



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Kan lavterskeltilbud mot depresjon, som Kurs i Depresjonsmestring
og Mindfulness-Based Cognitive Therapy, redusere sykefravær?*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Elisabeth Arntzen

Sølvi Holmedal

Gunn Elise Sætre

Vår 2008

Veileder
Bjørn Wormnes

Forord

Denne oppgaven har blitt til som et resultat av samarbeid mellom tre studenter som periodevis har arbeidet fra ulike steder i landet. Fellestrekket var at alle ønsket å belyse samfunnsaktuelle tema rundt depresjon, lavterskeltilbud og mestring. Vi var nysgjerrige på nye muligheter for å gjøre veien kortere tilbake til jobb for mennesker med depresjon.

I arbeidet er forskjellige kilder benyttet, hvorav faglitteratur og internett har stått sentralt. I tillegg har vi sett på rapporter og andre oppgaver som omhandler tilgrensende problemstillinger.

Arbeidet med oppgaven startet i 2006. Det var tidlig i prosessen klart hvilke elementer vi ønsket å gå inn i, men problemstillingen har vært utfordrende å formulere. Vi har derfor arbeidet med arbeidshypoteser underveis, som tilslutt endte opp i dagens problemstilling tidlig i vår.

I prosessen har 1. amanuensis Bjørn Wormnes bistått som veileder. Vi vil takke for inspirerende diskusjoner og god veiledning.

Sammendrag

Denne oppgaven undersøker hvorvidt to lavterskeltilbud mot depresjon, Kurs i Depresjonsmestring (KiD) og Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), reduserer sykefravær. Depresjon kan utløses av redusert evne til å mestre belastninger. En viktig konsekvens av depresjon er sykefravær, noe som gir store negative konsekvenser både på individ- og samfunnsnivå. Gjennom deltakelse i KiD og MBCT erverves mestringsstrategier som kan fungere som støtputer mot negative konsekvenser av belastninger og utvikling av nye episoder av depresjon. Det argumenteres på bakgrunn av dette for at tilbudene bidrar til redusere sykefravær. Videre forskning er nødvendig for å undersøke hvorvidt elementer fra KiD og MBCT kan anvendes profylaktisk for andre deler av befolkningen enn målgruppene for lavterskeltilbudene.

Abstract

This paper examines whether two low stage offers for depression, Kurs i Depresjonsmestring (KiD) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), can reduce sick leave rates. Depression can be elicited by a reduced capacity to cope with stressors. An important consequence of depression is sick leave. This has major negative implications for both individuals and society. By participation in KiD and MBCT, coping strategies that can function as buffers against the negative consequences of stressors and the development of new episodes of depression, can be acquired. It is argued that KiD and MBCT therefore contribute to a reduced rate of sickness absence. Future research is needed to examine whether elements from KiD and MBCT can be used in a prophylactic manner for a larger proportion of the population.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Oppgavens oppbygning.....	1
Nødvendigheten av lavterskeltilbud.....	2
Individuelle konsekvenser av psykiske lidelser.....	2
Samfunnsmessige kostnader av psykiske lidelser.....	2
Arbeid.....	3
Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse.....	3
NPFs innstilling til strategiplanen.....	4
Depresjon.....	5
Generelle trekk ved depresjon.....	5
Tilleggssymptomer på depresjon.....	6
Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet.....	6
Redusert selvfølelse og selvtillit.....	8
Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse.....	9
Triste og pessimistiske tanker om fremtiden.....	10
Planer om, eller utføring av, selvskade eller selvmord.....	11
Søvnforstyrrelse.....	12
Appetittmangel.....	13
Prevalens og innsidens.....	13
Komorbiditet.....	14
Stress.....	15
Hva er stress?.....	15
Fasisk stress blir tonisk.....	16
Tonisk stress kan føre til depresjon.....	17
Uheldige måter å forholde seg til tonisk stress.....	18
Støtputer som hemmer tonisk stress.....	18
Sosial støtte.....	18
Mestring.....	19
Mestring i forhold til andre begreper.....	19
Faser i mestringsprosessen.....	19
Læring av mestring.....	20
To typer mestringsreaksjoner.....	20
Kurs i Depresjonsmestring (KiD).....	21
Bakgrunn.....	21
KiD i Norge.....	22
Kursets formål.....	22
Kursets bruksområde.....	22
Behandlingsmodell.....	23
Modell for utviklingen av depresjon.....	23
Utløsende faktorer.....	23
Negative konsekvenser av stressorer.....	24
Konsekvenser av økt selvoppmerksomhet.....	24
Et argument for multimodalitet.....	25
Mestring ved depresjon.....	25
Kognisjoner.....	26
Utviklingen av kognitive endringer ved depresjon.....	26
Kognitive endringer ved depresjon.....	26

Generalisering.....	27
Håpløshet.....	27
Personalisering.....	27
Negative kognisjoners påvirkning på emosjoner.....	27
Tolkninger som står i veien for mestring.....	28
Hvor kommer negative kognisjoner fra?.....	28
Skjema i depresjon.....	29
Hvordan endre et negativt kognitivt mønster.....	29
Kognisjoners betydning for symptomer på depresjon.....	30
Aktiviteter.....	30
Å øke mestringserfaringer.....	31
Kognisjoners betydning for endring av atferd.....	31
Aktiviteters betydning for symptomer på depresjon.....	32
Sosial kontakt.....	32
Hvorfor er sosial kontakt viktig?.....	33
Sosialt nettverk og sosial støtte.....	33
To hypoteser for hvordan sosial støtte påvirker psykisk stress.....	33
Direktehypotesen.....	33
Støtputehypotesen.....	34
Perspektiver på sosial støtte.....	34
Strukturelle egenskaper ved sosial støtte.....	35
Funksjonelle egenskaper ved sosial støtte.....	35
Generalisert støtte.....	35
Spesifikk støtte.....	36
Faktisk versus opplevd støtte.....	36
Positive og negative kvaliteter ved sosial støtte.....	36
Betydning av sosial kontakt for symptomer på depresjon.....	37
Effekter.....	37
Psykoedukasjon.....	37
Lewinsohns originalkurs.....	38
Depresjonsmestringskurs i ODIN studien.....	39
Kurs i Depresjonsmestring.....	40
Egenskaper ved utvalget.....	41
Helseøkonomisk vurdering av kurs i depresjonsmestring.....	41
Oppmerksomt nærvær.....	42
Bakgrunn.....	42
Begrepsavklaring.....	43
Årsaker til depresjon i følge dette perspektivet.....	47
Forebygging av depresjon ved MBCT.....	48
"Doing mode" og "being mode".....	48
Hva man kan oppnå ved å kultivere "being mode" av bevisstheten.....	48
MBCT og stress.....	49
Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) mot depresjon - 8 ukers kurs.....	50
Formålet med kurset.....	50
De viktigste emnene i MBCT.....	50
Hva man kan lære ved å praktisere øvelser fra MBCT.....	52
Behandlingsmodell.....	53
Kursets innhold - hvordan og hvorfor.....	54
Effekter.....	56
Studien til Segal et al. på MBCT.....	57

Andre effektstudier på MBCT og MBSR	58
Studier om effekten av MBCT og MBSR på hjernen	60
Oppmerksomt nærvær og trygg tilknytning	61
Diskusjon.....	62
Lavterskeltilbud mot depresjon.....	62
Gruppebasert	63
Kurs	64
8 uker.....	65
Kognitive tilnærminger til depresjon	66
Fortid, nåtid, fremtid.	67
Forhold til selvet.....	67
KiD og MBCT som støtputer mot belastninger	68
Sosial støtte som støtpute	68
Mestring som støtpute	69
Andre typer lavterskeltilbud.....	69
Reduserer KiD og MBCT sykefraværsraten?	70
Sosial støtte og mestring motvirker sykemelding	70
Hvorfor sykemeldingsfokus	71
Fører redusert depresjonsrate til redusert sykemeldingsrate?	72
Målgrupper	73
Konklusjon	74
Referanser.....	76

Innledning

"Slik førstelinjetjenesten i dag er organisert, er det rett og slett et stort hull når det gjelder tilbudet til mennesker med psykiske problemer, enten de strever i livskriser eller har bekymringer som er vanskelige å leve med" (Aanonsen 5. september, 2007). Den daværende presidenten i Norsk Psykologforening uttrykker behovet for lavterskeltilbud i en redegjørelse om allmennpsykologiske tjenester på Psykologforeningen sine nettsider. På bakgrunn av dette, vedtok Psykologforeningen på siste landsmøte dette som sitt eneste hovedsatsningsområde fra 2008-2010. Argumentene baserer seg både på at i) mennesker med psykiske lidelser som går lenge uten å få behandling, kan lettere utvikle kroniske tilstander (Norsk psykologforening, 2007), og ii) at mennesker med milde psykiske lidelser ikke bør oppholde viktige plasser i spesialisthelsetjenesten (Aanonsen, 19. september 2007). I tillegg til store lidelser på individnivå, vil dette føre til en vesentlig økonomisk belastning for samfunnet.

Psykiske lidelser medfører ofte en redusert evne til å arbeide. Arbeid ser i den vestlige verden ut til å være et symbol for friskhet og velfungering, og er viktig både for enkeltmennesket (Dalai Lama XIV & Cutler, 2003) og for samfunnet (Brustad & Hansen, 2007).

Av de psykiske lidelsene er depresjon den mest kostbare (Holte, 2005), og den leder i høyere grad enn andre psykiske lidelser til sykefravær og utføretrygding (Mykletun, 2001). Depresjon inngår imidlertid ofte i interaksjon med andre psykiske lidelser, spesielt angst (Rush et al., 2005, Mykletun, 2001). Komorbiditeten mellom angst og depresjon øker risiko for uføretrygd ytterligere (Mykletun, 2001).

Oppgavens oppbygning

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvorvidt, og eventuelt hvordan, to lavterskeltilbud mot depresjon kan påvirke sykefravær i negativ retning. Viktigheten av lavterskeltilbud mot psykiske lidelser vil først utdypes, og underbygges med en diskusjon rundt de individuelle og økonomiske kostnadene psykiske lidelser medfører i form av manglende arbeidsførhet. Vi redegjør for hvordan symptomene i depresjon kan redusere individers arbeidskapasitet, før en modell for hvordan depresjon kan bli utløst av tonisk stress blir forklart. Det vil her bli presentert en hypotese om at utviklingen av såkalte "støtputer" kan bidra til å styrke menneskers sårbarhet mot å utvikle tonisk stress og dermed bli mer motstandsdyktige mot depresjon.

Oppgavens to videre hoveddeler gjør rede for to lavterskeltilbud i gruppe, Kurs i Depresjonsmestring (Børve, Nævra og Dalgard, 2003) og Mindfulness- Based Cognitive Therapy (Segal, Williams & Teasdale, 2002), heretter kalt henholdsvis KiD og MBCT. Disse to lavterskeltilbudene har tre fellestrekk; de er gruppebaserte, de er kurstilbud og de varer i 8 uker. Vi diskuterer hvorvidt disse tre elementene er medvirkende til å skape tilbud som både reduserer menneskelig lidelse og er samfunnsøkonomisk effektive. Det drøftes om, og i tilfelle hvordan, disse tilbudene kan lære mennesker å håndtere stress på en måte som linder symptomene på og reduserer sannsynligheten for å utvikle depresjon. Det belyses videre hvilken effekt tilbudene gjennom dette vil kunne ha på evnen til å arbeide og dermed deres funksjon i å redusere sykefravær.

Nødvendigheten av lavterskeltilbud

Norsk Psykologforening (NPF) ser et stort behov for lavterskeltilbud til befolkningen. De understreker at prinsippet om hjelp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå, LEON – prinsippet (Norsk Psykologforening, 2007), også gjelder for psykisk helsehjelp. På bakgrunn av dette har NPF vedtatt å ha lavterskeltilbud som sitt eneste hovedsatsningsområde fra 2008 – 2010 (Norsk Psykologforening Rogaland lokalavdeling, 2007). Dette fremkommer i deres innspill til arbeidsgruppene som er nedsatt for å utarbeide konkrete forslag til varige ordninger som sikrer rekruttering, stabilitet og best mulig utnyttelse av psykologkompetanse i kommunale helsetjenester (Norsk Psykologforening, 2007).

Individuelle konsekvenser av psykiske lidelser

Blant mennesker i aldersgruppen 25 til 44 år er psykiske lidelser den vanligste diagnosegruppen og utgjør 15 prosent av alle diagnosene (Lunde, 2007). Mennesker med psykiske lidelser som går lenge uten å få behandling kan lettere utvikle kroniske tilstander (Norsk Psykologforening, 2007), noe som kan føre til svekket funksjonsevne på flere områder og ha betydning for livskvaliteten til den det gjelder.

Samfunnsmessige kostnader av psykiske lidelser

I tillegg til store lidelser på individnivå, representerer psykiske lidelser en vesentlig økonomisk belastning for samfunnet. Psykiske lidelser er et generelt problem i de fleste vestlige samfunn. I USA står kostnadene ved psykiske lidelser for hele 2,5 % av det totale bruttonasjonalprodukt og i Europa står psykiske lidelser for 25 % av all sykdomsbelastningen i EU (Holte, 2007).

Beregninger som er gjort ved Folkehelseinstituttet (Holte, 2006), tyder på at psykiske lidelser koster omtrent 100 milliarder kroner hvert år i Norge. Inkludert i denne summen er tapt arbeidsfortjeneste, trygdeutgifter og behandling (Holte, 2006). Tallene ser ut til å være økende. Prevalens av offentlig forsørging økte fra 6,4 % i 1994 til 7,7 % i 2000, en økning på 20,3 % (Tveråmo, Dalgard og Claussen, 2003).

For å illustrere hvor kostnadskrevene psykiske lidelser er, har Folkehelseinstituttet (Holte, 2006) sammenlignet disse med somatiske lidelser. Psykiske lidelser utgjør 50 % mer enn kostnadene ved all kreft og 50 % mer enn kostnadene ved alle hjertelidelser. I tillegg er kostnadene ved psykiske lidelser fire ganger så store som for alle lungesykdommer og nær fire ganger så store som alle veitrafikkulykker. Folkehelseinstituttet understreker videre at kostnadene som psykiske lidelser medfører er tre ganger så store som for alle skader og tre ganger kostnadene som alt alkoholbruk i EU medfører (Holte, 2007).

Arbeid

Vi ser at psykiske lidelser representerer en vesentlig økonomisk belastning for samfunnet. Dette manifesterer seg blant annet gjennom at mennesker med psykiske lidelser har redusert arbeidskapasitet. Ifølge Statistisk Sentralbyrå er psykiske lidelser årsak til hver 5. sykefraværsdag, hver 4. nye som blir uføretrygdet, hver 3. som er varig uføretrygdet og hver 2. uførepensjonist under 40 år (Statistisk Sentralbyrå, 2005, ref. i Holte, 2006). I tillegg viser NPF til tall fra NAV om at 60 % av uføretrygdede mellom 18 og 29 år har en psykisk lidelse (Norsk Psykologforening, 2007).

Ørstavik i Rådet for psykisk helse påpeker at jo lenger tid det går før en som er sykmeldt kommer tilbake til jobb, desto tyngre kan det være. Særlig mennesker med psykiske vansker vil kunne oppleve denne effekten allerede etter få uker. Dersom man tilrettelegger mer, vil langt flere kunne klare å være på jobb en del av tiden (Børtnes, 2006).

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse

Psykologiske intervensjoner for å få mennesker med psykiske lidelser raskest mulig tilbake i arbeid, er i dag et satsningsområde fra Regjeringen (Brustad & Hansen, 2007). Regjeringen har sett sammenhengen mellom at psykiske lidelser er den største årsaken til sykemeldinger og uføretrygder (Holte, 2007) og arbeidets verdi for individ og samfunn. Regjeringens Helse- og Omsorgsdepartement ved Sylvia Brustad og Arbeids- og Inkluderingsdepartementet ved Bjarne Håkon Hansen, har derfor utarbeidet en Nasjonal

Strategiplan for Arbeid og Psykisk Helse 2007 - 2012. I strategiplanens innledning uttaler Regjeringen at

Deltagelse i arbeidslivet er en sentral verdi i vårt samfunn. Arbeidsdeltakelse har betydning for den enkeltes identitet og stilling i samfunnet. Deltakelse sikrer inntekt og reduserer fattigdom og er avgjørende for verdiskapningen. Mestring og selvtillitt er i stor grad knyttet til arbeid. Mange som står utenfor eller i utkanten av arbeidslivet, ønsker derfor å være i arbeid. (Brustad & Hansen, 2007, s. 6).

Denne strategiplanen er et tillegg til den allerede eksisterende Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) som Regjeringen har forhandlet seg frem til med partene i arbeidslivet (Regjeringen, 2005). IA-avtalen ble reforhandlet i 2006, og det ble da et økende fokus på å få mennesker i randsonen av arbeidslivet tilbake. Det ene hovedmålet er å forebygge sykefravær, øke fokus på jobbnærver og hindre "utstøting" fra arbeidslivet, mens delmål to er å øke rekrutteringen til arbeidslivet av personer som ikke har et arbeidsforhold. I tillegg er det et tredje mål som handler om å beholde eldre arbeidstakere i arbeidslivet (Regjeringen, 2006).

I den nye strategiplanen er Regjeringens fokus hvordan deltagelse i arbeidslivet bidrar til mestring og selvtillit, sikrer inntekt og reduserer fattigdom. I tillegg viser de til internasjonal litteratur som tilsier at det å være i arbeid bidrar til å styrke de sosiale ferdighetene og reduserer innleggelsesfrekvensen (Brustad & Hansen, 2007).

NPFs innstilling til strategiplanen

NPF kritiserte Regjeringens strategiplan i en høringsuttalelse i juni 2007 (Norsk Psykologforening, 2007). Foreningen mener at selv om det er bra å fokusere på arbeid og psykisk helse, er strategiplanen for lite nyansert og differensierer lite mellom ulike psykiske lidelser. På denne måten står den i fare for å bekrefte og underbygge eksisterende fordommer om psykiske lidelser som fremmede og annerledes. I tillegg kritiserte Psykologforeningen Regjeringen for å fokusere for lite på de lettere psykiske lidelsene og for mye på de alvorligste, som bare rammer ca 10 % av befolkningen (Norsk Psykologforening, 2007). NPF mener at det offentlige bør ha ansvaret for nytenkning rundt hvilke tilbud som skal prioriteres for å få mennesker med lettere psykiske lidelser tilbake i arbeid. Det er viktig med tidlig inngripen for å hindre utviklingen av kroniske tilstander (Norsk Psykologforening, 2007).

Aanonsen i Psykologforeningen kritiserte i høst også helseminister Brustad. Brustad ville hjelpe ensomme ungdommer, ved å tilby ventelistegaranti i spesialisthelsetjenesten

(Aanonsen, 19. september, 2007). Dette mener Aanonsen er skivebom i forhold til hva disse ungdommene trenger. Det vil være viktig, både for Brustad og andre, å se at det å ha problemer på ett område, ikke medfører at man hører hjemme i "psykiatrien". I det videre vil derfor nyansene i diagnosen depresjon bli belyst.

Depresjon

Depresjon er den mest utbredte psykiske lidelsen blant voksne i Norge (Folkehelseinstituttet 22. februar 2008). Videre er depresjon den viktigste risikofaktoren for selvmord (Kringlen, 1997). Verdens Helseorganisasjon (WHO) har rangert depresjon som nummer fire av de sykdommer som i størst grad reduserer livskvalitet og funksjon (Dalgard & Bøen, 2008). Depresjon er mer enn en alvorlig psykiatrisk diagnose. Mindre enn en tredjedel av personer med en klinisk depresjon får behandling (Dalgard, 2004). Det betyr at mange har redusert livskvalitet og redusert arbeidsevne uten rett til adekvat behandling.

Depresjon er den psykiske lidelsen som hyppigst medfører sykemelding og uføretrygd (Mykletun, 2001, Folkehelseinstituttet, 22. februar 2008). Folkehelseinstituttet har beregnet at depresjon koster Norge omlag 44 milliarder kroner hvert år i tapte arbeidsinntekter og sykefravær (Folkehelseinstituttet 22. februar, 2008). Depresjon er dermed den mest kostbare av de psykiske lidelsene. Hovedandelen av disse kostnadene skyldes tapt arbeidstid. Trygdeutgifter og utgifter til behandling er mindre kostnadskrevende. Utgiftene til behandling utgjør kun omkring 1,5 milliarder (Dalgard & Bøen, 2008).

Omtrent en tredjedel av alt sykefravær og halvparten av alle uføretrygder skyldes depresjon (Holte, 2005). Tall fra SINTEF (Hem, 2002) viser at ett individ som er sykemeldt en dag, koster kr 1.500 – 3.000 per dag. Til sammenligning hevder Nystuen (2007) at halvparten av de deprimerte kan hjelpes for kr.15.000. Samfunnet vil sannsynligvis spare store summer på å gi mennesker med depresjon behandling. Dette fordi symptomene på depresjon da reduseres og veien tilbake til et tilfredsstillende arbeidsliv vil bli lettere for mange. Noe som igjen vil føre til økt verdiskapning gjennom økt arbeidskraft.

Generelle trekk ved depresjon

Depresjon vil bli drøftet ut fra symptomene i den 10-ende revisjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og belastende helseproblemer, heretter ICD-10 (WHO, 1992/2000). Depresjonsdiagnosen innebærer 3 hovedsymptomer; nedsatt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og nedsatt aktivitet (WHO, 1992/2000). I tillegg beskriver ICD-10 7 vanlige tilleggssymptomer som er

reduert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillitt, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om -, eller utføring av -, selvskade eller selvmord, søvnforstyrrelse og redusert appetitt (WHO, 1992/2000).

Depresjon avgrenses her til depressiv episode (F32) og tilbakevendende depressiv lidelse (F33). I ICD-10 spesifiseres diagnosen også etter alvorlighetsgrad. Mild depresjon (F32/3.0) innebærer minst to av de vanligste symptomene, og to av tilleggssymptomene. Ingen av symptomene må være sterke. Moderat depresjon (F32/3.1) kjennetegnes av minst to av de tre vanligste symptomene, og minst tre, helst fire, av tilleggssymptomene. Mennesker som lider av moderat depresjon har vanligvis problemer med å fortsette aktiviteter sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme (WHO, 1992/2000). Ved alvorlig depresjon (F32/3.2 og 3) viser den deprimerede betydelig bekymring eller agitasjon. Tappt selvfølelse, unyttighet og skyldfølelse er fremtredende, og det kan være fare for selvmord (WHO, 1992/2000).

Da lavterskeltilbud er fokus her, vil kursene som presenteres hovedsaklig rette seg mot mennesker med mild til moderat depresjon. I dag konsentrerer spesialisthelsetjenesten seg om de mest alvorlige psykiske lidelsene. Disse utgjør ca 10 % av alle psykiske lidelser (Norsk Psykologforening, 2007). Lavterskeltilbud vil kunne fange opp tilsynelatende velfungerende mennesker og forebygge at mild eller moderat depresjon ikke utvikler seg til en alvorlig depresjon.

Det påpekes i ICD-10 at alvorlighetsgrad ikke er noe godt kriterium for prestasjon (WHO 1992/2000). Dette skyldes at individuelle, sosiale og kulturelle påvirkninger kan forstyrre forholdet mellom symptomenes alvorlighetsgrad og sosial prestasjonsevne (WHO, 1992/2000). Noe som innebærer at også personer med milde depresjoner kan ha problemer med å fortsette i ordinært arbeide. På denne måten vil alle graderinger av depresjon kunne regnes som viktige i forbindelse med sykefravær. Dette blir tydelig når man undersøker de psykologiske mekanismene som ligger bak de 7 tilleggssymptomene som beskrives nedenfor.

Tilleggssymptomer på depresjon

Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet

Et av symptomene på depresjon er at de kognitive funksjonene konsentrasjon og oppmerksomhet svekkes (WHO, 1992/2000). I tillegg hemmes gjerne hukommelsen av oppmerksomhetsvekkelsen (Berge og Repål, 2002). Dette utgjør ifølge Statistisk Sentralbyrå

trolig den største risikoen for negativt stress og sykefravær. I tillegg medfører mangelen på overskudd ofte økt sårbarhet mot stress (Lunde, 2007).

Det viser seg at depresjon i større grad påvirker anstrengende informasjonsprosessering enn automatisk (Hartlage, Alloy, Vazquez & Dykman, 1993). Dette viser seg å være et kontinuum, hvor prestasjonen blir svakere når oppgaven er mer anstrengende og når oppgaven krever mer oppmerksomhet (Hartlage et al., 1993). Alvorlighetsgraden i depresjonen er positivt korrelert med grad av interferens ved anstrengende oppgaver. Slik vil selv mild depresjon påvirke mental kapasitet på vanskelige oppgaver, men bare alvorlig depresjon ser ut til å ha noen effekt på automatisk prosessering (Hartlage et al., 1993).

Mennesker med mild til moderat depresjon ser ut til å ha evnen til å delta i anstrengende prosesser, men bruker mye av sin kapasitet på å fokusere på depresjonsrelaterte tema (Hartlage et al., 1993). De gjør det dårligere enn kontrollpersoner på nøytralt ladde oppgaver som ordkopiering, anagram og ordlistehukommelse, men gjør det bedre når stimulusmaterialet er negativt (Hartlage et al., 1993).

Det er foreslått ulike forklaringsmodeller for at depresjon henger sammen med nedsatt anstrengelseskrevende prosessering. En av dem er Seligman (1975) sin hypotese om motivasjonelle forskjeller. En annen forklaring er Johnson og Magaro, (1987 ref. i Hartlage et al., 1993) sin teori om konservative responssystemer, hvor de mener at mennesker med depresjon husker like godt som andre, men er mindre villige til å rapportere hva de husker. Hasher og Magaro (1987, ref. i Hartlage et al., 1993) mener det skyldes redusert kognitiv kapasitet, mens Ellis og Ashbrook (1988, ref. i Hartlage et al., 1993) mener at oppmerksomheten blir begrenset grunnet fokus på oppgaveirrelevante tanker eller spesifikke depresjonsrelaterte tanker.

Hartlage et al. (1993) mener på grunnlag av tidligere forskning på feltet at deprimerte mennesker har like god automatisert informasjonsprosessering som andre. I dette ligger funksjoner som frekvensbedømming, spatiale plasseringsevner og prosessering av selvrelevant informasjon. Hartlage et al. (1993) sin gjennomgang av aktuell litteratur, viste også at når mennesker blir mer alvorlig deprimert, engasjerer de seg i færre aktiviteter som krever oppmerksomhet.

Når det gjelder evnen til å arbeide, impliserer dette at mennesker med depresjon som har en type arbeid som krever anstrengende kognitiv prosessering, i større grad vil ha vansker med å fortsette i arbeid enn mennesker som har en type arbeid som krever automatiserte responser.

Bower (1981) har utført studier som viser at måten man tenker på henger sammen med det humøret man er i. Dersom man er i dårlig humør, blir minner om ens dårlige prestasjoner aktivert på samme måte som dersom man er glad og aktiverer minner av god prestasjon. I tillegg til de negative minnene som blir aktivert ved depresjon, genererer den depressive sinnstemningen et globalt syn på en selv som utilstrekkelig og verdiløs (Teasdale, 1988, ref. i Bandura, 1997). Dette mener Bandura (1997) forlenger og forverrer depresjonen fordi individet føler det har stadig mindre kontroll over hendelsene i livet sitt. Den kognitive negative tilgjengeligheten fører på denne måten til at bedømmelse av selveffektivitet blir feil (Bandura, 1997).

Redusert selvfølelse og selvtillit

Mange mennesker som er deprimert, sliter med redusert egenverdi (WHO, 1992/2000). Selv om noen former for depresjon ser ut til å ha en genetisk komponent (Berge & Repål, 2002) tilegner man seg hovedsakelig tanker om seg selv gjennom sitt oppvekstmiljø (Wormnes & Manger, 2005). Tradisjonelle psykoanalytiske teoretikere som Winnicott og Bowlby beskriver hvordan en trygg tilknytning vil gi grunnleggende tro på egen verdi.

