurstilbudet på poliklinikken, og tar kontakt med oss etter å ha forhørt seg hos sin behandler. Inntakskriteriet er motivasjon for å lære mer om mestring og forebygging av depresjon. Vi har et kombinert informasjonskriv om depresjon og påmeldingsskjema. Gjennom en kort informasjonssamtale får klienten anledning til å stille spørsmål og til å formidle informasjon om seg selv som man ønsker at kurslederne skal ha.

Vi 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 vi som ledere vil ta et klart ansvar for det som skjer i gruppen. Vi beskriver hva som vil skje under de første gruppemøtene – programmet er fastsatt, og det vil ikke bli noen ubehagelige overraskelser.

Vi understreker også at det er opp til den enkelte hvor åpen en velger å være i gruppen. Noen kan være redde for at de må fortelle mye om seg selv. Et råd vi da 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 en uteblir neste gang det er møte.

Tabell 1. Kursplan for depresjonskurset – 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.
- Selvmordstanker og selvmordsforsøk.
- Angst og depresjon. Mestring av angst.
- Hvordan aktivisere seg selv? Ulike former for aktivitet som motgift mot depresjon.
- Søvn og søvnløshet. Mestring av søvnproblemer.
- Depresjon og forholdet til familie og venner. Hva med barna?
- Antidepressive medikamenter. Samhandling med lege.
- Rusproblemer og depresjon.
- Veien videre – forebygging av tilbakefall.

Hva kjennetegner depresjon?

Første kursmøte innledes med et video-opptak av et 25 minutters langt fjernsynsprogram om depresjon og depresjonsbehandling fra serien «Vårt indre liv». Deretter gjennomgås sentrale kjennetegn ved depresjon og manisk-depressiv lidelse. Vi bruker kriteriene fra MADRS, men har valgt å legge til *irritabilitet*, da vi oppfatter dette som et aktuelt kjennetegn. Det er også et nyttig utgangspunkt for å snakke om den generelle negativisme som ofte preger deprimerte mennesker, og som får så negative følger for relasjoner og samspill. Kjennskap til sentrale symptomer er viktig for tidlig identifikasjon, men også mer generelt for å kunne se depresjonen litt på avstand, som ledd i en terapeutisk eksternaliseringsprosess. Vi kan for eksempel si:

Depresjon er en fellesnevner på en rekke tilstander, der de mest tydelige symptomene er senket stemningsleie, overdreven negativ tenkning, mang-lende overskudd og initiativ, søvnproblemer, uro, angst og irritabilitet.

Depressive lidelser er tyver som tar lykken fra mennesker. De stjeler selvtilitt, energi og livslyst. Depresjon er å miste evnen til å være glad. Men depresjon er også å miste evnen til å føle sorg. Selvbildet angripes på en nådeløs måte.

Depresjonen kan prege hele måten du ser verden på. Den forsterker problemene som allerede finnes i livet. Et kjennetegn på alvorlig depresjon er at du mister deg selv som støttespiller, nettopp på det tidspunktet du sliter som mest. I verste fall opplever du en stadig strøm av negative tanker om at du ikke er noe verdt, at livet er meningsløst og at fremtiden er håpløs. Ofte er du selv ikke klar over at du er utsatt for denne depressive propagandaen, det er som å leve i en mørk glassklokke. I sin mest alvorlige form er depresjon en form for antihumanisme – menneskefiendtlighet – fordi en ikke lenger har rom for barmhjertighet og toleranse i forholdet til seg selv.

Kursdeltakerne opplever det ofte som svært vanskelig å få beskrevet kjennetegnene ved depresjon så utførlig som vi gjør det. Det er vondt for dem å gjenkjenne disse plagene og slik få understreket alvorret i egen situasjon. Som kursledere legger vi vekt på å formidle hvor alvorlig og potensielt livstruende depressive lidelser faktisk er. Det er en veldig 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 måtte gi tapt ovenfor denne tilstanden. Vi må ha respekt for depresjonen som motstander, og aldri undervurdere den. Vi tror at en slik fremstilling er viktig for å nå fram til våre kursdeltakere, selv om effekten på enkelte kan være økt pessimisme. Derfor legger vi samtidig vekt på å formidle håp og realistisk optimisme:

Depresjon er ofte en tilbakevendende lidelse, mange opplever det for første gang i ung alder. Jo flere tilfeller av depresjon du opplever, desto større er risikoen for å få den tilbake, det er rett og slett lettere å gli inn i en ny depresjon hvis du først har gjort det en gang. Noe av det aller viktigste for å bekjempe den, er derfor å lære sin egen depresjon å kjenne, for på den måten å kunne lage en beredskapsplan – lære seg til å tenke tilbake: Har jeg opplevd dette før? Hvilke depressive symptomer hadde jeg? Når begynte det? Hva var det som utløste det? Var jeg i en spesiell livssituasjon, var forbruket av rusmidler høyt, opplevde jeg stress eller vanskelige konflikter? Kjenner du varselstegnene, er det mulig å gjøre noe før det har kommet for langt og du blir så suget inn i depresjonen at du ikke klarer å foreta deg noen verdens ting.

