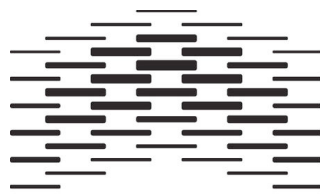


MASTEROPPGAVE
Læring i komplekse systemer - Atferdsanalyse
November 2014

En atferdsanalytisk tolkning av depresjonsbehandling

Martin Ø. Myhre

Fakultet for helsefag
Institutt for atferdsvitenskap



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Acknowledgements

At dette prosjektet ble gjennomført skyldes først og fremst to personer. Først, min veileder, Børge Strømgren som sa seg villig til å veilede meg på oppgaven, og som har kommet med uvurderlig viktige innspill og kommentarer i forkant, underveis i gjennomføringen av prosjektet, og under skrivingen av artiklene. Deretter skylder jeg Martin Veland en stor takk for tillitten jeg fikk når han ga meg støtte til å gjennomføre prosjektet. Din støtte har også vært uvurderlig. Uten din tillit, ambisjoner, og optimisme ville heller ikke dette prosjektet blitt gjennomført.

En stor takk rettes også til alle mine kollegaer på akuttavdelingen. Deres hjelp og støtte har vært veldig viktig for meg i gjennomføringen av prosjektet. Jeg er fortsatt imponert over den store støtten jeg har fått fra dere underveis, og hvor positive alle har vært til prosjektet. Det har vært veldig inspirerende. Mange kunne vært nevnt, men Jon Magnus Eilertsen, og Eimund Arnesen fortjener og nevnes. De har brukt fritiden sin til å hjelpe meg med helt essensielle elementer av prosjektet. Takk fortjener også min bedre halvdel, Maria, for tålmodighet, støtte, og oppmuntring.

Sist rettes en stor takk til alle pasientene som har deltok i prosjektet i en vanskelig livssituasjon. Jeg håper dere føler dere har fått noe igjen for å ha deltatt i prosjektet, og at dere føler at dere har fått behandling av god kvalitet. Alle deltagere ønskes lykke til videre i livet, med håp om at vi har bidratt til nødvendig hjelp på en god måte.

Innholdsfortegnelse

Oversikt over tabeller og figurer	VI
Engelsk abstrakt	VII

Artikkel 1

Atferdsanalytisk konseptualisering og behandling av depresjon

Abstrakt	2
Innledning.....	3
Atferdsanalyse og depresjon	5
Konseptuell forståelse av depresjon	9
Fersters funksjonelle analyse.....	9
Lewinsohns depresjonsmodell.....	10
Molekylære analyser av depresjon	12
Molære analyser av depresjon	16
Klinisk tilnærming til behandling av depresjon	18
Behavioral Activation.....	20
Brief Behavioral Activation Treatment for Depression	23
Avslutning	24
Referanser.....	28
Tabell 1	37

Artikkel 2

En evaluering av *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression* for pasienter med moderat til alvorlig depresjon ved korttidsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne

Abstrakt	2
Innledning	3
Metode	10
Deltagere	10
Setting	12
Avhengige variabler og datainnsamling	12
Design	14
Prosedyre	14
Intervensjoner og behandlingsintegritet	14
Terapeuter og opplæring av terapeuter	16
Plan for statistisk analyse	16
Resultater	18
Resultater gruppedata	18
Individuell variasjon	18
Resultater fra CEQ og TEI-SF for BATD-gruppen	19
Diskusjon	19
Anbefalinger videre	28
Konklusjon	30
Referanser	31
Figur 1	41
Figur 2	42
Figur 3	43

Tabell 1.....	44
Appendiks.....	45
A- Oversatt og tilpasset versjon av CEQ.....	45
B- Oversatt versjon av TEI-SF	46
C- Bulls Eye verdikartleggingsskjema	47

Oversikt over tabeller og figurer**Artikkel 1**

Tabell 1. Forskjeller mellom *Behavioral Activation* og *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression*

Artikkel 2

Figur 1. Flytskjema over prosedyren.

Figur 2. Individuelle endringskårer sammen med *Reliable Change Index*.

Figur 3. Pre- og posttestskåre opp mot depresjonskategoriene på BDI-II.

Tabell 1. Deskriptive variabler hos deltagerne.

Abstract

The theme of this thesis is to describe behavior analytic conceptualizations, and to outline and evaluate a clinical behavioral analytic treatment for depression. Article 1 describes fundamental properties of a behavioral analytic framework for depression. Different interpretations of depression within this framework are presented, along with experimental studies evaluating some of these hypotheses. Two different clinical behavioral treatments of depression, *Behavioral Activation (BA)*, and *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD)*, is briefly presented and compared. Last, is the current position summarized, and suggestions for further research made. Article 2 outlines a clinical evaluation of BATD with inpatients with moderate to severe depression in an acute psychiatric ward. The study is a systematic replication of Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, and McNeil (2003) over units, settings, and treatments, with the revised BATD protocol (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011). The study is a randomized controlled trial, which compares BATD to treatment as usual. Results showed that the BATD group had a significantly higher gain score than the treatment as usual group with a strong effect size. Significantly more participants in the BATD group had a gain score higher than the Reliable Change Index, or a reduction in depression severity on Becks Depression Inventory-II. Results are compared to other behavioral activation studies with inpatients, with focus on clinical significance. The current study also finds some support for the hypothesis that BATD is an intervention that is easily learned and implemented.

Atferdsanalytisk konseptualisering og behandling av depresjon

Martin Ø. Myhre

Høgskolen i Oslo og Akershus

Abstrakt

Depresjon er en av de hyppigst forekommende psykiske lidelsene, og en klinisk betydningsfull tilstand å forstå og behandle. Likevel har depresjon mottatt relativt lite oppmerksomhet fra atferdsanalytikere. Hvordan depresjon kan forstås uten henvisning til mentalisme vil være sentralt, sammen med hvordan respondent og operant betinging interagerer i utvikling og opprettholdelse av tilstanden. Artikkelen vil skille mellom molekylære og molære konseptuelle analyser, og se på hvordan dette skillet også gir opphav til to lignende, men samtidig ulike atferdsanalytiske behandlinger av depresjon. Sentrale atferdsanalytiske fortolkninger og eksperimenter angående depresjon vil presenteres. Ulike prosesser som bidrar til utvikling og opprettholdelse av depresjon vil redegjøres for. Behandlingene *Behavioral Activation* (BA), og *Brief Behavioral Activation for Depression* (BATD) vil presenteres kort, sammenlignes, og settes opp mot de konseptuelle analysene. Sist vil artikkelen peke på tema som stadig trenger utdypelse, og forslag til studier som kan gjennomføres på bakgrunn av dette.

Nøkkelord: Atferdsaktivering, depresjon, atferdsanalyse, Behavioral Activation, Brief Behavioral Activation Treatment for Depression, empirisk støttede tilnærminger

Atferdsanalytisk konseptualisering og behandling av depresjon

Depresjon er i ICD-10 klassifisert som et syndrom, der de primære kjennetegnene er senket stemningsleie, redusert interesse og/eller glede av ting og aktiviteter som tidligere ga glede, og mindre energi enn vanlig (Helsedirektoratet, 2011). For å få en depresjonsdiagnose må minst to av tre primærsymptomer ha vært tilstede i betydelig grad i 14 dager eller mer. Depresjonsdybden vurderes etter hvor mange tilleggssymptomer som er tilstede i samme periode. Disse omfatter dårlig selvtillit, skyldfølelse, tanker om død og selvmord, nedsatt konsentrasjonsevne, lite initiativ, forandret matlyst eller søvn, og psykomotorisk agitasjon eller retardasjon. Depresjon diagnostiseres langs et kontinuum fra mild, via moderat, til alvorlig, som indikerer graden av symptomer. Diagnosesystemet skiller også mellom depressive episoder som er enkelttilfeller, og tilbakevendende depresjoner. Ved depressive plager er det en rekke andre lidelser eller plager som har høy grad av komorbiditet (Helsedirektoratet, 2009). Eksempler på komorbide tilstander kan være søvnforstyrrelser, angst, kroniske smerter, rusmiddelproblemer, og hjerte- og karsykdommer.

Depresjon er en av de hyppigst forekommende psykiske lidelsene i Norge. 17,8 % av befolkningen vil sannsynligvis minst en gang i løpet av livet oppleve en depressiv tilstand som oppfyller diagnosekriteriene for alvorlig depresjon (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). Murray og Lopez (1997) rangerte unipolar depresjon som den nest største årsaken til svekket funksjonsnivå i 2020, målt med WHO's *disability-adjusted life year*, i en prediksjon av fremtidige dødsårsaker og årsaker til funksjonssvikt på verdensbasis. I prediksjonen er det kun iskemiske hjertesykdommer som rangeres høyere på indeksen. Med en sannsynlig forekomst på 17,8 %, og prediksjoner som viser at tilstanden i stor grad påvirker funksjonsnivået til mennesker som rammes, viser at dette er et betydningsfullt problem.

Tvillingstudier har påvist en genetisk disposisjon for depresjon, men det er per dags dato ikke påvist hvilke gener som disponerer for slik sårbarhet (Barlow & Durand, 2012).

Studier har funnet en høyere livstidsprevalens, og en sterkere genetisk komponent for alvorlig depresjon hos kvinner (31 %), enn hos menn (24 %) (Bierut et al., 1999). Stressende livshendelser er en av de sterkeste markørene for utvikling av stemningslidelser, spesielt for den første depressive episoden (Monroe & Reid, 2009). De mest kjente potente markørene for dette er tap av status, ydmykelse, eller sosial avvísning. Barlow og Durand (2012) foreslår et integrativt perspektiv på stemningslidelser der biologiske, psykologiske, og sosiale faktorer påvirker utviklingen av stemningslidelser som depresjon. Utgangspunktet deres er at biologiske og psykologiske sårbarheter utløses av hendelser i omgivelsene hos individer som er disponert.

Et ledende perspektiv på depresjon har vært, og til en viss grad er, det biologiske perspektivet. Det biologiske perspektivet på psykiske lidelser søker forklaringer som henviser til biologi, som genetikk eller biokjemi (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2002). En rekke biologisk baserte faktorer som genetikk, hormoner, og circadin rytme har blitt foreslått og undersøkt (Barlow & Durand, 2012). Et eksempel er neurotransmitterhypotesen som hevder at psykiske lidelser oppstår på grunn av ubalanse i neurotransmittersubstanser i hjernen. Grunnlaget for medisinerer med for eksempel antidepressiva bygger på denne hypotesen, der den somatiske sykdomsmodellen har fungert som inspirasjon for forståelse av psykisk lidelse (Holden, 2006). Når det gjelder depresjon er en sentral antagelse serotoninhypotesen, som går ut på at depresjon skyldes en ubalanse i neurotransmittersubstansen serotonin. Selv om dette har vært en sentral hypotese, finnes det lite empirisk støtte for at serotoninforstyrrelser er årsaken til depresjon (Lacasse & Leo, 2005). Moderne nevrovitenskap har i økende grad erkjent at hjernen er uhyre kompleks, og per i dag dårlig forstått, noe som vil underbygge at hypoteser om en enkel transmittersubstans som årsak til depresjon er relativt usannsynlig.

Et psykodynamisk perspektiv på depresjon bygger på Freuds arbeider, der han kalte det for *det melankolske syndrom*. Det antas at dyp sorg og depresjon har det samme symptombildet, men at det ved depresjon forekommer en forstyrrelse i selvbildet (Cullberg, 1999). Forståelsen bygger på at årsaken til depresjon er et objekttap fra tidlige leveår som ikke er gjennomarbeidet. Psykodynamisk terapi går ut på at man gjennom introspeksjon kan få innsikt i ubevisste mentale strukturer. Behandlingen dette gir er det som kalles *støttende psykoterapi*. Her vil terapeuten støtte pasienten gjennom sorgprosessen.