Dalai Lama XIV engasjerer seg i hvordan arbeid gir mennesker lykke. Han definerer arbeid som produktiv aktivitet; Vi gjør noe for å påvirke eller forme verden rundt oss. Aktiviteten må være målrettet og til nytte, og ikke være skadelig for menneskene i et gitt samfunn (Dalai Lama XIV & Cutler, 2003). Freuds formulering "Lieben und Arbeiten" som beskrivelse av mental sunnhet, viser at disse tankene også er sentrale i psykologiens historie. Spørsmålet er hvorvidt mennesket har et medfødt potensial til å oppleve en dyp tilfredshet med arbeidet, og i så fall, hvilken rolle tilfredshet med arbeidet spiller for vår allmenne lykke i livet. Dalai Lama XIV ser sammenhengen mellom menneskers trivsel i det arbeidet de gjør, og generell trivsel og lykke. Menneskets tro på seg selv styrkes gjennom at det har det bra og det ser generelt ut til å ha en meget stor evne til å oppleve tilfredshet gjennom jobben.

Dalai Lama XIV mener at man blir født med en iboende glede over det arbeidet man gjør (Dalai Lama XIV & Cutler, 2003). Det regnes at om lag 20 % av menneskers generelle tilfredshet har sammenheng med tilfredshet på jobben. Han mener at når man er tilfreds med jobben, har dette en tendens til å gjøre en mer generelt tilfreds, og de som er generelt tilfreds trives bedre på jobben (Dalai Lama XIV & Cutler, 2003). Thuen vektlegger også en slik smitteeffekt, og mener at man tar med seg belastninger fra jobb til hjemmet (Thuen, 2000).

Psykologien var også tidlig ute med å påpeke arbeidets innvirkning på selvbilde og selvfølelse. Et eksempel på dette er Sigmund Freud som, ifølge Holm (2006), skrev til sin

forlovede at selve formålet med den psykoanalytiske behandling var «Lieben und Arbeiten». Med dette mente han at psykoanalysen ga anledning til å bli kjent med seg selv, ta seg selv i bruk, i kjærlighet og i arbeid, i en behandling der symptomene og plagene ble erstattet med livets vanlige sorger og bekymringer. Ved at behandlingen ble rettet mot personen, skulle pasienten bli kjent med seg selv (Holm, 2006).

Statistisk Sentralbyrå (2001) har foretatt en analyse som indikerer at de viktigste driverne for tilfredshet på arbeidet er knyttet til grad av meningsfullhet. For at medarbeidere skal trives må enten jobben i seg selv eller kjernen i virksomheten være meningsfull for den enkelte. Det beste er dersom begge deler virker meningsfulle for da vil man oppleve muligheten for personlig og faglig egenutvikling. Dette vil igjen gi arbeidsglede som trolig vil gi økt grad av tilfredshet med en selv. Slike medarbeidere gleder seg til å gå på jobben hver dag, samtidig som jobben får en viktig betydning i forhold til å gjøre livet meningsfullt. Lønn spiller i slike sammenhenger mindre rolle, om man da ser bort fra de personene hvor det å tjene mye penger i seg selv er meningsfullt.

Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse

Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse er symptomer på depresjon som handler om den deprimertes forhold til andre mennesker. Mead (1934, ref. i Wormnes & Manger, 2005) mente at man endrer selvoppfatning gjennom samvær med andre mennesker. Mange deprimerte føler seg veldig ensomme og alene. Dette gjelder selv om de er omgitt av mennesker som bryr seg om dem, fordi deres opplevelse er at ingen virkelig er der. Dessuten øker risikoen for å utvikle depresjon dersom man ikke har noen å betro seg til når man møter vanskeligheter (Berge & Repål, 2002). Hvorfor dette er vanskelig kan blant annet forklares gjennom sosial sammenligningsteori (Festinger, 1954).

Festinger hevder at mennesker bedømmer egne evner ut fra en sammenligningsprosess med andre mennesker (Festinger, 1954). Man foretrekker da å sammenligne seg med dem man regner som like på en selv. Selvevalueringene blir da bedre når dem man sammenligner seg med har dårligere egenskaper enn en selv. Deprimerte mennesker ser ut til å ha en tendens til å velge sammenligningsobjekt som er mye bedre enn seg selv. Dermed har de i slike sammenhenger lett for å komme dårligst ut.

Prestasjoner i arbeidslivet viser seg å ha betydning for menneskers opplevelse av seg selv i sosial forstand. Samtidig har resultatene av å prestere betydning for mennesker totalt sett. En ubalanse mellom ens prestasjoner og oppfattelsen av seg selv, kan ha store helsemessige konsekvenser (Siegrist, 1996). White introduserte i 1959 behovet for

kompetanse som et sentralt menneskelig motiv. Han hevder at man bygger selvfølelsen på viten om at man kan noe (White, 1959).

Urimelig skyldfølelse er også vanlig ved depresjon. Den deprimerte tar ansvaret for det som går galt, noe Beck (1976) kaller *personalisering*. Personalisering kan også henge sammen med uhensiktsmessige attribusjonsmønstre. Mennesker med depresjon har en tendens til å forklare negative hendelser med stabile karaktertrekk ved seg selv. Like systematisk attribueres positive hendelser til flaks og tilfeldigheter.

Triste og pessimistiske tanker om fremtiden

Negative forventninger om fremtiden i form av håpløshet og hjelpeløshet er sentrale elementer i depresjonsfølelsen. Seligman var det første som formulerte og undersøkte begrepet "lært hjelpeløshet". Han fant at når hunder gjentatte ganger forsøkte å mestre noe, uten å få belønning, la de seg ned og ga opp (håpløshet) (Seligman, 1975). Når hundene prøvde å respondere, uten å kunne predikere hva slags resultat det ville gi, kalte Seligman det lært hjelpeløshet, og selve teorien kalles "the Learned Helplessness Theory" (Seligman, 1975). Lært hjelpeløshet bærer i seg elementer fra både attribusjonsteori, motivasjonsteori, kognitiv teori og læringsteori, og er således svært sentral i de psykologiske forklaringene av triste og pessimistiske tanker om fremtiden.

Seligman (1990) mener at alle organismer som blir utsatt for hendelser som de ikke kontrollerer, lett generaliserer denne kontrollmangelen til andre situasjoner. Teorien problematiserer hva som skjer når andre tar over og gjør oppgavene til et individ, når individet tvinges til å gjøre oppgaver det ikke kan og når individet mangler oversikt og kontroll over situasjonen. Lært hjelpeløshet er en alvorlig hindring for medvirkning i eget liv. Det blir ut fra en slik teori lite hensiktsmessig å sykemelde deprimerte.

Manglende motivasjon er også en vanlig opplevelse ved depresjon (Kringlen, 2005). Motivasjon er positive tanker om fremtiden og står i kontrast til depresjonsfølelsens pessimistiske negative tanker om fremtiden. Atferd igangsettes vanligvis ved at man mangler noe, et behov som gir energi til å gjøre noe med det. I tillegg gjør andres tilstedeværelse at man blir aktivert (sosial fremming), særlig hvis man er usikker eller oppgaven er vanskelig. Denne motivasjonen er viktig for trivselen når man har startet et prosjekt. Motivasjon brukes i hverdagspråket om entusiasme, ønske om å prestere (Haukedal, 2001). I psykologien defineres begrepet som psykologiske prosesser som igangsetter, regulerer og opprettholder atferd (Haukedal, 2001). Motivasjon kan også handle om ønske om mestring, ikke bare ytre faktorer som tørst eller sult. Haukedal (2001) hevder at motivasjon kan være det aller mest

sentrale begrepet i atferdsvitenskapen. Dette fordi det omhandler årsakene til at mennesker til enhver tid gjør det de faktisk gjør. Prosessteoriene innenfor motivasjonsfeltet beskriver hvorfor mennesker velger å arbeide.

Dalai Lama XIV mener at alle mennesker ønsker å føle mening i tilværelsen gjennom å bli utfordret og mestre gjennom å arbeide (Dalai Lama XIV & Cutler, 2004). Dette stemmer godt overens med utstøtingsmodellen for fravær fra arbeidet (Mykletun, 2001). Den sier at mennesker blir sykemeldt / uføretrygdet av årsaker som står utenfor seg selv. De ønsker å arbeide, men det lar seg ikke gjøre. Motsatsen heter attraksjonsmodellen, og ble formulert innenfor det økonomiske fagfelt (Mykletun, 2001). Denne hevder at man til en hver tid kalkulerer hva man taper minst penger på og dersom man ikke taper på det, ønsker man å være trygdet (Mykletun, 2001). En viktig egenskap med arbeid, er at det forankrer mennesker til virkeligheten og andre mennesker. Det bidrar til konkret problemløsning fremfor kverning på uløselige tenkte fremtidsproblemer.

Planer om, eller utføring av, selvskade eller selvmord

Selvskading og selvmord er antakeligvis det tydeligste svaret på hvorfor effektive lavterskeltilbud mot depresjon er viktig. Depresjon er den viktigste risikofaktoren for selvmord (Kringlen, 1997). Selvmordet blir dermed den mest dramatiske konsekvensen av depresjon og selvmordet er et stort helseproblem (Hem, 2001). Det viser seg at morbiditetskostnadene er de største økonomiske konsekvensene av depresjon og at dette representerer hele 60 % av de totale kostnadene (Greenberg, 1996, ref. i. Sanne, Dahl & Tell, 2001). Slike tall baserer seg på tapt antall arbeidsår, noe som kan i følge Sanne et al. (2001), kan være problematisk.

I Norge ble det i 1997 utført 533 selvmord. I tillegg viser det seg at bak et hvert utført selvmord er det om lag 10 andre som har forsøkt (Kringlen, 1997). Bak selvmordsstatistikken regner man også med betydelige mørketall, da noen selvmord inngår i andre ulykkesstatistikker.

Det viser seg at selvmord forekommer hyppigere hos mennesker som ikke har jobb. Holte (2007) viser til tall fra Storbritannia om at 2/3 av menn under 35 år med psykiske lidelser som begår selvmord, er arbeidsløse. Man kan derfor tenke seg at arbeid har en viktig funksjon i å hindre at psykisk syke blir enda sykere. Dette bygger også på en holdning om at tidlig inngripen for å holde folk i arbeid og opprettholde sosiale kontakter, er det viktigste tiltak for å redusere konsekvensene av å utvikle alvorlig psykisk lidelse.

Søvnforstyrrelse

Søvn er noe av det som raskest blir påvirket når mennesker ikke har det bra (Sivertsen, 2008). Søvnproblemer er derfor et meget hyppig symptom ved depresjon. 90 % av mennesker med depresjon har søvnproblemer (Riemann et al., 2001, ref. i Pallesen, 2008) og Berge og Repål (2002) viser til at søvnproblemer kan henge sammen med utbrenthet. I tillegg viser flere studier at insomni er en risikofaktor for utvikling av depresjon (Pallesen, 2008). Det ser med andre ord ut til å være en resiprok interaksjon mellom søvnvansker og depresjon. Sammenhengen mellom søvn og depresjon er også biologisk, da nesten alle antidepressive medikamenter påvirker forholdet mellom søvn og våkenhet (Sivertsen, 2008).

Konsekvensene av depresjon på søvn, kan måles ved polysomnografier. Man har funnet at deprimerte har en forkortet REM-latens (bare 40-50 minutter før REM inntreffer, mot ca 90 minutter normalt), mindre "slow wave sleep", mer REM-søvn og hyppigere oppvåkninger enn mennesker uten depresjon (Pallesen, 2008).

Sivertsen (2008) viser til forskning som viser at kognitiv atferdsterapi hjelper 70 – 80 % av mennesker med insomni. Det viser seg at kognitiv atferdsterapi mot søvnproblemer også reduserer depresjon generelt (Sivertsen, 2008). Dette gjelder hovedsakelig symptomene ved mild og moderat depresjon. Inkludert i et slikt strukturert og manualisert opplegg er blant annet en "bekymringshalvtime" på dagtid, hvor man kan bekymre seg så mye man ønsker. Dette kan ses i sammenheng med de negative tankene om fremtiden i depresjonen, som dermed får begrensende rammer. Dersom bekymringer dukker opp ved leggetid, skal man tenke at "ja, jeg har problemer, men de får jeg løse på dagtid".

Det forskes på hvordan søvnproblemer kan føre til nedstemthet. Arbeid har i vår kultur en viktig funksjon i moderering av døgnrytme. Det viser seg eksempelvis å være en ganske klar sammenheng mellom skiftarbeid og søvnproblemer (Waage, Pallesen & Bjorvatn, 2007) og Pallesen (2008) viser til forskning av Pati, Cahndrawanshi og Reinberg (2001), som fant en sammenheng mellom skiftarbeid, angst og depresjon. Likevel konkluderer Waage, Pallesen og Bjorvatn (2007) med at man har funnet lite evidens for at skiftarbeid kan knyttes til psykiske lidelser. Det man likevel vet er, ifølge Sivertsen, at mennesker som har problemer med søvnen oftere oppsøker lege enn andre (Sivertsen, personlig kommunikasjon, 21. februar 2008). Det viser seg da at legen ikke alltid oppfatter at søvn er et problem.

Sivertsen (2008) viser til forskning som at mennesker med søvnproblemer ser ut til å ha forhøyet risiko for både kort- og langtidssykefravær, i tillegg til økt risiko for uføretrygding. Forskere på søvn og insomni mener på denne bakgrunn at behandling av søvn bør være et lavterskeltilbud i det norske helsevesenet. De mener at det kan være relativt enkle grep som

kan gjøre hverdagen til mennesker bedre på kort tid. I tillegg mener de at behandling kan være kostnadseffektiv på samfunnsnivå.

Appetittmangel

Mange mennesker som er deprimerte opplever manglende appetitt i de depressive episodene (WHO, 1992/2000). Dette kan forsterke følelsen av manglende energi. Mat og depresjon viser seg også å være nært knyttet gjennom at spiseforstyrrelser ofte er komorbide med depressive tilstander.

Det viser seg likevel at det ikke bare er mangel på appetitt som er problemet i depresjon, da 12.4 % av de deprimerte i Rush et al., (2005) sin studie også hadde bulimi.

Overvekt er også korrelert med depresjon, men det finnes ingen god måte man kan bestemme retningen på dette kausale forholdet. Simon et al. (2006) fant den positive korrelasjon mellom overvekt og depresjon i USA blant kvinner, men ikke blant menn. Sammenhengen mellom overvekt og depresjon var sterkere hos yngre enn hos eldre forsøkspersoner. Forskerne har beregnet at kun omkring 1/4 av overvektstilfellene i normalbefolkningen kan attribueres til assosiasjon med stemningslidelsene.

Faktorer som kan bidra til at depresjon gir overvekt kan være økt appetitt, nedsatt aktivitet og overspising, særlig for kvinner (Simon et al. 2006). Dersom man snur den kausale retningen, slik at overvekt ligger til grunn for depresjon, kan dette blant annet skyldes stigma som særlig er knyttet til overvektige kvinner (Simon et al., 2006). Overvekten, eller sykdommer som overvekten fører til, kan i tillegg lede til nedsatt aktivitet, noe som hindrer den overvektige i å delta i belønnende og gledesfulle aktiviteter, som igjen kan lede til depresjon (Simon et al., 2006).

Den tredje hypotesen mellom depresjon og overvekt er at en tredjefaktor har ført til både depresjonen og overvekten. Dette kan være faktorer i miljøet, som seksuelle overgrep eller biologiske variabler (Simon et al., 2006).

Prevalens og innsidens

Bandura (1997) hevder at depresjon er som en "vanlig forkjølelse som rammer psykososial fungering" (s. 343, vår oversettelse). I Norge viser resultat fra Osloundersøkelsen (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001) at omkring 17,8 % av alle nordmenn rammes av alvorlig depresjon i løpet av livet, mens punktprevalensen er 10 %. I tillegg erfarer 7,3 % langvarig nedstemthet i løpet av livet og 3,8 % i året. Denne undersøkelsen bestod i intervju av 2066 tilfeldig utvalgte Osloborgere med en gjennomsnittsalder på 39,3 år (Kringlen,

Torgersen & Cramer, 2001). Dette ser i utgangspunktet ut til å være valide tall for målgruppen i denne oppgaven, men det bør nevnes at innsidens og prevalens av depresjon er noe høyere i Oslo enn i resten av Norge (Berge & Repål, 2002.)

Det ser ut til at depresjonsraten totalt sett har vært stabil de senere årene (Kessler et al., 2005). Man ser likevel en forskyvning med henhold til alder og kjønn. Innsidensen av depresjon har økt blant menn fra 16 til 39 år, og sunket blant jenter (Sandanger, Nygård, Sørensen & Dalgard, 2007). Sandanger et al. (2007) viste at i 1990 var 1,5 prosent av mennene og 9,2 prosent av kvinnene deprimert, mens i 2001 var tallene henholdsvis 6,1 og 7,1. Dette forklares med at unge menn de senere år har blitt utsatt for stadig økende krav. I tillegg til økende krav, viser forskerne til færre mannlige rollemodeller i mennenes oppvekstmiljø. I denne perioden fantes det stadig færre mannlige lærere i skolen, kombinert med at skilsmisseratene økte. Dette innebærer at mange unge gutter vokste opp med lite kontakt med far (Sandanger et al., 1990). De samme forskerne fant at gutter ser ut til å være mer sårbare enn jenter mot å bo uten far. Perioden da disse mennene vokste opp, bar preg av mye alkohol, og eksponering for alkoholiserede foreldre gir økt sårbarhet mot depresjon som voksen (Sandanger et al., 2007). En forklaring kan også være at tallene er "normalisert". Ved at samfunnet har blitt mer likestilt, har også menn måtte påta seg en del av ansvaret som kvinner tidligere bar alene (Sandanger et al., 2007).

Komorbiditet

Depresjoner viser seg ofte å være komorbide med andre psykiske lidelser (Rush et al., 2005). Av 1376 deprimerte pasienter utenfor institusjon, viser tall fra USA at 25.6 % hadde én komorbid tilstand, mens 16.1 % hadde to og 20.2 % hadde tre eller flere (Rush et al., 2005). Av disse var det 29.3 % som hadde sosial fobi, 20.8 % generalisert angstlidelse, 18.8 % posttraumatisk stresslidelse, 12.4 % bulimi, 11.9 % alkoholmisbruk / avhengighet, 13.4 % tvang, 11.1 % panikklidelse, 9.4 % agorafobi, 7.3 % narkotikamisbruk / avhengighet, 3.7 % hypokondri og 2.2 % somatoforme lidelser (Rush et al., 2005). Tallene indikerer viktigheten av å trekke inn psykiske lidelser generelt når man omtaler depresjon spesielt. Generelt rammer psykiske lidelser annenhver nordmann i løpet av livet, og en av tre i løpet av et år. Undersøkelser viser at en av seks har en psykisk lidelse til en hver tid (Holte, 2007).

Depresjoner og andre psykiske lidelser ser ut til å være vanligere enn folk tror. En av årsakene til dette kan være at mange lider av depresjon uten å søke behandling (Kringlen, 1997). Dette kan eksempelvis skyldes at de ikke forstår selv at de har en depresjon, eller at de frykter stigmatisering (Lewinsohn, Hoberman og Clarke, 1989). Mange venter

lenge med å oppsøke hjelp fordi menneskers humør varierer langs et kontinuum uten fastsatte grenser. Ingen er immune mot perioder med nedsatt effektivitet, engasjement og pågangsmot (Bandura, 1997). For noen vil slike perioder oppleves som uoverkommelige. Når opplevelsen vedvarer, kan den utvikle seg til en depresjon (Lazarus & Folkman, 1984).

Stress

”En av kostnadene ved samfunnsutviklingen i vår kultur er ulike former for belastning og stress” (Haukedal, 2001, s. 334). Det har i de senere år vært økende fokus på arbeidsrelatert stress og hvordan man kan forhindre negative konsekvenser av belastning. I 1984 hevdet Ursin at ”det er ingen som kan beregne hvor meget stress egentlig koster i kroner og ører, eller i menneskelig lidelser og tap av livskvalitet” (s. 38). De senere år har man sett en tendens i retning av at kostnadsberegninger på dette området blir viktigere.

Hva er stress?

Stressbegrepet ble opprinnelig introdusert til medisinen av Selye i 1935, da han presenterte en teori om hvordan belastninger førte til at binyrebarken sluttet å fungere (ref. i Ursin, 1984). Dette viste seg siden å være feil, men Selye hevdet også at stress er en forsvarsmekanisme som mennesket ikke overlever uten. Dette er bekreftet i senere forskning og i dag mener man at alarmresponsen som utløses i møte med nye oppgaver og utfordringer, er nødvendig for å øke våkenhet og yteevne (Eriksen & Ursin, 2002). Det er en viktig homeostatisk mekanisme som gjennom å øke prestasjon, øker overlevelsesmulighetene (Eriksen og Ursin, 2002).

Stressbegrepet brukes på mange forskjellige måter og har forskjellig mening avhengig av tid, sted og situasjon (Ursin, 1984). Psykologien skiller gjerne mellom begrepene ”positivt stress” og ”negativt stress”. Ursin (1984) påpeker at dette hovedsakelig er et skille mellom hvordan man takler stresset. Positivt stress øker motivasjon og oppmerksomhet ved å øke våkenhet via aktivering av den sympatiske delen av nervesystemet. Dette kalles fasisk stress og er ikke skadelig (Ursin, 1984).

Dersom den økte aktiveringen i nervesystemet vedvarer over tid, kalles det tonisk stress. Det er denne reaksjonen på stress som vil kunne lede til depresjon (Lazarus, 2006). Haukedal (2001) fokuserer på denne negative siden ved stress i sin drøfting av hvordan stress påvirker arbeidslivet. Belastninger eller ”stressorer” som farer, konflikter eller mangel på tid kan medføre menneskelig ubehag, angst og utilstrekkelighetsfølelser. Haukedal viser videre til McGrath (1970) sin definisjon av hva stress er; ”En uttalt ubalanse mellom krav og

responskapasitet under forhold der det å mislykkes i å møte kravene har viktige opplevde konsekvenser” (Haukedal, 2001, s. 335). Et viktig poeng i negativt stress er at konsekvensene er viktige for individet.

Cognitive Activation Theory of Stress (CATS) (Ursin & Eriksen, 2004) beskriver stress som alarmreaksjonen som oppstår når det er diskrepans mellom forventninger og reell situasjon. Felles for tonisk og fasisk stress er at det oppstår en alarmreaksjon på bakgrunn av et gap mellom det som forventes (setverdi) og det som faktisk skjer (aktuell verdi) (Ursin & Eriksen, 2004). Sagt på en annen måte er stress dynamikken mellom kravene i omgivelsene og menneskenes persiperte mulighet for å mestre disse (Haukedal, 2001). Alarmreaksjonen er trolig opprinnelig utviklet slik at mennesker skal kunne øke yteevne når diskrepansen oppstår (Ursin & Eriksen, 2004). Stress er en adaptiv respons som øker overlevelsesmuligheten, øker ytelse og er en nødvendig likevektsmekanisme.

Problemet starter når kravene til mestring utfordres utover individets kapasitet. Det skjer når målet er langt borte fra mulighetene den virkelige situasjonen gir, og det ikke finnes noe måte å utvikle og opprettholde positive forventninger til at man skal kunne nå målet. Stresset opprettholdes til man endrer målet, forventningene eller nåværende situasjon for å få hvile og restitusjon (Ursin & Eriksen, 2004).

I følge Statistisk Sentralbyrå er de vanligste årsaken til legebesøk ved situasjonsbetinget psykisk ubalanse samlivsbrudd eller mistriivsel på jobben (Lunde, 2007). Thuen (2000) mener at disse variablene påvirker hverandre, men at mistriivsel på jobben i større grad gir mistriivsel hjemme, enn omvendt. Dette er et godt argument for å innvilge sykemelding dersom depresjonen er utløst av at man ikke trives på jobben.

Thuen (2000) beskriver tidsklemma som en følelse av å ikke strekke til. Et eksempel kan være at man ikke føler at man mestrer de forventningene og kravene som stilles, verken i hjemmet eller på jobben. Dette er en følelse mange deprimerte kjenner. Selvsagt er det mulig å føle at man ikke strekker til uten å være deprimert. Depresjonen kommer når følelsen av å ikke strekke til blir overveldende. Thuen beskriver hvordan interessekonflikter kan føre til dårligere psykisk og fysisk helse og at dette igjen kan påvirke bedrifter (Thuen, 2000).

Fasisk stress blir tonisk

Mennesket blir aktivert når det møter en oppgave. Dersom det er en oppgave man har en forventning om å mestre, oppstår fasisk stress. Problemene oppstår idet man frykter at man ikke skal lykkes med oppgaven (Ursin, 1984). Da bruker hjernen mye energi på bekymringsprosessen.

Aktiveringen som settes i gang i møte med belastninger opprettholdes ved at det er et misforhold mellom setverdiene og aktuell verdi i selvregulerte systemer (Ursin, 1984). Det vil si at når ikke målene samsvarer med opplevd virkelighet, varer aktiveringen ved og stresset blir tonisk. Dersom man frykter at man ikke skal lykkes med oppgaven, bruker hjernen mye tid på bekymringsprosessen (Ursin, 1984). Dette kan gå ut over prestasjon.

Bandura (1997) mener at jo mindre tro mennesket har på egen evne til å mestre kravene i verden, dess sterkere vil angstfølelsen være. Dette perspektivet utdypes videre av Lazarus (2006) som mener at dersom gapet mellom ressurser og krav oppfattes som for stort, snakker man snarere om traume enn om stress. Traumer karakteriseres av en hjelpeløshetsfølelse (Seligman, 1975), noe som igjen kan resultere i panikk, håpløshet og depresjon (Lazarus, 2006).

Ursin (1984) hevder at dette er et spesielt stort problem i vår tid, da andre mennesker som nådde de målene en selv aldri når, kommer nært innpå hver enkelt gjennom media. Livssituasjonene til de forbildene som presenteres, og en selv, er så forskjellige at det ikke finnes måter for individet å utvikle positive forventninger til å nå samme mål (Eriksen & Ursin, 2002).

Tonisk stress kan føre til depresjon

Når fasisk stress vedvarer, blir stresset tonisk, noe som kan ha negative konsekvenser for helsen. Håpløshet (Beck, 1970) og hjelpeløshet (Seligman, 1975) er følelser som øker sannsynligheten for at tonisk stress utvikles til depresjon. Hjelpeløshet er tanken om at uansett hva man gjør, har det ingen effekt, mens håpløshet innebærer tanken om at alt man gjør ender galt (Ursin, 1984). Slike tanker er ifølge Ursin (1984) både forbundet med psykiske og psykosomatiske lidelser og står i motsetning til mestring som positiv responsforventning.

I tillegg til depresjon, kan stress medføre somatisk sykdom. Ursin (1984) studerte hvordan negativt stress fører til magesår og fant den gang at stress leder til magesår og at magesår og depresjon er gjensidig utelukkende (Ursin, 1984). Han undret på hvorvidt magesår er en alternativ måte å reagere på belastningene på. Senere på 1980-tallet slo den biomedisinske tradisjonen en strek over denne biopsykologiske forståelsen ved å hevde at magesår utløses av en bakterie, *Helicobacter pylori*. Dette til tross for at cirka 80 % av infiserte aldri får magesår (McEwans, 2000). I dag står en modell om psykobiologisk sensitivisering, som kan knyttes til grad av kontinuerlig stress, sterkest (Milde, 2004). Denne illustrerer hvor tett kropp og hjerne henger sammen, ved at stressets aktivering av

hypothalamus–hypofyse–binyrebark-systemet og sympatikus–binyremarg-systemet, leder til økt sårbarhet for somatiske sykdommer som magesår (Milde, 2004).

Uheldige måter å forholde seg til tonisk stress

Det finnes en rekke uheldige måter å forholde seg til tonisk stress på.

Forsvarsmekanismer er ifølge Ursin (1984) viktige. Han viser til forskning av Neumann på Kraghs DMT-test, som viser at mennesker med høye forsvarsmekanismer har øket risiko for psykosomatiske plager (Ursin, 1984) i tillegg til at disse menneskene viste dårligere prestasjonsevne.

En annen uhensiktsmessig måte å dempe aktiverende stress på, er ved ulike typer avhengighetsatferd. Alkohol- eller narkotikamisbruk er to slike. Medikamenter brukes da i menneskers egen behandling av konsekvensene av det toniske stresset. Dette mener Ursin er en ”redselsfull dårlig behandling av depresjon” (Ursin, 1984, s. 112).

Støtputer som hemmer tonisk stress

Det finnes også heldige måter å forholde seg til tonisk stress på. Negativt stress kan være vanskelig å behandle fordi det er komplekse årsaker mellom belastningene (stressorene) og reaksjonene (stresset). Hvorvidt belastende stimuli fører til helseskadelige stressreaksjoner hos individet, avhenger av tidligere erfaringer med stimuli og responsutfall (Eriksen & Ursin, 2002).