Du kan få fornyet håp ved å tenke på hva som hjalp deg forrige gang: Hva gjorde du? Hvem støttet deg? Dersom du gikk i behandling, hva var de virksomme elementene? Hvis du på denne måten kan beskrive de ulike elementene for deg selv, og ha et aktivt forhold til din lidelse, er du kommet et godt stykke på vei.

Depresjon er å miste evnen til å være glad. Men depresjon er også å miste evnen til å føle sorg. Selvbildet angripes på en nådeløs måte

Årsaker til depresjon

Temaet for det andre kursmøtet er årsaker til depresjon. Selv om det ofte er vanskelig å vite hva som forårsaker hva, kan en gjøre noe for å bryte depresjonens selvforsterkende mekanismer, de onde sirkelene knyttet til denne tilstanden. Samtidig kan det være nyttig å reflektere over hva som i utgangspunktet kan ha gjort en sårbar for depresjon, ikke minst hva som preget livet før en depressiv episode. Vi understreker at årsakene vil variere fra menneske til menneske: Det er flere veier inn i en depresjon.

Vi legger vekt på at årsakene til depressiv episode kan endres ved tilbakevendende depresjoner. Det kan være andre forhold som bidrar til tilbakefall enn de som opprinnelig forårsaket problemene. En undersøkelse (Lewinsohn, Allen, Seeley & Gotlieb, 1999) viste at det var færre alvorlige livsbelastninger knyttet til senere episoder med depresjon, enn tilfellet ofte var første gang man gikk inn i en depresjon. For mange skal det altså mindre til for å bli deprimert igjen hvis de tidligere har vært deprimert, trolig fordi depressive tenkemåter og minner lettere blir reaktivert.

Noen mennesker er mer sårbare for tilbakevendende plager med depresjon og angst enn andre. Både arv og miljø har betydning: Kombinasjoner av genetiske faktorer, personlighetsforankrede problemer, og sosiale og økonomiske problemer kan virke inn.

Antagelser om en *biologisk sårbarhet* begrunnes særlig med kunnskap om arvelighet og biokjemiske endringer hos deprimerte. Tvillingforskning har påvist en arvelig komponent særlig ved de mest alvorlige formene, spesielt psykotisk og bipolar depresjon.

Psykososiale sårbarhetsfaktorer dreier seg om forhold både i oppvekst og voksenliv. Eksempler på negative oppveksterfaringer er manglende bekreftelse, omsorg og kjærlighet, overdreven kontroll og

bruk av vold i oppdragelsen, seksuelle overgrep, konflikter og ufred i hjemmet og forskjellsbehandling mellom søsken. Sårbarhetsfaktorer i voksenalder kan være utilfredsstillende og konfliktfylte parforhold, men også høye krav til prestasjoner i ulike roller. Hendelser som svekker stabile og trygge relasjoner kan ha betydning, for eksempel at man flytter, skifter jobb eller skiller seg, og likeledes dårlig økonomi og arbeidsløshet. Innvirkende her er personlighetstrekk som nervøsitet, interpersonlig sensitivitet, avhengighet, lav selvtillit og en pessimistisk tankestil.

Utløsende hendelser handler ofte om tap, og da i vid forstand – av mennesker en er glad i, men også tap av rolle, funksjon, anseelse eller helse. Eksempler på belastninger som kan gi depresjon er somatisk sykdom og andre psykiske lidelser, vedvarende smerter, søvnproblemer, rusproblemer og ensomhet. Det er imidlertid ikke alltid mulig å få øye på noen bestemt utløsende hendelse – kanskje er det da mer et spørsmål om for få gleder og for mange plikter i livet. Noen opplever det som skamfullt å være deprimert når livet tilsynelatende er vellykket.