Et sentralt perspektiv på depresjon kommer fra kognitiv terapi. Det sentrale premisset der er at man ved å endre tanker, også vil endre atferd og følelser. Kognitiv terapi for depresjon er en strukturert, problemfokuset og tidsbegrenset behandling, med både kognitive og atferdsorienterte prinsipper (J. S. Beck, 2011). En mye brukt teknikk er kognitiv restrukturering, som blant annet innebærer Sokratiske utspørring, psykoedukasjon, og rollespill rettet mot negative oppfatninger. Atferdsteknikker kan for eksempel være atferdseksperimenter, aktivitetsmonitorering, og selvmonitorering av mestring og glede. Kognitiv terapi for depresjon har sterk forskningsstøtte ifølge Chambless et al. (1998), og behandlingen er evaluert gjennom flere randomiserte kontrollerte studier. Behandlingen har vokst ut ifra et klinisk perspektiv, og det er lite forskning som har adressert relasjonen mellom tanker, følelser og atferd på et konseptuelt og empirisk nivå.

Atferdsanalyse og depresjon

Atferdsanalyse har tradisjonelt i liten grad beskjeftiget seg med typiske kliniske problemer som angst, depresjon, og rusproblematikk. Dette er sosialt signifikante typer av problematferd som har en høy forekomst i befolkningen. De siste årene har de atferdsanalytiske tidsskriftene *The Behavior Analyst*, og *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) publisert spesialutgaver om klinisk atferdsanalyse (Kanter & Woods, 2009; Woods, Miltenberger, & Carr, 2006), og det har vært en økende interesse for anvendelse av

atferdsanalyse ovenfor kliniske problemer. Denne økende interessen kan ifølge Kanter og Woods (2009) skyldes utviklingen av atferdsanalytiske psykoterapier som *aksept- og forpliktelsesterapi* (ACT), *funksjonell analytisk psykoterapi* (FAP), og *atferdsaktivering for depresjon*. For eksempel ga et søk på Google Scholar på søkeordene ”depression”, og ”behavior analysis” den 24/9-14 totalt 19 400 treff, og 12 400 av disse treffene var fra de siste ti årene. Dette viser at depresjon mottar økende oppmerksomhet fra atferdsanalytikere.

Det ledende atferdsanalytiske tidsskriftet for anvendt atferdsanalyse, JABA, har i liten grad belyst kliniske problemer. Woods et al. (2006) oppgir to potensielle årsaker til dette. For det første, ble ikke anvendt atferdsanalyse utviklet fra klinisk psykologi, men fra eksperimentell forskning. For det andre, er de metodologiske standardene som foretrekkes i JABA ikke tilpasset klinisk forskning. Direkte observasjon er ikke mulig i kliniske forløp der man ser klienten en eller to timer i løpet av uka. Et forslag til løsning fra Woods et al. (2006) til redaktørene i JABA er at de ønsker en uttalt interesse for kliniske problemer, og anerkjennelse av de metodologiske utfordringene som klinisk forskning innebærer. Når det gjelder kliniske studier oppfordrer de forskere blant annet til å benytte seg av direkte observasjon når det er mulig, og rapportere individuelle data i tillegg til gruppedata.

En sentralt forutsetning innen radikal behaviorisme er at studier av atferd er viktige i seg selv, uten at det må reduseres til lavere reduksjonsnivåer (Moore, 2008). Som en følge av dette vil det atferdsmessige studiet av depresjon være viktig, uten å for eksempel henvise til neurobiologi, som ved serotoninhypotesen. Atferdsanalyse regnes å være en del av livsvitenskapene, i form av at det er studiet av atferd, som vil forholde seg til, og henge sammen med, biologi på et lavere reduksjonsnivå.

En atferdsanalytisk forståelse av depresjon skiller seg fra andre teoretiske retninger ved at den operasjonaliserer tilstanden i form av relasjoner mellom omgivelsene og atferd uten henvisning til neurobiologiske faktorer eller mentalistiske forklaringer. Eksempler på

mentalistiske forklaringer kan være at depresjon attribueres til hendelser i barndommen som i psykoanalyse, eller grunnleggende leveregler som i kognitiv terapi. Slike forklaringer er mentalistiske ved at de viser til uobserverbare hendelser (Baum, 2005). En konsekvens at mentalisme er sirkulære forklaringer som: ”Per er deprimert fordi han har en negativ grunnleggende leveregel, og Per har en negativ grunnleggende leveregel fordi han er deprimert”.

Måten dualismeproblematikken løses i atferdsanalyse er ved å se observerbar og uobserverbar atferd langs et kontinuum av observerbarhet. Skinner (1953/1965) brukte begrepet *private hendelser*, om hendelser som kun kan observeres av personen som er opphav til hendelsene. Eksempler på mulige private hendelser fra diagnosekriteriene til depresjon kan være; en følelse av nedstemthet, skyldfølelse, mindreverdighetstanker, eller selvmordstanker. Felles for disse kategoriene av atferd, er at de hovedsakelig kun kan observeres av personen selv. Kognitiv terapi og psykoanalyse tillegger begge ubehagelige følelser og tanker en årsaksstatus. Dette leder til atferd-atferd relasjoner som fører til ufullstendige redegjørelser av de kontrollerende relasjonene, som igjen vil gjøre det krevende å oppnå mål om prediksjon og kontroll (Hayes & Brownstein, 1986).

En utfordring med den atferdsanalytiske operasjonaliseringen er at depressive atferdsmønstre tradisjonelt har blitt attribuert til negative følelser, noe som også er et av grunnsymptomene til depresjon: Senket stemningsleie. Følelser brukes i språket på to ulike måter: Som verb og substantiv. Som et verb, *å føle*, er ordet i følge boksmålsordboka (UiO & Språkrådet, 2010), definert som å undersøke ved berøring, kjenne eller merke, og ane, sanse, eller erfare. Verbet har med å oppfatte seg selv og omgivelsene. Som substantiv defineres en følelse som et sanseintrykk som beskrives som en psykisk reaksjon på en situasjon, emosjon eller instinkt. Bruken av substantivformen impliserer en tingliggjøring av følelsen som en årsak til atferd. En atferdsanalytisk forståelse av følelser vil ikke innebære at følelser er årsak

til atferd, da dette vil føre til atferd-atferd relasjon og gi en mangelfull analyse. Det sentrale poenget er at følelser og tanker må forklares ved relasjoner mellom atferd og omgivelser. Følelser vil være en kategori som er krevende å operasjonalisere, da følelsen observeres på bakgrunn av atferd. I følge Skinner (1953/1965) kan følelser påvirke atferd som motivasjonelle operasjoner, eller gjennom at man unngår følelser.

Følelser er et område av menneskelig atferd som er lite studert fra et atferdsanalytisk perspektiv, og temaet har ikke fått mye oppmerksomhet siden Skinners analyse av begrepet. Følelser og tanker kan ha mottatt lite oppmerksomhet av to ulike årsaker (Friman, Hayes, & Wilson, 1998): 1) Metodologiske, i form av at private hendelser kun er tilgjengelige gjennom selvrapporing, som regnes som en lite valid vitenskapelig metodologi. 2) Pragmatiske, i form av at de ikke er nødvendige i studier av observerbar atferd. Filosofisk sett regnes private hendelser som en del av en helhetlig vitenskap om menneskelig atferd, men det finnes stadig uavklarte spørsmål angående private hendelsers rolle i menneskelig atferd.

I en atferdsanalytisk tilnærming til depresjon vil prosesser ved operant betingning som fører til en lav rate av atferd være sentralt. En tilnærming vil allikevel ikke være fullstendig før den også kan redegjøre for de affektive komponentene i tilstanden. De affektive tilstandene som samvarierer med depresjon (tristhet, gråt, frustrasjon) kan ses på som ubetingede responser utløst av ulike konsekvensfunksjoner som lav forsterkningsrate og straff (Dougher & Hackbert, 1994). Eksperimentelt behandles ofte respondent og operant betingning som separate prosesser, men i virkeligheten vil begge prosessene ofte inntreffe samtidig. Et eksempel kan være en arbeidstager som blir kalt "idiot" hver gang han forsøker å si noe på et møte. Frekvensen av å si noe på et møte vil sannsynligvis synke, samtidig som affektive responser som kan kalles tristhet også sannsynligvis blir utløst.

Depresjon er en kompleks menneskelig tilstand som er lite tilgjengelig for eksperimentelle analyser. Ifølge Donahoe og Palmer (2004) er fortolkning på bakgrunn av

empirisk støttede prinsipper en mulighet for vitenskapelige analyser, når eksperimentelle analyser ikke er mulige. Depresjon er ikke et enhetlig fenomen, men en kompleks, multideterminert tilstand der både respondent og operant atferd er involvert (Kanter, Cautili, Busch, & Baruch, 2005). Slik kompleksitet gjør at en analyse av depresjon må dekke en rekke ulike faktorer og forhold med brede empiriske støttede prinsipper som forsterkning, straff, stimuluskontroll, verbal atferd og motivasjonelle operasjoner.

Konseptuell forståelse av depresjon

En rekke teorier om depresjon er utarbeidet innen atferdsorienterte tilnærminger, og flere av disse har vært med på å påvirke nåværende konseptualiseringer av depresjon. Rehms (1977) selvkontrollmodell, teorien om lært hjelpesløshet (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978), og Beck, Rush, Shaw og Emerys (1979) kognitive terapi for depresjon er tre tilnærminger som har hatt, og fortsatt har innflytelse på teoretiske og kliniske tilnærminger til depresjon. ACT er en transdiagnostisk atferdsanalytisk tilnærming som fokuserer på opplevelsesunngåelse (*experiential avoidance*) som årsak til psykopatologi (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Fokuset i denne artikkelen vil være på operante og respondente prosesser.

Fersters funksjonelle analyse av depresjon

En tidlig atferdsanalytisk konseptualisering av depresjon kom fra Ferster (1973), og analysen er inspirert av Skinner (1953/1965). Hans analyse har vært sentral i utviklingen av en atferdsanalytisk forståelse av depresjon, og bygger i hovedsak på funksjonelle analyser av atferdsrepertoarer som opprettholdes av negativ forsterkning. Som Skinner, betrakter Ferster respondente følelsesmessige responser som parallelle til operant atferd. Karakteristikkene til en deprimert person er tap av visse aktiviteter, og samtidig som det forekommer en økning i operanter som flukt og unngåelse (Ferster, 1973). Sentralt i konseptualiseringen er at forekomsten av negativt forsterkede operanter er høy ved depresjon, og dette fører til en lav forekomst av positivt forsterket atferd. Klaging kan være et eksempel, som vanligvis fungerer

ved negativ forsterkning gjennom flukt fra eller unngåelse av aversive stimuli i dagliglivet.

Ved at frekvensen på klaging kan være høy ved depresjon vil ikke atferden klaging lengre forsterkes ved at den eliminerer eller utsetter aversive stimuli, noe som kan kalles *ekstendert unngåelse*. Dette kan forstås ved at atferden ligner atferd som hyppig forsterkes, men er ineffektiv i disse situasjonene, på samme måte som ekstenderte mands (Skinner, 1957).

Ferster (1973) skilte mellom aktive og passive atferdsrepertoar som igjen baserer seg på ekstendert unngåelse. En deprimert persons atferdsrepertoar baserer seg oftere på aversive initiativer fra andre enn på frivillig frembragt atferd. Når aversive stimuli presenteres kan to typer handlinger frembringes: Direkte eller indirekte handlinger. En direkte handling vil fjerne eller unngå den aversive stimulusen, mens en indirekte handling vil anerkjenne den gjennom for eksempel å klage. Slike indirekte handlinger vil ha liten sannsynlighet for å endre den aversive situasjonen. Ved direkte handlinger vil personen gjensidig interagere med omgivelsene som fører til endring i omgivelsene. En person som handler indirekte på aversive betingelser kan for eksempel tenke på hvordan problemet skal løses uten å gjøre noe konkret ved det slik man vil ved direkte handlinger. Han/hun vil i stor grad respondere på omgivelsene uten å gjensidig interagere med dem, for eksempel gjennom ekstendert unngåelse. Et eksempel kan være at et avslag frembringer depressiv ruminering som anerkjenner tilstanden uten at man interagerer gjensidig med omgivelsene for å endre den.