Haukedal (2001) beskriver hvordan mennesker kan bygge opp såkalte ”støtputer” eller ”bufferer” som demper betydningen av store krav og belastninger. Han eksemplifiserer dette ved sosial støtte. I den videre diskusjonen vil også mestring foreslås som en mulig støtpute.

Sosial støtte

Mennesker er avhengige av hverandre. I tillegg til at man gjennom egen atferd påvirker andres velvære, påvirker andres oppførsel ens egen velvære (Bandura, 1997). Sosialpsykologien peker på tilhørighet som et kjernebehov hos mennesker (Fiske 2004). Tilhørighet handler om at folk trenger sterke, stabile relasjoner med andre. Fyrand (2005) peker på at i en hverdag med oppsplittede nettverk, tilhørighet til mange systemer og mangel på tid, vil relasjonene med arbeidskamerater representere det jevne nettverkspotensial og muligheter for daglig identitetsbekreftelse, hjelp og støtte.

Sosial støtte er en viktig støtpute fordi det representerer en mediator mellom utilstrekkelighetsfølelse og depresjon. Man opplever stress som belastende dersom man har

lav følelse av kontroll og opplever at det stilles store krav (Haukeland, 2001). Sosial støtte demper belastningen ved at de som opplever høye krav og liten kontrollmulighet, har mindre risiko for negative helseutfall dersom de opplever sosial støtte (Haukedal, 2001).

En annen årsak til at samfunnet er viktig i individets møte med stress, er at det er her man lærer mestringsstrategiene (Eriksen & Ursin, 2002). Mellommenneskelige forhold gir mestringskompetanse og forhindrer at stress blir kronisk (Bandura, 1997).

Mestring

Mestringsbegrepet brukes forskjellig innen ulike fagdisipliner og teoretiske tradisjoner (Dalgard, Ystgaard & Brevik, 1995). Dalgard et al. (1995) viser til Lazarus og Folkman (1984) som sier at mestring er; "constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of a person." (s. 141). Mestring forstås her altså som mobilisering av ressurser for å håndtere ytre og indre krav.

Mestring i forhold til andre begreper.

Det er vanlig å begrense mestringsbegrepet til stressfylte situasjoner som går ut over det vanlige og som stiller særlig store krav til individet (Dalgard et al., 1995). Mestring skiller seg med dette fra begrepet tilpasning, som også innbefatter vanepregete måter å håndtere dagligdagse oppgaver og krav på. Mestring skiller seg videre fra begrepene selvtillit og selveffektivitet ved at disse handler om *troen* på at man vil klare å utrette en ønsket handling (Wormnes & Manger, 2005). Selvtillit og selveffektivitet blir slik en forutsetning for dannelsen av mestringserfaringer.

Faser i mestringsprosessen.

I mestringsprosessen har det kognitive elementet en sentral plass (Dalgard et al., 1995). Lazarus og Folkman (1984) deler den kognitive vurderingsprosessen i to faser. Den første omfatter den subjektive vurderingen av selve hendelsen eller situasjonen, for eksempel om den representerer en trussel, et tap eller kanskje en utfordring. Dette første trinnet bestemmer selve stressreaksjonen og har stor betydning for hvilke mestringsstrategier som blir tatt i bruk (Lazarus & Folkman, 1984). Når individet har tatt inn over seg situasjonen, vil den andre fasen inneholde en vurdering av hvilke mestringsressurser, muligheter og begrensninger en har for å håndtere den situasjonen man står overfor. Her vil både egen styrke, personlige forutsetninger og kontekstuelle forhold komme med i betraktning. I tråd

med dette mener også Eriksen og Ursin (2002) at menneskers respons på en stressor i omgivelsen ikke kan tilskrives direkte til utsettelsen for den stressende hendelsen. Kognitive faktorer spiller en rolle i vurderingen av belastningen og hvilke mestringsstrategier man har til rådighet. I tillegg spiller forventningen om egen evne til å mestre en sentral rolle (Eriksen og Ursin, 2002). Når man har en forventning om at man vil klare å løse en oppgave, bruker kropp og hjerne mindre energi og aktivering på oppgaven (Ursin, 1984).

Læring av mestring.

Hvordan den enkelte vurderer ulike måter å håndtere situasjoner på, er avhengig av tidligere erfaringer fra lignende situasjoner og spesielt hvordan en mestret disse (Dalgard et al., 1995). For eksempel kan et tap gi en sårbarhet som forsterker reaksjon ved nytt tap. Men det kan også gi styrke til å tåle nye tap dersom man mestret det foregående tap på en god måte. Ved gjentatte nederlag vil hjelpeløshetsreaksjoner kunne oppstå når en blir utsatt for krav eller påkjenninger (Seligman, 1975). Mestringsprosessen inneholder derfor læring av mestring, og vil over tid nedfelles i personligheten som beredskap i nye stresssituasjoner. Eriksen og Ursin (2002) har en hypotese om at sosiale forskjeller i utdanning og belønning gir forskjeller i livsstil og helse. Forskjellige forventninger om evnen til å mestre grunnet ulike læringsbetingelser skaper sosiale forskjeller i selvrapportert stress (Eriksen & Ursin, 2002). På denne måten vil mestringserfaringer være en forutsetning for dannelsen av selveffektivitet (Bandura, 1997).

To typer mestringsreaksjoner.

Mestringsreaksjoner kan deles inn i to hovedgrupper; problemløsende og følelsesfokuserte (Dalgard et al., 1995). Problemløsende mestring omfatter alle handlinger hvor målet er å gjøre noe konstruktivt med den situasjonen man er utsatt for, mens følelsesfokusert mestring har som mål å regulere de følelsesmessige konsekvensene av hendelsen (Dalgard et al., 1995). Folkman og Lazarus (1980) har vist at type belastning har betydning for hvilken mestringsmetode man benytter som hovedstrategi. Situasjoner hvor personen tror at noe konstruktivt kan gjøres, favoriserer problemfokusert mestring, mens situasjoner som må aksepteres slik de er, krever følelsesfokusert mestring (Folkman & Lazarus, 1980). Eksempelvis vil situasjoner som innebærer økonomiske belastninger kreve mest problemløsende teknikker, mens alvorlig sykdom i større grad krever emosjonell bearbeiding. De viser videre at de fleste imidlertid bruker både problemløsende og

følelsesorienterte strategier i samme situasjon, og ofte veksler man mellom disse på ulike stadier i mestringsprosessen (Folkman & Lazarus, 1980).

Mestring kan fungere som en støtpute på belastninger ved at man endrer negative kognisjoner rundt betydningen av disse. I tillegg vil aktiv handling for å håndtere problemet gjøre konsekvensene av dette mindre. Troen på egen evne til å mestre, det vil si troen på selveffektivitet, vil være en forutsetning for dannelsen av mestringserfaringer. Motsatt vil tidligere mestringserfaringer være en forutsetning for selveffektivitet.

Wormnes og Manger (2005) mener at mestring er et genuint menneskelig behov som handler om å utprøve egne ferdigheter for å få aksept fra seg selv og andre. Dette sammenfaller med White (1959) sitt begrep om kompetansebehov. Behovet for mestring er særlig sentralt i dagens arbeidsliv (Wormnes & Manger, 2005), med stadig større krav til effektivitet både individuelt og i grupper. Mange mennesker faller ut av arbeidslivet grunnet manglende mestring, noe som kan føre til depresjon. Dalgard (2004) peker på at mindre enn en tredel av mennesker med depresjon får behandling. Dette understreker viktigheten av lavterskeltilbud som kan fange opp en større del av befolkningen.

Kurs i Depresjonsmestring (KiD)

I denne delen av oppgaven vil et psykoedukativt gruppeprogram, kalt Kurs i Depresjonsmestring (KiD), bli presentert. Det vil først gjøres kort rede for bakgrunnen for kurset og hvordan dette anvendes i Norge. Modellen for utviklingen og opprettholdelsen av en depresjon som kurset bygger på vil videre gjøres rede for, før en gjennomgang av de sentrale kurselementene. Disse vil bli drøftet i lys av deres sentrale bakenforliggende teoretiske og psykoterapeutiske forståelsesmodeller. Til slutt vil studier på effekten av psykoedukative tilnærminger generelt og Kurs i Depresjonsmestring spesielt gjennomgås.

Bakgrunn

Lewinsohn et al. (1989) peker på at de fleste mennesker som er deprimert ikke søker hjelp. Videre peker de på at tradisjonelle former for psykoterapi koster samfunnet mye penger. Med bakgrunn i dette utviklet Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz og Teri (1984) en behandlingsmetode som var ment å være ikke-stigmatiserende, og som kunne gis utenfor tradisjonelle mentalhelsesettinger. Formålet var å fange opp et større antall mennesker med depresjon. Metoden skulle være kostnadseffektiv og ble derfor lagt opp som et gruppetilbud. Resultatet ble et kurs bestående av 12 samlinger, der deltakerne gjennom psykoedukative metoder ble lært opp i teknikker for å mestre sin depresjon (Lewinsohn et al., 1984).

Kursinnholdet bygger på Lewinsohn, Hoberman, Teri og Hautzinger (1985) sin modell for depresjon. Denne viser at både kognitive, atferdsmessige og sosiale aspekter ved hvordan man møter en belastning har betydning for utviklingen og opprettholdelsen av en depresjon. Teknikker for bedret mestringsevne på disse tre områdene ble derfor inkludert i kurset (Lewinsohn et al., 1984).

KiD i Norge

I Europa ble en modifisert form av Lewinsohn et al. (1984) sitt depresjonsmestringskurs (Muñoz & Ying, 1993) prøvet ut i et stort forskingsprosjekt (Dowrick et al., 1998). Dette kurset ble videre utarbeidet og tilpasset norske forhold av psykiater Dalgard, psykolog Børve og psykiatrisk sykepleier Nævra (2003). Denne modifiserte formen, kalt Kurs i Depresjonsmestring (KiD), består av 8 ukentlige samlinger. Den har, som originalkurset, en psykoedukativ form, og hovedtemaene er henholdsvis kognisjoner, atferd og sosiale relasjoner (Børve et al., 2003). Kurset bygger på sosial kognitiv teori (Bandura, 1986), som vektlegger at menneskers psykologiske fungering er et resultat av gjensidige interaksjoner mellom personlige og miljømessige determinanter.

Kursets formål

Målet med KiD er at deltakerne gjennom å lære ulike metoder for mestring skal kunne oppleve reduksjon i graden av nedstemthet, reduksjon i varigheten av depresjonen, reduksjon i de negative følgene av depresjon samt å kunne forebygge nye episoder med depresjon (Børve et al., 2003). Underliggende er en forståelse av et nært samspill mellom sinnsstemning, tanker og atferd, der sinnsstemningen søkes endret gjennom endring i tenkning og atferd (Dalgard, 2004).

Kursets bruksområde

KiD er ment som et lavterskeltilbud som egner seg for både primær- og sekundærhelsetjenesten, og retter seg mot mennesker med milde til moderate depresjoner (Dalgard, 2004). Kurset tilbys i dag i et stort antall norske kommuner av Rådet for psykisk helse i samarbeid med Kommunal Kompetanse. Kurset blir også gjennomført i regi av NAV for ansatte i bedrifter som har tegnet avtale om inkluderende arbeidsliv. For disse finansieres kurset gjennom et tilretteleggingstilskudd gitt av NAV (NAV, 2007). Siden 2003 har ca 6500 nordmenn deltatt på KiD (Olsen, personlig kommunikasjon, 27. mars 2008). Kommunal Kompetanse har ansvar for opplæringen av kursledere og hittil har over 600 gått på kurslederkurs (Kommunal Kompetanse, 2008). Kurslederkurset støttes økonomisk av Sosial-

og helsedirektoratet og tilbys personer med minst 3-årig helsefaglig utdanning med videreutdanning innen psykisk helse (Rådet for psykisk helse, 2008).

Behandlingsmodell

KiD blir gjennomført over 8 uker, med en samling på 2,5 timer én gang per uke (NAV, 2007). Det er to kursledere på hvert kurs, disse er vanligvis psykiatriske sykepleiere. Hvert kurs har 8-10 deltakere. En av kurslederne vil ha en individuell samtale med aktuelle kursdeltakere før kursstart for å vurdere egnetheten til å delta på kurset. En av forutsetningene for å få delta er at man viser en tilstrekkelig grad av konsentrasjon og oppmerksomhet til å kunne nyttiggjøre seg informasjonen som blir gitt og til å kunne gjennomføre hjemmeoppgavene som blir gitt (NAV, 2007). Kursdeltakerne får utdelt et eget kurshefte med forklaring av teorien bak kurset, eksempler og oppgaver (Børve et al., 2003). Det blir lagt vekt på at kursdeltakerne skal jobbe hjemme med teknikkene de lærer. Etter kursets slutt blir det lagt inn oppfølgingsmøter etter en, to og fire måneder.

Modell for utviklingen av depresjon

Lewinsohn et al. (1985) peker på at det finnes mange ulike teorier for hvordan depresjon utvikles og opprettholdes, og at hver av dem har delvis støtte i empirisk forskning. Varieteten i tilnærminger anses som et uttrykk for at depresjon er et komplekst fenomen, og at det ikke finnes kun en variabel som kan forklare årsaken til hvorfor noen blir vedvarende deprimerte. Lewinsohn et al. (1985) foreslår en modell som viser at depresjoner blir utviklet og opprettholdt som følge av flere risikofaktorer som endrer affektene, handlingene og kognisjonene til et individ som møter negative livserfaringer.

Utløsende faktorer

Det fremheves at denne modellen må ses som dynamisk og interaktiv og at utviklingen av depresjon er et samspill mellom miljømessige og predisponerende faktorer (Lewinsohn et al., 1985). Situasjonelle faktorer anses som utløsende for depressive prosesser, mens kognitive faktorer er modererende for hvilke effekter de utløsende situasjonene vil ha. Utløsende faktorer, eller stressorer, blir i denne modellen definert som "en hvilken som helst hendelse som øker sannsynligheten for utviklingen av en depresjon" (Lewinsohn et al., 1985, s. 344, vår oversettelse). Lewinsohn et al. (1985) viser til at forskning har funnet støtte for at det særlig er stressorer relatert til ekteskaplige vansker, lav sosial støtte og problemer på jobben som har en sterk sammenheng med senere utvikling av depresjon.

Negative konsekvenser av stressorer

Lewinsohn et al. (1985) henviser til Langer, som har foreslått at mye av vår dagligdagse atferd er skjemastyrkt og automatisert (Langer, 1978, ref. i Lewinsohn et al., 1985). Dette impliserer at mye av det som skjer i livet er forutsigbart. En stressor anses av Lewinsohn et al. (1985) å forstyrre relativt automatiske og forutsigbare handlingsmønstre hos individet. En følge av denne forstyrrelsen er, ifølge Lewinsohn et al. (1985), at individet vil få en negativ emosjonell respons. Sammenhengen mellom den negative emosjonelle responsen og utviklingen av depresjon vil være avhengig av hvorvidt personen opplever en reduksjon i positiv forsterkning og/eller en økning i negative hendelser, altså om kvaliteten på ens interaksjon med miljøet blir negativ. Dersom kvaliteten på interaksjonen med miljøet blir negativ, vil individet forsøke å redusere denne negative tendensen. Hvorvidt man lykkes med det, avhenger av både miljømessige og personlige faktorer. Dersom man ikke lykkes i å reversere dette negative mønsteret, foreslår Lewinsohn et al. (1985) at det vil medføre en forhøyet tilstand av selvoppmerksomhet. Dette som et resultat av både den emosjonelle reaksjonen knyttet til den utløsende hendelsen og den påfølgende emosjonelle påvirkningen av å ikke mestre de negative konsekvensene av denne (Lewinsohn et al., 1985).

Konsekvenser av økt selvoppmerksomhet

Duval og Wicklund (1972) viste at når selvoppmerksomhet øker, blir man mer selvkritisk, og diskrepansen mellom det ideelle selvet og det opplevde selvet øker. Videre fant de at økt selvoppmerksomhet øker indre attribusjon for hendelser. Når disse hendelsene er negative, vil en indre attribusjon medføre skyldfølelse. Dette sammenfaller med Beck (1976) sitt personaliseringsbegrep, som belyser tendensen til å ta personlig ansvar for negative hendelser ved depresjon. Økt selvoppmerksomhet gjør videre at man evaluerer sin atferd i forhold til en ytre standard (Carver & Scheier, 1983). Når man opplever en manglende evne til å mestre stressorer over tid, er sannsynligheten stor for at denne selvevalueringen vil være negativ. Jo mindre vi evaluerer ferdighetene våre mens de utføres, desto bedre blir prestasjonene (Wormnes og Manger, 2005). Økt selvevaluering vil motsatt føre til forverret prestasjon, noe som vil forsterke den negative selvevalueringen.

Økt selvoppmerksomhet har også atferdsmessige konsekvenser. Sammen med negativ resultatforventning har økt selvoppmerksomhet vist seg å ha sammenheng med tilbaketrekking (Carver, Blaney & Scheier, 1979) og sosiale vansker (Christensen, 1982). Til

slutt vil en viktig konsekvens av økt selvoppmerksomhet være at det intensiverer affektive reaksjoner (Lewinsohn et al., 1985).

Samlet sett vil økt selvoppmerksomhet øke individets bevissthet om sin manglende evne til å leve opp til standarder for mestring, noe som kan medføre selvnedvurdering, atferdsmessig tilbaketrekking og nedstemthet (Lewinsohn et al., 1985). Å være selvoppmerksom og nedstemt vil også ha sosiale konsekvenser, ved at man blir mindre sensitiv til andre (Christensen, 1982) og lettere utløser sosial avvisning fra andre (Lewinsohn et al., 1985).

Et argument for multimodalitet

Det poengteres som nevnt at dette er en dynamisk modell, hvor de ulike elementene anses å påvirke og forsterke hverandre (Lewinsohn et al., 1985). Dette betyr at det er lett å komme inn i en vond sirkel hvor konsekvensene av en depressiv tilstand utløser nye situasjoner som i sin tur virker utløsende eller forsterkende for den depressive tilstanden. På den andre siden gir dette også muligheten for at man gjennom å intervensere på ett bestemt nivå har muligheten for å oppleve bedring på flere nivå. Ved å reversere en av komponentene i modellen, vil depresjonen gradvis kunne bedres. Til støtte for dette fant Zeiss, Lewinsohn og Muñoz (1979) at behandlinger rettet mot henholdsvis interpersonlige evner, kognisjoner eller gledesfulle aktiviteter alle hadde effekt på depresjon, og at denne effekten ikke var spesifikk i forhold til målområde. Eksempelvis opplevde en person som fikk behandling rettet mot interpersonlige evner også bedret kognitiv fungering. Dette er utgangspunktet for den multimodale tilnærmingen som KiD tilbyr.

Mestring ved depresjon

Som modellen til Lewinsohn et al. (1985) viser, svekkes mestring når man blir deprimert. Man blir mindre i stand til å tenke og handle konstruktivt, samt mindre i stand til å regulere de følelsesmessige konsekvensene av situasjonen man er oppe i. En selvforsterkende negativ sirkel vil oppstå ved at dannelsen av nye mestringserfaringer hindres som et resultat av selvnedvurdering og tilbaketrekking, mens selvnedvurdering og tilbaketrekking forsterkes som et resultat av manglende mestringserfaringer (Lewinsohn et al., 1985). I KiD ønsker man å reversere denne negative sirkelen ved å lære deltakerne effektive problemløsende strategier for mestring på det kognitive, atferdsmessige og sosiale plan (Børve et al., 2003). Vi vil nå gå nærmere inn på disse tre hovedelementene i KiD.

Kognisjoner

I den første delen av kurset settes det fokus på hvordan måten vi tenker på påvirker hva vi føler, og hvordan vi kan endre sinnsstemning gjennom å arbeide med vårt tankemønster (Børve et al., 2003). Depresjon kjennetegnes av endrede kognisjoner (Beck, 1970), som kan defineres som ”verbale eller billedlige hendinger i et menneskes bevissthet” (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, s. 3, vår oversettelse). Kognitive endringer ved depresjon manifesterer seg på en rekke ulike måter, herunder finner man en tendens til negative holdninger mot seg selv, sine erfaringer og sin fremtid, kalt "den kognitive triade" (Beck, 1970).

I sosial kognitiv teori, som kurset bygger på, fremheves det at jo flere alternativer en person har, dess større er sannsynligheten for at han tar valg som ikke resulterer i depresjon, men som hjelper ham til å leve et friere og mer tilfredsstillende liv (Bandura, 1997). Som Lazarus og Folkman (1984) presiserer, vil den subjektive vurderingen av en hendelse bestemme stressreaksjonen til et individ. Videre mener de at kognitive faktorer også spiller en rolle i vurderingen av hvilke mestringsressurser man har til rådighet. En viktig måte å hjelpe individer å mestre hendelser på, er å gi dem flere alternative måter å tenke rundt situasjonen på. Teknikkene for å gjenkjenne og å arbeide med å endre negative kognisjoner i KiD bygger på elementer fra Beck et al. (1979) og Ellis og Harper (1961, 1975).

Utviklingen av kognitive endringer ved depresjon

Depresjon kan ses på som en reaksjon på det å ha opplevd egen utilstrekkelighet i situasjoner hvor man har en forventning om å mestre (Bandura, 1997). Hovland (2007) foreslår at opplevelsen av å ikke mestre over tid vil føre til selvbekreftelse, noe som igjen vil forsterke overbevisningen om svekket mestringsevne. Konsekvensen av dette vil over tid være at personen blir fratatt ethvert håp om å klare å endre situasjonen (Hovland, 2007). Sagt på en annen måte vil en vedvarende forventning om manglende mestringsevne, hjelpeløshet (Seligman, 1975), utvikle seg til en følelse av håpløshet (Abramsom, Alloy & Metalsky, 1995). Disse prosessene vil gjennom økt selvoppmerksomhet føre til de kognitive endringene vi ser ved depresjon (Lewinsohn et al., 1985).

Kognitive endringer ved depresjon

Beck (1976) hevder at negative kognisjoner er de primære faktorene i depresjon som fenomen. Han beskriver at en som er deprimert har et globalt, systematisk negativt syn på seg selv, sine livserfaringer og fremtiden (Beck, 1976).

Generalisering.

Et globalt negativt syn på seg selv og sine erfaringer innebærer at personen vil få lav selvtillit, i det han ser seg selv som mangelfull på flere områder som anses som viktige (Beck, 1970). Herunder finner vi eksempelvis evne, prestasjon, intelligens, utseende, helse og popularitet (Beck, 1970). Seligman (1990) peker på samme måte som Beck (1970) på at en tendens til å komme med generaliserte forklaringer på sin manglende mestringsevne på ett område, fører til hjelpeløshet og lav selvtillit på flere områder. Dette kan forklare smitteeffekten vi tidligere har sett ved at man tar med seg problemer fra jobben til hjemmet, og omvendt (Thuen, 2000).

Håpløshet.

Negative forventninger til fremtiden vil henge sammen med følelser av håpløshet (Beck, 1970). Personen forventer at egne handlinger vil ha det verste utfall, og tror at den vanskelige situasjonen vil vare evig. Dette har store likhetstrekk med Seligmans (1990) beskrivelse av mennesker som gir opp. Han sier at disse har en tendens til å tro at det foreligger permanente årsaker til negative hendelser, og at disse vil vedvare og påvirke livene deres for alltid. Dette vil medføre hjelpeløshet og til slutt håpløshet (Seligman, 1990).

Personalisering.

Beck (1970) beskriver at personer som er deprimert vil klandre seg selv for negative hendelser, noe som vil gi den skyldfølelsen som er karakteristisk for depresjon. Beck (1976) kaller dette personalisering. Igjen peker Seligman (1990) på det samme, ved at han sier at personer som klandrer seg selv for negative hendelser står i fare for å utvikle depresjon.

Negative kognisjoners påvirkning på emosjoner

Ellis (1962) sin ABC modell for hvordan tenking påvirker følelser illustrerer at det ikke er hendelser i seg selv som bestemmer hvordan vi føler oss, men hvordan vi tolker disse hendelsene. A-en i modellen står for ”aktiverende hendelse”, B-en for tolkninger/antakelser (beliefs), og C-en for konsekvenser, eller den følelsen som oppstår. Ellis mener at det er B, altså våre tolkninger av en situasjon, som bestemmer hvordan vi opplever situasjonen (A) og dermed også våre følelser i situasjonen (C) (Ellis, 1962). Ellis og Harper (1975) mener at en vedvarende depressiv sinnstemning har sin årsak i et vedvarende negativt tankemønster, og hevder at mesteparten av våre emosjonelle erfaringer er konsekvenser av internaliserte setninger.

På samme måte som Ellis mener også Beck (1976) at det er våre tanker, og ikke situasjonene i seg selv, som er årsaken til negative emosjonelle reaksjoner. Han mener at disse tankene har en automatisk, refleksiv kvalitet, og at de ser ut til å komme fra ”ingensteds”, uten provokasjon eller bevisst oppmerksomhet. Han kaller disse tankene for ”negative automatiske tanker” (Beck, 1976). Dette gjør at det ofte kan synes som om følelser er skapt av situasjonen og ikke egne tanker (Børve et al., 2003).

Tolkninger som står i veien for mestring.

Tolkninger kan deles inn to hovedkategorier, de som gir muligheter (aktivitet), og de som skaper maktesløshet (passivitet) (Børve et al., 2003). Tolkninger som gir muligheter er optimistiske, mens de som skaper passivitet er pessimistiske (Seligman, 1990). Ellis og Harper (1975) peker på at følelser har verdifulle mål, vanligvis overlevelse og glede. Når tolkninger er pessimistiske blokkerer de mål om glede og medfører passivitet. Tolkningsstilen til en som er deprimert er preget av pessimisme og personen fratrar seg selv muligheten for å nå viktige mål (Seligman, 1990).

Bandura (1997), med sitt selveffektivitetsbegrep, belyser også hvordan noen mennesker fratrar seg selv muligheter ved å bli passive. Bandura (1997) definerer selveffektivitet som ”troen på egen evne til å organisere og utføre de handlinger som er nødvendige for å skape gitte resultat” (s. 3, vår oversettelse). Bandura skiller selveffektivitet fra begrepet resultatforventning, som omhandler en persons vurdering av hvordan en gitt atferd vil føre til bestemte resultater. Begge disse begrepene vil være sentrale i forståelsen av depresjon. En som er deprimert har både liten tro på egen evne til å mestre oppgaver og liten tro på at egne handlinger vil skape positive resultater. Dette medfører at personen ikke engasjerer seg i å utføre oppgaver, noe som fratrar ham muligheten til å øke selveffektivitet gjennom mestringserfaringer. Personens måte å forholde seg til seg selv og omverdenen på blir en selvoppfyllende profeti, som kan forklares som bekreftelser på forventninger (Wormnes & Manger, 2005).

Hvor kommer negative kognisjoner fra?

Beck et al. (1979) mener at kognisjoner er basert på holdninger eller antakelser som er utviklet gjennom tidligere erfaringer. De bruker begrepet ”skjema” om disse antakelsene, og bruker dette for å forklare hvorfor en person som er deprimert opprettholder sine selvutslettende holdninger til tross for objektive bevis for positive faktorer i eget liv. Beck definerer skjema som ”relativt stabile kognitive mønstre som danner grunnlag for

regelmessigheten av tolkninger av et bestemt sett av situasjoner” (Beck et al., 1979, s. 12, vår oversettelse). Skjemabegrepet har tidligere vært benyttet av den sveitsiske psykologen Piaget. Piaget (1926, ref. i Passer & Smith, 2001) forklarte skjema som organiserte mønster av tanker og handlinger, som hjelper oss til å forstå det som skjer rundt oss, og som et indre rammeverk som styrer interaksjon med verden.

Skjema i depresjon.

Beck (1976) hevder at de underliggende skjema hos en person med depresjon skaper systematiske feiltolkninger av situasjoner. Som vi har sett har man en tendens til å overgeneralisere, trekke konklusjoner på manglende grunnlag eller ta personlig ansvar for ting som har lite eller ingenting med en selv å gjøre (Beck, 1976). Denne måten å tenke på opprettholder personens tro på sannheten av hans negative selvkonsept.