Et gjennomgangstema under hele kurset er hvordan depresjon opprettholdes og forsterkes gjennom en rekke *onde sirkler*:

- Deprimerte mennesker blir ofte passive og trekker seg unna samvær med andre mennesker. Man deltar lite i aktiviteter og holder seg hjemme, orker ikke å gå ut. Jo mindre du gjør, desto trette og mindre motivert kan du bli, og desto vanskeligere blir det å ta initiativ for å få kontakt med andre.
- Den følelsesmessige nedtrykthet som preger depresjonen, kan virke tilbake på tankeaktiviteten. Jo mer deprimert du føler deg, desto mørkere kan tankene bli. Jo større håpløshet du føler, desto flere pessimistiske tanker vil du danne deg.
- Vi husker gjerne hendelser som er i tråd med hvordan vi føler oss. Er vi glade, husker vi fine og hyggelige episoder. En depressiv sinnstemning 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. Grublingen får nærmest tvangsmessig karakter, og bringer en dypere inn i depresjonen.
- Depresjonen fører ofte til at man blir mer passiv og negativ i sin væremåte overfor familie, venner og arbeidskolleger. Det kan bidra til negative reaksjoner fra andre, reaksjoner som den deprimerte tar seg nær av, og som forsterker negativ tenkning.
- Alkohol og andre rusmidler forsterker angst og depresjon. Rusmiddelmissbruk kan gi ytterligere problemer i forhold til egen helse, familie, venner, arbeid og økonomi. I vårt samfunn er det sterke fordommer mot folk som utvikler rusproblemer, og skamfølelsen kan undergrave selvtilliten (Berge & Repål, 2002, s. 36–37).

Etter å ha presentert ulike årsaksammenhenger, åpner vi for erfaringsdeling om hvordan kursdeltakerne har opplevd dette. Vi stiller så spørsmålet: Hvordan snu onde sirkler? Et oppfølgingsspørsmål her er: Hvordan 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 depresjonens malstrøm, så har de ikke lenger følelse av at de har fortjent å ha det bedre. De er ikke verd noe og fortjener å ha det vondt.

Mange av deltakerne anbefaler som det viktigste at man tar kontakt med andre og forteller om sine problemer, og ikke prøver å bære dem helt alene. Depresjon ernærer seg på skamfølelse og hemmeligholdelse.

Tenkning og depresjon

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. Det er viktig å kunne begrense skadevirkningene av den stadige strømmen av negative tanker og grublerier, i tråd med følgende forslag:

Den som er deprimert sitter ofte og grubler over problemer. Det blir som kvikksand, der den ene negative tanken tar den andre. Da kommer mer positive tanker og minner vanskelig frem. Som et forsvar mot depressiv grubling, snakker vi ofte om de tre d-er:

Distraksjon – all aktivitet som får deg bort fra de tunge tankene når de er på sitt mest knugende. Prøv ikke å presse vekk tankene, da blir de gjerne bare sterkere. Aksepter deres tilstedeværelse, samtidig som du retter oppmerksomheten over på noe annet.

Distanse – prøv å skape litt av-stand til det negative, for ikke å la selvkritikk underminere selvfølelsen og la pessimismen ta fra deg alt håp; erkjenn at det er depresjonens stemme du hører, og at den neppe vil deg vel.

Diskusjon – når du har energi til det, prøv å få til en indre diskusjon omkring gyldigheten av de negative tankene, ved å spørre deg selv: Hva ville jeg sagt til en venn som var i samme situasjon? Ville jeg vært like negativ og pessimistisk da? Hvilke kommentarer kunne ha formidlet forståelse og oppmuntring?

Vi tar opp positive og negative sider ved bekymring og grubling. Det er en måte å føle seg forberedt på det verste og dermed oppnå kontroll. Det er bedre å akseptere tendenser til overdreven bekymring, enn også å bekymre seg over at man bekymrer seg så mye. Vi gir konkrete råd for hvordan begrense varighet og omfang av bekymring og depressiv grubling. En anbefaling vi ofte gir i forhold til mestring av depressive symptomer, er nettopp å *akseptere* deres tilstedeværelse, uten å bli redd for dem eller oppleve dem som et personlig nederlag – og så se på muligheter for å håndtere symptomene på en konstruktiv måte.

Vi gir også en kort innføring i attribusjonsteori. Temaet er da den deprimerte persons tendens til å fortolke negative hendelser som resultat av indre, stabile og globale egenskaper, og positive hendelser som forårsaket av ytre, ustabile og spesifikke hendelser. Vi forsøker fortsatt å gi denne delen en mer engasjerende form, ettersom den av og til fortoner seg vel teoretisk og tørr.