Lewinsohns depresjons modell

Hovedantagelsen i Lewinsohns modell er at depresjon kjennetegnes ved et lavt nivå av responskontingent positiv forsterkning i forhold til utvikling og opprettholdelse av depresjon (Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980). På bakgrunn av hypotesen kan man for eksempel anta at graden av depresjon vil samvariere med raten av positiv forsterkning. Positiv forsterkning vil være tilgjengelig i omgivelsene, men man vil ikke kunne frembringe det kontingent på atferd. Et eksempel på dette kan være et samlivsbrudd, som kan føre til at en

viktig kilde til positiv forsterkning blir borte, gitt at man ikke klarer å erstatte forsterkningsnivået samboeren representerte. Dette samsvarer med kjente etiologiske faktorer for depresjon, som viser at slike psykososiale hendelser kan forårsake depresjon. En supplerende hypotese i modellen er at depresjon også ledsages av et høyt nivå av straff (Lewinsohn et al., 1980). Straff kan påvirke depresjon direkte eller indirekte. Et eksempel på dette kan være et samlivsbrudd, som påvirker indirekte gjennom at tilgangen til forsterkere i omgivelsene reduseres, og direkte ved at selve bruddet sannsynligvis oppleves aversivt.

Lewinsohn et al. (1980) beskriver tre generelle årsaker til at betingelsene beskrevet over kan oppstå. 1) Tilgjengeligheten til positive forsterkere i omgivelsene kan være lav, eller det er mange straffende aspekter ved omgivelsene. 2) Personen kan mangle ferdigheter til å oppnå tilgjengelige positive forsterkere eller til å flykte fra/unngå aversive stimuli. 3) Verdien av tilgjengelig positiv forsterkning er lav, eller verdien av straff er høy. Alle årsakene knyttes direkte til antagelsene som gjøres i modellen med utgangspunkt i et lavt nivå av positiv forsterkning eller et høyt nivå av straff. Det som i liten grad vektlegges hos Lewinsohn, i motsetning til Ferster (1973), er rollen til negativ forsterkning.

Lewinsohn gjennomførte eksperimentelle studier av depresjon med fokus på relasjonen mellom fornøyelige hendelser (*pleasant events*) og depresjon (Lewinsohn & Graf, 1973; Lewinsohn & Libet, 1972). Et eksempel på en studie kan være Lewinsohn og Graf (1973) som testet hypotesen om at deprimerte individer vil ha et lavere nivå av fornøyelige aktiviteter. Studien besto av tre grupper: Deprimerte, en psykiatrisk kontrollgruppe, og en kontrollgruppe. Samvariasjoner ble målt mellom stemningsleie og aktiviteter på *Pleasant Events Schedule Form III* (PES) (MacPhillamy & Lewinsohn, 1976). PES er et skjema som består av 320 predefinerte aktiviteter, der personene skulle rangere de ulike aktivitetene på frekvens av forekomst, og hvor fornøyelige de opplevde dem. Studien underbygger Lewinsohns hypotese, og viser en samvariasjon mellom fornøyelige aktiviteter og

stemningsleie. Den viser også at personer som er deprimerte befatter seg med mindre fornøyelige aktiviteter. Modellen har blitt kritisert for å undervurdere tilstandens variabilitet og kompleksitet, og at aktiviteter defineres a priori (Hopko, Armento, Cantu, Chambers, & Lejuez, 2003; Kanter, Busch, Weeks, & Landes, 2008). Dette på bakgrunn av at modellen ikke redegjør tilstrekkelig for etiologi og behandling av depresjon.

Molekylære analyser av depresjon

Man kan skille mellom molekylære og molære analyser av atferd. Skillet mellom disse går på detaljnivået og tidsperspektivet i analysen. Molekylære analyser vil fokusere på små, avgrensede hendelser av atferd, som for eksempel responsrate eller interresponstid (Catania, 2013). Tidsperspektivet i analysen er forholdsvis kort og avgrenset. Funksjonelle analyser kan være et annet eksempel på en molekylær analyse, der man ser på de foranledigende og opprettholdende faktorene til ett (eller noen få) tilfeller av atferd. De nyere konseptualiseringene av depresjon bygger alle på grunnlaget fra Ferster (1973) og Lewinsohn et al. (1980), og utvider eller utdyper disse på ulike måter.

Dougher og Hackbert (1994) formulerte en atferdsanalytisk tilnærming til depresjon som fokuserte på ulike respondente og operante prosesser. Konsekvensfunksjonene bygger på tidligere analyser av operasjoner som kan redusere frekvensen av atferd, som lavt nivå av forsterkning, ekstinksjon eller straff. De legger til stimulusdiskriminasjon som en foranledning for negativ forsterkning som kan utøve kontroll over atferd i sammenheng med depresjon. Stimuli som er korrelert med ekstinksjon eller straff kan frembringe negativt forsterket atferd der personene vil unngå eller flykte fra hendelsene. Et eksempel på dette kan være hvis man nærmer seg et sted der sterke aversive hendelser som vold eller overgrep har skjedd, kan dette frembringe operanter som involverer flukt eller unngåelse.

I likhet med tidligere analyser fremhever de at de affektive tilstandene som preger depresjon er respondent atferd utløst av operant atferd (Dougher & Hackbert, 1994). Et kjent

eksempel på dette kan være at ekstinksjon utløser aggresjon hos individer. På samme måte kan utilstrekkelig forsterkning og straff fungere som ubetingede stimuli som utløser respondent atferd som kalles sinne, tristhet, eller frustrasjon. Alle tre er kjente affektive tilstander ved depresjon. Disse affektive tilstandene kan skape økt ubehag, noe som fører til en eskalerende sirkel som opprettholdes gjennom negativ forsterkning. Et annet aspekt ved respondent betinging, er at diskriminative stimuli kan gjennom assosiasjon med aversiv stimulering, gi de diskriminative stimuliene funksjoner som betingede aversive stimuli som kan utløse emosjonelle responser.

Noe tidlige analyser i liten grad vektla var motivasjonelle operasjoner (MO). Dette er operasjoner i omgivelsene som har en verdiendrende og en atferdsendrende effekt (Laraway, Snyckerski, Michael, & Poling, 2003). Den verdiendrende effekten påvirker hvor effektive forsterkere eller aversive stimuli er for organismen. Den atferdsendrende effekten påvirker atferd gjennom at den øker eller reduserer sannsynligheten for at atferd forekommer. Dette er aktuelt i forhold til depresjon, da et av primærsymptomene er manglende glede eller interesse for aktiviteter som tidligere frembragte dette. Det kan tilsi at det er avskaffende operasjoner som påvirker atferd, da disse reduserer effekten av forsterkere og reduserer sannsynligheten for atferd som frembringer disse forsterkene (Dougher & Hackbert, 1994). Forskning har vist at stemningsinduksjonsprosedyrer fremkaller depressive kontingenser, og kan fungere som etablerende operasjoner for depressive kontingenser. En ekstrapolasjon av dette kunne forklart den selektive oppmerksomheten mot negative hendelser og minner ved depresjon. En annen potensiell forklaring på den relative økningen av privat atferd, kan være at det er *adjunctive behavior*, som er atferd som induseres indirekte av forsterkningsskjema (Falk, 1971; Kanter et al., 2005).

En annen prosess Dougher og Hackbert (1994) foreslår er verbal atferd, der de vektlegger to verbale operanter: *Mands* og *tacts*. En *mand* er en verbal operant der responsen

forsterkes av en karakteristisk konsekvens, og kontrolleres av aversiv stimulering eller deprivasjon (Skinner, 1957). I forhold til depresjon kan de ta form som selvkritikk eller krav til seg selv, som evokes av straff eller utilstrekkelig forsterkning. Et eksempel kan være den verbale responsen ”Jeg er ikke verdt noe”. Slike mands og ekstenderte mands fremkalles av aversiv stimulering, og er ofte aggressive av natur. Når de rettes aggressivt mot individet selv vil de sannsynligvis foranlediges av aversiv stimulering, og tilføre ytterligere aversiv stimulering som rettes mot seg selv.

Tacts er verbale responser som fremkalles av bestemte objekter eller hendelser (Skinner, 1957). I denne sammenheng beskrives *distorted tacts*, som er tacts i forhold til egen person eller situasjon for å identifisere årsaker til den aversive situasjonen (Dougher & Hackbert, 1994). Hvis disse tactene er troverdige for personen kan de foranledige mer deprimert atferd, og dermed også utløse mer deprimert affekt. Det er ikke klart hvordan disse verbale prosessene kan påvirke atferd, i tillegg til betingingsprosessene beskrevet tidligere. En potensiell forklaring er at gjennom etablering av stimulusklasser, kan stimuli som inngår i samme klasse transformere funksjonen til stimuliene (Hayes, Fox, Gifford, Wilson, & Barnes-Holmes, 2001). Respondente funksjoner kan også spre seg gjennom ekvivalensklasser (Dougher, Augustson, Markham, Greenway, & Wulfert, 1994; Dougher, Twohig, & Madden, 2014). Et eksempel kan være at ”Jeg”, ”deprimert”, og ”syk” danner en stimulusklasse, og at stimulusfunksjonene til ”deprimert” og ”syk” overføres til ”jeg”.

Som annen atferd, kan depressiv atferd opprettholdes av positiv forsterkning. Beroligelsessøking hos venner eller familie kan være et eksempel på dette, som utløser sosial støtte fra omgivelsene (Kanter et al., 2005). Etter hvert kan individene som har gitt beroligelse bli frustrert over kravene fra beroligelsessøkeren som tilsynelatende ikke endrer situasjonen, og dermed trekke seg unna. Denne syklusen med slik avvising kan ytterligere styrke et senket stemningsleie, og dette er karakteristisk ved depresjon (Joiner & Metalsky, 2001).

Regelstyring sin rolle ved depresjon har mottatt lite fokus innenfor atferdsanalyse. Kanter et al. (2005) foreslår at regelstyring kan påvirke på to måter. Mangel på regelstyring vil tilsi at deprimerte individer har problemer med selvmonitorering og etablering av effektive selvregler, noe som fører til at individet kontrolleres av umiddelbare konsekvenser som fører til at langtidsmål ikke nås. Dette kan forstås som en mangel på *tracking*, som er en regel under kontroll av korrespondanse mellom regelen og måten verden er organisert på (Hayes, Zettle, & Rosenfarb, 1989). Eksessiv regelstyring vil også kunne føre til problematisk atferd, noe som er et sentralt utgangspunkt for ACT (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Dette vil innebærer at regler vil ”overstyre” naturlige kontingenser i omgivelsene og føre til ineffektive atferdsrepertoarer gjennom at individene blir insensitive for faktiske forsterkningskontingenser (Catania, Shimoff, & Matthews, 1989).

Abreu og Santos (2008) kritiserer atferdsanalytiske tilnærmingers fokus på forsterkningsdeprivasjonsmodeller i forståelsen av depresjon. De nevner operasjonene operant ekstinksjon, kontingent straff og nonkontingent straff som lite belyste. Det lave atferdsnivået man kan se i forhold til depresjon kan forklares med at disse operasjonene kan ha en undertrykkende (*suppressive*) effekt på atferd. For eksempel vil atferdsrepertoaret smalnes ved signaliserte straffeprosedyrer, ved at operanter som kan unngå betingede og ubetingede stimuli økes. Andre operanter vil undertrykkes og synke i frekvens.

De senere årene har de kommet nye studier som er en ekstensjon av Lewinsohns tidligere forskning. Hopko, Armento, et al. (2003) undersøkte hypotesen om at mildt deprimerte individer oppnådde mindre responskontingent positiv forsterkning enn ikke-deprimerte individer gjennom analyse av dagbøker. Resultatene fra studien viste at deprimerte deltagere rapporterte mindre forsterkning i forhold til engasjement i daglige aktiviteter, og var mer passive enn ikke-deprimerte. Resultatene er konsistente med tidligere funn, og støtter hypotesen om responskontingent positiv forsterkning og depresjon. Studien utvider den

eksisterende kunnskapen ved at den benytter evaluering av forsterkende egenskaper underveis i studien, fremfor at det er predefinert slik som hos Lewinsohn og Graf (1973).

Der tidligere studier kun har undersøkt relasjonen mellom aktiviteter og forsterkning, undersøkte Carvalho og Hopko (2011) om positiv forsterkning var en signifikant medierende variabel i forhold til unngåelse og depresjon. Resultatene fra studien viste at unngåelse var positivt korrelert med alvorlighetsgrad av depresjon, og at grad av belønning var omvendt relatert til unngåelse og depresjon. Studien gir støtte for antagelsen til Ferster (1973) om at økt unngåelse vil føre til redusert forsterkningsrate, og dermed relateres til utvikling og opprettholdelse av depresjon.

