

DISA – att förebygga depressiva symtom hos tonårsflickor

En utvärdering av DISA (Depression in Swedish Adolescents)-programmet visar att tonårsflickor som deltagit i DISA har färre depressiva symtom, än andra jämnåriga flickor. Studien visar dessutom att tonåringarna som varit med i DISA-grupper, upplevde att de hade bättre förmåga att känslomässigt hantera tsunamikatastrofen.

BRITT-MARIE TREUTIGER

Depression och depressiva symtom hos unga

Psykisk ohälsa anses vara ett av de största hälso-problemen under uppväxtåren [1]. Internationella studier visar att individer som är födda under senare delen av 1900-talet löper större risk för att utveckla kliniska depressioner. Såväl depressiva symtom som kliniska depressioner identifieras i lägre åldrar [1-3]. En återkommande internationell enkätundersökning om skolbarns hälsovanor, WHO-studien, har genomförts vid tre tillfällen med fyra års mellanrum i Sverige från 1985. Folkhälsoinstitutet har uppdraget att genomföra denna enkätundersökning i årskurserna fem, sju och nio. Resultaten visar att andelen elever i årskurserna sju och nio som anger att de ”känner sig nere” har ökat över tid [4].

Depressiva symtom hos ungdomar i åldrarna 13 till 18 år varierar mellan sju och elva procent i olika svenska studier [5-7], och tre till fyra procent av tonåringarna uppskattas lida av klinisk depression [8]. Både depressiva symtom och klinisk depression är tre till fyra gånger så vanliga hos flickor jämfört med pojkar vid 16 års ålder [9]. En tonåring med depressiva symtom är dessutom ofta utsatt för riskfaktorer som kan medföra psykisk ohälsa i framtiden och ha en negativ effekt på möjligheten att påverka den egna utvecklingen [9, 10].

Risk- och friskfaktorer

Att en person utvecklar depressiva symtom eller en klinisk depression har ofta flera bakomliggande orsaker [10], och riskfaktorer är stress och/eller

påfrestningar i livssituationen samt negativa kognitiva tankemönster [2, 11] – det kan handla om skolsituationen eller relationer till vänner och/eller föräldrar [2]. Andra faktorer som kan kopplas till depression hos unga är: medfödd sårbarhet, att ha en deprimerad förälder, föräldrars separation och att tidigare ha varit deprimerad. Alltför pessimistiska tankemönster med händelser som tolkas negativt kan bli en neråtgående spiral där personen inte förväntar sig kunna påverka sitt liv. Känslan av att inte kunna påverka sitt liv kan leda till hjälplöshet, vilken i sin tur kan medföra passivitet, försämrad social förmåga, en känsla av hopplöshet och andra depressiva symtom [11]. Ett flertal studier har visat signifikanta samband mellan skolsvårigheter och självskattning av depressiva symtom [12]. Skyddande faktorer är exempelvis hög självkänsla och upplevelse av att ha en förmåga att påverka sin situation och bemästra svårigheter. Det finns olika metoder att hantera stress. Om en individ får lära sig utveckla registret av så kallade copingstrategier, kan en viss immunitet mot depression och nedstämdhet utvecklas trots att personen utsätts för flera riskfaktorer [13].

Förebygga depression – en samhällsvinst

Flera rapporter har visat att det är kostnadseffektivt att förebygga depressioner [14-15]. De positiva resultaten av preventiva åtgärder uppväger mer än väl kostnaden för insatsen. En svensk rapport presenterar en samhällsekonomisk modell som visar hur man med olika prioriteringar kan påverka barns hälsa. I ett antal exempel visar man på den samhälleliga lönsamheten av depressionsförebyggande insatser. En slutsats i rapporten är att då det är svårt att tidigt förutse vilka som kommer att få problem är det ”därför viktigt att satsa på bra generella insatser som når alla barn” [15].

Skolhälsovården och ungdomsmottagningarna

Skolan har en stor potential i form av bland annat lärarkompetens samt bred kontaktyta med ungdomar och föräldrar, för att kunna genomföra förebyggande program mot depressiva symtom. Förebyggande program samstämmer ofta med skolans mål och kan därför ingå i läroplanen [16]. Socialstyrelsen påpekar i sina riktlinjer för skolhälsovården att: ”Det är angeläget att skolhälsovården aktivt medverkar i det hälsopedagogiska arbetet i skolan genom att följa kunskapsutvecklingen på området och använda ny evidensbaserad metodik för framgångsrika insatser” [16] I riktlinjerna påpekas också att: ”det är naturligt att ungdomsmottagningarna involveras i skolans hälsoundervisning”.