Vi pleier 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.

Selvordstanker

Når temaet selvmord settes på dagsorden under kurset, er et mål å senke terskelen for å snakke om selvmordstanker til en fortrolig, gjerne en behandler:

Det er vanlig å ha flyktige tanker om selvmord. Det gjelder mennesker i mange forskjellige situasjoner. Tankene lever sitt eget liv, og vi har ikke kontroll på dem. Deprimerte mennesker tenker oftere på døden enn andre, og de kan bli skremt og fortvilet over dette. Men tanker er i seg selv ikke farlige. Hvis man snakker om å ta sitt liv, eller har konkrete planer om hvordan man kan gå frem, er situasjonen straks en annen. Problemene har kanskje tårnet seg opp

over tid, og det kjennes umulig å leve. Da er det avgjørende at man får samlet krefter til å be andre om hjelp.

En følelse av å være uten håp ligger ofte til grunn for selvmordsimpulser, og nettopp håpløsheten er trolig bindeleddet mellom depresjon og selvmord. I sentrum står et ønske om å slippe bort fra livets problemer, mer enn en søken mot døden som sådan. Vi går inn på hvordan fagfolk vurderer risiko, hvorledes de snakker med mennesker som har selvmordstanker og hvilke råd de pleier å gi. Vi gir også en oversikt over hvor man kan henvende seg i en krise. I diskusjonene har flere kursdeltakere fortalt om erfaringer med egne selvmordsforsøk.

Angst og depresjon

Angst og depresjon henger sammen. Det er uvanlig å ha depresjon uten samtidig å oppleve angst, og angstproblemer vil over tid øke risikoen for depresjon. Vi orienterer om ulike former for angstproblemer, inklusive tvangslidelse og posttraumatisk stresslidelse, og hvordan man selv i samarbeid med andre kan arbeide med disse problemene. Prinsippene for eksponeringstrening ved fobisk angst blir beskrevet, og hvordan angsten for angsten kan gi grunnlag for panikkanfall. Vi deler ut informasjonsmateriale om angstmestring. Men vi passer oss godt for å fremstå med «enkle løsninger». Mange opplever en generell angst og uro viklet inn i følelser av fortvilelse, hjelpeløshet og håpløshet. Vi oppfordrer her til refleksjoner omkring det komplekse samspillet mellom angst og depresjon.

Søvn og søvnløshet

Søvnproblemer er et sentralt kjennetegn ved depresjon. Mange vil oppleve dette som et av de første symptomer i en depresjonsperiode, andre som den utløsende årsak. Informasjon om gode søvnrutiner og strategier for mestring av søvnproblemer vil derfor ha forebyggende betydning.

Vi tar opp sammenhengen mellom overforbruk av rusmidler og søvnproblemer, og informerer om ulike former for psykologisk og medikamentell behandling. Avhengighetsproblemet og bivirkninger ved enkelte medikamenter blir drøftet. Vi presenterer konkrete metoder deltakerne selv kan ha nytte av, strategier for mestring av søvnproblemer bygget på kognitiv atferdsterapi (Berge & Repål, 2002, s. 123–139; Norsk Psykologforening, 2002, s. 17–18; Pallesen, Nielsen & Nordhus, 2003).

I diskusjonen pleier noen av kursdeltakere å opplyse om at de tvert om sover altfor mye når de er deprimert. Dette er gjerne uttrykk for inaktivitet, initiativløshet og behov for flukt og glemsel.

Hvordan aktivisere seg selv?

Depresjon kjennetegnes av mangel på energi, tiltak, passivitet og sosial isolasjon. Som deprimert vet man gjerne hva som skal til for å bli mer aktiv, men man kommer ikke i gang – hvilket resulterer i økte selvbebreidelser. Under kurset kan vi formulere dette slik:

Depresjon er selvforsterkende. Den tapper kroppen for krefter. Alt blir et ork. En alvorlig depresjon hindrer en i å utføre selv enkle dagligdage gjøremål. Når en kjenner seg trett og sliten er det 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 det gir noe større glede enn du tror på forhånd.

Vi går nærmere inn på hvordan man kan påvirke aktivitetsnivået selv under sterk depresjon, og drøfter hvordan den enkelte kan prøve ut disse metodene tilpasset egne behov. Systematisk presenterer vi 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 aktivitet er som kjent antidepressivt, men vi fremhever betydningen av alle de tusenvis av små og store aktiviteter i hverdagen som til sammen former vår opplevelse av livskvalitet.