Molære analyser av depresjon

Molære analyser av atferd skiller seg fra molekylære ved at de ser på atferd over tid (Catania, 2013). Analysenivået kan for eksempel være gjennomsnittlig antall responser over økter. Et sentralt bidrag innen molære analyser er *matchingloven*, som beskriver fordeling av responser på samtidige (*concurrent*) forsterkningsskjema. Herrnstein (1970) studerte responsfordeling på to samtidige responser med ulike forsterkningsskjema. Når man så på responsene over hele økter kunne man se at antallet responser korrelerte nesten perfekt med antallet forsterkere responsen produserte. En prediksjon som kan gjøres på bakgrunn av *matchingloven* er at et lavt nivå av tilgjengelig forsterkende responser over tid vil føre til et lavt nivå av atferd over tid (Reed & Kaplan, 2011). Ut ifra depresjon som kan kjennetegnes ved et lavt nivå av atferd, kan man ut ifra *matchingloven* predikere at det er på grunn av at deprimert atferd produserer relativt høy rate av forsterkning, mens sunn atferd produserer lite eller ingen forsterkning. For eksempel kan dette innebære at forsterkningsnivået for å ligge og tenke er høyere enn forsterkningsnivået for å dra på arbeid.

Brief behavioral activation treatment for depression (BATD) bygger sin teoretiske forståelse av depresjon på *matchingloven*. Tid og innsats som allokeres til henholdsvis

deprimert eller sunn atferd henger sammen med den relative forsterkningsraten til henholdsvis deprimert eller sunn atferd (Hopko, Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003). Forsterkningsraten vil påvirkes av hvor hyppig og hvor forsterkende en atferd vil være. Derfor vil individer som er deprimerte fremvise mer deprimert enn sunn atferd. Et skille fra molekylære analyser vil være tidsperspektivet, der man i en molær forståelse vil se på atferd utstrakt over tid, fremfor avgrensede situasjoner. En konsekvens av det utvidede tidsaspektet er at prosesser som verbal atferd ikke er like nødvendige å redegjøre for som ved molekylære analyser.

Matchingloven kan benyttes i kliniske sammenhenger, og kan vise til hvorfor tid brukes på visse aktiviteter i stedet for andre, ved å anta at matching forekommer (Waltz & Follette, 2009). Konseptet kan også belyse hvorfor atferdsendringsintervensjoner ikke er effektive. Waltz og Follette (2009) nevner tre utledninger fra matchingloven som er relevante i forhold til klinisk atferdsanalyse: 1) Forsterkningsnivået til problematferden kan være så høyt at alternative forsterkere ikke er effektive, 2) Individet mangler ferdighetene for å oppnå forsterkning for den alternative atferden, og 3) Klientens forslag til adaptive aktiviteter er kontrollert av terapeuten, og ikke klientens faktiske preferanse. Nevin (1997) peker på ulike faktorer som kan påvirke matchinglovens ekstensjon fra eksperimentell til klinisk setting: Kontekstens effekter kompliserer prediksjoner i klinisk arbeid, og kontingenser i den virkelige verden er sjelden like samtidige forsterknings skjemaer. Hvis begge alternativene er intervall lignende skjema vil sannsynligvis *overmatching* inntreffe. Overmatching er når responsproporsjonene er mer ekstreme enn forsterkningsproporsjonene (Baum, 1979). Slike endringer fra normal matching er vanlig i den virkelige verden der kontingensene er mer sammensatte og komplekse enn i eksperimentelle settinger.

En annen molær dimensjon ved atferd som er relevant er *variabilitet*. Operant variabilitet defineres av Neuringer (2002) som at nye responser (*novel responses*) kommer under operant kontroll. Det innebærer at systematisk forsterkning av nye responser, potensielt

kan fremme variabilitet. Mennesker som er deprimerte kjennetegnes ofte ved at de mangler variabiliteten som karakteriseres ved normal atferd. Hopkinson og Neuringer (2003) gjennomførte en studie der de undersøkte denne hypotesen. Utvalget besto av 75 deltagere der 51 var instruert i variabilitet. Utvalget var ytterligere delt i deprimerte/ikke-deprimerte som ga fire eksperimentgrupper. Studien besto av to faser; en fase med forsterkning uavhengig av variabilitet, og en fase med forsterkning kontingent på variabilitet. Under baseline fasen responderte de moderat deprimerte deltagerne med mindre variabilitet enn ikke-deprimerte, som bekreftet hypotesen. Studien viste også at deltagerne i depresjonsgruppen responderte på samme nivå som den andre gruppen når forsterkning forekom kontingent på variabilitet. Dette funnet viser at variabilitet i forhold til respondering potensielt kan økes, også hos deprimerte, dersom forsterkning forekommer kontingent på variabilitet.

Kliniske tilnærminger for behandling av depresjon

Atferdsaktivering er en atferdsanalytisk behandling av depresjon som søker å sette klienten i kontakt med positive forsterkningskontingenser gjennom systematisk og målrettet aktivering av atferd. Atferdsaktivering er en depresjonsbehandling med sterk empirisk støtte etter kriteriene til Chambless et al. (1998) En stor randomisert kontrollert studie av Dimidjian et al. (2006) sammenlignet atferdsaktivering med kognitiv terapi, antidepressiva, og placebo hos voksne mennesker med alvorlig depresjon. Resultatene fra studien viste at atferdsaktivering hadde lignende effektivitet som antidepressiva, og bedre effekt enn kognitiv terapi i akuttfasen. En metaanalyse av 16 studier med 780 deltagere konkluderte med at aktivitetsplanlegging var en effektiv intervensjon for depresjon hos voksne (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007). Nasjonale faglige retningslinjer for behandling av depresjon anbefaler målrettet aktivering for personer som ikke ønsker eller ikke har tilstrekkelig effekt av farmakologisk behandling (Helsedirektoratet, 2009).

Historisk sett har Lewinsohns behandling av depresjon vært en viktig forgjenger til de nåværende konseptualiseringene og kliniske behandlingene av depresjon. Etter en initial kartlegging med PES, ble daglig monitorering av aktiviteter, planlegging av aktiviteter, og ferdighetstrening benyttet som intervensjoner (Lewinsohn et al., 1980). Et sentralt element i behandlingen er fokuset på ferdighetstrening rettet mot at klienten skal komme i kontakt med forsterkende hendelser i omgivelsene. Lewinsohns behandling er en sentral inspirasjon, og utgangspunkt for nåværende kliniske tilnærminger, som alle inneholder aktivitetsmonitorering og planlegging av aktiviteter.

Atferdsaktivering er sammen med kognitiv restrukturering og endring av grunnleggende skjema en sentral komponent i kognitiv terapi for depresjon (J. S. Beck, 2011). Som en følge av inklusjonen ble interessen for atferdsorienterte behandlinger i mange år redusert. Jacobson et al. (1996) gjennomførte en komponentanalyse av kognitiv terapi for depresjon der de delte den opp i tre komponenter: 1) Atferdsaktivering, 2) kognitiv restrukturering og atferdsaktivering, og 3) kognitiv terapi som besto av begge komponentene, og endring av grunnleggende skjema. Resultatene viste studien at kognitiv restrukturering og atferdsaktivering begge produserte bedre resultater enn kognitiv terapi etter behandling og ved oppfølgingsundersøkelsene. Studien revitaliserte interessen for atferdsaktivering, da den viste at depresjon kan behandles effektivt ved å kun fokusere på atferd.

Selv om atferdsaktivering for depresjon har fått økende popularitet og empirisk støtte, finnes det få konkrete definisjoner av behandlingen. En definisjon er: *”Atferdsaktivering kan defineres som en terapeutisk prosess som vektlegger strukturerte forsøk på å skape økninger i observerbar atferd som sannsynligvis vil sette pasienten i kontakt med forsterkende kontingenser og produsere korresponderende endringer i tanker, stemningsleie, og livskvalitet”* (Hopko, Lejuez, Ruggiero, et al., 2003, s. 700, forfatters oversettelse). Ut ifra

sitatet kan man utlede at atferdsaktivering er en strukturert, atferds- og endringsorientert tilnærming til behandling av depresjon.

I sin aktuelle utforming er atferdsaktivering sammensatt av ulike komponenter som vektlegges ulikt i ulike protokoller. En oversiktsartikkel av Kanter et al. (2010) gjennomgikk 7 ulike protokoller for å se hvilke komponenter som var tilstede. Følgende 8 kategorier med intervensjoner ble utledet av studien: Aktivitetsmonitorering, verdi- og målkartlegging, aktivitetsplanlegging, ferdighetstrening, avspenning, *contingency management*, prosedyrer som fokuserer på verbal atferd, og prosedyrer som fokuserer på unngåelsesatferd.

Atferdsaktivering som klinisk behandling finnes i dag i hovedsakelig to utforminger:

Behavioral Activation (BA) (Kanter, Busch, & Rusch, 2009; Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010), og *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression* (BATD) (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011; Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001).

Behavioral Activation

Behavioral Activation (BA) ble utviklet som en atferds- og endringsorientert tilnærming til behandling av depresjon med utgangspunkt i Jacobson et al. (1996) sin komparentanalyse. Behandlingen fokuserer ekstensivt på aktivering gjennom bruk av idiografiske funksjonelle analyser (Kanter et al., 2009; Martell, Addis, & Jacobson, 2001; Martell et al., 2010). På grunn av fokuset på fortløpende funksjonelle analyser vil behandlingen være målrettet, men fleksibel i form av at det er terapeutens analyser som vil være grunnlaget for hvilke atferdstopografier behandlingen retter seg mot. Behandlingen karakteriseres som en molær behandling, men vil ha et kortere tidsperspektiv på analysen enn BATD. På grunn av at fokuset er på avgrensede tilfeller av atferd, som TRAP/TRAC modellen, klassifiseres BA her som en molekylær behandling. Økende grad av struktur i behandlingen har vært et fokus, og de senere utformingene har en større grad av struktur (Martell et al., 2010). Hovedtrekkene ved behandlingen er illustrert i Tabell 1.

BAs teoretiske utgangspunkt er funksjonell kontekstualisme, som også er det filosofiske utgangspunktet til ACT. Rotmetaforen i funksjonell kontekstualisme er ”handlingen i kontekst”, og perspektivet tar i betraktning handlinger som en del av den nåværende og historiske konteksten. (Hayes et al., 2012). Et sentralt element ved kontekstualisme er at handlinger og omgivelser ikke kan ses på som to separate enheter, men som sammenvevd med hverandre. En handling vil være knyttet til konteksten, og kan ikke forstås uten henvisning til den. På denne måten vil hendelser i livet, redusert positiv forsterkning, unngåelse/inaktivitet, og ”symptomer” som tristhet, alle være en del av sammenvevde interaksjoner mellom individ og kontekst (Martell et al., 2001). Det filosofiske utgangspunktet vil påvirke det kliniske fokuset om hvordan depresjon opprettholdes gjennom negativ forsterkning, og å bryte unngåelsesmønstre med målrettet aktivering av atferd.

BA benytter seg ikke av en bestemt protokoll eller struktur, men fokuserer i stedet på hovedprinsipper ut ifra det filosofiske utgangspunktet. Martell et al. (2010) nevner ti kjernepinsipper som fokuserer på å aktivisere, og få klienten engasjert i sitt eget liv. For eksempel sier prinsipp 2: Endringer i livet kan føre til depresjon, og korttidsmestring kan holde mennesker fast i depresjon over tid. Prinsipp 5 fremhever at endring vil være enklere når man starter smått. Felles for prinsippene er de bygger på et kontekstualistisk perspektiv uten henvisning til mentalisme, og har som felles mål å bryte unngåelsesmønstre for å erstatte disse med aktiviteter som bedrer sinnsstemningen til klienten. Kanter et al. (2009) har utviklet en protokoll med økt struktur, der fokuset på funksjonelle analyser opprettholdes.