Skjemabegrepet har store likhetstrekk med det Ellis (1962) kaller for ”irrasjonelle ideer”. Han mener at mange av våre irrasjonelle tankemønstre er generelle for alle mennesker som lever i et samfunn. Disse mener han er ideer som blir indoktrinert av samfunnet og som det sjelden blir satt spørsmålsteget ved, men som kan føre til selvutslettende tanker og holdninger (Ellis, 1962). Barnet får gjerne disse gitt gjennom foreldrene i den tidlige barndom, og disse blir holdt fast ved på grunn av tilknytningen til foreldrene og fordi de ble innprentet og betinget før senere og mer rasjonelle tankemåter ble utviklet (Ellis, 1962).

Hvordan endre et negativt kognitivt mønster

Til tross for at skjema defineres som relativt stabile kognitive mønstre som gjerne nedfelles i barndommen, påpekes det fra flere hold at man gjennom å arbeide med personers tankemønstre kan endre dysfunksjonelle skjemaer (Beck, 1976, Ellis & Harper, 1975, Seligman, 1990). Seligman (1990) hevder at optimisme, som kan defineres som ”et tillært tankemønster om at positive ting vil skje” (Børve et al., 2003, s. 25) kan læres også av personer som har en tendens til en pessimistisk tankegang. Man lærer seg et sett av teknikker for hvordan man kan bruke den indre samtalen når man opplever personlig motgang (Seligman, 1990). Ellis og Harper (1975) poengterer at man gjennom å lære individet å endre kognisjoner, gir ham et verktøy som kan brukes også i fremtidige situasjoner. Denne måten å endre emosjoner på kan derfor gi permanente emosjonelle endringer.

Ellis (1962), med sitt ABCD- skjema, hvor D-en står for ”dispute”, viser hvordan man kan jobbe med å endre sitt negative tankemønster. Målet er å hjelpe personen til å observere sine følelser fullt og åpent, godta at de eksisterer og akseptere seg selv med deres eksistens.

Gjennom å se at man selv skaper sine selvnedlatende følelser, kan man bestemme seg for å endre dette mønsteret, og man vil få frihet til å føle det man ønsker å føle (Ellis & Harper, 1975). På denne måten har denne terapimetoden mye til felles med humanistisk terapi, der målet er å akseptere seg selv fullt ut til tross for sine inkompetheter, ugjerninger og forstyrrelser (Rogers, 1974). Bandura (1997) poengterer i tråd med dette at man ved å gi individet flere alternativer for mestring, åpner for muligheten til et mer tilfredsstillende liv uten depresjon.

Kognisjoners betydning for symptomer på depresjon

Vi har sett at følelsen av å ikke mestre er sentralt i depresjon. Dette vil over tid kunne føre til kognitive endringer gjennom økt negativ selvoppmerksomhet (Lewinsohn et al., 1985). Disse omfatter en tendens til generalisering av problemer og en følelse av håpløshet og personalisering (Beck, 1976). Tolkingsstilen vil preges av systematiske feilslutninger, som blokkerer viktige mål om glede og skaper passivitet. Passiviteten vil medføre at personen fratar seg selv muligheten for å danne seg mestringserfaringer, og et resultat av dette kan være at selvfølelsen og selvtilliten blir dårligere. Grunnet tendensen til å klandre seg selv for negative hendelser, vil man bebreide seg selv for at man ikke strekker til, noe som medfører skyldfølelse. Over tid vil følelsen av å ikke mestre generalisere seg og medføre nedsatt funksjon på en rekke områder. Resultatet kan være utvikling av en håpløshetsfølelse. Vi ser med dette at kjernesymptomene på depresjon ifølge ICD-10 (WHO, 1992/2000) kan være en konsekvens av endringer i kognisjon i møte med negative livserfaringer.

Aktiviteter

I neste del av KiD vektlegges det at følelser kan påvirkes gjennom handling, og det settes fokus på viktigheten av å planlegge hyggelige aktiviteter for å få gjennomført viktige mål om et mer tilfredsstillende liv (Børve et al., 2003). Et kjennetegn ved depresjon er en nedgang i gledesfulle aktiviteter (Lewinsohn et al., 1985). Dette har en tendens til å utvikle seg til en vond sirkel, hvor den depressive sinnstemningen blir forsterket av inaktivitet, og inaktivitet blir forsterket av den depressive sinnstemningen (Muñoz & Ying, 1993). Dette vil, som vist over, også forsterke følelsen av svekket mestringsevne. I tråd med sosial kognitiv teori vil det være viktig å gi personer flere alternative handlinger, slik at de kan velge aktiviteter som øker troen på egen mestringsevne og gir et mer tilfredsstillende liv (Bandura, 1997).

Å øke mestringserfaringer

Viktigheten av atferdsmodifisering i behandling av psykiske lidelser har lenge vært anerkjent i psykologisk teori og terapi, og sammen med den kognitive tilnærmingen er dette i dag en veldokumentert terapimetode som går under betegnelsen kognitiv atferdsterapi (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989). Beck (1976) fant i sitt arbeid med mennesker med depresjon at dersom disse fikk oppleve gjentatt suksess i å oppnå viktige mål, hadde dette god effekt i å reversere det negative selvkonseptet og de negative forventningene. Dermed gav dette direkte endring av den depressive sinnsstemningen. Mestringserfaringer øker selveffektivitet og motvirker opplevelsen av hjelpeløshet og depresjon.

Kognisjoners betydning for endring av atferd

Børve et al. (2003) vektlegger at det er nødvendig å bruke kunnskapen om situasjoner som gir ubehag og utløser negative automatiske tanker. Dette for at man skal få trening i å gjenkjenne, argumentere mot og finne alternativer til disse tankene. Det vil si at man aktivt må utsette seg for slike situasjoner. Eksponeringstrening for deprimerte er viktig for å oppnå gode terapeutiske resultater (Jacobson et al., 1996). Det å bruke aktiviteter for å endre sinnsstemningen gjennom å endre negative tolkninger er i tråd med hvordan Beck et al. (1979) bruker atferdstrening i terapi. De mener at atferdsendring ikke er et mål i seg selv, men et middel for å nå et annet mål, nemlig kognitiv endring. Tilbaketrekkningen hos deprimerte kommer ofte av en bakenforliggende tro på at man ikke lenger er i stand til å gjøre de tingene man har gjort før, eller at man ikke lenger er i stand til å oppleve glede ved aktiviteter (Beck et al., 1979). Gjennom å hjelpe personen å endre atferd, kan man demonstrere for denne at han er i stand til å utføre aktiviteter som før, og vise at kilden til problemet er en kognitiv feiltolkning (Beck et al., 1979). Atferdsteknikker brukes dermed for å teste ideer eller hypoteser om en selv, og gir muligheten for mestringserfaringer som kan gi utgangspunkt for endring av et negativt selvkonsept.

Børve et al. (2003) sier at gledesfulle aktiviteter vanligvis velges bort i perioder med nedstemthet, fordi slike aktiviteter oftest velges som belønning etter en fullført oppgave. Opplevelsen av svekket mestringsevne og den dårlige selvfølelsen vil føre til at man ikke ser noen grunn til å belønne seg selv (Børve et al., 2003). Dette gjør det viktig også å arbeide med å gi mennesker med depresjon alternative tenkemåter for å øke sannsynligheten for deltakelse i gledesfulle aktiviteter (Muñoz & Ying, 1993).

Børve et al. (2003) fokuserer også på at det er viktig å legge merke til hva man sier til seg selv i situasjoner hvor man føler seg vel, slik at man senere kan bruke dette for å påvirke

følelser. På bakgrunn av at det for mennesker med depresjon kan være vanskelig å komme på aktiviteter som gir glede (Bower, 1981) har MacPhillamy og Lewinsohn (1982) utviklet en "pleasant events schedule" (PES). Dette er en liste over aktiviteter som mange finner glede i, og kan brukes aktivt for å gi individer forslag til aktiviteter som kan gi glede og øke mestringserfaringer.

Aktivitetens betydning for symptomer på depresjon

En nedgang i aktivitet vil ha betydning for symptomene for depresjon på to måter. For det første ved at det tar bort en kilde til positive følelser, og for det andre ved at det forsterker opplevelsen av svekket mestringsevne. Opplevelsen av svekket mestringsevne vil føre til at man ikke ser noen grunn til å belønne seg selv med gledesfulle aktiviteter, og konsekvensen blir økt passivitet. Ved å fokusere på økt aktivitet i behandling kan man reversere denne negative sirkelen. Engasjement i aktiviteter som gir glede vil ha direkte effekt på den negative sinnstemningen, og aktiviteter som styrker troen på egen mestringsevne kan være medvirkende til å endre negative kognisjoner mot selvet.

Sosial kontakt

Det tredje hovedelementet i KiD omhandler hvordan relasjoner til andre mennesker påvirker sinnstemningen (Børve et al., 2003). Når man er deprimert, er det vanlig at man tar mindre kontakt, føler seg mindre vel sammen med andre, ikke gir uttrykk for hva en liker eller misliker, og er var for å bli oversett, kritisert eller avvist (Muñoz & Ying, 1993). Det å være nedstemt påvirker signalene man sender til andre, noe som kan føre til at andre tar avstand. Dette reduserer eller tar helt bort en kilde til glede og støtte samtidig som det skaper ensomhet og redusert aktivitet (Børve et al., 2003). I mange tilfeller synes den psykiske lidelsen å være det primære, slik at for eksempel ensomhet er resultat av kontaktproblemer hos en person som er deprimert. I andre tilfeller kan ensomhet og kontaktproblemer gå forut for den psykiske lidelsen og være en medvirkende årsak til denne (Dalgard, 1992). I KiD blir det arbeidet med å øke sosiale evner, som kan defineres som "evnen til å interagere med andre mennesker på en måte som gjør at det oppleves som forsterkende" (Lewinsohn et al., 1984, s. 94, vår oversettelse). Herunder blir det satt fokus på hvordan man påvirker signalene man sender til andre, øvelse i selvhevdelse samt trening i hvordan man kan gå frem for å øke kontakten med andre (Børve et al., 2003).

Hvorfor er sosial kontakt viktig?

Det foreligger ulike meninger om hvorfor sosial kontakt har betydning for den psykiske helse. Maslow (1970) snakker om trygghet og tilhørighet som grunnleggende psykologiske behov. Disse mener han må dekkes for at mennesker skal unngå psykiske helseproblemer. I den senere tid har sviktende mestringsmekanismer som utgangspunkt for psykiske lidelser vært vektlagt (Dalgard, 1992). En viktig del av mestringspotensialet er muligheten for mobilisering av hjelp fra andre, noe som forutsetter kontakt og tilhørighet (Dalgard, 1992). Tradisjonelt har man i psykologisk teori vært opptatt av familiemiljøets betydning for psykisk helse, men etter hvert har man blitt økende oppmerksom på hvordan sosial kontakt også i forhold til nærmiljø, kultur og samfunn er av vesentlig betydning for psykisk helse (Dalgard, 1992).

Sosialt nettverk og sosial støtte

De senere tiår har det i økende grad blitt forsket på sosiale relasjoners betydning for psykisk helse (Pancoast, 1992). Denne forskningen bygger på sosial nettverkstenking, som omhandler hvordan sosiale strukturer er bygd opp av et nettverk av relasjoner mellom mennesker (Fyrand, 2005). I psykologisk teori og forskning har begrepet sosialt nettverk blitt definert som "uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre" (Finset, 1986, s. 13). Sosialt nettverk knyttes videre til begrepet sosial støtte, som kan defineres som "den følelsesmessige, problemløsende og praktiske støtte en kan få fra andre, som nær familie, partner, venner, naboer og kollegaer (Børve et al., 2003). Mens det sosiale nettverket er strukturen i menneskers relasjonsmønster, er den sosiale støtten innholdet eller funksjonen i nettverket (Fyrand, 2005).

To hypoteser for hvordan sosial støtte påvirker psykisk stress

Direktehypotesen.

I direktehypotesen er antakelsen at støtten er virksom uavhengig av om vi er utsatt for påkjenninger. Dette ved at et støttende nettverk bidrar til direkte helsegevinster gjennom at man føler seg verdsatt og respektert og at tilværelsen oppleves som stabil og forutsigbar (Dalgard et al., 1995). Til støtte for denne hypotesen fant Berkman og Syme (1979) at mennesker som manglet sosiale og samfunnsmessige bånd, hadde en signifikant økt mortalitet over en niårsperiode. Nyere reviewartikler viser at graden av sosial interaksjon sammen med kvaliteten på sosiale relasjoner har en direkte innvirkning på vårt immunsystem

og vårt nevroendokrine og kardiovaskulære system (Seeman, 1996, Cohen, 2004). En forklaring på sammenhengen mellom sosial støtte og mortalitet er at et støttende sosialt nettverk gir motivasjon til å leve og stimulering til å delta i ulike sykdomsforebyggende og terapeutiske aktiviteter (Dalgard, 1992).

Støtputehypotesen.

I støtputehypotesen er antakelsen at sosial støtte i hovedsak er virksom når individet er utsatt for stress (Dalgard et al., 1995). Den sosiale støtten kan virke inn på flere stadier i stressprosessen. For det første kan den spille en rolle i selve vurderingen av stressoren gjennom forventningen om at sosial støtte vil være tilgjengelig (Barrera, 2000). For det andre kan støtten virke inn mellom stressopplevelsen og utvikling av vedvarende stressreaksjoner. Også her spiller forventet støtte en stor rolle, i det vissheten om at støtte er tilgjengelig kan gjøre at man mestrer situasjonen bra alene (Gottlieb, 1985, Dalgard et al., 1995). Når støtten mottas mer konkret, kan den virke mestringsfremmende gjennom at den gir følelsesmessig støtte, kognitiv problemløsning, praktisk hjelp eller sosial kontakt og atspredelse (Dalgard et al., 1995). Oppfattet støtte virker inn på den evaluerende fasen i stressprosessen, mens den gitte støtte vil virke når personen aktivt forholder seg til situasjonen (Pancoast, 1992).

Til støtte for denne hypotesen fant Brown og Harries (1978) at kvinner uten nære personer hadde en klart økt tendens til å utvikle depresjon når de var utsatt for livsbelastninger. I Norge gjennomførte Dalgard og Bjørk (1995) en prospektiv befolkningsundersøkelse i Oslo. Resultatene pekte i retning av at en kombinasjon av dårlig nettverk og flere negative livshendelser virker uheldig inn på psykisk helse. Et dårlig sosialt nettverk hos tidligere friske mennesker økte sannsynligheten for utvikling av psykiske helseproblemer etter belastende livshendelser (Dalgard & Bjørk, 1995).

Perspektiver på sosial støtte

Begrepet sosial støtte er mangfoldig, og det finnes ulike måter å redegjøre for komponentene i støttebegrepet. Det er vanlig å skille mellom de strukturelle egenskapene ved det sosiale nettverket og de funksjonelle aspektene ved selve støtten (Cohen og Wills, 1985). En annen måte å dele inn begrepet sosial støtte på, er å skille mellom generalisert støtte og spesifikk støtte (Dalton, Elias & Wandersman, 2007).

Strukturelle egenskaper ved sosial støtte.

De strukturelle egenskapene ved nettverket reflekterer i hvilken grad individet er integrert i en sosial sammenheng, og kan begrepsfestes gjennom det som kalles sosial forankring. Med dette menes et individs tilknytning til lokalsamfunnet gjennom sosialt nettverk, arbeid, engasjement i foreninger, organisasjoner og det offentlige liv (Ringen, 1976). Egenskaper i nettverksstrukturen blir brukt som et indirekte mål på sosial støtte, hvor antakelsen er at en tilfredsstillende integrasjon i et nettverk medfører sosial støtte (Dalgard et al., 1995).

Funksjonelle egenskaper ved sosial støtte.

De funksjonelle sidene ved sosial støtte dreier det seg om selve innholdet i støtten, tilgjengeligheten av støtte og hvem som gir støtten (Dalgard et al., 1995). Cohen og Wills (1985) deler støttens innhold inn i emosjonell støtte, kognitiv støtte eller informasjon, praktisk hjelp og støtte gjennom sosial kontakt og samvær hvor selve belastningen ikke står i fokus. Støttens tilgjengelighet er en viktig side ved støttefunksjonen. Det er vanlig å skille mellom forventet støtte, det vil si vissheten om at støtten er tilgjengelig om en trenger den, og mottatt støtte (Dalgard et al., 1995). Hvorvidt støtten er tilgjengelig på det tidspunktet den behøves, er også viktig. Til slutt er det av betydning hvem som gir støtten. Thoits (1986, s. 420, vår oversettelse) sier at ”effektiv støtte kommer mest sannsynlig fra andre sosialt likestilte som har møtt eller møter de samme stressorene, og som har gjort eller gjør dette på en roligere måte enn det stressede individet”. Studier har blant annet vist at støtte rettet mot negative følelsesmessige reaksjoner grunnet belastninger på arbeidsplassen, er mest effektiv når den kommer fra overordnede eller kollegaer (La Rocco, House & French, 1980).

Generalisert støtte.

Generalisert støtte oppstår i interpersonlige relasjoner som vedvarer over tid, og gir individet en sikker base for livsutfoldelse og mestring (Dalton et al., 2007). Denne er ikke knyttet til en bestemt stressor, og kan måles gjennom begrepet ”opplevd støtte”, som omfatter i hvilken grad individet opplever den generelle kvaliteten eller tilgjengeligheten av støtte i sitt liv (Barrera, 2000).

Spesifikk støtte.

Spesifikk støtte er støtte som gis for å hjelpe individet å mestre en bestemt stressor. Denne kan være i form av emosjonell støtte, problemløsende støtte eller praktisk assistanse (Cohen & Wills, 1985). Dette samsvarer med ovenfornevnte innholdsdimensjoner ved støtte.

Faktisk versus opplevd støtte.

Ut fra dette ser vi at det er mulig å skille mellom sosial støtte i betydningen av hva man kan observere som hjelp og ivaretagelse fra det sosiale nettverket og i betydningen den subjektive opplevelsen av å ha sosial støtte og tilhørighet til sosiale nettverk, eller forvente å få dette ved behov (Sørensen, Sandanger, Dalgard & Kleiner, 2005). Ofte er ikke målinger av oppfattet sosial støtte sterkt knyttet til den faktiske støtten som mottas, og flere studier har funnet at det er den opplevde støtten som ser ut til å være mest korrelert med helse (Sørensen et al., 2005). Gottlieb (1985) drøfter om en mekanisme kan være at en person som føler seg sterkt støttet, oppnår så mye selvfølelse på grunn av dette at han ikke har behov for reell kontakt. Personen vil dermed ikke finne ut om noen i virkeligheten vil tre støttende til, og utfallet blir en bedret følelse av å mestre situasjonen på egen hånd.

Bandura (1997) peker på at personlige faktorer henger sammen med både opplevd støtte og den faktiske støtten som mottas. Han mener at selveffektivitet ikke bare medierer innvirkningen av sosial støtte på depresjon, men også fungerer som en determinant for sosial støtte. En sterk sosial effektivitet er nødvendig for å kultivere og opprettholde fordelaktige sosiale relasjoner. Omvendt påpeker Bandura (1997) også at sosial støtte kan fremme selveffektivitet. Man må ikke glemme den viktige betydningen av å motta faktisk støtte.

Positive og negative kvaliteter ved sosial støtte.

Sosiale nettverk trenger ikke i seg selv være ubetinget positive (Pancoast, 1992). Kvaliteten på de sosiale relasjonene har betydning for om de vil være støttende eller ikke. Konfliktfylte relasjoner kan i seg selv fungere som stressorer og være en av hovedårsakene til psykisk lidelse (Dalton et al., 2007). Eksempelvis er tradisjonen med familierapi et uttrykk for at relasjoner i seg selv kan virke problemskapende (Fyrand, 2005). Videre kan sosial støtte virke mot sin hensikt, og det kan være vanskelig å avgjøre hvilke handlinger som faktisk er støttende på en positiv måte (Pancoast, 1992).

Det sosiale nettverket kan også gi for mye støtte. Dalgard et al. (1995) peker på at dersom man til stadighet "overkjøres" av støtte, kan dette undergrave opplevelsen av egen kompetanse og oppleves som tilleggsstress. Studier av kroniske sykdommer, som for

eksempel schizofreni, har vist at sykdomsrelatert støtte forsterker sykerollen og fører til større avhengighet (DiMatteo & Hays, 1981). Pancoast (1992) peker videre på at det å motta støtte kan ha negativ innvirkning på individets selvbilde og selvfølelse. Kronisk sykdom fører ofte med seg at behovet for hjelp øker. Dette vil medføre en ubalanse i relasjonenes gjensidighet, og vil over tid øke sannsynligheten for at viktige deler av nettverket vil trekke seg tilbake fra pasienten (Fyrand, 2005). På den andre siden trekker kroniske pasienter seg ofte bort fra sitt eget nettverk. Når gjensidigheten endres fordi den syke får økt hjelpebehov, vil han samtidig kunne oppleve at økt avhengighet av hjelp fra andre reduserer selvfølelsen. Tilbaketrekking vil kunne fungere som en forebyggende handling for å bevare egen selvstendighet og uavhengighet og dermed sin selvfølelse (Dunbar, Ford og Hunt, 1998). Det sosiale nettverket kan også forsterke destruktiv atferd i like stor grad som konstruktiv. Det kan over- eller undervurdere betydningen av en stressor, gi feilinformasjon eller uheldige råd eller det kan oppmuntre til opprettholdelse av uhensiktsmessige former for mestring (Pancoast, 1992).

Betydning av sosial kontakt for symptomer på depresjon

Gitt det store mangfoldet av komponenter i og forhold som kan spille inn i det sosiale nettverket og den sosiale støtten, er det vanskelig å finne en modell for støtte som kan vaksinere befolkningen mot de skadelige virkningene av stress (Pancoast, 1992). Det kan imidlertid slås fast at mennesker har behov for ressurser utenfor seg selv, og det er nå et veletablert faktum i forskingsmiljøer at sosialt støttende relasjoner reduserer sårbarhet for stress, depresjon og fysisk sykdom (Bandura, 1997). Et svakt sosialt nettverk vil øke symptomene på depresjon, i det det vil medføre svekket tilhørighetsfølelse (Hovland, 2007). Opprettholdelse og bruk av et godt sosialt støttenettverk kan være en del av effektiv mestring.

Effekter

Psykoedukasjon

Psykoedukasjon som teknikk i klinisk praksis kan defineres som "den systematiske administrasjonen av informasjon om symptom, etiologi, behandling og prognose, der målet er å øke forståelse og endre atferd" (Glick, Burti, Okonogi & Sacks, 1994, s. 104, vår oversettelse). Psykoedukasjon har lenge vært anerkjent som en viktig del av konsultasjonspsykologi. Klippel og DeJoy (1984) peker på behovet for å utvide dette perspektivet, og foreslår at psykoedukasjon som metode for å lære ulike grupper mestringsstrategier kan være hensiktsmessig i et helsepsykologisk perspektiv.

Kagan, Kagan og Watson (1995) undersøkte effekten av 7 psykoedukative forebyggende modeller for stressreduksjon i en jobbsetting. Undervisningen ble gitt i grupper. Det samlede utvalget var på 373 personer, disse ble randomisert til deltakelse på ett av de syv programmene. Resultatet viste at depresjon, angst, psykologisk og fysisk stress, emosjonell utmattelse, depersonalisering, personlig oppnåelse og interpersonlig sensibilitet og arbeidsprestasjon alle ble signifikant positivt påvirket av psykoedukative program. Bedringen ble opprettholdt og i noen tilfelle til og med forbedret over en periode på 9-16 mnd. Forskerne konkluderte med at dette har store implikasjoner for psykologisk praksis, og at samfunnet kan spare store summer i form av behandlingsutgifter gjennom å fokusere på forebyggende arbeid.

Brown, Elliott, Boardman, Ferns og Morrison (2004) undersøkte effekten av en psykoedukativt seminar rettet mot depresjon. Opptil 25 personer kunne være med på hvert seminar. 44 personer var med i den samlede intervensjonsgruppen, og 39 personer var i kontrollgruppen. Resultatet var en signifikant forbedring på Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) hos intervensjonsgruppen, med en effektstørrelse på 0,46 av seminaret for personer som hadde en BDI skåre >14 før deltakelse. Det ble konkludert med at mer omfattende studier på området behøves, men at resultatene indikerer at metoden kan være en kostnadseffektiv måte å redusere de store negative konsekvensene depresjon har for individ og samfunn (Brown et al. 2004).

Lewinsohns originalkurs

Effekten av den originale utgaven av depresjonsmestringskurset (Lewinsohn et al., 1984), bestående av 12 timer, har vært undersøkt i flere studier. En av de første effektstudiene ble utført av Brown og Lewinsohn (1984), som sammenlignet en gruppe som deltok på kurset, en gruppe som mottok individuell presentasjon av kursmaterialet og en gruppe som ble presentert for kursmaterialet per telefon med en ventelistegruppe. Resultatet viste at de som mottok aktiv behandling opplevde mer klinisk bedring, målt blant annet på BDI etter 8 uker sammenlignet med en gruppe som sto på venteliste for behandling. Det ble ikke funnet forskjeller i effekt mellom de tre ulike behandlingsmetodene. Bedringen ble opprettholdt etter 1 og 6 måneder. Etter 6 måneder møtte kun 25 % av den samlede intervensjonsgruppen kriteriene for depresjon (Brown & Lewinsohn, 1984).

Cuijpers (1998) foretok en metaanalyse av 20 effektstudier av ulike varianter av Lewinsohn et al. (1984) sitt depresjonsmestringskurs. Samlet effektstørrelse for studiene hvor det var blitt benyttet en kontrollgruppe var på 0,65, $p < .001$. Da de fleste studiene som ble

gjennomgått i denne metaanalysen ikke sammenlignet depresjonsmestringskurset med andre intervensjoner direkte, sammenlignet Cuijpers (1998) effektstørrelsen med andre behandlingsformer indirekte ved å vise til Robinson, Berman og Neimeyers (1990) metaanalyse av psykoterapi for depresjon. Disse fant en samlet effektstørrelse på 0,73, $p < .05$, for psykoterapi sammenlignet med ingen behandling. Lipsey (1990) har vist at en effektstørrelse mellom 0,56 og 1.2 er høy, 0,33 til 0,55 moderat, og 0 til 0,32 liten. Både psykoterapi generelt og depresjonsmestringskurset spesielt ser med dette ut til å ha høy effektstørrelse, og Cuijpers (1998) konkluderte med at kurset er en effektiv behandlingsform mot depresjon.

Depresjonsmestringskurs i ODIN studien

I 1996 grunnla EU et stort forskningsprosjekt, Outcome of Depression International Network (ODIN), som hadde to hovedmål; å fremlegge data på prevalensen til og risikofaktorer for depressive lidelser i Europa, samt å måle effekten av to psykologiske intervensjoner på utfallet av depresjon (Ayuso-Mateos et al., 2001). En av disse intervensjonene var en modifisert form av Lewinsohn et al. (1984) sitt kurs i depresjonsmestring; kurs i forebygging av depresjon (Muñoz & Ling, 1993). Dette kurset besto av 8 samlinger, og var innholdsmessig likt kurset til Lewinsohn et al. (1984). ODIN er det første internasjonale randomiserte kontrollerte studiet av psykologiske intervensjoner mot depresjon i den generelle populasjonen (Dowrick et al., 2000).

Norge var et av landene som var med å evaluere effekten av kurset i forebygging av depresjon (Muñoz & Ying, 1993) i ODIN – studien. For å fange opp potensielle deltakere i studien ble BDI (Beck et al., 1961) brukt, mens den endelige utvelgelsen ble gjort på bakgrunn av standardiserte diagnostiske intervju (Dowrick et al., 1998). Deltakerne var mellom 18 og 65 år. Det ble til sammen i Europa holdt 11 kurs i forebygging av depresjon, med til sammen 108 deltakere (Dowrick et al., 2000). Resultatet viste at andelen som fremdeles hadde en depresjon etter 6 måneder var 14 % lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen (Dowrick et al., 2000). Etter 12 måneder var det ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen på antall som var fortsatt deprimert. Samlet effektstørrelsen for kurset var på 0,5, denne var ikke statistisk signifikant. Kurset hadde en signifikant effekt på deltakernes subjektive vurdering av funksjon, målt ved SF-36, et spørreskjema som måler subjektiv vurdering av helse på 8 skalaer (Ware & Sherbourne, 1992). Dette var statistisk signifikant på 0,05 nivå. Kurset hadde ikke statistisk signifikant effekt på utfall av BDI (Beck et al., 1961). Dowrick et al. (2000) konkluderte med at psykoedukasjon i gruppe

kan være effektiv i helsepleie og samfunnssettinger, at det reduserer alvorlighet og varighet av depressiv lidelse og at det forbedrer subjektiv mental og sosial fungering.