Her har vi hatt glede av å presentere den ungarsk-amerikanske psykologen Mihaly Csikszentmihalyis 30-årige forskning på hva som gjør våre liv meningsfulle og tilfredsstillende. Et nøkkelbegrep i hans teori er *flyt*, som beskriver en opplevelse eller et gjøremål med hensikt eller verdi i seg selv. En blir så engasjert i en aktivitet at en ikke lenger er oppmerksom på seg selv og egne bekymringer. Hans budskap er at lykke kanskje ikke er knyttet så meget til hva vi gjør, som *hvordan* vi gjør det – evnen til å la seg involvere i eget liv (Csikszentmihalyi, 1990, se også Berge & Repål, 2002, s. 286–291). Spørsmålet til kursdeltakerne blir: Hvordan få økt opplevelse av flyt i hverdagen?

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 en kan snakke med og betro seg til:

Problemet behøver ikke være mangel på kontaktmuligheter, det er bare det at den som er alvorlig deprimert føler seg isolert og alene, følelsesmessig avskåret fra andre mennesker. Depresjon er en dypt ensom tilstand. Den gjør mennesker selvsenterte, men ikke egoistiske. En deprimert person kan lengte etter kontakt, men skyver andre fra seg og isolerer seg.

Vi tar spesielt opp hvordan depresjon kan påvirke parforhold og samspill med barn. Noen av deltakerne er foreldre til mindreårige barn, og mange har erfaring med egne foreldres depresjon i oppveksten. Vi gir informasjon om hvordan barna kan skjermes fra depresjonens negative innflytelse (Berge & Repål, 2002, s. 162–165; Berg-Nielsen, 2003; Norsk Psykologforening, 2002, s. 45). Etter denne innledningen inviterer vi til erfaringsdeling mellom deltakerne: Hvordan øke muligheten for konstruktivt samspill med andre?

Antidepressive medikamenter

Vi redegjør for medisiner mot depresjon – virkninger og bivirkninger. Vi understreker betydningen av å ha et reflektert forhold til egne behov og ønsker i forhold til medikamentell behandling. Et tema for diskusjon er hvordan en kan sikre seg et best mulig samarbeid med lege om vurdering og gjennomføring av eventuell medisiner. Som ledd i en beredskapsplan for tilbakefall, oppfordrer vi til å skrive ned erfaringer med antidepressiv medisin: Hvilke medisiner ble forsøkt, hvilken medisin virket best, hvilken dosering ble benyttet, bivirkninger og tiltak mot disse, når effekten begynte å komme. Hovedvekten legges altså på antidepressiva, men vi tar også opp medikamenter som har stor betydning for forebygging ved manisk-depressiv lidelse.

Rusproblemer og depresjon

Vi presenterer mulige sammenhenger mellom rusproblemer og depresjon:

- Depresjonen og rusproblemet er uavhengige av hverandre
- Rusproblemet som følge av depresjonen
- Depresjonen som følge av rusproblemet
- Begge problemer som følge av felles bakenforliggende faktorer
- Begge problemer forsterker hverandre gjensidig

Så inviterer vi til refleksjoner omkring slike sammenhenger i forhold til eget liv. Et budskap fra vår side er at redusert bruk av rusmidler trolig vil gi bedre psykisk helse, uansett om man er deprimeret eller ikke.

Veien videre

Siste kursmøte er lagt opp som en sammenfatning av hele kurset. Vi anbefaler en beredskapsplan som gir svar på følgende spørsmål:

- Hvem kan jeg henvende meg til for å få hjelp?
- På hvilken måte kan jeg be om assistanse?
- Hva kan andre gjøre for å være til hjelp?
- Hvordan skal jeg forholde meg til familie og til jobben?
- Når skal jeg ta kontakt for behandling?
- Hva kan motvirke at depressiv tenkning tar overhånd?
- Hvordan begrense grubling og selvkritikk?
- Hvordan forhindre at jeg isolerer meg?
- Hvordan opprettholde aktiviteter som gir meg tilfredsstillelse?
- Hvordan sikre best mulig søvn?

Vi går gjennom heftet *Forebygging av depresjon* som inneholder en momentliste for vurdering av risiko for tilbakefall og hva en kan gjøre. Heftet er laget slik at den enkelte deltaker kan fylle inn punkter tilpasset egen situasjon. Interesserte kan hente dette heftet på vår nettside.