For å belyse unngåelsesatferd benyttes TRAP/TRAC modellen, og metaforen ”Get out of the TRAP, and back on TRAC” (Martell et al., 2010, s. 197). TRAP er et akronym for *Trigger, Response, Avoidance Pattern*, mens TRAC er et akronym for *Trigger, Response, Alternativ Coping*. For å identifisere disse mønstrene brukes funksjonelle analyser. En funksjonell analyse er enhver operasjon som avdekker funksjonelle relasjoner mellom atferd

og omgivelsene (Skinner, 1953/1965). Funksjonelle analyser deles vanligvis inn i indirekte (intervjuer eller lignende), deskriptive (direkte observasjon uten manipulasjon av variabler), og eksperimentelle (direkte observasjon med manipulasjon av variabler) funksjonelle analyser (Arntzen, 2003). I følge Martell et al. (2001) vil terapeuten forsøke å identifisere kontingensene som opprettholder atferd gjennom funksjonelle analyser, og lære bort funksjonelle analyser til klienten. Dette fører fokuset vekk fra topografiske forklaringer som fornøyetlig eller morsomt, til funksjonelle aspekter.

BA er en multimodal behandling som kan involvere flere komponenter. Primært består den av enkel aktivering som involverer aktivitetsmonitorering, kartlegging av verdier og mål, planlegging av aktiviteter, gradering av aktiviteter og utforming av gradert aktivitetshierarki (Kanter et al., 2009; Martell et al., 2010). Verdier er hentet fra ACT, og er definert som: "... verbalt konstruerte, globale, og ønskede livskonsekvenser" (Hayes et al., 1999, s. 206, forfatters oversettelse). En fordel med å anvende verdier i klinisk endringsarbeid er at verdier, i motsetning til mål, er noe som aldri kan fullføres, de er holdbare over lange tidsperioder, i mange situasjoner, og mindre utsatt for metning. Mål kan forstås som at man gjennom verbal atferd kan etablere spesifisering av mål som diskriminative stimuli (Ramnerö & Törneke, 2014). Dermed kan verdier og mål benyttes innenfor, ikke i tillegg til, en atferdsanalytisk ramme. Komponentene vil fokusere på å øke klientens aktivitetsnivå gjennom at han/hun kommer i kontakt med tilgjengelige positive forsterkere. De sentrale elementene i behandlingen er aktivitetsmonitorering, og planlegging av aktiviteter. Sekundære intervensjoner som ferdighetstrening, rollespill, prosedyrer som ser på verbal atferd og unngåelse, benyttes også (Kanter et al., 2010). Disse sekundærstrategiene benyttes for å overkomme spesifikke problemer med aktivering, der enkel aktivering ikke gir tilstrekkelig effekt. Behandlingen vil være relativt ustrukturert, og fleksibel for terapeuten, samtidig som mange komponenter kan inkorporeres.

Brief Behavioral Activation Treatment for Depression

Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD) (Lejuez et al., 2011; Lejuez et al., 2001) tar utgangspunkt i at depresjon kan behandles gjennom endring av atferd, med korresponderende endringer i maladaptive kognisjoner og funksjonsnivå. I utviklingen av protokollen ble økonomi i beskrivelser, og enkel implementering vektlagt. BATD er en korttidsbehandling, på inntil 10 økter. Det er gjennomført flere randomiserte kontrollerte studier med ulike subpopulasjoner, som for eksempel med innlagte deprimerte pasienter (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, & McNeil, 2003), deprimerte kreftpasienter (Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez, 2005), og moderat deprimerte studenter (Gawrysiak, Nicholas, & Hopko, 2009).

Det teoretiske utgangspunktet for behandlingen er *matchingloven* (Herrnstein, 1970), og tidlige konseptualiseringer. En konsekvens av matchingloven som teoretisk utgangspunkt er at behandlingen vil fokusere seg på å øke raten av forsterkning av sunn atferd. Dette gjøres gjennom å sette klienten i kontakt med positive forsterkningskontingenser gjennom målrettet aktivering av atferd. Dette kan forstås som en *differensiell forsterkning av inkompatibel atferd* prosedyre (DRI), der inkompatibel atferd forsterkes for å redusere frekvensen av problematisk atferd (Hanley & Tiger, 2011). BATD forstår behandlingen som en DRI prosedyre fordi sunne atferdsmønstre vil være inkompatibelt med å være deprimert (Hopko, Lejuez, Ruggiero, et al., 2003). En annen konsekvens av et molært perspektiv er at det i liten grad vil fokuseres på for eksempel verbal atferd, og unngåelse. Begge sentrale komponenter i BA. Klinisk sett vil aktivitetsnivå og frekvens over tid være fokuset i behandlingen, der daglig monitorering benyttes som en supplerende intervensjon for å kartlegge om aktivitetsnivået økes. BATD bygger også på funksjonelle analyser, selv om dens rolle vil være mer implisitt enn i BA. Funksjonelle analyser vil blant annet benyttes ved at man kartlegger positive og negative forsterkere for depressiv atferd, og finner positive forsterkere for sunn atferd.

BATD består av komponentene aktivitetsmonitorering, planlegging av aktiviteter, verdikartlegging, og *contingency management* (Kanter et al., 2010; Lejuez et al., 2011). Komponentene er tilnærmet identiske med det som i BA kalles enkel aktivering. Protokollen er strukturert og beskriver en naturlig progresjon i behandlingen. Et eksempel kan være at man i økt 1 introduserer klienten for daglig monitoreringsskjema og oppfordrer klienten til å fylle ut dette til økt 2. I økt 2 vil terapeuten og klienten sammen gå gjennom skjemaet for å identifisere deprimerte og sunne atferdsmønstre (Lejuez et al., 2011). Hovedelementene ved BATD sammenlignet med BA er illustrert i Tabell 1. Sett opp mot BA vil BATD være mer strukturert, mindre fleksibel for terapeuten, og med færre potensielle komponenter.

Avslutning

Gjennom artikkelen har det blitt gjort et skille mellom molære og molekylære analyser av depresjon. Forsterkningsdeprivasjonshypotesen har vært sentral i begge konseptualiseringene. Skillet og nytten av molære versus molekylære analyser har blitt debattert i forhold til unngåelse og sikkerhetssignaler i form av tofaktorteori og sjokkfrekvensreduksjon (se for eksempel: Dinsmoor, 2001; Himeline, 2001; Sidman, 2001), og mange av temaene vil også være aktuelle i forhold til depresjon. Selv om behandlingens sentrale utgangspunkt er å øke raten av positiv forsterkning, vil dette ikke kunne bekrefte hypotesen gjennom behandlingens empiriske støtte (Kanter et al., 2010; Martell, Addis, & Dimidjian, 2004). Det sentrale er ikke på hvilket nivå analysen foretas, men på hvilket nivå man finner velordnede relasjoner, noe man har funnet på begge analysenivåer.

En atferdsanalytisk tilnærming vil ikke være utfyllende hvis den ikke kan redegjøre for den høye forekomsten av privat atferd ved depresjon. Kognitiv terapi har vist at privat atferd, som dysfunksjonell tenking, kan være et essensielt element ved depresjon (J. S. Beck, 2011). Selv om det er konseptuell uenighet på dette temaet, ved at kognitiv terapi gir tanker en kausal status, vil det ikke være grunnleggende umulig å inkludere privat atferd i en

atferdsanalytisk tilnærming. Dougher og Hackbert (1994) foreslo motivasjonelle operasjoner og verbal atferd (mand, tact, og transformasjon av stimulusfunksjoner) som mulige forklaringer, mens Kanter et al. (2005) antyder at det kan være *adjunctive* behavior. En annen sentral effekt ved de motivasjonelle operasjonene er at de vil evokere visse kontingenser, og avskaffe andre (Dougher & Hackbert, 2000). Dette kan ses opp mot depressive og nondepressive/sunne atferdsmønstre, kognisjoner, og emosjoner, og dermed være en potensiell forklaring i et atferdsanalytisk perspektiv. Eksperimentelle studier som undersøker motivasjonelle operasjoners effekt opp mot depressiv atferd, gjennom for eksempel stemningsinduksjon (*mood induction*) prosedyrer kan være et bidrag i den eksperimentelle litteraturen. Effekten til verbale operanter som tacts, og spesielt *distorted tacts*, som sannsynligvis kan utløse betingede respondente responser, vil også være et mulig tema for videre analyse (Dougher & Hackbert, 1994). Sammen med spredning av stimulus-funksjoner gjennom ekvivalensklasser kunne dette være et viktig konseptuelt og klinisk bidrag.

I dag finnes atferdsaktivering for depresjon i to hovedformer: BA og BATD. De bygger på noe ulikt teoretisk grunnlag, og har noe ulik utforming, men har også mange fellesnevner (Hopko, Lejuez, Ruggiero, et al., 2003). Kanter et al. (2010) argumenterer i sin gjennomgang av litteraturen at BA og BATD ikke er ekvivalente behandlinger, men representerer to ulike utforminger. I studiene har også BA hovedsakelig vært benyttet i forhold til typiske polikliniske populasjoner, mens BATD har fokusert på andre subpopulasjoner som depresjon hos kreftpasienter, og med innlagte pasienter. BA studiene gjenspeiler et *efficacy* fokus der indre validitet er sentralt, mens BATD studiene viser hovedsakelig et *effectiveness* fokus der ekstern validitet er fokuset (Nathan & Gorman, 2003). På grunn av denne forskjellen vil det også være vanskelig å dra direkte sammenligninger mellom behandlingene med utgangspunkt i studiene som har blitt gjennomført. Det må også fremheves at behandlingene ikke er inkompatible, og kan kombineres i klinisk arbeid.

BA fokuserer på funksjonelle analyser, både i form av at terapeuten gjennomfører dem fortløpende, og at klienten lærer dem. Deskriptive funksjonelle analyser har vist seg å være lite reliable, selv for erfarne klinikere sammenlignet med eksperimentelle analyser (Thompson & Iwata, 2007). Å utføre disse fortløpende, eller lære de bort til klienter, vil sannsynligvis være mindre reliabelt, og krevende å undersøke eksperimentelt. Hvis man ser på litteraturen om funksjonelle analyser er den fokusert på autisme og utviklingsforstyrrelser, og lite er publisert om funksjonelle analyser av kliniske atferdstopografier slik som depresjon og angst (Hanley, Iwata, & McCord, 2003). Yoman (2008) beskriver en fremgangsmåte for å benytte funksjonelle analyser i en klinisk setting, men heller ikke der problematiseres reliabiliteten til analysene. Studier som belyser styrker og svakheter ved kliniske indirekte eller deskriptive funksjonelle analyser, vil kunne være et viktig bidrag i litteraturen om atferdsaktivering, og klinisk atferdsanalyse generelt, men flere metodologiske utfordringer må først overkommes (Kanter et al., 2006). Det vil også dekke et behov i forhold til generaliteten til litteraturen om funksjonelle analyser.

I BATD protokollen brukes begrepet sunn atferd (*healthy behavior*) om atferd som skal økes i frekvens på bekostning av depressiv atferd (Lejuez et al., 2011). Sunn atferd er atferd som øker livskvaliteten og er i tråd med verdiene til den enkelte klient. Depressiv atferd defineres som motpolen til sunn atferd, ved at det er atferd som ikke fører til økt livskvalitet eller er i tråd med verdiene til klienten. Ved å bruke livskvalitet som en del av definisjonene på sunn og depressiv atferd, blir definisjonene sirkulære, og potensielle forklaringsfiksjoner. En konsekvens av det vil være at de blir utydelige, og lite avgrensede. En potensiell løsning på dette kan være å definere målatferd med utgangspunkt i klientens selvrapporteringer av fornøyelse og betydning, da en høy rangering av en av dimensjonene sannsynligvis vil være en indikasjon på hvor forsterkende disse aktivitetene oppleves på kort

og langt sikt. En bedre konseptuell forståelse av følelser, og depresjon generelt, vil også kunne bidra til å øke presisjonen og omfanget til slike definisjoner.

Selv om interessen for depresjon innenfor atferdsanalyse, både klinisk og konseptuelt, er økende, gjenstår mange spørsmål. I forhold til konseptuelle tema, vil grunnleggende forståelse av følelser i et atferdsanalytisk perspektiv være et sentralt bidrag. Det finnes en adekvat atferdsanalytisk forklaring på det lave atferdsnivået og de affektive komponentene ved depresjon, mangler man stadig forklaringer på den relative økningen av privat atferd ved tilstanden. Dette må inkluderes i en fullstendig atferdsanalytisk tilnærmingen. Klinisk sett er det viktigste potensielle fremtidige bidraget å finne endringsmekanismen bak de to ulike behandlingene. I tillegg vil svar på grunnleggende utfordringer, som atferdsdefinisjoner i BATD, og bruken av funksjonelle analyser i BA, være betydningsfulle bidrag i utviklingen av behandlingen.