Kurs i Depresjonsmestring

Dalgard (2004) peker på at et problem med ODIN- studien var at det var en høy refusjonsrate, noe som gjør det vanskelig å bestemme den reelle effekten av kurset (Dalgard, 2004). En av årsakene til den høye refusjonsraten kan være at det ble rekruttert forsøkspersoner som selv ikke hadde søkt behandling (Dalgard, 2004). Dalgard (2004) ønsket på bakgrunn av disse begrensningene ved ODIN- studien å undersøke effekten av kurset hos en mer motivert gruppe forsøkspersoner. Metoden ble videreutviklet i form av at deltakerne fikk utdelt et mer omfattende kursmateriale, og at det ble lagt inn oppfølgingsmøter en, to og fire måneder etter siste gruppemøte (Dalgard, 2004). Forsøkspersonene ble rekruttert gjennom en annonse i Aftenposten våren 2001. Studien ble gjennomført som et randomisert kontrollert forsøk. Utvalget besto av 155 personer som ble vurdert å ha en klinisk depresjon, og hvor 90 % hadde en BDI skåre på over eller lik 10. Av disse ble 81 personer trukket ut til å være med i intervensjonsgruppen og 74 i kontrollgruppen.

Som effektmål ble det brukt endringer i skårer på BDI (Beck et al., 1961). BDI har vist seg å ha en høy validitet og reliabilitet (Lasa, Ayuso-Mateos, Vasquez-Barquero, Dezan-Manrique & Dowrick, 2000). For BDI er det vanlig å regne en reduksjon på seks poeng eller mer som klinisk signifikant, og grensepunktet for depresjon settes vanligvis ved en skåre på 10 (Dalgard, 2006).

Resultatene viste at kursdeltakerne hadde en signifikant større bedring enn kontrollgruppen et halvt år etter at kurset startet (Dalgard, 2004). Hos kursgruppen opplevde 69 % klinisk bedring av sin depresjon mot 37 % i kontrollgruppen, målt ved andel personer som opplevde en reduksjon på 6 poeng eller mer på BDI. Forskjellen var signifikant på 0.001 nivå. (Dalgard, 2004). Andelen deltakere som hadde BDI skåre <10 etter 6 mnd var 36 % i intervensjonsgruppen og 20 % i kontrollgruppen. Denne forskjellen var ikke statistisk signifikant. Totalt var det en reduksjon på 35 % i gjennomsnittlig skåre på BDI i intervensjonsgruppen, mot 19 % i kontrollgruppen. Forskjellen var signifikant på 0.009 nivå (Dalgard, 2006). Kursets effekt så ut til å være størst ved moderate depresjoner (skåre mellom 20 og 30 på BDI) (Dalgard, 2004). Det viste seg også at for både kvinner og menn har mesteparten av bedringen funnet sted i løpet av de første 8 ukene mens kurset varte (Dalgard, 2004). Dalgard (2004) peker på at kursets effekt ser ut til å ligge på samme nivå som tidligere

undersøkelser av psykoterapi ved unipolar depresjon (Robinson et al, 1990). Bedringen i intervensjonsgruppen var på samme nivå etter 12 måneder (Dalgard, 2006).

Egenskaper ved utvalget.

Alle kursdeltakere ble diagnostisert med unipolar depresjon, de fleste med moderat alvorlighetsgrad (Dalgard, 2006). Gjennomsnittlig varighet av depresjonen var relativt høy, da mer enn 50 % av utvalget hadde vært deprimert i mer enn to år. En høy andel (24 %) gikk eller hadde tidligere gått (44 %) i psykoterapi. 44, 4 % brukte medisiner, 16 % hadde tidligere vært medisinert for depresjon (Dalgard, 2006). Dalgard (2006) konkluderte med at kurset synes effektivt for personer med unipolar depresjon med relativt lang varighet, og der andre typer behandling har hatt liten eller ingen effekt.

Helseøkonomisk vurdering av kurs i depresjonsmestring

Nord og Dalgard (2006) peker på at det er behov for helseøkonomiske vurderinger av tiltak innenfor psykisk helsevern. De viser til tall fra studien til Dalgard (2004) om at gjennomsnittlig forbedring på BDI etter 6 måneder hos gruppen som gikk på Kurs i Depresjonsmestring var på 3,3 poeng mer enn gjennomsnittlig bedring i kontrollgruppen. Bedringen i intervensjonsgruppen etter 12 måneder var på samme nivå som etter 6 måneder. Heller ikke i den internasjonale studien var det endring i intervensjonsgruppen fra 6 til 12 måneder (Dowrick et al., 2000). Nord og Dalgard (2006) antar på bakgrunn av dette at effekten av kurset er at det gir en forkortet varighet av depresjonsperioder. De peker på at forskjellen på 3,3 BDI poengs forbedring i intervensjonsgruppen i forhold til kontrollgruppen ikke er ubetydelig, i det denne forskjellen i praksis kan bety at personen som har gjennomført kurset kan oppleve noe mindre tristhet, noe større interesse for andre, noe større glede av aktiviteter og noe mindre søvnproblemer (Nord & Dalgard, 2006).

Det ble gjennomført en kostnad -nytteanalyse basert på Nord (1996) av merforbedringen, og funnet at det å forkorte depresjonsperioden for 200 personer kan betraktes som like verdifullt som det å vinne et leveår for en person (Nord og Dalgard, 2006). Samlede kostnader per kursdeltaker anslås å ligge mellom 1500 og 2000 kroner. Til sammenligning er kostnader ved medisiner for depresjon i et halvt år ca 4-5000 kroner (Nord og Dalgard, 2006). Det påpekes at den helsemessige effekten av kurset kan gi noe gevinst i form av redusert sykefravær, men at størrelsen på gevinsten er vanskelig å anslå. Imidlertid hevdes det at unngått produksjonstap lett vil overstige kostnader ved kurset selv ved en beskjeden nedgang i sykefravær, slik at det er grunnlag for å mene at kurset gir

økonomisk nettogevinst for samfunnet i tillegg til den helsemessige gevinsten for enkeltindivider (Nord & Dalgard, 2006).

Oppmerksomt nærvær

I denne delen av oppgaven vil et åtte ukers kurs, kalt Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression (MBCT), bli presentert. Dette bygger på prinsippene bak mindfulness, på norsk kalt oppmerksomt nærvær, og kognitiv terapi. Vi vil her gi en innføring i begrepet oppmerksomt nærvær. Deretter beskrives innholdet i MBCT- kurset og tilslutt oppsummeres en del funn som er gjort på effektene av kurset.

Bakgrunn

Mindfulness, eller oppmerksomt nærvær, som er den norske oversettelsen av begrepet, stammer fra den buddhistiske kultur i Asia. Meditasjon har her vært brukt i flere tusen år for å fremdyrke en bestemt form for bevissthet.

Jon Kabat-Zinn og hans kollegaer har vært viktige drivkrefter for å innføre metodene til vestlig medisinsk praksis. Allerede i 1979 startet Kabat-Zinn et stressreduksjonsprogram, kjent som MBSR, eller Mindfulness-Based Stress Reduction program, i USA. Dette er foranket i mindfulness meditasjonspraksis (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007).

I Norge forskes det på effekten av å anvende øvelser fra buddhistisk praksis, såkalt oppmerksomhetsmeditasjon, på psykiske lidelser (Vøllestad, 2007). Oppmerksomhetsmeditasjon er objektfri, det vil si at man under en slik form for meditasjon ikke fokuserer på et ytre objekt eller på et mantra, slik det gjøres i mange andre former for meditasjon.

Oppmerksomt nærvær har vært kalt den tredje bølge innenfor den kognitiv atferdsterapeutiske tradisjon. Den første bølgen var behaviorismen. Denne retningen startet rundt år 1912 og var sentral i flere tiår fremover. Fra slutten av 1950-årene og utover begynte så det kognitive aspektet innen psykologien å gjøre seg sterkt gjeldende. Med dette var den andre bølgen et faktum.

Mennesker og menneskers sinn er mangfoldig og mye er ennå uavklart i forhold til hvordan en fungerer. Utvikling og integrering av nye aspekter i gjeldende teorier avspeiler dette. Segal et al. (2002) eksemplifiserer noe av dette. De gikk fra å anta at nøkkelfaktoren til bedring i kognitiv terapi er endret grad av tro på egne tanker og holdninger, til å mene at nøkkelfaktoren er å kunne innta et mer desentrert perspektiv til egne tankemønstre. Dette baserte seg på funn fra ulike studier som omhandlet virksomme faktorer i kognitiv terapi,

deriblant studien til Ingram og Hollen (1986). Det skulle altså ikke være nødvendig å endre innholdet i tankene, men kun hvordan en forholder seg til tankene, for å oppnå bedring.

Det var på bakgrunn av dette at Segal et al. (2002) ønsket å utarbeide en ny form for terapi. Denne skulle blant annet baseres på å oppøve evne til desentrering. De fant i Kabat-Zinn sitt tidligere nevnte Mindfulness-Based Stress Reduction program (MBSR), flere faktorer som gjorde dette til et interessant utgangspunkt for dem. For det første krever det å utføre øvelsene deltakernes oppmerksomhet, noe som tar opp kapasitet i en allerede begrenset informasjonsprosesseringskanal. Det blir på denne måten mindre kapasitet igjen til grubling. For det andre kan øvelse på å bli mer oppmerksom til egne tanker, følelser og kroppslige sensasjoner fungere som et tidlig varslingsystem i forhold til nye episoder med depresjon. Dette ville gi mulighet til å stoppe grublingen før den utviklet seg til en depresjon. For det tredje var programmet tids- og kostnadsbesparende da undervisningen ble gitt i grupper.

MBSR-programmet bygger, som tidligere nevnt, på teknikker hentet fra buddhistisk praksis; såkalt oppmerksomhetsmeditasjon. Man blir i tillegg gjennom MBSR-programmet oppfordret til å innta et videre perspektiv til egne tanker og å observere tankene med interesse og nysgjerrighet etter hvert som de oppstår. Dette skal gi en mulighet til å se tankene kun som tanker og ikke som "en selv" eller "virkeligheten". Og veldig viktig; det blir lagt vekt på å innta en ikke-kritisk og mild holdning til en selv. Selvkritikk er som kjent et vanlig symptom hos mennesker med depresjon (Beck, 1970).

(Segal et al., 2002) utviklet på bakgrunn av dette Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression; heretter kalt MBCT. Kurset er basert på bruk av de samme teknikker som brukes i MBSR. I tillegg anvendes prinsipper fra kognitiv terapi. Det legges stor vekt på desentrering i forebygging og behandling av depresjon i dette kurset.

Begrepsavklaring

Det finnes mange forsøk på å utdype hva begrepet oppmerksomt nærvær innebærer. Vi vil i det følgende komme inn på ulike beskrivelser og definisjoner.

Oppmerksomt nærvær er, Williams et al. (2007), en form for bevissthet som oppstår gjennom å vie noe oppmerksomhet, med hensikt, i nået. Videre å ha et ikke-dømmende, aksepterende forhold til ting slik de er akkurat nå. Eksempler som nevnes på hva man kan rette oppmerksomheten mot, er ting man tar som en selvfølge eller ignorerer til vanlig. Dette kan være grunnleggende komponenter av ens erfaring, som hvordan en føler og hva en tenker på. Dette vil med andre ord si å vie oppmerksomhet til ting akkurat slik de er, i et gitt øyeblikk, istedenfor å fokusere på hvordan man ønsker at ting skulle vært.

Videre beskriver Williams et al. (2007) oppmerksomt nærvær som intensjonelt. Ved å kultivere oppmerksomt nærvær kan man bli mer oppmerksom på nået og på hvilke valg som faktisk er tilgjengelige for en. I kontrast er grubling ofte en automatisk reaksjon som lett kan utløses av ulike hendelser som oppstår. Noe som kan føre til uoppmerksomhet. For det andre beskrives oppmerksomt nærvær som en nysgjerrig, utforskende holdning til erfaring i nået. Dette i motsetning til når man grubler, hvor man er opptatt av tanker og abstraksjoner som er langt vekk fra direkte erfaring. Grubling fører ofte tankene til fortiden eller til en imaginær fremtid. For det tredje beskrives oppmerksomt nærvær som en ikke-dømmende tilstedeværelse. Det gir en mulighet til å se ting slik de er, i nået, og å tillate dem å være akkurat slik. Det å evaluere og bedømme noe som ”godt” eller ”dårlig” impliserer at en selv, eller ting rundt en, måles opp mot en indre eller ytre standard. Dette kan virke som et middel for å kunne leve et bedre liv eller for å bli bedre mennesker. I virkeligheten fungerer det gjerne som en indre kritiker som aldri blir fornøyd.

En mulig beskrivelse av begrepet oppmerksomt nærvær kan også være ”heartfulness” ifølge Williams et al. (2007). Dette fordi oppmerksomt nærvær handler om en medfølende form for oppmerksomhet.

Bishop et al. (2004) har foreslått en tokomponentmodell for oppmerksomt nærvær. Den ene komponenten har med selvregulering av oppmerksomheten å gjøre. Dette innebærer å holde oppmerksomheten på det som skjer her og nå og å kunne skifte tilbake til et her og nå fokus når dette forsvinner fra bevisstheten. Videre er det et mål å ha en ikke-bearbeidende bevissthet på tanker, følelser og kroppsformennelser. Den andre komponenten innebærer at man har en bestemt holdning til både positive og negative opplevelser en har. Denne holdningen kjennetegnes av aksept, åpenhet og nysgjerrighet.

Martin (1997) mener også at oppmerksomt nærvær er mye mer enn bare å være oppmerksom eller å være oppmerksomt nærværende uten distraksjon. En definerende karakteristikk ved oppmerksomt nærvær er, i følge ham, en fraværende binding til et bestemt syn eller en bestemt oppfatning. Han mener dette i sin tur vil gi en form for psykologisk frihet, både fra ulike andres syn, men også en frihet fra egne vanemessige syn på en selv og verden.

Martin (2007) diskuterer også muligheten for at det finnes ulike former for oppmerksomt nærvær som hver for seg korresponderer best med henholdsvis psykodynamisk terapi og kognitiv - atferdsterapi. Han mener dette gir en bedre forståelse for hvilken rolle oppmerksomt nærvær spiller i de to ulike orienteringene innen psykoterapi. I sin videre beskrivelse kommer han inn på at dette ikke er to distinkt ulike former for

oppmerksomt nærvær, men heller må sees på som to ytterpunkter på et kontinuum. Han beskriver på den ene siden en form for åpen oppmerksomhet som fremmer innsikt, noe som korresponderer godt med en psykodynamisk orientering. På den andre siden av kontinuumet finnes en mer fokusert form for oppmerksomhet. Denne sistnevnte formen fremmer handling, noe som er en sentral del av den kognitiv - atferdsterapeutiske tradisjonen (Hawton et al., 1989).

Nilsonne (2005) mener at oppmerksomt nærvær består av fire hjørnesteiner. Den første hjørnesteinen består av det å observere. Dette innebærer å være oppmerksom på hendelser, følelser, tanker og reaksjoner. På denne måten tillater man seg å leve i nuet. Den andre hjørnesteinen har å gjøre med det å kunne beskrive det som skjer oss. Det innebærer å kunne sette ord på det vi er oppmerksomme på og å kunne skille mellom reaksjonene våre og det som utløser dem. Videre det å kunne betrakte tanker og følelser som de subjektive refleksjonene de faktisk er i ulike situasjoner og hendelser. Den tredje hjørnesteinen består av det å ikke være dømmende. Med dette mener hun at man skal kunne observere og beskrive uten å henge fast i verdivurderinger som ”godt” og ”dårlig”. Man skal i stedet være oppmerksom på handlinger og konsekvenser. Den fjerde og siste hjørnesteinen i oppmerksomt nærvær er, i følge Nilsonne, det å delta. Dette innebærer å delta smidig og spontant i det som skjer rundt oss uten å ha oppmerksomheten rettet mot en selv.

Det bildet Nilsonne (2005) har hatt mest nytte av for å forstå det oppmerksomme nærværet, er et bilde av en indre teaterscene. Man kan forestille seg at alt man er oppmerksom på, føler og tenker foregår på denne indre scenen og at man selv sitter rolig som tilskuer og bivåner det hele, mer eller mindre oppmerksomt.

Kåver (2005) på sin side er opptatt av aksepteringens rolle i det oppmerksomme nærværet. Hun mener oppmerksomt nærvær og aksept henger tett sammen og er hverandres forutsetninger. Det kan være vanskelig å være oppmerksomt nærværende uten samtidig å akseptere det som skjer i nået. Å akseptere lidelse er utfordrende, men lidelse er også en del av livet. Å kjempe imot lidelsen, for mye og for lenge, får gjerne den følge at lidelsen blir værende. Mange mennesker benytter seg av ulike fluktmetoder for å slippe å kjenne på det som føles vanskelig. Både rusmidler, arbeid, trening, mat, shopping og forneking kan fungere til slikt bruk. Sistnevnte måter å reagere når vansker og stress oppstår, kan ses på som uhensiktsmessige.

Budskapet til Kåver (2005) er ikke at man skal la være å arbeide eller å aktivisere seg. Det er derimot at man vil få det bedre hvis man ikke prøver å kontrollere det som ikke lar seg kontrollere. Nemlig det faktum at livet, foruten lykke, også består av lidelse. Hun mener at en

mer effektiv strategi er å tro på og strebe etter lykke samtidig som en møter og aksepterer det som er vanskelig.

Videre er Kåver (2005) opptatt av forholdet mellom det å endre og det å akseptere. Tradisjonell terapi er i hovedsak endringsorientert. Det kan virke paradoksalt innen psykoterapeutisk praksis å skulle akseptere uten å endre. Innebærer da det å være oppmerksomt nærværende og aksepterende at man ikke skal jobbe for å endre det som oppleves vanskelig? Kåvers påstand er at det å akseptere kan være første skritt på veien til endring. Hun definerer aksept som ”å velge å se, ha og holde ut med både den indre og den ytre virkeligheten uten å flykte fra, unnvike, forvrengte eller dømme den, og å handle ut fra denne virkeligheten på en effektiv måte og i overensstemmelse med dine verdier og mål” (Kåver, 2005, s. 62). På bakgrunn av dette ser man at det å handle også er en del av det å akseptere.

Hun mener videre at det å akseptere vi si å innta både en passiv og en aktiv rolle samtidig. Det vil si å samtidig stoppe opp og å gå fremover i ett og samme øyeblikk. I utgangspunktet virker dette uforenelig, men i følge Kåver er dette to sider av samme sak. Hun påpeker at det å akseptere kan være en høyst aktiv handling for å fremskynde en utvikling i ønsket retning. I noen tilfeller kan ikke-handling være det mest hensiktsmessige. Hun mener videre at hvis noen skal kunne si at de aksepterer noe, vil aksepten vanligvis måtte omsettes i handling. På den annen side må man vanligvis ha akseptert en situasjon for å kunne handle mest mulig effektivt i forhold til den. Aksept og handling blir på denne måten forutsetninger for hverandre. Hennes påstand er at man blir mer positiv, avslappet, fleksibel og kreativ i forhold til å finne løsninger på sine problemer med en aksepterende innstilling i utgangspunktet.

For å kunne være tilstede i øyeblikket, hele tiden, er det en forutsetning å også kunne forholde seg til vanskeligheter som oppstår. Det varierer i hvilken grad livet oppleves godt eller problematisk for den enkelte. Men alle har både gode og vonde opplevelser i løpet av sitt liv. Som Kåver (2005) fremholder, vil en aksepterende holdning gjerne være mer fruktbar enn det å prøve å unngå vanskelighetene.

Kroese (personlig kommunikasjon, 20. januar, 2007) mener ordet ”konstatere” til en viss grad bedre kan beskrive hva som menes med aksept i denne sammenheng. Man skal ikke akseptere det urimelige, men må likevel forholde seg til det som er fakta i en situasjon. Enda klarere kan det muligens bli hvis man tenker seg det motsatte av å skulle konstatere; å ikke konstatere. Hvordan skal man kunne forholde seg konstruktivt til en situasjon hvis man ikke

først konstaterer situasjonens fakta og hvordan dette har opplevdes? Dette også har likhetstrekk med Kåvers syn.

Utfordringen mellom aksept og endring kan i all form for psykoterapi bli et tema. Det er ikke en unik problemstilling for MBCT. Det at temaet problematiseres her, vil også kunne komme andre terapiformer til gode.

Årsaker til depresjon i følge dette perspektivet

Williams et al. (2007) mener at årsaken til vedvarende og tilbakevendende depresjoner er at personen reagerer på egne vanskelige følelser med aversjon. Det er naturlig å reagere med tristhet når man opplever noe man synes er vanskelig. I slike situasjoner kan det være vanskelig å unngå at en tenker på lignende hendelser fra fortiden og at ens tanker blir selvkritiske. Dette skjer ofte automatisk ved at gamle tankemønstre aktiveres (Bower, 1981). Det er, i følge forfatterne, når personen prøver å unnsnippe sine vanskelige tanker og følelser, at problemene oppstår. Forsøk på å unngå det vanskelige, fører ofte personen inn i endeløs grubling for å finne mulige årsaker og løsninger på problemene. Slik intens negativ tenkning kan ende i en depresjon.

Williams et al. (2007) fremhever også depresjonens anatomi og dens fire nøkkeldimensjoner; følelser, tanker, kroppssensasjoner og atferd. Det er gjennom disse fire dimensjonene man responderer til livets hendelser. For å forstå depresjonen, må man forstå hvordan disse interagerer med hverandre. Når man føler seg veldig deprimert, vil et skred av følelser, tanker, fysiske sensasjoner og atferd aktiveres. Bakgrunnen kan være opplevelse av tap, separasjon, avvisning eller annen form for tilbakeslag som bringer med seg en følelse av ydmykelse eller nederlag. Slike følelser er viktige deler av livet. De gir signal til en selv og andre om at man har det vanskelig og at noe uønsket har skjedd. Men hvis tristheten går over til endeløs negativ tenkning og grubling kan dette, som tidligere nevnt, føre til depresjon. Den negative tenkningen kan generere spenning, smerter og utmattelse. De negative følelsene vil forsterke seg hvis man kutter ut aktiviteter som tidligere har gitt glede, slik som å treffe venner og familie. Følelser, tanker, fysiske sensasjoner og atferd er alle deler av en depresjon. Hver av de fire komponentene kan utløse den nedadgående spiralen og hver av delene kan nære og forsterke de andre komponentene. Denne prosessen fører til at tilstanden i sinnet, som holder personer triste og sårbare for depresjon, blir stadig sterkere. Også i KiD påpekes det hvordan de ulike komponentene i en depresjon kan påvirke hverandre.

Forebygging av depresjon ved MBCT

Gjennom MBCT lærer man å forholde seg annerledes til egne vonde tanker og følelser. Dette gjøres blant annet ved å innarbeide en tilstand i sinnet kalt "being mode".

"Doing mode" og "being mode"

Williams et al. (2007) mener at sinnet kan inneha to ulike tilstander. Disse er henholdsvis "doing mode" og "being mode". Og fremholder "being mode" som den anbefalte tilstanden.

I "doing mode" vil sinnet raskt starte analyser for å finne ut hva som har gått galt hvis noe oppleves vanskelig. Analysene består gjerne av spørsmål som "hva er galt med meg?", "hvorfor reagerer jeg alltid på denne måten?", "hvorfor kan jeg ikke forholde meg til hendelser på en bedre måte?", "hvorfor har jeg problemer som andre mennesker ikke har?" og lignende selvkritiske tanker. Neste trinn i "doing mode" er å finne ut hva som kan gjøres for å fikse på det som er galt. En slik grubling blir gjerne i neste omgang en del av problemet.

I "being mode" jobber sinnet gjennom bevisstheten. Det legges vekt på at man erfarer på flere måter enn gjennom tenkning alene, blant annet gjennom sansene og via intuisjon. Man er seg bevisst egen tenkning og forholder seg til tanker, følelser og kroppssensasjoner som oppstår i øyeblikket, når de oppstår. Man prøver ikke å flykte unna det som kjennes vondt, men forholder seg til det slik som det kjennes. Uten å analysere det videre i håp om å finne en årsak og en løsning slik at man kan slippe bort fra det vonde.

I "being mode" erkjenner man også at livet består av vonde opplevelser og forholder seg til dem. Samtidig er det viktig å inneha en mild holdning til en selv hvor man prøver på best mulig måte å gi seg selv omsorg når livet føles vanskelig. "Being mode" er slik en totalt annerledes måte å erfare ting på enn gjennom tenkning i "doing mode". Det gir mulighet for en ny måte å leve livet på, gjennom å forholde seg på en annen måte til stress, tanker, følelser og kroppsfornemmelser. "Being mode" kan slik avhjelpe problemene som "doing mode" skaper.

Hva man kan oppnå ved å kultivere "being mode" av bevisstheten.

- "Komme ut av hodet" og oppleve verden direkte, uten stadige kommentarer fra egne tanker. Åpne en selv for de endeløse muligheter for lykke som livet tilbyr en.
- Se på egne tanker som mentale hendelser som komme og går i sinnet på lik linje med skyer som svever over himmelen. Ikke se på tankene som sannheter. Innse at tanker

som ”jeg er ikke god nok” bare er en tanke - og ikke sannheten. Noe som kan gjøre det lettere å ignorere tanken.

- Starte med å leve her og nå, i hvert øyeblikk. Når man stopper å dvele ved fortiden og bekymre seg for fremtiden, åpner man opp for store mengder av informasjon som man tidligere har gått glipp av. Slik informasjon kan hjelpe en til å unngå en nedadgående spiral.
- Koble ut autopiloten i hodet og bli mer bevisst en selv - gjennom sansninger, følelser og sinnet - noe som kan hjelpe en til å handle på en måte som en virkelig ønsker. På denne måten kan man bli en mer effektiv problemløser.
- Få litt avstand til den strøm av mentale hendelser som trekker en ned. Kunne gjenkjenne på et tidligere tidspunkt de situasjoner hvor sannsynligheten er stor for at en ny episode med depresjon kan utvikle seg. Respondere mer hensiktsmessig enn tidligere for å unngå dette.
- Unngå å forsøke å tvinge frem endringer i livet, selv om man ikke har det så bra akkurat for øyeblikket. Innse at ved å ønske livet annerledes enn hva det er akkurat nå, er hvor grublingen starter (Williams et al., 2007).

Det som skjer når man reagerer på egne negative tanker og følelser med aversjon, er at området i hjernen som er involvert i fysisk unngåelse, underkastelse og defensivt angrep, blir aktivert. Med en gang dette skjer, aktiveres kroppen som om den gjør seg klar til å flykte eller forsvare seg. Samtidig fokuserer sinnet på hvordan bli kvitt følelsen av tristhet (Williams et al., 2007). Dette vil føre til at bevissthet og erfaring med omgivelsene rundt en innsnevres betraktelig. Det kan da være vanskelig å se hvilke mulige valg som faktisk er tilgjengelige for en. Ved å, i stedet, forholde seg til smerten slik den kjennes, uten å forsøke å unngå den, vil opplevelsen kunne bli en helt annen. Man vil blant annet lettere kunne se de ulike aspektene ved situasjoner og i tillegg være mer åpen for alternative tolkninger av virkeligheten. På denne måten vil det også kunne være lettere å se hvilke muligheter og valg man har tilgjengelig

MBCT og stress

Som tidligere nevnt, kan stress beskrives som en alarmreaksjon på bakgrunn av en opplevd avstand mellom det som forventes og det som faktisk skjer (Haukedal, 2001). For at stress skal utvikle seg til negativt stress, såkalt tonisk stress, innebærer dette videre at personen opplever et misforhold mellom kravene fra omgivelsene og egen mulighet til å

mestre disse. Noe som kan føre personen inn i en vedvarende bekymringstilstand, preget av automatisk negativ tenkning. Hvis personen i stedet klarer å være i nuet, uten å bekymre seg over mulige konsekvenser av å ikke mestre situasjonen, frigjøres mye kapasitet i en begrenset informasjonsprosesseringskanal. På denne måten vil tilgjengelig kapasitet kunne brukes til å se hvilke mulighet som faktisk finnes i situasjonen, heller enn til negativ tenkning. Noe som vil kunne redusere det toniske stresset. Det bør heller ikke glemmes at mange av øvelsene i MBCT er hentet fra MBSR, som er et stressreduksjonsprogram.