Tabell 2. Kursdeltakernes evalueringer (n = 43).

	For lite	Passe	For mye
Mengden av undervisning fra kursleiderne	3	36	1
Muligheter for samtale og diskusjon	8	29	3
Fokus på den enkeltes problemer	5	32	1
Mengden av skriftlig materiale	3	36	1

	For lite	Passe	For mye
Vektlegging av teoretisk stoff	1	38	1
Vektlegging av praktiske råd om hva man bør gjøre	6	35	1

Kursdeltakernes evaluering

Alle kursdeltakere fyller ut et enkelt evalueringsskjema ved siste kursmøte. Vi har brukt disse tilbakemeldingene til å forbedre form og innhold på kurset.

Pågangen til kurset er god, og det har vært lett å få deltakere. I alt har 60 personer gjennomført de til nå syv kurs-ene, med en oppmøtefrekvens på 75 %. Hver deltaker har altså i snitt møtt på seks av åtte kursmøter. To personer som bare møtte én gang er da inkludert. Til sammenlikning fullførte 85 % av de 81 personene som fikk tilbudet om «KiD-kurset» i mestring av depresjon hele kurset (Dalgard, 2004).

Vi synes at oppmøtefrekvensen i våre grupper er oppsiktsvekkende og gledelig fordi det dreier seg om mennesker som er i en ustabil livssituasjon. Tilbakemeldingene går på at de opplever tilbudet som nyttig. Mange har gjennom hele sitt liv hatt tilbakevendende depresjoner, ofte uten helt å få satt ord på hva de rammes av.

Det foreligger skriftlig evaluering fra 43 deltakere, 28 menn og 15 kvinner, fordelt på syv kurs. De to første kursene hadde ti møter à to timer, de resterende åtte møter. I hovedsak har vi evaluering fra dem som har fullført kurset og som dermed var tilstede på det siste møtet. Vi vet lite om hva deltakere som har falt fra underveis har ment om kurset.

Vi har bedt om en avkryssing for vurdering av *antall deltakere* og *antall kursmøter*. Bare én person synes det har vært for mange i gruppen, de resterende anser gruppestørrelsen som passe. Derimot mener 16 av 43 at det har vært for få møter, mens ingen synes det har vært for mange. Gruppen som synes kurset har vært for kort er jevnt fordelt på de som har fått ti og åtte. Det er naturlig å tenke at omfanget på kurset har innvirkning på frafall. De som fullfører kan tendere mot å mene at kurset er passe langt eller for kort, mens de som har falt fra kanskje synes det er for mange kursmøter.

Vi har bedt om en generell vurdering av en del områder av kurset. Det fremgår av Tabell 2 at deltakerne i det store og hele er fornøyd med utformingen av kurset. I den grad de gir tilbakemeldinger om ønskelige justeringer, er det i retning av at de ønsker *mer* av det som tilbys. Dette harmonerer med tilbakemeldingen på omfanget av kurset.

Vi stiller spørsmål om nytteverdien av de enkelte undervisningstemaene og kursheftene. Deltakerne angir dette ved å krysse av for ulike alternativer. En gjennomgang av svarene viser at nytteverdien jevnt over oppleves som god. Det er ikke spesielle temaer som peker seg ut i noen retning.

Evalueringsskjemaet inneholder også åpne spørsmål om det var temaer de savnet eller ønsket mer tid på, eller ville etterlyse skriftlig materiale på. Dessuten spør vi om de har råd til kurslederne om noe som burde gjøres annerledes ved neste kurs. Noen illustrerende eksempler er tatt inn i Tabell 3.

Forskning omkring undervisning om psykiske lidelser, viser at informasjonen ikke nødvendigvis blir oppfattet, forstått og etterlevd (for eksempel Barrowclough et al., 1987). I mange studier av psykoedukative tiltak forsøker man å kartlegge dette ved å administrere spørreskjema før og etter undervisninger gitt (for eksempel Fristad, Goldberg-Arnold & Gavazzi, 2002). Det har vi dessverre ikke gjort ved våre kurs.

Tabell 3. Eksempler på deltakernes evalueringer av kurset.