Ungdomsmottagningar var redan från starten 1970 en plats där man kunde förena frågor om kropp och själ. I policyprogrammet för Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) beskrivs den ökade efterfrågan på psykosocial hjälp: På många håll breddades verksamhetsområdet successiv, framförallt när det gäller de psykologiska och sociala frågeställningarna och många mottagningar både utökade och utvecklade det utåtriktade preventiva arbetet, de individuella besöken samt arbetet med grupper. På senare år har medvetenheten kring ungdomars psykiska ohälsa ökat och efterfrågan från ungdomar att få stöd och hjälp är stor. Detta har gjort att behovet av den psykosociala kompetensen på mottagningarna är större idag än tidigare [17].

Ungdomsmottagningarna har en viktig roll att fylla i förebyggande arbete för att tidigt fånga upp och ge stöd åt ungdomar med psykiska problem [18]. I nationella folkhälsoenkäten redovisas en överrepresentation av flickor som har psykosocial problematik i besöksgruppen på ungdomsmottagningar i jämförelse med de flickor i samma

åldersgrupp som inte har besökt ungdomsmottagningar [19].

Förebyggande program – riktade eller universella

Depressionsförebyggande program kan vara riktade eller universella. Riktade program är till exempel program för ungdomar som löper risk att insjukna i depression.

Universella program riktas mot en hel population med blandad riskexponering. En universell intervention är baserad på antagandet att alla tonåringar löper en risk att bli deprimerade, med varierande svårighetsgrad. Den är också baserad på att alla tonåringar är exponerade för händelser som kan orsaka depression, till exempel skolstress. Drygt var tredje elev på högstadiet samt i gymnasiet (dubbelt så många flickor som pojkar) uppger att de alltid eller oftast känner sig stressade i skolan [20].

Hantera stress och negativa tankemönster

Stress som begrepp myntades av forskaren Hans Selye på 1940-talet. Han beskrev människor och djurs stereotypa reaktioner på påfrestningar som ett anpassningssyndrom. Stress kan definieras som ” organismens reaktion på obalans mellan de belastningar (stressorer) den utsätts för och de resurser den har att hantera dessa” [21].

Depressiva symtom indikerar en risk för en klinisk depression [22]. Ungdomar med depressiva symtom antas löpa en tre gånger större risk att utveckla en klinisk depression under det närmsta året. Dessa ungdomar är därför en lämplig målgrupp för förebyggande program [10].

Förebyggande program inriktade på att hantera stress eller påfrestningar och negativa tankemönster har utvecklats av bland annat Clarke och

Lewinsohn [24]. Deras program bygger på den av Aaron Becks utvecklade metod *Cognitive therapy for depressed adults* [23], som bygger på hans teori om att deprimerade patienter har automatiska tankar av negativt slag och systematiska feltolkningar av verkligheten. Clarke och Lewinsohns modifierade Becks metod till att vara förebyggande och passa tonåringar [24]. Den modifierade metoden – den som används inom DISA-programmet – *The Coping With Stress course* (CWS) har visat sig vara det mest effektiva programmet när det gäller minskning av depressiva symtom hos tonåringar [25]. Programmet består av strukturerade gruppövningar inom skolans ram, med träning i kognitiva beteendetekniker för att identifiera samt hantera stress och negativa tankar. Delar av detta program har utvecklats till ett interaktivt självhjälpssystem som innehåller åtta stycken sessioner [26].

DISA-programmet

Coping With Stress course har översatts, anpassats för svenska förhållanden och fått namnet DISA (*Depression In Swedish Adolescents*)-programmet. Programmet består av tio gruppträffar, en gång i veckan å en timme. Personal som utbildats i läroprogrammet leder grupperna. Deltagarna får en arbetspärm med övningar och hemuppgifter, som även kan användas under tiden mellan gruppövningarna [27]. Träffarna är strukturerade och följer en given agenda. Då depressiva symtom är vanligare hos flickor än pojkar riktas programmet till tonårsflickor.

Innehållet i träffarna bygger på kognitiva beteendetekniker för att förändra negativa tankemönster, kommunikationsträning och olika problemlösningstrategier samt övningar för att stärka det sociala nätverket. Nedan ges rubriker till gruppträffarna och en kort beskrivning av innehållet i gruppledarmanualen:

DISA-träffarna

Träff 1. Lära känna varandra

Introduktion, förutsättningar för träffarna, regler, gemensam tystnadsplikt, aktiviteter för att lära känna varandra, hur kan jag påverka mina känslor? Positiva och negativa spiraler, sinnestämningssdagboken, hemuppgift och sinnestämningss frågeformulär.