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) mot depresjon - 8 ukers kurs

Vi vil i denne delen av oppgaven gå gjennom formålet med kurset, de viktigste emnene i MBCT, hva som kan læres og behandlingsmodellen.

Formålet med kurset

I følge Segal et al. (2002) er det grunnleggende formålet med et MBCT-kurs å lære tidligere deprimerte nye ferdigheter som kan brukes til å forebygge og forhindre nye episoder av depresjon. Dette gjøres blant annet gjennom å lære deltakerne teknikker for å bli mer oppmerksom på kroppslige fornemmelser, følelser og tanker, fra øyeblikk til øyeblikk, slik at de på denne måten kan lære nye måter å forholde seg til disse på. Det blir her spesielt lagt vekt på bekreftelse og aksept av uønskede følelser og tanker. Dette som motstykke til det som tidligere kan ha vært vanemessige og automatiske måter å reagere på, som igjen har fått vanskelighetene til å vedvare. Tilslutt legges det vekt på å lære deltakerne å velge den mest hensiktsmessige måten å reagere på når ubehagelige tanker, følelser eller situasjoner oppstår.

De viktigste emnene i MBCT

Under følger en oversikt over hvilke emner som er viktige i kurset:

- Å forebygge at et mønster av negativ tenkning konsolideres. Dette for å unngå at negativ tenkning eskalerer en negativ stemning slik at en depressiv reaksjon oppstår. Å unngå negativ stemning er ikke et mål i seg selv, men heller å forhindre at negativ tenkning går over i vedvarende grubling og depresjon.
- Det er viktig å erkjenne at negativ tenkning er basert på gamle, automatiske, kognitive rutiner som er motivert av ønsket om å unngå negativ stemning eller en vanskelig livssituasjon. Innse at disse lite hjelpsomme rutinene vedvarer fordi personen befinner seg i et kognitivt modus karakterisert av følgende kjennetegn:

- Styr av automatpilot på bakgrunn av tidligere innøvde måter å tenke på. Dette kan også ha sammenheng med personens tilknytningshistorie
- Drevet av et sterkt ønske om å unnsnippe negativ stemning og å kunne føle seg lykkelig. Liten toleranse for negative livshendelser
- Konstant sammenligning av nåværende tilstand med ønsket tilstand. Altså stadige evalueringer av situasjonen her og nå
- Størst tillitt til verbale problemløsningsteknikker. Endringsopptatt
- Den viktigste ferdigheten er å lære hvordan man trer ut av, og forblir værende ute av, disse kognitive rutineene. Man må lære å frigjøre seg selv fra den tilknytning og aversjon som driver dette tankemønsteret. Det er de stadige forsøkene på å unnsnippe det vanskelige og ønsket om å ha det godt som driver den negative sirkelen. Målet med kurset er frihet, ikke lykke, avslapning og lignende. De sistnevnte tilstandene kan likevel oppstå som gode bieffekter.
- Myndiggjøring ansees også som essensielt. Dette underbygges blant annet ved at deltakerne i størst mulig grad selv får erfare hvordan teknikkene virker. Deltakerne bør oppmuntres til å gi tilbakemelding etter hver øvelse de gjennomfører og kursleder på sin side bør være konkret og spesifikk i sine tilbakemeldinger og instruksjoner. Videre bør kursleder stille åpne spørsmål som gir deltakerne mulighet til å utrykke tvil, vansker og reservasjoner. Ellers er det viktig å høre hvordan deltakerne følger opp øvelsene hjemme og å hjelpe dem til å relatere øvelsene til tema som er personlig viktige for dem. Det er også et poeng å finne en balanse mellom instruksjoner som forteller at man "ikke skal ha forventninger" (noe som kan virke umotiverende hvis det legges for mye vekt på), og troen på at det kan skje viktige endringer ved å gjennomføre øvelsene. Tilslutt er det viktig å oppmuntre til nysgjerrighet i forhold til erfaringer deltakerne gjør seg under praksis, også når disse kan virke kjedelige eller negative.
- Det å lære seg disse ferdighetene krever gjentatte erfaringer, gjerne flere tusen. Kursdeltakerne må derfor øve på egen hånd mellom kursdagene, og være klar over at mesteparten av lærdommen vil oppstå utenfor kurslokalet. Videre er det viktig å legge vekt på at selv erfaring med ganske harmløse automatiske tanker, følelser og kroppssensasjoner vil bygge opp ferdighetene slik at man står bedre rustet til å forholde seg til depressivt materiale ved en senere anledning (Segal et al., 2002).

Hva man kan lære ved å praktisere øvelser fra MBCT

Ved å praktisere øvelsene i MBCT jevnlig vil man, i følge Segal et al. (2002), oppnå en bedret evne til å konsentrere seg. Noe som kan synes svært viktig, siden konsentrasjonsproblemer er et vanlig symptom ved depresjon. Man vil også lære å bli mer oppmerksom på egne tanker, følelser og kroppslige fornemmelser. Skal man kunne jobbe for å gi slipp på negative mønstre fra fortiden, er første skritt på veien å bli oppmerksom på at man har dem. Det vil også kunne frigjøres energi som tidligere har vært brukt på å opprettholde negative mønstre, noe som vil kunne gi mer kreative prosesser gjennom det som oppleves vanskelig.

Et hovedpunkt er å lære å være mer tilstede i øyeblikket (Segal et al. 2002). På denne måten blir det mindre tid igjen til å gruble over ting fra fortiden eller å bekymre seg over mulige fremtidige hendelser. Gjennom praktisering av øvelsene i kurset, vil deltakerne oppnå en bedret evne til desentrering, noe som vil kunne gjøre det enklere å bli mer oppmerksom på egne tanker, følelser og kroppssensasjoner. Det blir videre lagt vekt på å gi deltakerne en øket evne til aksept/ikke-aversjon og en form for vennlig oppmerksomhet til det som er, i motsetning til en stadig evaluering av situasjoner, tanker, følelser og kroppssensasjoner i ”god” eller dårlig”. Dette vil i sin tur kunne føre til et mer realistisk syn på situasjoner eller indre opplevelser, slik at man ikke bare responderer til de aspekter ved situasjoner som trigger en mest. Man vektlegger også å lære deltakerne større evne til å la ting passere, også det som oppleves vanskelig. Dette kan være til stor hjelp for ikke å havne inn i negative sirkler og for å komme seg ut av slike.

Videre er det et poeng å være mer i ”being mode” enn i ”doing mode” (Segal et al. 2002), noe man tenker vil bli et resultat ved å følge et MBCT kurs. Ved å være mer i ”being mode” vil man unngå å være for målorientert og å søke en bestemt form for sinnstilstand, som for eksempel lykke, avslapning, fred eller lignende. I følge forfatterne er alle de negative mønstrene man har, varianter av ”doing mode”. Man er i ”doing mode” opptatt av å oppnå bestemte mål og å evaluere nåværende tilstand i forhold til ønsket tilstand. Ved å selv kunne styre det å tre inn i ”being mode”, vil man kunne unngå at de depressive ”doing” rutinene trer i kraft.

Til slutt øver man på å gi oppmerksomhet til manifestasjonen av et problem slik det kommer til uttrykk i kroppen (Segal et al. 2002). Dette gir en anledning til å trekke tilbake den energien som brukes på lite hjelpsomme, automatiske (målorienterte) rutiner styrt av ”doing mode”. Samtidig fortsetter man å prosessere problemet (for eksempel ved å ikke forsterke følelsen av aversjon) og lar det som skjer, skjer. Dette uten forstyrrende tanker om

hvordan minimere diskrepans mellom nåværende og ønsket tilstand og uten å strebe etter å oppnå et mål eller å løse problemet.

Behandlingsmodell

For å kultivere evnen til å bli mer oppmerksomt nærværende, er det utviklet et 8 ukers kurs. Dette er ment å skulle gi deltakerne et verktøy som kan brukes til å forebygge nye depresjonstilstander. Man legger her vekt på at det er hvordan man forholder seg til egne tanker og følelser som er det vesentlige. Og ikke det å endre selve tankeinnholdet. Videre ser man det som grunnleggende å utvikle en ikke-dømmende holdning til en selv. Det anbefales at dem som deltar på et slikt kurs ikke er klinisk deprimert på nåværende tidspunkt. Dette fordi det da kan være for krevende å skulle lære seg teknikkene som inngår i kurset.

På et MBCT-kurs lærer man hvordan man skal være oppmerksom, med hensikt, i hvert øyeblikk, uten å være dømmende. Det å lære å være oppmerksom er fokuset i de fire første sesjonene. Deltakerne lærer hvor lite oppmerksomme de er i sitt daglige liv og videre hvor raskt hjernen hopper fra et tema til et annet. Det blir lagt vekt på å bringe oppmerksomheten tilbake til ett enkelt fokus når sinnet vandrer. Dette gjøres først ved å fokusere på deler av kroppen, siden ved å fokusere på pusten. Deltakerne lærer også at når sinnet vandrer fra tema til tema, kan dette forårsake at negative tanker og følelser oppstår.

Det å forholde seg til svingninger i humøret, enten i nåtid eller senere, er fokuset for sesjon fem til sesjon åtte. Hver gang det oppstår en negativ tanke eller følelse hos deltakerne, oppfordrer instruktøren dem til å la tanken eller følelsen være tilstede, akkurat slik den oppleves.

Deretter kan det tas i bruk spesifikke, gode, strategier for å respondere. Dette gjøres ved at deltakerne først gir sin fulle oppmerksomhet til egne tanker og følelser og bekrefter dem. Videre flyttes oppmerksomheten til pusten for ett til to minutter før oppmerksomheten utvides til å omfatte hele kroppen. Denne øvelsen, The Three-Minute Breathing Space, sees på som det essensielle første skritt når ulike vanskeligheter oppstår. Neste skritt er å velge hvordan best respondere. En kan velge å respondere med en gang, eller senere, ved å se på følelsen eller tanken bare som en følelse eller tanke, og så la den passere. Eller en kan velge å forholde seg til tanken eller følelsen ved å legge merke til hvilken del av kroppen den affiserer. Man bringer så sin oppmerksomhet til denne delen av kroppen ved å bruke pusten til å åpne og myke opp for fornemmelsen heller enn å stramme til i området.

Et annet alternativ er å forholde seg til vanskelighetene ved å velge handlinger som tidligere har vist seg å gi noe glede eller følelse av mestring. Det legges i alle tilfeller vekt på

fleksibilitet i hvordan man forholder seg. Det viktigste er å stoppe opp og være seg oppmerksom på hva som faktisk skjer i øyeblikket.

En hel kursdag settes av til å lære teknikker for å best mulig ta vare på en selv. Foruten ulike meditasjonsøvelser, inngår det blant annet utforskning av forholdet mellom trening og humør. Videre lages det en liste over hyggelige aktiviteter og aktiviteter som personen tidligere har opplevd å mestre. Deltakerne oppmuntres også til å bli mer oppmerksomme på egne unike varselsignaler på depresjon og til å utvikle spesifikke handlingsplaner for hva som kan gjøres når disse signalene melder seg (Segal et al., 2002).

Etter avsluttet kurs møtes deltakerne igjen fire ganger i løpet av året etter at kurset er gjennomført. Dette for å evaluere hvordan det går.

Segal et al. (2002) oppsummerer noe av forskjellen mellom behandling basert på prinsippene for oppmerksomt nærvær og ulike andre former for behandling. Innen tankegangen bak oppmerksomt nærvær ansees det som vesentlig å oppøve en tilstand i sinnet preget av tilstedeværelse i nuet. Med andre ord å være i "being mode". Det å kunne forholde seg til indre og ytre hendelser slik de er, uten å gjøre forsøk på å endre disse, utgjør en vesentlig del av behandlingen. Dette vil i sin tur kunne føre til at man ser situasjoner klarere og på den måten finner bedre måter å respondere på. Man har altså ikke endrings- og løsningstilnærminger som del av selve behandlingen, men tenker likevel at dette kan bli et resultat av å utføre teknikkene det undervises i.

Kursets innhold - hvordan og hvorfor.

Kurset består av åtte sesjoner, en gang pr uke i åtte uker. Hver av sesjonene varer i to timer. Klassestørrelse vil avhenge av tilgjengelige fasiliteter, men Segal et al. (2002) brukte klasser med opp til 12 deltagere. Det påpekes at hvis klassene blir for små, vil det kunne bli problematisk. Dette fordi gruppene da lett vil ende opp som terapigrupper og man mister derved "klassemoduset".

Kurset er videre basert på utførelse av hjemmelekser, minst en time hver dag, seks dager i uken. Dette vil pågå i hele 8-ukersperioden som kurset varer og innebærer blant annet å praktisere de ulike øvelsene som læres på kurset og å lytte til ulike CD-er med kursinnhold (Segal et al., 2002). Det ansees som essensielt, som tidligere nevnt, at deltakerne selv erfarer hvilken virkning det har å praktisere øvelsene.

Potensielle deltakere til kurset gjennomgår et intervju på ca en time. På bakgrunn av dette selekteres egnede kursdeltakere. Intervjuet er blant annet basert på tidligere tilsendt informasjonsmateriale hvor man kort har informert om noen aspekter ved depresjon og om 8-

ukerskurset. I følge Segal et al. (2002) er det videre formålet med intervjuet å finne ut mer av hvilke faktorer som har bidratt til utvikling og vedlikehold av depresjon hos den enkelte. Man informerer også noe om bakgrunnen for MBCT og utforsker med hver enkelt pasient hvordan MBCT kan være til hjelp for akkurat ham eller henne. Det legges også vekt på å informere om at det å delta på et MBCT kurs vil innebære stor innsats og utholdenhet av pasienten i de åtte ukene kurset varer. Tilslutt kartlegges det om den enkelte pasient kan dra nytte av kurset på det inneværende tidspunkt. Hvis pasienten er suicidal og ikke samtidig mottar annen form for terapi, eller hvis vedkommende misbruker alkohol eller narkotika, er ikke et MBCT kurs å anbefale.

I kurset undervises det blant annet i ulike avspennings-, meditasjons- og yogaøvelser i tillegg til pusteteknikker. Nedenfor følger en beskrivelse av noen av øvelsene:

- Body scan. Her ligger personen på ryggen med øynene lukket hvis mulig. Oppmerksomheten fokuseres så etter tur på de ulike delene av kroppen.
- Sittende meditasjon. Her fokuseres det på pust og kroppssensasjoner.
- Gående meditasjon. Man benytter her gange i ulike hastigheter og det legges vekt på å registrere hvordan det føles å gå, helt ned til den minste fysiske fornemmelse og bevegelse.
- Forsiktige yogaøvelser. Man fokuserer her på kroppslige fornemmelser som følge av øvelsene.
- The Three-Minute Breathing Space. Man stopper opp og spør seg selv; hva er min opplevelse akkurat nå? Hvilke tanker, følelser og kroppssensasjoner har jeg i dette øyeblikket? Deretter fokuserer man på pusten og til slutt utvides fokuset til å omfatte kroppen som helhet. Kjennes noe ubehag, visualiserer man at man puster inn og ut til den delen av kroppen hvor ubehaget oppleves. Samtidig med at man puster dypt inn og ut. Hvis man ønsker, kan man si til seg selv, på utpust: "det er ok, uansett hva det er, så er det allerede her: la meg føle det." (Williams et al., 2007, s. 184) Denne øvelsen brukes som et første trinn i å respondere til vanskelige situasjoner og følelser som oppstår.

Andre øvelser som inngår i kurset er å være oppmerksomt nærværende i forhold til tanker, behagelige/ubehagelige og nøytrale følelser, inn- og utpust, smak, aversjon, lyder og ulike hverdagslige aktiviteter. Og til slutt; det å være oppmerksomt nærværende uten et bestemt fokus. Det understrekes at man ikke skal presse seg selv for hardt når man utfører

øvelsene i kurset. Dette er også i tråd med et av budskapene man ønsker å formidle gjennom kurset; at man skal behandle seg selv med mildhet (Segal et al., 2002).

Det er tenkt at hver av øvelsene progressivt øker deltakernes evne til å være oppmerksomt nærværende i nuet, en evne som kan fri personene fra depresjon i følge Williams et al. (2007). Dette fordi depresjon ofte innebærer at en person grubler over hendelser fra fortiden. Med andre ord har deprimerte mennesker ofte et fortidsfokus (Beck, 1976). Det kan være fokus på ulike tapsopplevelser personen har hatt, handlinger en angres på at en selv har gjort, skyld- og skamfølelser ovenfor andre og lignende. Dette i motsetning til mennesker med angst. Disse menneskene har i større grad vist seg å være fokusert på mulige farer i fremtiden. De har med andre ord et fremtidsfokus (Beck, 1976). For en person som er tilstede i nuet, vil mange av de karakteristiske måtene å tenke på, som kjennetegner deprimerte mennesker og som bidrar til å opprettholde depresjonen, kunne bli fortrent til fordel for et nåtidsfokus. På samme måte vil det også kunne virke positivt inn for mennesker med angst, som ofte er bekymret for mulige farer i fremtiden. Et nåtidsfokus vil for dem kunne fortrenge en del av deres bekymringer for fremtiden. Dette kan også forklare hvorfor oppmerksomhetstrening kan være til hjelp både for deprimerte mennesker og for mennesker med angst. Noe som kan være en stor fordel, siden disse lidelsene ofte er komorbide. Man vil med oppmerksomhetstrening oppøve en evne til å i større grad være tilstede i nuet, heller enn i fortiden eller i fremtiden. Noe som kan tyde på er helsefrembringende for den psykiske helsen.

Intensjonen ved å praktisere slike øvelser er ikke å oppnå et bestemt mål eller en bestemt tilstand. Gode følelser, hvis de oppstår, kan sees på som velkomne biprodukter. Hvis det likevel skulle antydes et mål med å utføre øvelsene, ville det være å tilstrebe størst mulig grad av tilstedeværelse i øyeblikket. Dette innebærer en utstrakt åpenhet til alle erfaringer som oppstår, øyeblikk for øyeblikk, og å være våken, helt og fullt i live og å være det vi allerede er i vår kjerne. For å oppnå dette kreves det innsats og tålmodighet. Deltakerne selv er bare ansvarlig for hva de bringer med seg inn i øvelsene. Resultatet av praksisen er på mange måter uforutsigbart og vil være unikt for hver enkelt person og for hvert enkelt øyeblikk. Hvis deltakerne klarer å være tilstede i nuet, og å forholde seg til ting akkurat slik de er i øyeblikket, har det likevel ofte vist seg å gi gode resultater (Williams et al., 2007).

Effekter

Det har vært gjennomført en del studier på effekten av MBCT og vi vil i det følgende komme inn på noen av dem. I tillegg nevnes også noen studier som har vært gjort på effekten

av stressreduksjonsprogrammet MBSR. Dette siste fordi MBCT i stor grad bygger på prinsippene fra MBSR. Det er derfor sannsynlig at begge typer kurs vil kunne ha effekt på psykiske lidelser og på depresjon spesielt. I tillegg er MBCT et forholdsvis nytt kurs, noe som gjør at det enda ikke finnes så mange studier på MBCT spesielt.

Foruten Segal et al. sin egen studie fra 2002 og en norsk leges forskning på oppmerksomhetstrening, har vi valgt å i hovedsak legge vekt på meta- og review artikler som er gjort i de senere år. Dette for å få en oversikt over noen av de nyeste funnene på området. Til slutt kommenteres virkninger utøvelse av teknikkene i MBCT og MBSR har på hjernen.

Studien til Segal et al. på MBCT

Terapeutene som står bak MBCT fikk noe uventede resultater da de studerte effekten av kurset (Segal et al., 2002). Det de i hovedsak ønsket å finne ut, var om gjennomføring av MBCT-kurset reduserte raten av tilbakefall for pasienter som var blitt frisk etter alvorlig depresjon. Tidsrammen var 60 uker etter måling av baseline. Sammenligningsgrunnlaget var pasienter som fikk behandling som normalt. Normal behandling kunne innebære å søke hjelp fra ulike kilder hvis det følte behov for det, for eksempel fra familielegen. De rekrutterte 145 pasienter som tidligere hadde opplevd minst to tidligere episoder med alvorlig depresjon, men som hadde vært frisk i minst tre måneder. Alle hadde tidligere vært behandlet med antidepressive medikamenter, men hadde ikke brukt medisiner i minst de tre siste måneder før de deltok i studien. Det ble så gjennomført randomiserte, kontrollerte forsøk. Man stratifiserte også i forhold til to ulike faktorer som er kjent for å assosieres med godt eller dårlig resultat av depresjonsbehandling; hvor nylig siste episode med depresjon oppsto og hvor mange tidligere episoder med alvorlig depresjon pasienten hadde opplevd.

For den siste faktoren skilte man mellom to versus tre eller flere episoder med depresjon. Pasientene ble fordelt i en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe. Den ene gruppen mottok "treatment-as-usual". I den andre gruppen deltok pasientene i et åtte ukers MBCT- kurs. Pasientene ble rekruttert fra tre ulike klinikker, henholdsvis i Toronto, North Wales og Cambridge.

Resultatene viste en statistisk signifikant effektforskjell mellom dem som tidligere hadde opplevd to episoder av depresjon og dem som hadde opplevd tre eller flere episoder av depresjon i forhold til hvordan MBCT reduserte tilbakefall. Dette overrasket Segal et al. (2002) og det fikk dem til å overveie muligheten for at det finnes to ulike typer depresjon; en type depresjon som utløses av krevende og vanskelige ytre faktorer (gjaldt for dem med to tidligere episoder av depresjon) og en annen type depresjon som i hovedsak er indrestyrt

(gjaldt for dem med tre eller flere tidligere depresjonsepisoder). For sistnevnte gruppe ble det antydnet en mulighet for at grublingen var blitt automatisert på grunn av gjentatte tidligere episoder med depresjon, og at det derfor skulle stadig mindre aversive stimuli til for å utløse den negative tenkningen. Dette stemmer også med Posts studie (Post, 1992) som viste at for hver ny episode med depresjon, skulle det mindre ytre miljømessig stress til for å utløse nye episoder. Hvis denne antagelsen stemmer, passer MBCT- kurset best for dem som rammes av depresjoner som hovedsaklig er indrestyrt.

For dem som hadde hatt tre eller flere episoder med depresjon, reduserte MBCT tilbakefall signifikant sammenlignet med dem som mottok behandling som normalt. For pasienter med to tidligere episoder med depresjon, var det ikke noen forskjell i tilbakefallsrate mellom dem som gjennomførte MBCT og dem som mottok behandling som normalt. Av dem med minst tre tidligere episoder av depresjon, og som mottok behandling som normalt, fikk 66 % tilbakefall innen den 60 ukers lange studieperioden. Av dem som gjennomførte MBCT, fikk 37 % tilbakefall innen samme 60-ukers periode. Sannsynligheten for at et slikt resultat skulle oppstå ved en tilfeldighet (hvis det ikke fantes en reell forskjell), er mindre enn 1 til 200. Ved å legge MBCT til den behandlingen som pasientene mottok som normalt, ble tilbakefallsraten nesten halvert. Andelen pasienter som brukte antidepressive medikamenter var videre mindre blant dem som gjennomførte MBCT i forhold til dem som fikk behandling som normalt.

Andre effektstudier på MBCT og MBSR

Den norske legen de Vibe har forsket på effekten av oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. Han ble for dette arbeidet belønnet med en kvalitetspris i primærhelsetjenesten av Den norske legeforening i 2006 (de Vibe & Moum, 2006). I en studie, som de Vibe gjorde sammen med Prof. dr. philos Moum, ble det benyttet en utgave av Mindfulness-Based Stress Reduction program (MBSR) som var tilpasset norske forhold (de Vibe & Moum, 2006). Selv om fokuset her ikke spesielt var lagt på bedring av depresjon, viste resultatene at programmet hadde størst effekt på psykiske plager og psykisk funksjon. Effektstørrelsen (Cohens d), som ble oppgitt for endringer innen domenet psykisk funksjon, var på (0,54). Forbedringen var positivt korrelert med mengde av oppmerksomhetstrening.

Hovedbudskapet som ble uthevet på bakgrunn av resultatene, var følgende:

- oppmerksomhetstrening er en metode for selvregulering som bedrer livskvalitet og subjektiv helse

- bedringen holder seg eller øker i oppfølgingstiden og er uavhengig av demografiske variabler, men øker med grad av trening
- treningen kan gi et perspektivskifte i synet på seg selv og livet
- metoden egner seg til undervisning av både pasienter og helsepersonell

Coelho, Canter og Ernst (2007) søkte, gjennom en litteraturstudie, å finne svar på om MBCT er en klinisk effektiv metode til bruk i terapi. Også eventuelle styrker og svakheter ved tidligere studier ble evaluert. Dette for å kunne informere til videre forskning på området. Det ble funnet, på bakgrunn av dette, fire relevante artikler. Konklusjonen ble at funn som er gjort til nå, kan tyde på at MBCT, som blir gitt i tillegg til vanlig behandling, kan gi bedre effekt enn vanlig behandling alene. Dette for pasienter med tre eller flere tidligere episoder med depresjon. Det var likevel, i følge forfatterne, usikkert om funnene kunne attribueres direkte til MBCT- spesifikke effekter. Dette på grunn av kontrollgruppens utforming. De viser derfor til at videre forskning er nødvendig for å klargjøre om MBCT har en spesifikk effekt.

I en metaanalyse fra 2004, studerte Grossmann, Niemann, Schmidt og Walach oppnådde helsefordeler ved bruk av MBSR. Studien omfattet 20 rapporter og et vidt spekter av den kliniske populasjon, blant annet smertepasienter, kreftsyke, hjertesyke, deprimerte og angstpasienter. I tillegg var stressede ikke-kliniske grupper med i utvalget. Både kontrollerte og observasjonelle studier ble inkludert. Standardiserte målinger av den fysiske og mentale tilstand utgjorde den avhengige variabelen i analysen. Resultater: både de kontrollerte og de ukontrollerte studiene viste lignende effektstørrelser på ca 0.5 ($P < .0001$) med homogenitet av distribusjon. Forfatterne konkluderte derfor med at selv om studien omfattet et relativt lite antall studier, tydet resultatene på at MBSR kan være til hjelp for et vidt spekter av individer i å mestre kliniske og ikke-kliniske problemer.

Ree og Craige (2007) studerte effekten av MBCT i et heterogent utvalg på 26 voksne psykiatriske polikliniske pasienter. Alle med stemnings- og/eller angstlidelser. De fant at MBCT var assosiert med statistisk signifikante forbedringer av depresjon, angst, stress og innsovningsproblemer. De konkluderte derfor med at MBCT kan være av verdi for et spekter av psykologiske lidelser i heterogene grupper.

Også Weiss, Nordlie og Siegel (2005) forsket på polikliniske pasienter med depresjon og angst. De ønsket å finne ut om MBSR, brukt som tillegg til individuell psykoterapi, ville resultere i raskere lindring av symptomer, økt oppnåelse av terapeutiske mål og en nedgang i antall terapisesjoner pasientene ba om. Resultatene viste at både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen opplevde en signifikant nedgang i psykologisk stress. Men intervensjonsgruppens oppnåelse av terapeutiske mål var signifikant høyere enn

kontrollgruppens. I tillegg avsluttet intervensjonsgruppen terapien signifikant raskere enn kontrollgruppen. Forfatterne konkluderte derfor med at det å introdusere MBSR tidlig i det terapeutiske forløp, fortjener videre oppmerksomhet.

Studier om effekten av MBCT og MBSR på hjernen

Det er videre forsket på hvordan det å praktisere øvelsene i MBCT og MBSR påvirker hjernen.

Barnhofer et al. gjennomførte en studie i 2007. Formålet var å se om utførelse av øvelsene i MBCT-kurset påvirket prefrontal χ -asymmetri i et hvilende electroencefalogram (EEG), noe som er en biologisk indikator på affektiv stil. Forsøkspersonene var tidligere suicidale deprimerte individer. Tjueto forsøkspersoner ble randomisert og fordelt til enten MBCT ($N=10$) eller treatment as usual (TAU, $N=12$). Hvilende EEG ble målt før og etter gjennomføring av det åtte ukers lange MBCT-kurset. TAU-gruppen viste en signifikant forverring etter åtte uker, med en redusert venstre-sidig frontal aktivering, noe som antyder en nedgang i positiv affektiv stil. Man fant ikke en tilsvarende signifikant nedgang i MBCT-gruppen. Forfatterne konkluderte derfor med at MBCT sannsynligvis kan hjelpe individer med høy risiko for suicidal depresjon til å opprettholde et balansert mønster av affektiv-relatert hjerneaktivitet.