- Det er litt uvant å være «kritiserende» til noe som jeg i helhet har vært kjempefornøyd med. To «tips» sitter spesielt godt igjen etter kurset: 1. Det dere sa om at når man føler seg helt tom for krefter og gnist, og man har mest lyst til å ikke gjøre eller tenke noen ting ... Da er det depresjonen som «lurer» én, og at det en virkelig trenger da, er å komme seg i en eller annen aktivitet. Det tipset har jeg allerede hentet frem i min bevissthet flere ganger når jeg har vært helt nede. (Men å gjøre noe *aktivt* ut av tipset, det virker i blant *helt umulig*. Vel ... jeg er i alle fall blitt mer bevisst på det. Da er vel første skritt tatt.) 2. Det en av deltakerne sa om ovenstående, med hensyn til å komme seg ut i aktivitet. Hun sa at «... og det føles virkelig bedre etterpå.» Jeg har jo hørt det 100 ganger før, men av en eller grunn så *trodde* jeg virkelig på det da hun sa det.
- Jeg følte at jeg ikke satt igjen med så mye etter møtet om søvnproblemer. Kanskje «idealbildet» dere ga på overhead av «riktig søvnmønster» ble for provoserende? For meg så det nesten uopp-nåelig ut, selv for «normale» mennesker. Tips: hva med en kjapp brainstorming på hva kursdelta-kerne erfarer gir best søvnmønster?
- Det ble litt «perifert» for meg siden jeg ikke har barn selv (om depresjon og forholdet til familie og nettverk). For min del kunne det vært ok å knytte temaet litt mer opp til nettverket ellers.
- Forsøk fortsatt å sikre at alle deltakerne slipper til i noen grad. Det er viktig at alle føler at de får formidlet det de kan ha på hjertet.
- Veldig bra kurs, profesjonelt gjennomført, *tydelig* og strukturert.
- (Var det tema du savnet?): Nei, det har bare vært vellykket for min del. Jeg har fått sagt ting jeg ikke trodde jeg skulle si, eller tørre å gjøre.
- Jeg vet ikke om dette er allment, men for meg føles i alle fall dårlig selvbilde som en stor del av depresjonen – kanskje noe mer om dette temaet.
- Generelt litt for teoretisk og for lite anvendbart. Mer: angst, angst, angst.
- Jeg synes i grunnen alle temaene er viktige, men savner litt mer tid til å diskutere forebyggings-biten, det å høre andres erfaringer synes jeg er veldig godt.
- Flink kursledere – viktig informasjon og fint å få delta. Tror det er viktig å få være med på slike kurs hvor man ikke er så alene i sentrum, men også føler at man kan få bidra med litt selv. Det styrker en relativt dårlig selvtillit.

Avsluttende kommentarer

De to første kursmøtene handler om depresjonens kjennetegn og årsaker. Mange deltakere opplever disse møtene som vanskelige. Å høre om symptomer på depresjon gir dem en skremmende følelse av at «nå kommer depresjonen tilbake». Mange opplever det som følelsesmessig krevende å tenke over årsaker til depresjon. De kjenner seg igjen og synes det er sårt å tenke på hva de har måttet oppleve.

Det er ofte vanskelig og skremmende å snakke om depresjon, spesielt i begynnelsen. Dette er noe man ellers har strevd med å la være å tenke på. Men etter hvert løsner det, og deltakerne tar i stadig større grad initiativ for å formidle sine erfaringer. Grunnlaget for at dette skal bli mulig, er at kurslederne gjør sitt ytterste for at deltakerne føler seg forstått og respektert. Dette er et kurs som forutsetter en trygg og ivaretagende atmosfære.

Alle deltakerne hadde en individualbehandler ved poliklinikken. Flere fortalte at det var nyttig for dem fordi kurset satte i gang følelser og vonde minner. Ikke minst møtet der vi snakket om barna til deprimerede foreldre fikk mange til å reflektere over tilsvarende opplevelser som barn. Slik vi ser det er det imidlertid ingen nødvendig betingelse at deltakere på slike kurs skal ha en individalkontakt i hjelpeapparatet.

Realisme og håp

Som kursledere må vi balansere mellom å formidle håp om at deltakerne skal kunne mestre depresjonen og å anerkjenne hvor vanskelig det er for dem. Det er viktig å vise at vi ser og anerkjenner følelser av maktesløshet og håpløshet. Som nevnt oppfordrer vi nettopp 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 en utsettes for – få øynene opp for det urettmessige i den depressive selvedvurdering og pessimisme, og få noe større rom for å yte selvempati og egenomsorg. Nettopp derfor er det så viktig å etablere et møtested der deltakerne kan dele og drøfte sine erfaringer med depresjon.