Träff 2. Att hantera stress och hur man ändrar sitt sätt att tänka

Återblick från förra träffen, stress och nedstämdhet, relationen mellan tanke, känsla och handlingar samt att identifiera negativa tankar. Hemuppgift och "Din stund för andra" – en övning där eleven berättar eller visar något som får henne att må bra.

Träff 3. Stressiga situationer och negativt tänkande

Återblick på förra träffen, identifiera utlösande händelser och situationer, dina känslor för gruppen, hemuppgift och "Din stund för andra".

Träff 4. Det positiva tänkandets kraft

Återblick från förra träffen, öka positivt tänkande, öka positiva aktiviteter, hemuppgift, "Din stund för andra" och en första utvärdering.

Träff 5. Ändra negativt tänkande till positivt tänkande

Återblick på förra träffen, ändra negativt tänkande till positivt tänkande, identifiera irrationellt tänkande, hemuppgift och "Din stund för andra".

Träff 6. Orimligt tänkande

Återblick på förra träffen, upptäcka orimliga tankar med hjälp av tankefallor, identifiera negativa tankar i form av tankefallor, kontrakt, hemuppgift och "Din stund för andra".

Träff 7. Undersöka ursprunget till negativa tankar och att finna sätt att hantera stressiga händelser.

Återblick på förra träffen, ursprunget till negativa tankar, andra sätt att hantera stressiga händelser, hemuppgift och "Din stund för andra".

Träff 8. Stoppa negativa tankar, kommunikationsträning del 1

Återblick på förra träffen, teknik för att stoppa negativa tankar, kommunikationsträning, hemuppgift och "Din stund för andra".

Träff 9. Kommunikationsträning del 2

Återblick på förra träffen, kommunikationsträning del 2, ballongövning, en övning att identifiera negativa tankar och ersätta dem med positiva, dina känslor för gruppen, hemuppgift och "Din stund för andra".

Träff 10. Att förebygga deppighet

Återblick på förra träffen, att underhålla färdigheter, krisplanering, fortsätta att må bra, ge akt på tidiga varningssignaler, olika frågeformulär, (bl a ett sinnestämningss formulär) och avslutning med diplomutdelning.

Under punkten, ”återblick på förra träffen”, sker en repetition av förra veckans träff samt en genomgång av hemuppgiften, som eleven arbetat med under veckan. En del av hemuppgiften är att varje dag följa sin sinnestämning enligt en skala graderad från 1–7. Denna sinnestänningsdagbok utgör också ett kvalitetsäkringsinstrument för kursen då eleverna kan följa skiftningar i sinnestämningen över den tid då träffarna pågår.

I programmet ingår ett självskattningsformulär *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) som mäter depressiva symtom. Detta formulär får flickorna fylla i vid första och vid sista träffen. Resultatet får endast flickan och gruppledarna (förutsatt att flickan ger sitt tillstånd) ta del av, och visar om kursen haft någon omedelbar effekt på flickans sinnestämning.

DISA-studien

Höstterminen 2003 erbjöds alla högstadieskolor i Stockholms stad och län att ingå i ett projekt för att utvärdera DISA-programmet. De sju skolor som kom att delta i studien var geografiskt jämt spridda i Stockholms län. Skolpersonal, två från varje skola, huvudsakligen elevhälsopersonal, utbildades under tre dagare till gruppledare i DISA-programmet. Under det att studien pågick fick personalen metodhandledning i sammanlagt nio timmar.

Effekten av DISA-programmet mättes efter tre respektive tolv månader. I samband med tolv-månadersuppföljningen (4 veckor innan) inträffade tsunamikatastrofen. För att få en uppfattning om hur katastrofen påverkat flickornas sinnestämning kompletterades frågeformuläret med två frågor. En anledning till att vi lade till dessa frågor är att det är få prospektiva studier gjorda avseende katastrofer [28].

Resultat av DISA-studien

Färre depressiva symtom

Flickor som deltagit i DISA-programmet hade färre depressiva symtom än flickor som inte genomgått programmet. Bland de flickor som inte ingått i DISA-programmet ökade de depressiva symtomen över tid, dock inte hos DISA-deltagarna. Deras sinnestämning påverkades även i mindre utsträckning av tsunamikatastrofen.