Referanser

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49–74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- Abreu, P. R., & Santos, C. E. (2008). Behavioral models of depression: A critique of the emphasis on positive reinforcement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*, 130–145. Hentet fra: <http://eric.ed.gov/>
- Arntzen, E. (2003). Assesment in applied behavior analysis. In R. Fernandez-Ballesteros (Red.), *Encyclopedia of psychological assesment* (s. 45–49). London, England: Sage.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2012). *Abnormal psychology - An integrative approach* (6. utg.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Baum, W. M. (1979). Matching, undermatching, and overmatching in studies of choice. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 32*, 269–281. doi: 10.1901/jeab.1979.32-269
- Baum, W. M. (2005). *Understanding behaviorism. Behavior, culture, and evolution* (2. utg.). Oxford, England: Blackwell.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York, NY: The Guilford Press
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy - Basics and Beyond* (2. utg.). New York, NY: The Guilford Press.
- Bierut, L., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Dinwiddie, S. H., Madden, P. A. F., Statham, D. J., . . . Martin, M. G. (1999). Major depressive disorder in a community-based twin sample: Are there different genetic and environmental contributions for men and women? *Archives of General Psychiatry, 56*, 557–563. doi: 10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-56-6-yoa8229

- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*, 154–162. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.10.001
- Catania, A. C. (2013). *Learning* (5. utg.). Cornwall on Hudson, NY: Sloan Publishing.
- Catania, A. C., Shimoff, E., & Matthews, B. A. (1989). An experimental analysis of rule-governed behavior. In S. C. Hayes (Red.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies and instructional control* (s. 119–150). New York, NY: Plenum Press.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, *51*, 3–16. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*, 318–326. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri* (5. utg.). Otta, NO: Tano Aschehoug.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, *74*, 658–670. doi: 10.1037/0022-006x.74.4.658
- Dinsmoor, J. A. (2001). Stimuli inevitably generated by behavior that avoids electric shock are inherently reinforcing. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *75*, 311–333. doi: 10.1901/jeab.2001.75-311
- Donahoe, J. W., & Palmer, D. C. (2004). *Learning and complex behavior*. Richmond, MA: Ledgetop Publishing.

- Dougher, M. J., Augustson, E., Markham, M. R., Greenway, D. E., & Wulfert, E. (1994). The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *62*, 331–351. doi: 10.1901/jeab.1994.62-331
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, *17*, 321–334. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (2000). Establishing operations, cognition, and emotion. *The Behavior Analyst*, *23*, 11–24. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Dougher, M. J., Twohig, M. P., & Madden, G. J. (2014). Editorial: Basic and translational research on stimulus–stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *101*, 1–9. doi: 10.1002/jeab.69
- Falk, J. L. (1971). The nature and determinants of adjunctive behavior. *Physiology & Behavior*, *6*, 577–588. doi: 10.1016/0031-9384(71)90209-5
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, *28*, 857–870. Hentet fra: <http://www.apa.org/>
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *31*, 137–156. doi: 10.1901/jaba.1998.31-137
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, *56*, 468–475. doi: 10.1037/a0016383
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *36*, 147–185. doi: 10.1901/jaba.2003.36-147

- Hanley, G. P., & Tiger, J. H. (2011). Differential reinforcement procedures. In W. W. Fisher, C. C. Piazza & H. S. Roane (Red.), *Handbook of applied behavior analysis* (s. 229–249). New York, NY: The Guilford Press.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2002). *Perpektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive, og behandle*. Oslo, NO: Gyldendal akademisk.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175–190.
Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., Wilson, K. G., & Barnes-Holmes, D. (2001). Derived relations and the transformation of stimulus functions. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Red.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (s. 21–49). New York, NY: Kluwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy - An Experiential Approach to Behavior Change*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy - The Process and Practice of Mindful Change* (2. utg.). New York, NY: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Zettle, R. D., & Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. In S. C. Hayes (Red.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies and instructional control* (s. 191–220). New York, NY: Plenum Press.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten* (IS-1561). Oslo, NO: Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/>.
- Helsedirektoratet. (2011). *ICD-10* Bergen, NO: Fagbokforlaget

- Herrnstein, R. J. (1970). On the law of effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *13*, 243–266. doi: 10.1901/jeab.1970.13-243
- Hineline, P. N. (2001). Beyond the molar-molecular distinction: we need multiscaled analyses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *75*, 342–347. doi: 10.1901/jeab.2001.75-342
- Holden, B. (2006). Psykiske lidelser er atferd. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, *33*(2), 57–70. Hentet fra: <http://www.nta.atferd.no/>
- Hopkinson, J., & Neuringer, A. (2003). Modifying behavioral variability in moderately depressed students. *Behavior Modification*, *27*, 251–264. doi: 10.1177/0145445503251605
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Cantu, M. S., Chambers, L. L., & Lejuez, C. W. (2003). The use of daily diaries to assess the relations among mood state, overt behavior, and reward value of activities. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1137–1148. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00017-2
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*, 236–243. doi: 10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression - A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, *27*(4), 458–469. doi:10.1177/0145445503255489
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, *23*, 699–717. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00070-9

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . .

Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295–304. doi:

10.1037/0022-006X.64.2.295

Joiner, T. E., & Metalsky, G. I. (2001). Excessive reassurance seeking: Delineating a risk factor involved in the development of depressive symptoms. *Psychological Science, 12*, 371–378. doi: 10.1111/1467-9280.00369

12, 371–378. doi: 10.1111/1467-9280.00369

Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation* New York, NY: Routledge

Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst, 31*, 1–21. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Kanter, J. W., Cautili, J. D., Busch, A. M., & Baruch, D. E. (2005). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: Five environmental factors and a possible sixth and seventh. *The Behavior Analyst Today, 6*(1), 65–81. Hentet fra:

<http://baojournal.com/>

Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: a successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 39*, 463–467. doi: 10.1901/jaba.2006.21-06

Kanter, J. W., Manos, R. C., Bove, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C.

(2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*, 608–620. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.001

- Kanter, J. W., & Woods, D. W. (2009). Introduction. *The Behavior Analyst, 32*, 1–5. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1091–1098. Hentet fra: <http://ajp.psychiatryonline.org/>
- Lacasse, J. R., & Leo, J. (2005). Serotonin and depression: a disconnect between the advertisements and the scientific literature. *PLoS Med, 2*, 1211–1216. doi: 10.1371/journal.pmed.0020392
- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J., & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 407–414. doi: 10.1901/jaba.2003.36-407
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification, 35*, 111–161. doi: 10.1177/0145445510390929
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression - Treatment manual. *Behavior Modification, 25*, 255–286. doi: 10.1177/0145445501252005
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261–268. doi: 10.1037/h0035142
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology, 79*, 291–295. doi: 10.1037/h0033207
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 17*, 322–334. doi: 10.1037/h0085929

MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1976). Manual for the pleasant events schedule.

Hentet fra: <http://www.ori.org/>

Martell, C. R., Addis, M. E., & Dimidjian, S. (2004). Finding the action in behavioral activation: The search for empirically-supported interventions and mechanisms of change. In S. C. Hayes, M. M. Linehan & V. M. Follette (Red.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (s. 151–167). New York, NY: The Guilford Press.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context - Strategies for guided action* New York, NY: Norton & Company Inc. .

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation of depression - A clinician's guide*. New York, NY: The Guilford Press.

Monroe, S. M., & Reid, M. W. (2009). Life stress and major depression. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 68–72. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01611.x

Moore, J. (2008). *Conceptual foundations of radical behaviorism*. New York, NY: Sloan

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498–1504. doi: 10.1016/s0140-6736(96)07492-2

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2003). Efficacy, effectiveness, and the clinical utility of psychotherapy research. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Red.), *A guide to treatments that work* (2. utg., s. 643-654). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Neuringer, A. (2002). Operant variability: Evidence, functions, and theory. *Psychonomic Bulletin & Review*, 9, 672–705. doi: 10.3758/BF03196324

Nevin, J. A. (1997). Choice and momentum In W. O'Donahue (Red.), *Learning and behavior therapy* (s. 230–251). Needham Heights, MA Allyn & Bacon.

- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2014). On having a goal: Goals as representations or behavior. *The Psychological Record*, 1–11. doi: 10.1007/s40732-014-0093-0
- Reed, D. D., & Kaplan, B. A. (2011). The matching law: A tutorial for practitioners. *Behavior Analysis in Practice*, 4(2), 15–24. Hentet fra: <http://www.springer.com>
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787–804. doi: 10.1016/S0005-7894(77)80150-0
- Sidman, M. (2001). Safe periods both explain and need explaining. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 75, 335–365. doi: 10.1901/jeab.2001.75-335
- Skinner, B. F. (1953/1965). *Science and human behavior*. New York, NY: The Free Press.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Thompson, R. H., & Iwata, B. A. (2007). A comparison of outcomes from descriptive and functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 333–338. doi: 10.1901/jaba.2007.56-06
- UiO, & Språkrådet. (Red.). (2010) *Bokmålsordboka*. Hentet fra: <http://www.nobordbok.uio.no/>
- Waltz, T. J., & Follette, W. C. (2009). Molar functional relations and clinical behavior analysis: Implications for assessment and treatment. *The Behavior Analyst*, 32, 51–68. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Woods, D. W., Miltenberger, R. G., & Carr, J. E. (2006). Introduction to the special section on clinical behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 407–411. doi: 10.1901/jaba.2006.intro
- Yoman, J. (2008). A Primer on Functional Analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 325–340. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.01.002

Tabell 1

Sammenligning av BA og BATD

Kategori	Behavioral activation	Brief Behavioral Activation Treatment for Depression
Teoretisk utgangspunkt	Funksjonell kontekstualisme	Matchingloven
Teoretisk fokus	Redusere forekomst av unngåelse, og øke forekomst av positivt forsterket alternativ atferd	Øke forekomst av sunn atferd på bekostning av depressiv atferd
Analysenivå	”Molekylært” – Enkeltepisoder av atferd	Molært – Atferdsnivå over tid
Struktur	Ustrukturert og fleksibel	Strukturert og lite fleksibel
Klinisk fokus	Bruk av, og opplæring i, funksjonelle analyser. Spesielt for å identifisere unngåelsesmønstre, og endre de med alternativ atferd (TRAP/TRAC modellen)	Målrettet aktivering i forhold til å sette klienten i kontakt med positive forsterkningskontingenser
Modaliteter	Multimodal	En modalitet
Komponenter	Aktivitetsmonitorering, planlegging av aktiviteter, mål- og verdikartlegging, gradering av aktiviteter. I tillegg sekundære strategier som for eksempel rollespill, og	Aktivitetsmonitorering, planlegging av aktiviteter, mål- og verdikartlegging, gradering av aktiviteter

Note. Fremstillingen bygger på Hopko, Lejuez, Ruggiero, og Eifert (2003), og Kanter et al. (2010).

En evaluering av *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression* for moderat til alvorlig depresjon ved korttidsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne

Martin Ø. Myhre

Høgskolen i Oslo og Akershus

Abstrakt

Tidligere studier har vist at atferdsaktiverting er en depresjonsbehandling som har vist lovende effektivitet, og er passende i døgnbehandling. Fordelene med atferdsaktiverting er blant annet at den er relativt enkel å lære, og krever lite veiledning i forhold til andre former for psykoterapi. *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression* (BATD) er en kort og strukturert behandling av depresjon. Målet med studien var å videre undersøke effektiviteten, kredibiliteten og akseptabiliteten til BATD i akuttpsykiatrisk døgnbehandling. Studien besto av 22 deltagere som var innlagt til akuttpsykiatrisk døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne med moderat til alvorlig depresjon. Et randomisert pre-/posttest gruppedesign der BATD ble sammenlignet med vanlig behandling ble anvendt. Endringsskåre var statistisk signifikant forskjellige mellom gruppene, med en sterk effektstørrelse i retning BATD. Individuelle endringsskåre viste at en signifikant høyere andel av deltagere i BATD-gruppen hadde en pålitelig forbedring målt med *Reliable Change Index*. En signifikant høyere andel av deltagerne som mottok BATD endret også depresjonsdybde i løpet av studien. Deltagerne som mottok BATD vurderte også behandlingen som kredibel og akseptabel. Studien repliserer tidligere funn, og gir videre støtte for BATDs effektivitet med populasjonen, i tillegg til å vise at endringen var sosialt signifikant. Studien kan også til en viss grad gi støtte til hypotesen om at BATD er en enkel intervensjon å lære og administrere. En storskala randomisert kontrollert studie er stadig nødvendig for denne populasjonen.