Også andre funn kan tyde på at oppmerksomhetsmeditasjon fører til endringer i hjernen, i tillegg til endringer i immunforsvaret. Davidson et al. (2003) så på dette. De gjennomførte en randomisert, kontrollert studie i et arbeidsmiljø med friske forsøkspersoner. Elektrisk aktivitet i hjernen ble målt før, og umiddelbart etter, gjennomføring av et 8-ukers MBSR kurs. De hadde i tillegg en måling fire måneder etter avsluttet kurs. MBSR-gruppen utgjorde tjuetvå personer og kontrollgruppen besto av 16 personer. Kontrollgruppen ble testet på de samme tidspunktene som deltakerne i MBSR-gruppen. På slutten av den åtteukers lange kursperioden, ble deltakerne i begge grupper vaksinert med en influensavaksine. Resultatene viste en signifikant økning i venstre-sidig anterior aktivering hos MBSR-gruppen i motsetning til hos kontrollgruppen. Et slikt mønster av aktivering er assosiert med positiv affekt. Det ble også funnet en signifikant økning av antistoffer mot influensaviruset fra influensavaksinen hos deltakerne i MBSR-gruppen. Tilsvarende økning ble ikke funnet hos deltakerne i kontrollgruppen. Videre ble det funnet at graden av økning i venstresidig aktivering predikerte økningen av antistoffer mot influensaviruset. Forfatterne konkluderte på bakgrunn av dette med at gjennomføring av meditasjonsøvelsene i MBSR-kurset produserte påviselige positive effekter på hjerne- og immunfunksjon.

Ivanovski og Malhi (2007) ønsket i sin reviewartikkel å gi en omfattende oversikt over, og samtidig evaluere, de psykologiske, og ledsagende neurofysiologiske, virkninger av oppmerksomhetsmeditasjon. De fant at terapeutiske intervensjoner basert på oppmerksomt nærvær synes å være effektive til behandling av depresjon, angst, psykoser, borderline personlighetsforstyrrelse og suicidal- og selvskadende adferd. Videre ble det funnet at oppmerksomhetsmeditasjon er effektiv for å redusere narkotikabruk og gjentatt kriminalitet i fengselspopulasjoner. Det sistnevnte har dog ikke vært studert spesielt i populasjoner med psykiatriske forstyrrelser. Forskning på EEG indikerer økt alfa, theta og beta aktivitet i frontale og bakre regioner i hjernen, noen gamma band effekter og med theta aktivitet sterkt knyttet til grad av erfaring med meditasjon. Funnene har likevel ikke vært konsistente, men de få hjerneavbildingsstudiene som har vært gjort, antyder både en størrelses- og en funksjonell forandring i nøkkelregioner i hjernen. Forfatterne konkluderte med at funn som er gjort til nå på resultater av terapi, støtter bruk av intervensjoner basert på oppmerksomt nærvær til behandling av affektive (herunder depresjon), angst- og personlighetsforstyrrelser. De viser likevel til at mer forskning er nødvendig for å avdekke *effektiviteten* av oppmerksomhetsmeditasjon i terapi for psykiske lidelser. De viste videre til at neurofysiologiske og imaginære studier gjort til nå, har identifisert neurale forandringer i assosiasjon til meditasjon, og antyder derfor at dette kan være en lovende vei for videre forskning.

Oppmerksomt nærvær og trygg tilknytning

Oppmerksomt nærvær blir av noen betraktet som det å ha en trygg tilknytning til seg selv. Eller for å si det med andre ord; å ha en trygg forankring i seg selv. På bakgrunn av dette har det vært forsket på om tilsvarende områder av hjernen affiseres av trygg tilknytning og av en bevissthet preget av oppmerksomt nærvær.

Målinger har vist at studier av trygg tilknytning og oppmerksomt nærvær praksis i stor grad gir overlappende funn (Kabat-Zinn, 2003). Både trygg tilknytning og oppmerksomt nærvær praksis synes begge å påvirke funksjonene til midtre prefrontale korteks i positiv retning.

Dette er interessant, da det lenge har vært kjent at mennesker med en trygg tilknytningshistorie har psykologiske fortrinn fremfor dem med en utrygg eller ambivalent tilknytningshistorie. For dem som ikke har opplevd en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner, synes det da nærliggende å anta at oppmerksomt nærvær praksis til en viss grad vil kunne gjenopprette eventuelle svakheter som kan ha oppstått hos denne gruppen.

I følge Siegel (2007) er flere av de grunnleggende funksjonene som påvirkes av både trygg tilknytning og oppmerksomt nærvær praksis, knyttet til prefrontal korteks. Dette er funksjoner som regulerer ulike kroppssystemer, balanserer følelser, modulerer frykt og påvirker fleksibilitet i responsstil. Videre er det funksjoner som påvirker kvalitet på kommunikasjon med andre, grad av selvinnsikt og evne til å vise empati. Noe som igjen kan tyde på at både trygg tilknytning og oppmerksomt nærvær praksis begge påvirker nevnte funksjoner på en positiv måte.

Tucker, Luu og Derryberry (2005) mener at kapasiteten til å integrere bevisst oppmerksomhet med emosjonelle erfaringer kan være fundamentalt for utviklingen av empati. Forfatterne mener videre at det er grunn til å anta at den erfaring som er nødvendig i barndommen for å oppnå trygg tilknytning til foreldre, til en viss grad kan sammenlignes med den indre harmonien man oppnår gjennom oppmerksomt nærvær praksis.

Diskusjon

Lavterskeltilbud mot depresjon

Psykologforeningen mener at siden psykiske lidelser dekker et meget bredt spekter av mennesker skal flertallet med psykiske vansker ikke behandles i spesialisthelsetjenesten. De har lenge uttrykt det sterke behovet for psykologer på 1.linjenivå gjennom LEON prinsippet (hjelp og behandling på lavest effektive omsorgsnivå). Det er på bakgrunn av dette at Psykologforeningen har vedtatt lavterskeltilbud til befolkningen som sitt eneste hovedsatsningsområde fra 2008 til 2010. Regjeringen har også sett behovet for en effektivisering av det psykiske helsevern, da de ser de store utgiftene forbundet med gruppen av mennesker med psykiske lidelser.

Lavterskeltilbud vil gi mennesker tilbake evnen til å fungere i henhold til de krav som stilles i samfunnet både raskere og mer effektivt enn i spesialisthelsetjenesten. De kan fange opp personer som er syke nok til å bli sykemeldt, men som ikke nødvendigvis er syke nok til å få rett til nødvendig helsehjelp. Potensialet for at disse skal kunne komme tilbake til jobb er antakeligvis større enn hva som er tilfelle for dem som er sykere. Slike tilbud vil være samfunnsøkonomisk effektive, samtidig som de bedrer livskvaliteten for en stor gruppe mennesker. Denne gevinsten øker ytterligere hvis man med disse tilbudene kan behandle også mennesker med moderate psykiske vansker.

Det kan synes som et problem å finne lavterskeltilbud som kan hjelpe flest mulig av de som er sykemeldte grunnet psykiske lidelser, tilbake, eller til å fortsette, i ordinært arbeid.

Psykiske lidelser er den vanligste diagnosegruppen og utgjør 15 % av alle lidelsene blant mennesker fra 25 til 44 år. Disse lidelsene utgjør totalt sett en kostnad på 100 milliarder kroner for det norske samfunnet, en sum som inkluderer tapt arbeidsfortjeneste, trygdeutgifter og utgifter til behandling. Av disse 100 milliardene, koster depresjon 44 milliarder. Depresjon er den mest kostbare psykiske lidelsen, og dersom man skal avgrense til den lidelsen hvor behandling gir resultater, vil det være nærliggende å slutte at det er depresjon. Prognosene for kognitiv behandling av depresjon i spesialisthelsetjenesten er gode (Hougaard, 2004), noe som medfører en antakelse om at det samme kan være mulig å oppnå ved bruk av lavterskeltilbud. Gjennom å fokusere på behandlingsmetoder mot depresjon, oppfyller man også Psykologforeningens ønske om differensiering mellom ulike psykiske lidelser.

Ventelisten for mennesker med depresjon i spesialisthelsetjenesten er i dag lang. Eksempelvis er det i følge veilederen for prioriteringsforskriften innen psykisk helsevern for voksne i Helse Bergen, en ventetid på 2 mnd for en person som har en depressiv tilstand som reduserer daglig funksjonsevne i en slik grad at personen ikke fungerer i utdanning, ikke greier å utføre husarbeid som før, og som faller ut av det sosiale liv. Imidlertid viser det seg at man i praksis kan risikere å måtte vente i opptil 6 måneder på å få behandling (Sætre, personlig kommunikasjon, 14. mars, 2008) Ved å redusere tiden man må vente på å få komme til, vil man trolig både kunne redusere risikoen for kronisitet, og gi mennesker økt grad av håp. Som tidligere vist, ser det ut til at når man blir stående uten tilbud i den perioden man er sykemeldt, vil det kunne medføre følelse av ytterligere håpløshet, og depresjonen vil kunne forverres og i verste fall bli en kronisk tilstand. Tidlig tilbud om behandling vil kunne motvirke håpløshetsfølelsen. Å gi tilbud på et lavterskelnivå kan i tillegg tenkes å gi mennesker med depresjon håp om bedring fordi det signaliseres at det er mulig å behandle tilstanden med relativt ukompliserte metoder.

Det er her satt fokus på to gruppebaserte 8-ukerskurs som begge er bygget på kognitive prinsipper. Det vil i det videre bli drøftet hvordan dette i praksis vil kunne fungere som effektive lavterskeltilbud.

Gruppebasert

Det kan være flere fordeler knyttet til å behandle mennesker med depresjon i grupper. En av de viktigste er at man på denne måten tar unna for trykket på spesialisthelsetjenesten. De som er alvorlig psykisk syke trenger behandling så tidlig som mulig i spesialisthelsetjenesten. For at dette skal være mulig, samtidig som de lettere psykiske

syke skal få et tilbud, er det nødvendig å kunne gi den siste gruppen et behandlingstilbud på lavterskelnivå.

Gjennom å observere andre i en gruppe kan man lære nye mestringsferdigheter, og man kan selv bidra til å gi alternative mestringsstrategier til andre. I en gruppe får man muligheten til eksponeringstrening, og man får øve seg på sosiale ferdigheter i en trygg kontekst. Den potensielle mestringserfaringen dette medfører vil bidra til å motvirke følelsen av hjelpeløshet, og øke selveffektivitet.

Den sosiale dimensjonen ved gruppetilbud handler om å gi hverandre sosial støtte. Sammen med tryggheten dette gir, vil man kunne oppleve en økt følelse av tilhørighet ved å se at andre mennesker strever med det samme som en selv. Hovland (2007) foreslår at følelsen av manglende tilhørighet er sentralt i depresjon, og at dette er en grunnleggende overbevisning som skiller depresjon fra angst. Dersom gruppene kan bidra til at man opplever økt tilhørighet vil det dermed ha en direkte effekt på depresjonen. Gitt at deltakelse i gruppen medfører en opplevelse av økt tilhørighet for deltakerne, betyr det at gruppetilbud kan være spesielt effektiv ved depressive tilstander.

På samfunnsnivå er den viktigste fordelen med gruppebaserte tilbud at de reduserer behandlingstkostnader. Dersom man kan hjelpe et mangedoblet antall personer på en like effektiv måte som ved individualterapi, vil samfunnet kunne spare store summer. Dersom dette også fører til at flere mennesker kommer tilbake i arbeid, vil samfunnet oppnå en økonomisk gevinst ved å tilby gruppebaserte behandlingsformer.

En kritikk mot gruppebaserte tilbud kan være spørsmålet om de i like stor grad som i individualterapi ivaretar prinsippet om en god relasjon. Betydningen av relasjonen har vært vektlagt i individualterapi, og denne viser seg å være avgjørende for utfallet av terapi (Lambert & Barley, 2002). Gruppesamhold er imidlertid en relasjonsfaktor som har vist seg å ha betydning for utfallet av gruppebehandling (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2002). Dette er karakterisert ved en følelse av tilhørighet, forpliktelse, sosial støtte og gjensidig stimulering som gir læring. Opplevelsen av tilhørighet og godt samhold i gruppen kan med dette være en ekvivalent til en god relasjon i individualterapi, og er noe som bør fokuseres på i all gruppebehandling. At det blir lagt opp til kontakt mellom gruppe medlemmene og samhold i gruppen er en viktig målsetning i KiD.

Kurs

Det at man legger opp behandlingstilbud som kurs, og ikke terapi, vil trolig virke mindre stigmatiserende. Dette vil være spesielt nyttig for dem som synes det er

tabubelagt å ha en psykisk lidelse, og kan føre til at flere søker hjelp. En annen fordel ved kursbaserte tilbud, er at de lærer deltakerne at det er mulig å komme seg gjennom en depresjon ved egne krefter. I tradisjonell terapi kan man føle at det er psykologen som er den viktige faktoren for å oppnå endring.

I KiD legges det vekt på en psykoedukativ tilnærming, der deltakerne gjennom å bli gitt en forståelse for viktige faktorer som er med på å utvikle og opprettholde depresjon, lærer hvordan de kan mestre denne på en bedre måte. Som tidligere vist er psykoedukasjon en viktig del av behandlingen av psykiske lidelser.

På samme måte som i KiD lærer man i MBCT teknikker man kan ta i bruk for å endre et negativt stemningsleie. Selv om det kalles Mindfulness-Based Cognitive Therapy, er formen mer lik et kurs enn en terapigruppe.

Et argument mot kursbaserte tilbud, kan være at de ikke vil fremkalle de samme prosessene som man ser i terapigrupper mot depresjon. Eksempelvis vil deltakerne antakeligvis ikke få den samme emosjonelle erfaringen med å fortelle om egne problemer og å uttrykke egne følelser og behov på samme måten som man gjør i en terapigruppe. Både KiD og MBCT legger opp til at man skal dele erfaringer, men dette er ikke et fokus på samme måte som i tradisjonelle terapigrupper. Imidlertid viser det seg som nevnt at psykoedukative metoder kan ha god effekt på psykiske lidelser, og det kan dermed tenkes at dette elementet gjør kursbaserte tilbud til et godt alternativ til terapi i tradisjonell forstand.

8 uker

Et viktig argument for korttidsbehandlinger er at forskning har vist at mesteparten av bedringen i terapi forekommer i løpet av de første behandlingstimene. Hansen, Lambert og Forman (2002) gikk gjennom studier som har blitt gjort på området, og fant at mellom 5 og 18 timer psykoterapi er nødvendig for at 50 % av klienter skal oppleve signifikant bedring. Barkham et al. (1996) fant at 50 % av klienter med depresjon oppnådde signifikant symptomlette etter 8 timer psykoterapi. I studiet til Dalgard (2004) om effekten av KiD viste det seg at mesteparten av bedringen hos deltakerne kom i løpet av de første 8 ukene mens kurset varte. Dette gir en indikasjon på at samfunnet kan spare store summer på å tilby deprimerte denne type korttidstilbud. Når det samtidig viser seg at depresjonsmestringskurs har en effektstørrelse på linje med ulike former for individualterapi vil man med disse kunne redusere individuell lidelse for et mye høyere antall mennesker enn det som er mulig ved individualterapi.

MBCT ser ut til å fungere best for dem som ikke er deprimert for øyeblikket, men som har vært deprimert tidligere. Dette gjennom at man forebygger nye episoder med depresjon. Den viktigste prediktoren for nye episoder med depresjon er antall tidligere episoder (Berge & Repål, 2002). Gjennom å tilby kortvarige tilbud kan man spare både samfunnet og individer for negative konsekvenser av depresjon i fremtiden.

For dem som er deprimert for øyeblikket, vil den korte og avgrensede tidsperioden gi forutsigbarhet. Dette kan være en motvekt til hjelpeløsheten som kjennetegner depresjon. I tillegg kan det representere en optimistisk tanke om fremtiden som står i kontrast til de negative tankene deprimerte ofte har om fremtiden. Den korte tidsperioden vil kunne kjennes overkommelig og gjøre det lettere å fullføre behandlingen. Det å oppleve at man er i stand til å fullføre kurset kan gi en viktig mestringserfaring og dermed i seg selv være til hjelp mot depresjonen.

Kognitive tilnærminger til depresjon

Ovennevnte faktorer er kjennetegn ved de to lavterskeltilbudene vi har sett på i denne oppgaven. Felles for begge er i tillegg at de har en kognitiv tilnærming til depresjon som følge av belastninger. Begge fokuserer på at negative kognisjoner er de primære faktorene i depresjon som fenomen, og at disse kan bidra til å forsterke andre symptomer på depresjon. En som er deprimert har et globalt, systematisk negativt syn på seg selv, sine livserfaringer og fremtiden. KiD og MBCT har ulikt perspektiv på hvordan mennesker kan forholde seg til disse tankene på en måte som reduserer sannsynligheten for depresjon, og tilnærmer seg dette på forskjellige måter.

Som tidligere vist i oppgaven, er det vanlig at depresjon utløses som følge av belastninger, eller stressorer. KiD tilnærmer seg stressutløste depresjoner for det første ved å lære mennesker hvordan de kan endre sine vurderinger av en belastning. Videre i stressprosessen, hvor man evaluerer hvilke mestringsstrategier man har tilgjengelig, vil KiD gi deltakerne mulighet til å endre egne kognisjoner om selvet og sin evne til å mestre. På denne måten vil det negative globale synet på seg selv kunne motvirkes, og man vil kunne bli kvitt skyldfølelse. Gjennom å endre kognisjonene rundt hvor lenge en negativ hendelse vil vedvare og for hvor mange områder i livet den vil ha konsekvenser for, vil man gi individer håp, og kan motvirke hjelpeløsheten og håpløsheten som er karakteristisk ved depresjon.

I MBCT er den viktigste ferdigheten å lære hvordan man frigjør seg fra de negative automatiske tankene. Altså ikke å endre innholdet i tankene, men å forandre sitt

forhold til dem. Det er de stadige forsøkene på å unnsnippe det vanskelige som driver den negative sirkelen i følge Segal et al. (2002) Ved tonisk stress opplever personen et misforhold mellom kravene fra omgivelsene og egen mulighet til å mestre dem. Dette kan føre personen inn i en tilstand preget av automatisk negativ tenkning. Hvis personen i stedet klarer å være i nuet, uten å bekymre seg over mulige fremtidige problemer som følge av belastningene, frigjøres mye kapasitet i en begrenset informasjonsprosesseringskanal. Dette vil igjen kunne gi mer ressurser til å løse oppgaver forbundet med belastningene. På denne måten vil det toniske stresset kunne reduseres.

Fortid, nåtid, fremtid.

I KiD fokuseres det på at mennesker som har en depresjon oftest har globale negative tanker om fremtiden, altså at de har utviklet en håpløshetsfølelse. I tillegg oppleves hjelpeløshetsfølelse, eller følelse av svekket mestringssevne, på flere områder i livet. Sentralt blir det derfor i tillegg til å endre de negative kognisjonene om fremtiden og å planlegge aktiviteter frem i tid. Dette fordi det er lettere å oppnå mål dersom man planlegger og legger til rette for det man ønsker å oppnå.

Det har vist seg at deprimerte mennesker ofte i tillegg til negative forventninger til fremtiden, også har fokus på hendelser fra fortiden (Beck, 1976). Mennesker med angst er på den annen side ofte bekymret for mulige hendelser som kan oppstå i fremtiden (Beck, 1976). Det kan da synes mulig at mennesker med begge typer lidelser vil kunne dra nytte av å oppøve en evne til å være mer i øyeblikket, fremfor i fortid eller i fremtid. Siden depresjon og angst ofte er komorbide lidelser, kan det være nyttig med et tilbud som kan hjelpe mennesker med begge lidelsene samtidig. Dette vil også kunne være til hjelp for det enkelte individ, samtidig som det vil være kostnadsbesparende.

Forhold til selvet.

Både KiD og MBCT fokuserer på å endre deltakernes tanker om selvet. Begge har som målsetning å få mer distanse til negative tanker om seg selv, for dermed å øke selvaksept. Dette kan oppnås gjennom å endre måtene man snakker til seg selv på. Det å fokusere på økte gledesfulle aktiviteter gir også muligheter for positive selvaffirmasjoner gjennom mestringserfaringer. Gjennom å få et mer positivt forhold til seg selv, vil man kunne møte belastninger på en bedre måte. Dette kan være med på å hindre at fasisk stress utvikler seg til å bli tonisk.

KiD og MBCT som støtputer mot belastninger

Som tidligere vist, ser det ut til å være en sammenheng mellom tonisk stress og depresjon. Belastninger kan føre til vedvarende, toniske stressreaksjoner. Dette vil være en risikofaktor for utviklingen av depresjon. Ved hjelp av de to tilbudene vil man kunne møte belastningene på en mer adekvat måte. Istedenfor at stresset blir tonisk, møter man belastningene med aktiverende, fasisk stress, og foretar aktiveringsreducerende aktiviteter som hindrer at stresset vedvarer. Slike hensiktsmessige måter å møte stress på kan ses på som støtputer som reduserer de negative konsekvensene av belastningen. Støtputene kan antakelig etableres når som helst i livet. Dersom man opplever at man har mye sosial støtte og velutviklede mestringsstrategier, vil det være mindre trolig at man utvikler psykiske problemer i møte med belastninger.

Sosial støtte som støtpute

Som tidligere vist, er det i dag velkjent at sosialt støttende relasjoner reduserer sårbarhet for stress, depresjon og fysisk sykdom. Sosiale nettverk trenger imidlertid ikke i seg selv å være ubetinget positive. Flere faktorer virker inn på hvorvidt en relasjon vil oppleves som støttende eller ikke. Herunder synes spesielt forhold rundt kvaliteten på relasjonen, hvor mye støtte som gis, hvilken type støtte som gis, samt hvem som gir støtten å være avgjørende for om støtten er virksom eller ikke. Personlige faktorer spiller også en rolle i støtteprosessen, da graden av opplevd støtte kan være større eller mindre enn den faktiske støtten som gis.

I KiD vektlegges betydningen av sosial kontakt, og deltakerne lærer hvordan de kan gå frem for å nyttiggjøre seg et godt sosialt nettverk. På denne måten kan deltakerne lære å bruke den sosiale støtten i vanskelige situasjoner på en måte som lindrer konsekvensene av belastningen. Med andre ord lærer de hvordan de kan bruke sosial støtte som en støtpute for å hindre at depresjon utvikler seg.

Ved siden av at gode sosiale relasjoner kan gi en følelse av tilhørighet, kan disse bidra til opplevelsen av trygghet. Bowlby (1980) studerte hvordan en trygg tilknytningsrelasjon mellom mor og barn påvirker trygghetsfølelsen resten av livet. Videre understreket han viktigheten av å kunne stole på andre mennesker i vanskelige perioder og å kunne dele gleder og sorger, og følgene dette kan ha for menneskers psykiske helse og bygging av selvbilde.

Studier på MBCT viser at hjerneområder tilsvarende de som aktiveres ved trygg tilknytning, aktiveres gjennom jevnlig utøving av teknikkene for oppmerksomt nærvær. En hypotese kan da være at selv mennesker med et ambivalent eller utrygt tilknytningsmønster,

kan ved bruk av slike teknikker oppleve tilsvarende positive effekter som mennesker med trygg tilknytning opplever. En slik hypotese må det forskes videre på, før man kan trekke konklusjoner.

Mestring som støtpute

Velutviklede mestringsstrategier kan virke dempende på belastninger, og gjøre konsekvensene av disse mindre. Mestringsstrategier kan deles inn i to hovedkategorier, problemløsende og følelsesfokuserte (Lazarus og Folkman, 1984). Problemløsende mestring omfatter alle handlinger hvor målsetningen er å gjøre noe konstruktivt med den situasjonen man er i. Målet med følelsesfokusert mestring er å regulere de følelsesmessige konsekvensene av hendelsen. I henhold til disse to ulike mestringsstrategier, kan det tenkes at mens KiD i hovedsak er problemløsende, er MBCT primært følelsesfokusert.

I KiD lærer deltakerne metoder for hvordan de kan gjøre konkrete handlinger hvor målsetningen er å øke selveffektivitet. Herunder finner vi det å gjøre aktiviteter som sannsynliggjør mestring, å gjøre seg nytte av et støttende sosialt nettverk, samt å planlegge viktige mål for fremtiden. Samtidig ønsker man også i KiD å redusere de følelsesmessige konsekvensene av hendelsen, gjennom å gi deltakerne alternative kognisjoner som kan endre selvbildet. Videre blir det stimulert til gledesfulle aktiviteter, der målet er en direkte effekt på de negative følelsene.

I MBCT fokuseres det på å øke aksept for alle typer følelser ved å akseptere problemers eksistens og de følelsesmessige konsekvensene av disse. Målsetningen er ikke å løse problemene, men å få et endret følelsesmessig forhold til dem. Imidlertid fremmes også aktiviteter deltakerne tidligere har mestret og hatt glede av, slik at de kan tas i bruk som en alternativ måte å respondere på når vanskelige situasjoner oppstår. Både KiD og MBCT inneholder altså både problemløsende og følelsesfokusert mestring. Lazarus og Folkman (1984) peker på at mennesker har behov for begge typer mestringsstrategier, på ulike tidspunkt. På denne måten vil KiD og MBCT ikke være konkurrerende, men derimot utfyllende tilbud.

Andre typer lavterskeltilbud

Vi har i denne oppgaven valgt å ta for oss to ulike typer lavterskeltilbud. Det er trolig at flere typer finnes. Et eksempel kan være Psykologforeningens mål om å utvide ordningen med kommunepsykologer. Andre eksempler kan være ulike former for selvhjelpsgrupper,

eller nettbaserte tilbud. Vi har argumentert for at hensiktsmessige elementer ved lavterskeltilbud er at de fanger opp et stort antall personer gjennom at de er gruppetilbud og kursbaserte, og at de kan gjennomføres over et kort tidsspekter. Kursene som er blitt presentert i denne oppgaven oppfyller alle disse tre elementer, og representerer derfor gode eksempler på lavterskeltilbud. I tillegg bygger kursene på kognitiv terapi, som i seg selv har vist seg effektiv mot depresjon (Hougaard, 2004).

Reduserer KiD og MBCT sykefraværsraten?

Vi undersøker her om KiD og MBCT kan bidra til å redusere sykefraværsraten. Som vi har sett, har depresjon store konsekvenser for evnen til å arbeide, og depresjon er den psykiske lidelsen som hyppigst medfører sykefravær.

Arbeid er viktig for menneskets velvære gjennom å gi økt aktivitet og energi. Dette kan ses som en motsetning til depresjonens nedsatte stemningsleie, tretthet og energiløshet. Å stå utenfor arbeid bidrar til minsket grad av sosial støtte, noe som viser seg å forsterke negative følelser og tanker og hemme troen på egen mestring. Ved å utvikle støtputene som er drøftet over, kan mennesker som står i risikogruppen for sykemelding grunnet depresjon, bli styrket nok til å mestre sin depresjon.

Ørstavik i Rådet for psykisk helse påpeker at jo lenger tid det går før en som er sykmeldt kommer tilbake til jobb, dess tyngre kan det være. Hun snakker spesielt på vegne av mennesker med psykiske vansker og mener at en slik effekt viser seg allerede etter få uker. Hun tror at dersom man tilrettelegger mer, vil langt flere kunne klare å være på jobb en viss del av tiden (Børtnes, 2006). Både KiD og MBCT kan tenkes som aktuelle tilretteleggingstilbud for mennesker med depresjon som fremdeles er i arbeid. I Vestfold er KiD allerede et tilbud ved flere IA-bedrifter (NAV, 2007). På denne måten kan begge kursene representere et forebyggende tiltak mot sykemelding.

Sosial støtte og mestring motvirker sykemelding

Sosialisering på arbeidsplassen er sentralt i å knytte mennesker til et felles meningssystem. Jobben er en av de viktigste arenaene for menneskelig samhandling, og et viktig tema når mennesker møtes i sosiale sammenhenger. "Det er tøft å sitte igjen alene hjemme med kaffekoppen når alle andre drar på jobb" hevder Ørstavik (Børtnes, 2006). Sykefravær kan forverre sosiale relasjoner og øke symptomene på depresjon. En viktig årsak til at det sosiale nettverket reduseres ved sykefravær, kan være at arbeidet er en sentral relasjons- og kontaktbase hvor man får muligheter til å vedlikeholde sosial kompetanse. Dette

betyr at fravær av nettverk via arbeidslivet i neste omgang kan medføre svakere nettverk også på andre arenaer enn arbeidslivet (Blekesaune & Øverbye, 2000).