Reijneveld beskriver i en studie att katastrofer påverkar den mentala hälsan bland annat med symtom på depression inte bara hos dem som är direkt drabbade utan också hos exempelvis klasskamrater till de drabbade [28]. Samma negativa effekt kan förväntas drabba elever och klasskamrater som direkt eller indirekt drabbats av tsunamikatastrofen. Det är möjligt att deltagandet i DISA-programmet kan ha hjälpt flickorna att känslomässigt hantera tsunamikatastrofen.

Vår studie är viktig då det finns få studier av att förebygga depressiva symtom och där man har undersökt långtidseffekter av universella program [25]. En svårighet att jämföra de olika program som är framtagna för att förebygga depressiva symtom är att grupperna som har jämförts är heterogena [25]. Programmen varierar beroende på gruppstorlek, mötesintensitet och längd, antal möten, gruppledare kompetens och utbildningstid. Vissa studier är riktade medan andra är universella. Några har metodologiska tillkortakommanden som exempelvis få deltagare.

Om en stor grupp människor som exponeras för en låg risk av sjukdom, som vissa symtom på depression, kommer dessa att generera fler sjukdomsfall än en liten grupp människor som exponeras för en högre risk [29]. Om skolorna använder ett förebyggande program mot depression kan detta program med fördel bli en del av skolplanen, exempelvis utgöra en del av kursen ”livskunskap”. Ett annat sätt att nå ungdomar i

riskzonen för depression är att välja ut ungdomar som har högre sannolikhet att utveckla depression [22]. En svårighet med detta förfaringsätt är att ungdomar kan uppleva sig som stigmatiserade. Om alla elever i en årsklass omfattas av ett preventionsprogram så kommer inte eleverna att känna sig speciellt utpekade för programmet.

Skolledarens stöd, gruppledarens förmåga

Denna studie byggde på ett frivilligt deltagande från skolorna. En studie visar att två faktorer bidrar till att en intervention skall bli lyckad. För det första att skolledaren skall ge adekvat stöd, för det andra att gruppledarnas förmåga att genomföra metoden är hög [30]. En begränsning var att varken skolledarnas support eller gruppledarnas förmåga att genomföra DISA-programmet mättes. Studiens resultat kan dock tolkas som att utbildningen av gruppledarna var tillräcklig och att manualen är lätt att följa då resultatet från skolorna inte skiljer sig och då bortfallet inte skilde sig mellan skolorna. En annan begränsning i studien är att urvalet av skolor inte gjordes slumpmässigt utan deltagandet i studien byggde på skolledarnas intresse för att skolan skulle ingå i studien.

Högt deltagande

Att så få flickor avbröt sin medverkan i DISA-programmet tyder på att elevernas intresse för programmet var högt och att antalet mötestillfällen (tio träffar) var tillräckligt. I en studie av en grupp ungdomar där programmet omfattade 15 möten, deltog ungdomarna endast i genomsnitt vid 9,5 möten [22].

Förebyggande program utanför skolan

De elever som hoppar av skolan och/eller har stor frånvaro från skolan kommer inte att nås av förebyggande program inom skolans ram [31]. Om ungdomsmottagningar skulle erbjuda denna möjlighet finns det två modeller som kanske skul-

le passa för att komma runt problemet med att programmet sker utanför skoltid. En modell har med cirkulära möten (oändligt upprepande), så att ungdomarna kan börja i grupperna oberoende av var i mötesordningen man befinner sig; den andra är en individuellt anpassad modell som innefattar fem till nio möten [32].

Erbjuda hjälp

Fördelen med att CES-D självskattningsskala finns i elevens arbetsbok är att man inledningsvis kan få en uppfattning om hur eleven mår. Om eleven har höga poäng på självskattningsskalan kan man snabbt erbjuda samtal och kontakt för att eleven skall få den hjälp som behövs. Då det finns ett samband mellan depression och skolsvårigheter är det viktigt att depressiva symtom hos eleven uppmärksammas för att bryta en negativ utveckling [33]. När flickorna fyller i självskattningsskalan vid den sista träffen i DISA-programmet, får vi veta om någon elev behöver ytterligare hjälp (och om DISA-programmets effekt på den individuella eleven). Resultatet utgör också en form av kvalitetssäkring av DISA-programmet.