Nøkkelord: Depresjon, atferdsanalyse, atferdsaktiverting, Brief Behavioral Activation Treatment for Depression, innlagte pasienter, empirisk støttede tilnærminger

En evaluering av *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression* for moderat til

alvorlig depresjon ved korttidsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne

Depresjon er en av de hyppigst forekommende psykiske lidelsene, og alvorlig depresjon har i norske undersøkelser en livstidsprevalens på 17,8 % (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). Dette gjør det til den mest prevalente psykiske lidelsen sammen med alkoholavhengighet i Norge. Konsekvensene av tilstanden kan også være omfattende. Undersøkelser gjennomført av WHO rangerer unipolar depresjon som den lidelsen som gir nest mest redusert *disability-adjusted life years* på verdensbasis i 2020, kun forbigått av iskemiske hjertesykdommer (Murray & Lopez, 1997). Kanter, Busch, Weeks, og Landes (2008) mener at atferdsanalyse kan bidra med et integrativt perspektiv på depresjon som involverer genetikk, biologi, ”personlighet”, verbal atferd, og private hendelser, på en teoretisk konsistent og pragmatisk måte. En sentral hypotese i den atferdsanalytiske forståelsen av depresjon er forsterkningsdeprivasjonshypotesen (Ferster, 1973; Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980). Nyere konseptualiseringer har også begynt å nærme seg forklaringer på privat atferd gjennom for eksempel motivasjonelle operasjoner, verbal atferd, eller regler (Dougher & Hackbert, 1994; Kanter, Cautili, Busch, & Baruch, 2005)

Det er gjennomført relativt få atferdsanalytiske eksperimentelle studier angående depresjon. På 70-tallet gjennomførte Lewinsohn og kollegaer en serie studier som undersøkte korrelasjoner mellom stemningsleie og fornøyelige aktiviteter (*pleasant activities*) der de fant en signifikant korrelasjon mellom fornøyelige aktiviteter og stemningsleie (Lewinsohn & Amenson, 1978; Lewinsohn & Graf, 1973; Lewinsohn & Libet, 1972). Lewinsohn definerte fornøyelige hendelser a priori ved å kartlegge hva slags hendelser de fleste fant fornøyelige (MacPhillamy & Lewinsohn, 1976). Hopko, Armento, Cantu, Chambers, og Lejuez (2003) undersøkte om mildt deprimerte opplevde mindre responskontingent positiv forsterkning enn ikke-deprimerte. Resultatene fra studien viste at moderat deprimerte rapporterte mindre

engasjement i daglige aktiviteter, og var mer passive enn ikke-deprimerte. Carvalho og Hopko (2011) undersøkte om flukt og unngåelsesatferd reduserer frekvensen av positivt forsterket atferd. Hovedfunnet fra studien var at økt kognitiv og atferdsmessig unngåelse økte risikoen for depresjon gjennom en redusert forsterkningsrate. Studien bekrefter en av grunnhypotesene i den atferdsanalytiske konseptualiseringen av depresjon; at unngåelse er relatert til forsterkningsdeprivasjon, og at forsterkningsdeprivasjon og stemningsleie er relatert til hverandre.

Atferdsaktivering var, og er, en av komponentene i kognitiv terapi for depresjon (A. T. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; J. S. Beck, 2011), og ettersom kognitiv terapi sin popularitet økte, ble interessen for rene atferdsorienterte behandlinger av depresjon redusert. Kognitiv terapi for depresjon består av tre hovedkomponenter: (1) Atferdsaktivering, (2) kognitiv restrukturering, og (3) endring av grunnleggende skjema. Jacobson et al. (1996) gjennomførte en komponentanalyse der kognitiv terapi der komponentene 1, 1+2, og 1+2+3 ble sammenlignet for deltagere med depresjon. Hovedfunnet fra studien var at det under posttesten og ved 6 måneders oppfølging ikke var noen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Den hypotetiske endringsmekanismen i kognitiv terapi er at intervensjoner som fokuserer på grunnleggende skjema vil være den effektive ingrediensen i behandlingen. Studien viser ingen forskjell mellom komponenten som vektla grunnleggende leveregler (kognitiv terapi), og komponentene som ikke fokuserte på det (atferdsaktivering, kognitiv restrukturering). Resultatene fra studien viste at rene atferdsorienterte tilnærminger til behandling av depresjon kan være like effektive som kognitive intervensjoner, og gjør at man kan trekke tvil om den angivelige endringsmekanismen i kognitiv terapi.

Dimidjian et al. (2006) gjennomførte en stor randomisert kontrollert studie der de sammenlignet atferdsaktivering med kognitiv terapi, antidepressiva, og placebo hos voksne med alvorlig depresjon i akuttfasen. Inklusjonskriteriene i studien var at deltagerne oppfylte

kriteriene for alvorlig depresjon i *DSM-IV* (APA, 2000), og en skåre 20 eller høyere på Becks Depression Inventory-II (BDI-II; A. T. Beck, Steer, & Carbin, 1988), eller 14 eller høyere på *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960). Studien foregikk i en poliklinisk setting. 241 deltagere ble randomisert, og 172 deltagere fullførte studien. Behandlingen ble administrert av erfarne terapeuter med spesialkompetanse i henholdsvis kognitiv terapi og atferdsaktivisering. Resultatene fra studien viste at atferdsaktivisering hadde lignende effekt som antidepressiva, og begge var mer effektive enn kognitiv terapi for pasienter med et alvorligere symptombilde. Funnene fra studien repliserer og utvider funnene til Jacobson et al. (1996), og gjør at man kan stille spørsmålet om kognitive intervensjoner er nødvendige, eller om de er en essensiell del av kognitiv terapi for depresjon.

Metaanalyser som involverer studier med planlegging av aktiviteter (*activity scheduling*) støtter også atferdsaktivisering effektivitet for behandling av depresjon. En metaanalyse som omfattet 16 studier med totalt 780 deltagere, ga en sterk effektstørrelse for atferdsaktivisering (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007). Forfatterne nevner begrensninger ved metaanalysen, som at flere studier hadde veldig få deltagere, et lite antall studier, og de fleste brukte ventelistekontrollgrupper. Likevel fremstår resultatet fra metaanalysen troverdig fordi heterogeniteten var lav, og alle studiene viste resultater i samme retning. Ut ifra kriteriene til Chambless et al. (1998) har atferdsaktivisering sterk forskningsstøtte. I Norge har nasjonale faglige retningslinjer for behandling av depresjon i primær og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2009) anbefalt målrettet aktivisering som en strukturert psykologisk behandling når pasienter/klienter med moderat til alvorlig depresjon ikke ønsker, eller ikke har tilstrekkelig effekt av antidepressiva.

BATD er en kontekstuell behandling for depresjon over 10 økter som fokuserer på aktivitetsmonitorering, planlegging av aktiviteter, og kartlegging av verdier og mål (Lejuez, Hopko, Acerno, Daughters, & Pagoto, 2011; Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001). Teoretisk

bygger BATD på matchingloven (Herrnstein, 1970). BATD består av relativt få komponenter, og har en stor grad av struktur (Kanter et al., 2010). Fordelene med BATD nevnes å være at den er enkel å implementere, at anvendelse av protokollen er enkel, og den er egnet for korte behandlingsforløp (Hopko, Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003; Lejuez et al., 2011). Empirisk har BATD ikke vært testet gjennom store randomiserte studier, men det har blitt gjennomført en rekke studier med subpopulasjoner som for eksempel deprimerte kreftpasienter i primær helsetjenesten (Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez, 2005), deprimerte universitetsstudenter (Gawrysiak, Nicholas, & Hopko, 2009), eller deprimerte latinamerikanere (Collado, Castillo, Maero, Lejuez, & Macpherson, 2014). I mye av litteraturen behandles *Behavioral Activation* (BA) og BATD som ekvivalente behandlinger, men både en teoretisk gjennomgang av Hopko, Lejuez, Ruggiero, et al. (2003), og en oversiktsartikkel av Kanter et al. (2010) konkluderte med at behandlingene har mange fellestrekk, men ikke vil være ekvivalente. Atferdsaktivering vil i denne artikkelen benyttes som et paraplybegrep som omfatter både BA og BATD.

Kredibilitet og forventninger til terapirasjonale er viktige variabler som påvirker utkommet. Man har funnet at noen terapirasjonaler oppleves som mer kredible, og genererer høyere forventninger enn andre (Borkovec & Nau, 1972). Kazdin (1979) definerer kredibilitet som hvor troverdig, overbevisende eller logisk behandlingen er, mens forventninger defineres som forbedringene klienten tror han vil oppnå gjennom behandlingen. Disse to variablene har blitt anvendt på tre domener: For sammenligning av kredibilitet og forventninger over behandlings- og kontrollgruppe, kredibilitet og forventninger har vist seg å være manipulerbare variabler gjennom for eksempel språket benyttet eller lengden på rasjonalet, og kredibilitet og forventninger har vist seg å kunne predikere utkommet (DeVilly & Borkovec, 2000).

Den empiriske støtten til atferdsaktiverting har hovedsakelig vært etablert med polikliniske populasjoner (Collado et al., 2014; Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008; Gawrysiak et al., 2009; Hopko et al., 2005). Flere strukturerte psykoterapier de siste årene blitt tilpasset inneliggende pasienter. Eksempler kan være kognitiv terapi for dobbeltdiagnoser (rusproblematikk og alvorlig psykisk lidelse) (Lykke, Oestrich, Austin, & Hesse, 2010), eller dialektisk atferdsterapi for borderline personlighetsforstyrrelse (Swenson, Sanderson, Dulit, & Linehan, 2001). Noen studier angående atferdsaktiverting har også begynt å fokusere på innlagte pasienter. Innlagte pasienter med alvorlig depresjon er generelt sett er en mer heterogen gruppe, der studier har funnet en høyere forekomst av suicidforsøk, alkoholproblematikk, og cluster A personlighetsforstyrrelse enn i polikliniske populasjoner (Vuorilehto, Melartin, Rytsala, & Isometsa, 2007). En trend i døgnbehandling er fokuset på at behandling skal være tilgjengelig gjennom hele døgnet, og at behandlingen også kan administreres av miljøpersonalet som for eksempel vernepleiere, sykepleiere, eller miljøterapeuter (Curran, Lawson, Houghton, & Gournay, 2007). Dette kan bidra til å maksimere det terapeutiske utbyttet av behandlingen, og dermed også potensielt korte ned liggetiden, uten at det går på bekostning av det terapeutiske innholdet. Det vil også bidra til å øke den terapeutiske statusen til døgnavdelinger. Atferdsaktiverting er en relativt enkel behandling å implementere, og vil kreve mindre intensiv trening i forhold til mer komplekse behandlingsformer som kognitiv terapi (Jacobson et al., 1996; Lejuez et al., 2001; Martell, Addis, & Jacobson, 2001).

Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, and McNeil (2003) gjennomførte en randomisert kontrollert studie (N =25) med moderat til alvorlig deprimerte pasienter, innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling. Studien benyttet protokollen til Lejuez et al. (2001) i tillegg til et eksisterende tegnøkonomisystem (LePage, 1999). Behandlingen besto av ca. 20 minutters samtaler tre ganger i uken med utgangspunkt i BATD protokollen. Tokens kunne opparbeides

gjennom å utføre klinisk relevant atferd, og kunne veksles inn i snacks, langdistanse telefonsamtaler, permisjoner, eller deltagelse i aktiviteter. Kontrollgruppen i studien fikk støttende psykoterapi. Dette var den første studien som undersøkte BATDs effektivitet med innlagte pasienter, og hadde resultater som var statistisk signifikante med en sterk effektstørrelse. Studien ble lansert som en pilotstudie, men ingen stor skala studie har per dags dato blitt gjennomført. Resultatene fra studien viste at BATD er en lovende intervensjon å benytte i døgkontinuerlig behandling av depresjon.