Arbeidets betydning for den psykiske helsen underbygges videre av forskning som viser at arbeidsledighet ser ut til å ha tydelig negativ effekt på psykisk helse (Ytterdal & Fugelli, 2000). Ovesen (1977, ref. i Dalgard, 1992) foreslår at dette henger sammen med at en sosialt verdsatt aktivitet som arbeid er, er av vesentlig betydning for å opprettholde følelsen av selvrespekt. Prestasjoner i arbeidslivet viser seg å ha betydning for menneskers opplevelse av seg selv i sosial forstand. Samtidig har resultatene av å prestere betydning for mennesker totalt sett. En ubalanse mellom disse to faktorene kan ha store helsemessige konsekvenser (Siegrist, 1996).

En grunnleggende følelse av sosial støtte kan også styrke mestringsfølelsen. Mestringsfølelsen vil i neste omgang lede til at troen på egen mestring og selveffektivitet blir manifestert. På denne måten er støtputene som er presentert, nært sammenvevde.

Man må ikke nødvendigvis ha et sterkt sosialt nettverk for å utvikle trygghet i seg selv. Forskning på oppmerksomt nærvær tyder på at den samme følelsen av tilhørighet som trygg tilknytning medfører, kan oppnås gjennom praktisering av teknikkene for oppmerksomt nærvær. Det kan også tenkes at man gjennom begge kursene vil få styrket tro på seg selv, og utvikle mestringsstrategier ut fra dette.

Det psykososiale arbeidsmiljøet kan tenkes å mediere sykefravær, slik at et godt arbeidsmiljø gir lavere sykefravær, og et dårlig gir høyere. Man får dekket sosiale behov gjennom kontakt med andre, kommuniserer, skaper sosiale bånd og inngår i tillitsforhold. En side ved depresjonsfølelsen kan være mangelen på tilfredsstillelse av disse behov og følelsen av isolasjon.

Hvorfor sykemeldingsfokus

Ved å intervensere målrettet i forhold til å redusere depresjon for å redusere sykemeldinger, vil dette kunne få resultater både for enkeltindividet og for samfunnet. En person som er sykemeldt én dag, koster mellom kroner 1500 og 3000 (NAV arbeidslivssenter, 12. januar 2008 personlig kommunikasjon). Til sammenligning hevder Nystuen (2007) at halvparten av menneskene som lider av depresjon kan hjelpes for kroner 15 000. Beregninger viser at et Kurs i Depresjonsmestring vil koste mellom kroner 1500 og 2000 per deltaker. Selv om det kan være vanskelig å anslå den nøyaktige gevinsten av kurset i form av redusert sykefravær, ser vi med dette at et unngått produksjonstap lett vil overstige kostnader ved kurset, selv ved en beskjeden nedgang i sykefravær.

Belastninger og standarder det er vanskelig å leve opp til på arbeidet kan være en utløsende årsak til depresjon. Andre ganger vil helt andre situasjoner være utløsende for depresjon. På grunn av tendensen til å generalisere kan følelsen av svekket mestringsevne på arbeidet føre til opplevelse av svekket mestringsevne også på andre områder og omvendt, jamfør smitteeffekten (Thuen, 2000). Med dette ser vi at sykemelding kan være hensiktsmessig ved depresjon utløst av vansker på jobben, men ikke dersom depresjonen er utløst av andre årsaker. Dette fordi man da fratrar individer mestringserfaringer på jobben som kan virke vaksinerende på depresjonen.

Fører redusert depresjonsrate til redusert sykemeldingsrate?

Depresjon er den psykiske lidelsen som hyppigst medfører sykefravær. Det vil da være nærliggende å slutte at når depresjonsraten går ned, reduseres også antall sykemeldinger. Men er det nødvendigvis slik? Det er ikke alltid slik at motivasjon til arbeid er negativt korrelert med depresjon. Depresjon kan ha vært resultat av belastninger på jobben. Selv om man kommer seg ut av depresjonen, ønsker man seg ikke nødvendigvis tilbake til arbeidsplassen. Det kan tenkes at arbeidsmiljøet eller ledelsen ikke fungerte slik man ønsker, eller at man ikke trivdes med arbeidet.

Mange mennesker vil kunne nyte godt av oppfølging på tidlig tidspunkt. Likevel koster også lavterskeltilbudene penger, og det er viktig å skille ut dem som virkelig behøver det. Eksempelvis kan det ligge forskjellige motivasjoner bak sykemeldingene. Ut fra Dalai Lama XIV sitt syn, vil man kunne tenke seg at alle mennesker ønsker å arbeide, men slik er det kanskje ikke. I følge Mykletun (2001) har Norge langt høyere antall sykemeldte enn land hvor ikke individene har like profitterende sykelønnsordninger. Det kan også tenkes at mennesker ikke ønsker å arbeide fordi de ikke tjener økonomisk på det i forhold til trygd, jamfør attraksjonsmodellen. Man kan tenke seg at psykiske lidelser tar del i en ond sirkel hvor mennesker unngår å arbeide, noe som kan resultere i svekket energi, nedstemthet og tretthet.

Imidlertid er arbeid en viktig verdi i dagens samfunn, og de fleste mennesker vil øke trivsel og velvære gjennom å være i arbeid. I KiD og MBCT lærer man å kjenne på egne følelser og behov. Det vil derfor kunne tenkes at man ved deltakelse på kursene øker motivasjon til å fortsette i arbeid, men at dette kan medføre at man velger et annet arbeidsforhold enn det man hadde før depresjonen.

Det er ikke slik at alle mennesker med depresjon er behandlingstrengende. Deprimerte mennesker blir også symptomfri uten behandling. KiD og MBCT kan føre til at flere blir

friske raskere, eller unngår nye episoder med depresjon. Mens KiD kan redusere nåværende sykefraværsrate gjennom å hjelpe deprimerte tilbake i arbeid, vil MBCT kunne fungere som forebyggende mot fremtidige sykemeldinger som følge av depresjon. Man kan også tenke seg at kursene medfører at sykefravær blir kortere.

Målgrupper

KiD viser seg å ha best effekt på lette til moderate depresjoner. Videre vil det være et godt alternativ ved depresjon som har vart over lang tid, og der andre behandlingsformer ikke har hatt effekt.

En kritikk av KiD kan være at det bare er gjennomført en effektstudie på kurset i Norge. Prinsippene som kurset bygger på, er imidlertid anerkjente innen psykoterapiforskning. Andre, omtrent tilsvarende, former av kurset har vært studert med god effekt.

MBCT har en klar målgruppe. Kurset har vist seg å ha best effekt for personer som tidligere har hatt minst tre episoder med depresjon. Personer som er i en akutt fase av en depresjon, anbefales ikke å delta i kurset. Dette fordi det ikke finnes empirisk støtte for at MBCT vil være til nytte for denne gruppen av pasienter. Både konsentrasjonsvansker og intens negativ tenkning, som er vanlige symptomer ved depresjon, kan bidra til å gjøre det vanskelig for dem å utvikle evne til fokusert oppmerksomhet, noe som er en sentral del av kurset (Segal et al., 2002).

Dette betyr at MBCT brukes til å forebygge nye episoder av depresjon. Noe som kan synes svært viktig med tanke på den høye prevalensen av depresjon i samfunnet og den høye raten på tilbakefall for personer som tidligere har hatt depresjon. Som Berge & Repål (2002) sier, så er det antall tidligere episoder med depresjon som i størst grad predikerer tilbakefall av depresjon.

MBCT krever mye egeninnsats av deltakerne i hele åtteukersperioden kurset varer. Dem som vurderes til kurset, bør derfor være motivert. Intervjuet som gjøres i forkant av oppstart, egner seg til å avklare dette.

Stressreduksjonsprogrammet MBSR har ikke en tilsvarende avgrenset målgruppe som MBCT. MBSR, som inneholder mange felles komponenter med MBCT, har vært benyttet til å lindre et vidt spekter av lidelser. Både somatiske og psykiske. I mange tilfeller med god effekt, som vist tidligere. Særlig har MBSR vært benyttet til å redusere stress. På dette grunnlag kan det tenkes at også teknikkene fra MBCT i isolasjon kan være hensiktsmessig anvendt ved et bredere spekter av lidelser.

Det er sannsynlig at både KiD og MBCT kan fremme økt velvære og mindre stress hos mennesker som tidligere ikke har vært deprimert, for eksempel arbeidstakere som opplever stor grad av belastning og er i risikogruppen for å bli deprimert. Denne antakelsen bygger på det faktum at øvelsene i MBCT i stor grad samsvarer med øvelsene i stressreduksjonsprogrammet MBSR. I tillegg viser studier på effekt av psykoedukative modeller for forebygging av stress på arbeidsplassen har vist seg å ha god effekt. Det er dermed grunn til å anta at også KiD kan være hensiktsmessig anvendt som forebyggende mot stressutløst depresjon. Som nevnt, er KiD allerede i bruk til dette formål i Vestfold. Sammenhengen mellom stress og faren for utvikling av psykiske lidelser bør tas på alvor, og her kan KiD og MBCT komme inn som samfunnsøkonomiske og effektive forebyggende tiltak.

Konklusjon

Lavterskeltilbud som Kurs i Depresjonsmestring og Mindfulness-Based Cognitive Therapy vil kunne redusere sykefravær. Det skjer ved at kursene reduserer depresjon eller forebygger nye episoder med depresjon.

Lavterskeltilbud er viktig fordi man kan nå flere på et tidlig tidspunkt i sykdomsutviklingen. Som vist tidligere, er dette nødvendig for å unngå at mennesker blir sykemeldte, eller for å få sykemeldte raskt tilbake til jobb. Det er også bedre, både på et menneskelig og et samfunnsmessig plan, å intervensere før mennesker blir uføretrygdet.

Lavterskeltilbud kan videre skape økt grad av håp og tro på at det er mulig å gjøre noe med en negativ samfunnstrend.

Forskning på effekter av MBCT og MBSR er enda på et tidlig stadie. Det finnes forholdsvis få studier på området og det er fortsatt behov for å avklare mer spesifikke effekter av kursene. Funn som er gjort til nå tyder likevel på en positiv helsemessig effekt for ulike pasientgrupper, også for dem med depresjon. KiD kan vise til gode effekter, spesielt for dem med mild til moderat depresjon. Kurset synes derfor som et godt alternativ som lavterskeltilbud til denne målgruppen. MBCT kan synes som et effektivt lavterskeltilbud for personer som har hatt minst tre tidligere episoder med depresjon.

Det ser imidlertid ikke ut til at man behøver å vente til man blir diagnostisert som deprimert, sykemeldt eller har vært deprimert minst 3 ganger for å ha nytte av teknikkene i kursene. Kursene hviler på veldokumenterte og etablerte metoder som fremmer menneskers evne til å mestre belastninger.

I dagens samfunn blir mange utsatt for stressorer allerede fra tidlig barndom. Et eksempel er den økende skilsmisseraten, som det her er foreslått at henger sammen med økende depresjonsrater blant menn. Kan det tenkes at det vil være hensiktsmessig å lære barn fremgangsmåter for stressmestring på et tidlig tidspunkt? Psykologforeningen etterlyser tiltak på laveste effektive nivå. Kan grunnskolen være en arena for forebyggende arbeid gjennom å lære barna mestringsstrategier slik at de kan stå imot de belastningene livet byr på? Videre forskning utfordres til å undersøke hvorvidt elementer fra KiD og MBCT kan anvendes profylaktisk til dette.

Referanser

- Aanonsen, A.-M. (5. september 2007). *Allmennpsykologiske tjenester*.
Hentet 10. mars 2008, fra
<http://www.psykologforeningen.no/default.aspx?did=9133074>
- Aanonsen, A.-M. (19. september 2007). *Helseministerens skivebom*.
Hentet 15. mars 2008, fra <http://www.psykol.no/default.aspx?did=9133991>
- Abramsom, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1995). Hopelessness depression. I G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (Red.), *Explanatory style*. (s. 113-134). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P. et al. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, vol. 179, (4), 308-316.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E. & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, (5), 927-935.
- Barnhofer, T., Duggan, D., Crane, C., Hepburn, S., Fennell, M. J., & Williams, J. M. G. (2007). Effects of meditation on frontal χ -asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport*, vol. 18, (7), 709-712.
- Barrera, M. (2000). Social support research in community psychology. I J. Rapaport & E. Seidman (Red.), *Handbook of community psychology*. (s. 215-246). New York: Kluwer.
- Beck, A. T. (1970). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, (4), 561-571.
- Berge, T., & Repål, A. (2002). *Lykketyvene*. Oslo: Aschehoug.

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, (2), 186-204.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and Practice*, vol. 11, (3), 230-241.
- Blekesaune, M. & Øverbye, E. (2000). *Uførepensjonisters materielle levekår og sosiale tilknytning* (Rapport nr. 7). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Brown, R. A., & Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 52, (5), 774-783.
- Brown, J. S. L., Elliott, S. A., Boardman, J., Ferns, J., & Morrison, J. (2004). Meeting the unmet need for depression services with psycho-educational self-confidence workshops: Preliminary report. *British Journal of Psychiatry*, vol. 185, (12), 511-515.
- Brown, G., & Harries, T. (1978). *Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. New York: The Free Press.
- Brustad, S., & Hansen, B. H. (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2008-2012*. Hentet 20. januar 2008, fra <http://www.nav.no/binary?id=805473601&download=true>
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. E. (2002). Cohesion in group psychotherapy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. (s. 71-87). New York: Oxford University Press.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, vol. 36, (2), 129-148.
- Børtnes, T. (2006). Ungdom blir uføre. *Arbeidsmiljø*, 6.
Hentet 11. februar 2008, fra http://arbeidsmiljo.pht.no/xp/pub/div/temaer/sykefravar_og_uforhet/184484
- Børve, T. A., Nævra, A., & Dalgard, O. S. (2003). *Å mestre depresjon*. Nittedal: Hestholms Trykkeri.

- Carver, C. S., Blaney, P. H., & Scheier, M. F. (1979). Reassertion and giving up: The interactive role of self-directed attention and outcome expectancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 37, (10), 1859-1870.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1983). A control theory approach to human behavior, and implications for problems of self-management. I P. Kendall (Red.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. (s. 127-194). New York: Academic Press.
- Christensen, D. (1982). The relationship between self-consciousness and interpersonal effectiveness and a new scale to measure individual differences in self-consciousness. *Personality and Individual Differences*, vol. 3, (2), 177-188.
- Coelho, H. F., Canter, P. H., & Ernst, E. (2007). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 75, (6), 1000-1005.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, vol. 59, (8), 676-684.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, vol. 98, (2), 310-357.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping With Depression" course. *Behavior Therapy*, vol. 29, (3), 521-533.
- Dalai Lama XIV., & Cutler, H.C. (2003). *The Art of Happiness at Work*. New York: Penguin.
- Dalgard, O. S. (1992). Sosialt nettverk, sosial integrasjon og psykisk helse. I L. Fyrand (Red.), *Perspektiver på sosialt nettverk*. (s. 97-113). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalgard, O.S. (2004). Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, vol. 124, (23), 3043-3046.
- Dalgard, O. S. (2006). A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 2, (15), 1-8.
- Dalgard, O. S., & Bjørk, S. (1995). Samspillet mellom sosialt nettverk, negative livshendelser og psykisk helse. Resultater fra en prospektiv befolkningsundersøkelse i Oslo. I O. S. Dalgard, E. Døhlie & M. Ystgaard (Red.), *Sosialt nettverk. Helse & samfunn*. (s. 37-48). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalgard, O. S. & Bøen, H. (2008). Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder (Rapport 2008:1). Nydalen: Folkehelseinstituttet.

- Dalgard, O. S., Ystgaard, M., & Brevik, J. I. (1995). Sosiale miljøfaktorer og psykisk helse. Modell og sentrale begreper. I O. S. Dalgard, E. Døhlle, & M. Ystgaard (Red.), *Sosialt nettverk. Helse og samfunn*. (s. 13-36). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007). *Community psychology. Linking individuals and communities*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. K. et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, vol. 65, (4), 564-570.
- de Vibe, M., & Moum, T. (2006). Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, vol. 126, (15), 1898-1902.
- DiMatteo, M., & Hays, R. (1981). Social support and serious illness. I B. Gottlieb (Red.), *Social networks and social support*. (s. 117-148). Beverly Hills: Sage.
- Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O. S., Hosman, C., Lehtinen, V., Vázquez-Barquero, J. L. et al. (1998). Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. *British Journal of Psychiatry*, vol. 172 (4), 359-363.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V. et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomized controlled trial. *British Medical Journal*, vol. 321, (72-74), 1450-1454.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt of social support associated with increased psychological distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, vol. 13, (3), 527-544.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus: Lyle Stuart.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives. *Norsk Epidemiologi*, vol. 12, (1), 33-38.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, vol. 7, (2), 117-140.
- Finset, A. (1986). *Familien og det sosiale nettverket*. Oslo: Cappelens Forlag.

- Fiske, S. T. (2004). *Social Beings. A core motives approach to social psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Folkehelseinstituttet. (22. februar 2008). Forekomst av psykiske plager og lidelser. Hentet 1. mars 2008, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2667:1:0:0:::0:0
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 21, (3), 219-239.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glick, I. D., Burti, L., Okonogi, K., & Sacks, M. (1994). The effectiveness of psychiatric care. III: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 164, (1), 104-106.
- Gottlieb, B. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 2, (3), 351-375.
- Grossmann, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 57, 35-43.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implication for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 9, (3), 329-343.
- Hartlage, L.B. Alloy, C. Vázquez and B. Dykman, (1993). Automatic and effortful processing in depression, *Psychological Bulletin*, vol. 113, (2), 247-278.
- Haukedal, W. (2001). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1989). The development and principles of cognitive-behavioural treatments. I K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Red.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. (s. 1-12). Oxford: Oxford University Press.
- Helse Bergen. *Veileder for praktisering av prioriteringsforskriften innen voksenpsykiatri*. Bergen: Psykiatrisk divisjon, Haukeland Universitetssykehus.
- Hem, E. (2001). Selvmord – fortsatt et stort helseproblem. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, vol. 121, (9), 1025.
- Hem, K. G. (2002). *Evaluering av henvisningsprosjektet. Delutredning 3: Økonomiske konsekvenser* (STF78 A024512). Oslo: SINTEF.

- Holm, K. (2006). Psykoanalytisk behandling ved Sigmund Freuds 150-årsdag. *Tidsskrift for Norsk Lægeförening*, vol. 126, (24), 3278-3280.
- Holte, A. (2005). *Folkets psykiske helse i 2020. Utfordringer for forebygging og behandling*. (Presentasjon ved jubileumsseminar for Modum Bad 8.-9. september 2005).
Hentet 12. august 2007, fra
http://216.239.59.104/search?q=cache:OQK_3vfgRewJ:www.modum-bad.no/Folkets%2520psykiske%2520helse%2520i%25202020_vPKQd.ppt.file+Arne+Holte,+depresjon&hl=no&ct=clnk&cd=20&gl=no
- Holte, A. (2006) Psykisk helsereformen – midler og mål. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 43, (1), 34-37.
- Holte, A. (2007). *Helseøkonomiske utfordringer innen psykisk helse*. (Presentasjon ved den ix. nasjonale helseøkonomikonferanse, Os, 21.-22. mai 2007).
Hentet 18. august, 2007, fra http://heb.rokkan.uib.no/news/files/32-Helse_konomiske_utfordringer_innen_psykisk_helse_Arne_Holthe.pdf
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: Teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hovland, O. J. (2007). Grunnleggende overbevisninger, angst og depresjon i en poliklinisk pasientgruppe. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, vol. 44, (7), 878-886.
- Ingram, R. E., & Hollon, S. D. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspective. I R. E. Ingram (Red.), *Information processing approaches to clinical psychology*. (s. 261-284. Orlando: Academic Press.
- Ivanovski, B., & Malhi, G. S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, vol. 19, (2), 76-91.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K. et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, (2), 295-304.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion Press.
- Kagan, N. I., Kagan, H., & Watson, M. G. (1995). Stress reduction in the workplace: The effectiveness of psychoeducational programs. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 42, (1), 71-78.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, (6), 593-602.
- Klippel, D. A., & DeJoy, D. M. (1984). Counseling psychology in behavioral medicine and health psychology. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 31, (2), 219-227.
- Kommunal Kompetanse (2008). *Kurs i Mestring av Depresjon (KiD)*.
Hentet 18. Mars 2008, fra
<http://www.kkomp.no/Modules/Page/viewPage.asp?level=4620&modid=4620>
- Kringlen, E. (1997). *Depresjoner*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond.
- Kringlen, E. (2005). *Psykiatri*. (8 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, (7), 1091-1098.
- Kåver, A. (2005). *Å leve et liv, ikke vinne en krig. Om akseptering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. (s. 17–32). New York: Oxford University Press.
- La Rocco, J. M., House, J. S., & French, J. R. P. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 21, (3), 202-218.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J.L., Vazques-Barquero, J.L., Dez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, vol. 57, (1), 261-265.
- Lazarus, R.S. (2006). *Stress and Emotion*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L., & Teri, L. (1984). *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene: Castalia.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., & Clarke, G. N. (1989). The Coping With Depression Course: Review and future directions. *Canadian Journal of Behavioral Science*, vol. 21, (4), 470-493.

- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. I S.Reiss & R. Bootzin (Red.), *Theoretical issues in behavior therapy*. (s. 331-359). New York: Academic Press.
- Lipsey, M. W. (1990). *Design sensitivity: Statistical power for experimental research*. Newbury Park: Sage.
- Lunde, E. S. (2007). Hva slags problemer går vi til fastlegen med. *Samfunnsspeilet*, 3, Hentet 10. desember 2007, fra <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200703/05/art-2007-06-19-01.html>
- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1982). The pleasant events schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 50, (3), 363-380.
- Martin, J., R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy*, vol. 7, (4), 291-311.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row Publishers.
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, vol. 886, (1-2), 172-189.
- Milde, A. M. (2004). Årsaker til magesår - Infeksjon eller hva? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 41, (10), 785-786.
- Muñoz, R.F., & Ying, Y.W. (1993). *The Prevention of Depression. Research and Practice*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Mykletun, A. (2001). *Angst og Depresjon som risikofaktorer for uføretrygding*. Hovedoppgave i psykologi ved Universitetet i Bergen. Bergen: Psykologisk fakultet.
- NAV (2007). *Til ledere med personalansvar i IA bedrifter I Vestfold*. Hentet 18. Mars 2008, fra <http://www.nav.no/page?id=1073743201&queryparameter=kurs+i+depresjonsmestrin>
g
- Nilsonne, Å. (2005). *Hvem bestemmer i ditt liv. Om oppmerksomt nærvær*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nord, E., & Dalgard, O. S. (2006). Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, vol. 126, (5), 586-588.
- Norsk Psykologforening (2007). *Høringsuttalelse vedrørende regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Hentet 10. januar 2008, fra <http://www.psykologforeningen.no/?did=9127338&aid=9035446>

- Norsk Psykologforening (2007). *Innspill fra NPF til utkast til rapport fra arbeidsgruppene*.
Hentet 12. mars 2008 fra
<http://www.psykologforeningen.no/arch/img/9136480.doc>
- Norsk psykologforening, Rogaland lokalavdeling (2007). *Generasjonsskifte i psykologforeningen*.
Hentet 17. mars 2008, fra
<http://www.npf-rogaland.net/index.htm>
- Nystuen, P. (2007). *Arbeid og psykisk helse*.
Hentet 20. november 2007, fra
http://www.attforingsbedriftene.no/Files/Filer/Kurs%20og%20konferanseprogram/Arbeid_og_psykisk_helse_-_P%c3%a51_Nystuen-mai-07.ppt#14
- Pallesen, S. (2008). *Søvn 374o*. (Presentasjon ved forelesning i klinisk søvn). Bergen: Psykologisk fakultet.
- Pancoast, D. L. (1992). Den psykologiske betydningen av sosial støtte. I L. Fyrand (Red.), *Perspektiver på sosialt nettverk*. (s. 70-82). Oslo: Universitetsforlaget.
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2001). *Psychology: Frontiers and applications*. Boston: McGraw-Hill.
- Post, R. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, vol.149, (8), 999-1010.
- Ree, M. J., & Craige, M. A. (2007). Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behaviour Change*, vol. 24, (2), 70-86.
- Regjeringen. (2005). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009*.
Hentet 5. februar 2008, fra
http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/tema/andre/Inkluderende_arbeidsliv/Intensjonsavtale_om_et_mer_inkluderende_.html?id=85829
- Regjeringen. (2006). *Ny intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv*.
Hentet 5. februar 2008, fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/pressemeldinger/pressemeldinger/2006/Ny-intensjonsavtale-om-et-inkluderende-arbeidsliv.html?id=104705>
- Ringen, S. (1976). *Den sosiale forankring*. (Arbeidsnotat nr. 82). Bergen: Levekårsundersøkelsen.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, vol. 108, (1), 30-49.

- Rogers, C. R. (1974). In retrospect: Forty-six years. *American Psychologist*, vol. 29, (2), 115-123.
- Rush, A. J., Zimmerman, M., Wisniewski, S. R., Fava, M., & Hollon, S. D., Warden, D. et al. (2005). Research report. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders*, vol. 87, (1), 43-55.
- Rådet for psykisk helse (12. Mars 2008). *Nye kurslederkurs i 2008 KiD – Kurs i mestring av depresjon*.
Hentet 18. Mars 2008, fra
<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27814>
- Sandanger, I., Nygård, J. F., Sørensen, T., & Dalgard, O. S. (2007). Return of depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *Journal of Affective Disorders*, vol. 100, (1-3), 153 - 162.
- Sanne, B., Dahl, A. A., & Tell, G. S. (2001). Depresjon - samfunnsøkonomiske perspektiver. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, vol. 121, (5), 590-596.
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, vol. 6, (5), 442-451.
- Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. San Fransisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. New York: Knopf.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton & Company.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1(1), 27-41.
- Simon, G. E., Korff, M.F., Saunders, K., Miglioretti, D., Crane, P. K., & van Belle, G. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Archives of General Psychiatry*, vol. 63 (7). 824-830.
- Sivertsen, B. (2008). *Insomni*. (Presentasjon ved forelesning i klinisk søvn). Bergen: Institutt for klinisk psykologi.

- Statistisk Sentralbyrå (2001). *Helse i Norge*.
Hentet 27. desember, 2007, fra
<http://www.ssb.no/emner/03/00/sa41/>
- Sørensen, T., Sandanger, I., Dalgard, O. S., & Kleiner, R. (2005). Sosialt nettverk. Sosial støtte og sosiokulturell integrasjon i samfunnspsykiatrisk perspektiv. I S. Opjordsmoen, P. Vaglum, & G.-R. Bloch Thorsen (Red.), *Oss i mellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. (s. 117-138). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, (4), 416-423.
- Thuen, F. (2000). Motsetninger mellom arbeid og hjem. Den nye store arbeidsbelastningen. I S. Einarsen, & A. Skogstad (Red.), *Det gode arbeidsmiljø*. (s. 244-259). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tucker, D. M., Luu, P., & Derryberry, D. (2005). Love Hurts: The evolution of empathic concern through the encephalization of nociceptive capacity. *Development and Psychopathology*, vol. 17, (3), 699-713.
- Tveråmo, A., Dalgard, O. S., & Claussen, B. (2003). Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990 – 2000. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, vol. 123, (11), 2011-2015.
- Ursin, H. (1984). *Stress*. Kolbotn: Tanum-Norli.
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, vol. 29, (5), 567–592.
- Vøllestad, J. (2007). Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 44, (7), 860-867.
- Waage, S., Pallesen, S. & Bjorvatn, B. (2007). Skiftarbeid og søvn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 44, (4), 428-433.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, vol. 30, (6), 473-483.
- Weiss, M., Nordlie, J., W., & Siegel, E. P. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 74 (2), 108-112.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological review*, vol. 66, (5), 297-333.

- WHO (2000). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.* (Statens Helsetilsyn, overs.). Oslo: Gyldendal. (Original publisert 1992).
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression.* New York: The Guilford Press.
- Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Ytterdal, T., & Fugelli, P. (2000). Helse og Livskvalitet blant langtidsledige. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening, vol. 120, (11), 1308-1311.*
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 47, (3), 427-439.*