Kostnadseffektivitet och enkelhet

För att förebyggande program ska accepteras måste de vara kostnadseffektiva och enkla att genomföra [15]. Lönsamheten är stor för samhället av att systematiskt försöka motverka depressioner. Kostnaden för insatser liknande DISA-programmet är betydligt lägre än de kostnader som samhället och individen drabbas av om ingen insats alls görs. Generella program som DISA-programmet har också visat sig kostnadseffektiva i förhållande till individuellt riktade insatser [14]. Studien har visat att efter en tredagarsutbildning samt handledning kan befintlig personal inom elevhälsan eller ungdomsmottagningar vara gruppledare för DISA-programmet. Programmet, med sin detaljerade manual, är enkelt an-

vända. DISA-programmet kan också med fördel användas både på skolor och på ungdomsmottagningar. Personalgrupperna psykologer, kuratorer och barnmorskor kan genom att erbjuda DISA-programmet till flickor få ett verktyg för att arbeta förebyggande mot depressiva symtom.

DISA för pojkar?

I framtiden behövs studier för att ta reda på om DISA-programmet har samma effekt på tonårsflickor som tonårspojkar. Gunilla Olssons studie visade att tonårsflickor och pojkar har olika depressionsmönster [9]. Det är därför även av intresse att studera DISA-programmets effekt i enkönade och respektive blandade grupper. Det vore också intressant att ta reda på vilken effekt DISA-programmet har på olika åldersgrupper av tonårsflickor respektive tonårspojkar.

REFERENSER

- World Health Organisation: *The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding*. New Hope, Geneva.
- Birmaher, B., N. Ryan, and D. Williamson (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past ten years. Part I. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:1427–39.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. & Toth, S. (2001). Ontogenesis, depressotypic organization and the depressive spectrum., in *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk and disorder*. Luthar, B. J., Cicchetti, S.S., Weisz, D (eds). Cambridge: University Press.
- Marklund, U (1997). *Skolbarns hälsovanor under ett decennium*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Larsson, B. & Melin, L (1990). Depressive symptoms in Swedish adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18:91–103.
- Larsson, B et al (1991). Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. *Acta Psychiatr Scand*, 83(5): p. 385–90.
- Lindberg, L, Karlsson, N, & Bremberg, S (1999). Ungdomars psykiska hälsa. Utvärdering av ett mätinstrument. Stockholm: Centrum för Barn & Ungdom.
- Knorrning, A (1996). Depressioner hos barn och ungdomar. *Nordisk Medicin*, 111:271–74.
- Olsson, G (1998). *Adolescent depression. Epidemiology, Nosology, Life Stress and Social Network*. Uppsala: Acta Universitatis Uppsaliensis.
- Wasserman, D (2000). *Depression – en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Borås: Natur och Kultur.
- Clarke, G N et al (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(3):312–21.
- Lewinsohn, P M et al (1997). Depression-related psychosocial variables: Are they specific to depression in adolescents? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 106(3) Aug 365–375.
- Clarke, G N, DeBar, L L, & Lewinsohn, P M (2003). Cognitive-Behavioral Group Treatment for Adolescent Depression. In *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, Kazdin, A E & Weitz, J R, (Eds). New York: The Guilford Press.
- Lynch, F L et al (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry*, 62:1241–1248.
- Socialstyrelsen, Skolverket & Statens Folkhälsoinstitut (2006). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. Stockholm.
- Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. 2004.
- Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar. 2002, FSUM.
- Det gäller livet*, SOU, 1998:31, SOU.
- Nationella Folkhälsoenkäten*. 2005, Statens Folkhälsoinstitut: Stockholm.
- Attityder till skolan* 2003, Skolverket Rapport 243. 2004.
- Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa*. 2003, Socialstyrelsen.
- Clarke, G N et al (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 2001;58(12):1127–34.

23. Clarke, G N, & Lewinsohn, P M (1995). *The adolescent Coping With Stress Class: Leader Manual*. Portland: Kaiser Permanente Center for Health Research.
24. Beck, et al (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
25. Merry, S et al (2004). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents, in *Cochrane Library*, Vol. 2.
26. <http://www.kpchr.org/feelbetter> (051115)
27. Clarke, G N (1995). *The Coping With Stress Course: Adolescent Workbook*. Portland: Kaiser Permanente Center for Health Research.
28. Reijneveld, S et al (2003). The effect of a severe disaster on mental health of adolescents: a controlled study. *The Lancet*, 362.
29. Rose, G (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford university press.
30. Kam, C-M, Greenberg, M, & Walls, C (2003). Examining the role of implementation Quality in school-based prevention using the PATHS curriculum. *Prevention Science*, 4.
31. Merry, S et al (2004). A Randomized Placebo-Controlled Trial of a School-Based Depression Prevention Program. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:5.
32. Clarke, G N. et al (1993). School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 8:183–204.
33. Gillham, J, & Reivich, K (2004). *Cultivating Optimism in Childhood and Adolescence*. The Annals of American Academy.