Vi prøver å sette av god tid til samtaler under kurset. Det er ikke noe krav om en slik aktiv deltakelse – som nevnt kan en i prinsippet gå gjennom kurset uten å si noe overhodet. Men vi forsøker hele tiden å legge rammene for erfaringsutvekslinger deltakerne i mellom.

Deltakerne spør ofte om vi kan gi konkrete råd. Samtidig merker vi av og til at de blir skeptiske når vi kommer med slike anbefalinger. Noen peker med rette på at når de først er alvorlig deprimert, så vil ikke disse rådene ha noen effekt. De vil rett og slett ikke tro på dem eller ha energi nok til å gjennomføre dem. Til grunn for deres skepsis ligger ofte en usikkerhet på om vi underkjenner styrken i de depressive plagene. Som nevnt spør vi her deltakerne om hvordan de skal make it to the next day – med egenomsorg eller gode råd – når depresjonen begynner å feste sitt grep på dem. Slike samtaler omkring *metakommunikasjon*, om hvordan etablere gode samtaler med seg selv som deprimert, er ofte svært fruktbare.

Vår erfaring med disse kursene har vært meget positive. Derfor er det vårt håp at personell både i primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten starter liknende tilbud. Vi vil mer enn gjerne bli kontaktet av alle som er interessert i dette.

Martin Ekelund
A-senteret, Maridalsveien 176 A, 0469 Oslo
Tlf 23 26 50 00.
E-post a-senteret@skbo.no
Hjemmeside www.bymisjon.no/a-senteret

Cecilie Skule
A-senteret, Maridalsveien 176 A, 0469 Oslo
Tlf 23 26 50 00.
E-post a-senteret@skbo.no
Hjemmeside www.bymisjon.no/a-senteret

Referanser

- Barrowclough, C., Tarrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J. S., & Freeman, H. L. (1987). Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: A preliminary report. *British Journal of Psychiatry*, 151, 1–8.
- Berge, T. (1999). Forebygging av tilbakefall ved depresjoner. (Redaksjonelt). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 201–202.
- Berge, T., & Repål, A. (2002). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis* (2. reviderte utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Berg-Nielsen, T. S. (2003). Barn av foreldre med psykiske problemer – moderne arvesynd?. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 1037–1038.
- 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.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The psychology of optimal experience*. New York: HarperPerennial.
- Dalgard, O. S. (2004). Kurs i mestring av depresjon. En randomisert kontrollert evalueringstudie. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, submitted.
- 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.
- 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.
- Fristad, M. A., Goldberg-Arnold, J. S., & Gavazzi, S. M. (2002). Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 4, 254–262.
- Ilardi, S. S., Craighead, W. E. & Evans, D. D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 381–391.
- 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.
- Judd, L. J. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989–991.
- 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.
- 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.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Eds.). (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
- 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
- Norsk Psykologforening (2002). Mestring av depresjon. Veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, april 2002.

- Pallesen, S., Nielsen, G. H., & Nordhus, I. H. (2003). Psykologisk behandling av søvnløshet. I T. Berge, E. D. Axelsen, G. H. Nielsen, I. H. Nordhus & R. Ommundsen (Red.), *Samtaler som forandrer. Psykologisk teori i praksis* (ss. 211–227). Bergen: Fagbokforlaget.
- Paykel, E. S., & Kennedy, N. (2003). Depression in midlife. I I. M. Goodyer (Ed.), *Unipolar depression. A lifespan perspective* (ss. 123–146). Oxford: Oxford University Press.
- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hay-hurst, H., Kerr, J., & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25, 1171–1180.
- 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.
- Seagal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. London: Guilford Press.
- Stein, M. B., Fuetch, M., Mueller, N., Hoffer, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251–256.
- A group psychoeducative approach preventing relapse in depressive disorders:
An outpatient programme related to alcohol and drug abuse
- Patients with major depression may experience an average of four major depressive episodes during their lifetime. The number of past depressive episodes, together with comorbid anxiety disorders and drug dependence are reliable predictors of future depressive episodes. Depressed mood is also an important trigger of alcoholic relapse. This article presents a group psychoeducative programme lasting eight weeks. The programme is based on weekly group meetings where participants are taught about depression, its causes and symptoms, risk factors for relapse, cognitive strategies for responding to negative thoughts, behavioural strategies for mood regulation and the importance of social support. The purpose of the programme is to reinforce the relationship between commitment and practice, thereby preventing further depressive relapse. The programme has been popular. It has thus far been evaluated by 60 participants. Detailed information about the programme may be accessed at www.bymisjon.no/a-senteret