Behavioral Activation Communication studien, der BA ble implementert som miljøterapeutisk struktur på en akuttpsykiatrisk avdeling, er et annet eksempel på atferdsaktivering tilpasset døgntil behandling (Gollan et al., 2014). I stedet for at behandlingen utføres med samtaler annenhver dag, så implementeres behandlingen som en del av strukturen i avdelingen. Behandlingen administreres av miljøpersonalet, ikke psykologer eller leger. Behandlingen foregikk ved at pasientene fikk 30 minutter gruppeøkter med atferdsaktivering morgen og kveld, og besto av at et BA prinsipp fra Martell et al. (2001) ble gjennomgått. Studien foregikk uten randomisering med en *treatment as usual* kontrollgruppe. 144 deltagere deltok, og eksklusjonskriteriene var kun at pasienten var suicidal eller hadde utagerende atferd de første 24 timene, mindre enn 24 timers opphold, og ved reinnleggelse. Dette blir en meget heterogen populasjon, til forskjell fra tidligere studier som hovedsakelig hadde depressive symptomer som inklusjonskriterie. Forskjellene mellom gruppene var ikke statistisk signifikante, men dataene fremhever likevel betydningen av å engasjere innlagte pasienter aktivt i behandlingsmiljøet for raskere forbedring. En svakhet ved studien var at den ikke benyttet seg av randomisert tildeling til grupper.

Folke et al. (2014) gjennomførte en pilotstudie som undersøkte om BA var en egnet intervensjon å benytte i overgangen fra døgkontinuerlig til poliklinisk behandling. Perioden etter utskrivelse fra døgntil behandling er en sårbar fase for pasientene med økt risiko for suicid,

noncompliance, tilbakefall, og reinnleggelser (Qin & Nordentoft, 2005; Walker, Minor-Schorck, Bloch, & Esinhart, 1996). Deltagerne som ble inkludert i studien hadde en signifikant depresjon, og hadde ikke en pågående mani, psykose, forvirringstilstand, anorexia nervosa eller primært rusmisbruk. BA ble startet opp under døgnopphold, for å fortsette poliklinisk i etterkant av utskrivelse, til totalt 12 økter var gjennomført. Studien benyttet en tilpasset versjon av protokollen til Kanter, Busch, og Rusch (2009). Behandlingen besto av tre faser: Tidlige økter (økt 1 – 3), midtøkter (økt 4 – 10), og avslutningsøkter (11 – 12), der ulike komponenter ble vektlagt avhengig av fase. Behandlingen ble administrert en til to ganger i uken, uavhengig av hospitalisering. Studien besto av 13 deltagere, der 3 deltagere droppet ut tidlig. Studien fant statistisk signifikante forbedringer i Montgomery and Åsberg Depression Scale (MADRS: Montgomery & Asberg, 1979), med en stor effektstørrelse. Endringer i *Behavioral Activation Scale for Depression – Short Form* fra baseline til posttest var signifikant korrelert med depressive symptomer på MADRS. Funnene fra studien gir initial støtte til BA som en behandling som også er effektiv for populasjoner som er heterogene og med høy grad av komorbiditet. Deltagerne rangerte behandlingen som akseptabel og kredibel. Studien har flere metodologiske begrensninger som liten utvalgsstørrelse, mangel på kontrollgruppe, og mangel på oppfølgingsundersøkelse, som begrenser slutninger om behandlingens effektivitet. Eksklusjon av visse pasientpopulasjoner, som psykose og mani, begrenser generalisering til hele populasjonen.

En sentral dimensjon ved anvendt atferdsanalyse er at atferden som analyseres skal være anvendt, eller av sosial betydning. Dette kalles sosial validitet eller klinisk signifikans (Baer, Wolf, & Risley, 1968; Kazdin, 1999). Wolf (1978) deler sosial validitet inn i tre nivåer: Sosial signifikans til målene, til prosedyrene, og til av effekten til behandlingen. Evalueringer av behandlingens akseptabilitet vil fokusere på om prosedyrene for eksempel oppfattes som lite inngripende, rettferdige, eller møter generelle standarder for behandlinger (Kazdin, 1980).

Et annet nivå ved sosial signifikans er evalueringer av behandlingens effektivitet. Analyser av statistisk signifikans vil ikke gi konkrete svar på om endringen har vært av betydning for klienten, slik at dette må evalueres i tillegg (Baer, 1977). Det mest sentrale målet på klinisk signifikans er graden av endring, gjennom en stor reliabel endring i symptomer, eller retur til normative nivåer (Jacobson & Truax, 1991; Kazdin, 1999).

Målet med denne studien er å videre undersøke BATDs effektivitet med populasjonen innlagte pasienter, og bygger på tidligere gjennomførte studier. I tillegg søker studien å belyse den kliniske signifikansen til behandlingen, siden dette i liten grad har vært spesifikt belyst i tidligere studier. Studien er en systematisk replikasjon av Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003), og søker å undersøke atferdsaktiverings effektivitet ved døgnbehandling med moderat til alvorlig deprimerte pasienter sammenlignet med vanlig behandling. Nullhypotesen er at det ikke er noen forskjell mellom vanlig behandling og atferdsaktivering, mens den alternative hypotesen vil være at atferdsaktivering er en mer effektiv intervensjon enn vanlig behandling, både i form av effektivitet og klinisk signifikans. Studien vil også undersøke behandlingens kredibilitet og deltagerens forventninger til behandlingen, samt hvor akseptabel behandlingsformen oppleves av deltagerne.

Metode

Deltagere

Denne studien inkluderte $N = 23$ deltagere, som fordelte seg på en behandlingsgruppe (BATD) ($n = 12$), og en kontrollgruppe ($n = 11$), *treatment as usual* (TAU). 1 deltager i TAU gruppen trakk seg fra studien. De demografiske variablene alder, kjønn, sivilstatus, og utdanningsnivå ble registrert fra inntakstnotat. Komorbiditet ble registrert med utgangspunkt i epikrise. Liggetid i BATD gruppen var $M = 9.08$ ($SD = 5.93$), og TAU gruppen $M = 7.64$ ($SD = 5.35$). Om pasienten mottok elektrokonvulsiv behandling ble også registrert. Siden

ingen av deltagerne i studien mottok dette, er variabelen ikke oppgitt i Tabell 1. Ytterligere egenskaper ved deltagerne er beskrevet i Tabell 1.

Kriteriene for deltagelse i studien var at pasienten hadde en pretestskåre over 19 på BDI-II, som vil tilsvare alvorlig eller moderat depresjon avhengig av skåren. En forutsetning for deltagelse var at pasienten behersket norsk eller engelsk, og kunne uttrykke seg skriftlig. Pasienter med en aktuell psykose, eller tidligere kjent psykoseproblematikk, inkludert bipolar lidelse, ble ikke inkludert i studien. Deltagelse ble også vurdert av behandlingsansvarlig psykiater, som vurderte om pasienten skulle motta depresjonsbehandling, eller om annen psykopatologi skulle være det primære målet for behandling. 4 deltagere oppfylte inklusjonskriteriene, men ønsket ikke å delta i. Ytterligere 2 deltagere ble initialt inkludert i studien, men trakk seg kort tid etter oppstart. Ingen av disse 6 deltagerne er inkludert i datamaterialet. Deltagerflyten er beskrevet i Figur 1.

Deltagerne ble kontaktet gjennom innleggelse ved avdelingen. Etter informert samtykke ble deltagerne randomisert til en av de to gruppene etter en randomiseringsnøkkel utarbeidet av forfatter på forhånd etter algoritmen A, B, A, B.... (Se Figur 1). Deltagerne var blindet, i form av at de ikke viste om at det var to grupper i studien.

Deltagelse var basert på skriftlig samtykke med utgangspunkt i skriftlig og muntlig informasjon om studien. Pasientene kunne på hvilket som helst tidspunkt trekke tilbake samtykke uten at det fikk konsekvenser for deres behandling. Etske aspekter ble vurdert av Personvernombudet der studien ble vurdert som kvalitetssikring av egen virksomhet. Studien ble også meldt til regional etisk komite (REK) som ikke anså den som meldepliktig. REK informerte likevel at studien kan publiseres som forskning. Oppbevaring og håndtering av personsensitive opplysninger ble vurdert og tilrådet av Personvernombudet.

Setting

Studien ble gjennomført ved en akuttpsykiatrisk avdeling i Oslo. Akuttpsykiatrisk avdeling yter døgkontinuerlig øyeblikkelig hjelp. Avdelingen har hjemmel for tvungent psykisk helsevern, og tar i mot pasienter til frivillig og tvungen behandling etter lov om psykisk helsevern. Alle deltagerne var innlagt på frivillig vern. Avdelingen har ca. 900 innleggelser i året, og består av en inntakspost med 6 sengeplasser, og to subakuttposter, med 10 plasser hver. Totalt 26 senger. Fordeling av deltagere på poster er beskrevet i Tabell 1.

Avhengige variabler og datainnsamling

Becks Depression Inventory II (BDI-II) er et selvvurderingsskjema med 21 ledd som måler grad av depresjon hos voksne (A. T. Beck, Streer, & Brown, 1996). Hvert ledd består av et symptom på depresjon der deltagerne rangerer i hvor stor grad symptomet er til stede. Rangeringsskalaen er fra 0; ikke tilstede, til 3 der symptomet i høy grad er tilstede. Summen av de 21 leddene vil gi en skåre som tilsier ingen, liten, moderat eller alvorlig depresjon. Terskelverdiene er estimert ut ifra amerikanske undersøkelser, og den norske versjonen benytter de samme verdiene (A. T. Beck et al., 1996). Summen av disse 21 leddene var den avhengige variabelen.

En validert norsk versjon ble benyttet, og psykometriske egenskaper ved denne har en statistisk signifikant forskjell mellom kjønnene, der menn ($N = 363$) har et gjennomsnitt på 8.9 og SD på 7.7, mens kvinner ($N = 512$) har et gjennomsnitt på 7.3 og SD på 7.1 (Aasen, 2001). BDI-II korrelerer med *Zung Selfreport Depression Scale* ($r = .71$), og depresjonsskalaen i *Revised Symptom Checklist 90* ($r = .84$). Indre konsistens ($\alpha = .91$) er svært god, og test-retest reliabilitet ($r = .77$) blant studenter er god. Skjemaet ble administrert som et selvrappoteringskjema som deltageren fylte ut i forkant av oppstart av behandlingen, og ved utskrivelse, eller etter 21 dager. Datainnsamling foregikk mellom Mars 2014 til Oktober 2014.

Credibility and Expectancies Questionnaire (CEQ) er et selvutfyllingsskjema som måler grad av kredibilitet og forventninger til et terapirasjonale (DeVilly & Borkovec, 2000). Skjemaet er todelt, der 4 spørsmål fokuserer på tanker, og 2 spørsmål fokuserer på følelser. Påstandene rangeres på en Likertskala fra 0 (lite) til 9 (mye) på de fire tankepåstandene, og fra 0 % (lite) til 100 % (mye) på følepåstandene. Skjemaet består av to faktorer: Kredibilitet til terapirasjonale, og forventet bedring av behandling. Range på CEQ skårene vil være 4 – 56. I en psykometrisk evaluering med et klinisk utvalg var test-retest reliabilitet ($r = .83$) god, og statistisk signifikante ($p = < .001$) (DeVilly & Borkovec, 2000). Indre konsistens var god for kredibilitetsspørsmålene ($\alpha = .86$), og forventningsspørsmålene ($\alpha = .90$). Skjemaet som ble anvendt var oversatt til norsk og tilpasset studien av forfatter og veileder (se appendiks A). CEQ ble administrert til deltagere i BATD gruppen etter første samtale, der rasjonale for behandlingen ble beskrevet. Deltagerne fikk verbale instruksjoner om å brette sammen skjemaet før overlevering til prosjektleder, og skjemaet ble ikke åpnet før deltageren hadde fullført behandlingen.

Treatment Evaluation Inventory – Short Form (TEI-SF) er et skjema som kartlegger sosial validitet, gjennom to ulike faktorer: Akseptabilitet og etiske aspekter/ubehag. (Kelley, Heffer, Gresham, & Elliott, 1989). Skjemaet består av 9 påstander som blant annet evaluerer hvor godt deltagerne liker behandlingen, hvor effektiv de opplever at den var, og hvor akseptable prosedyrene var. Påstandene rangeres på en 5 punkts Likertskala. Range på skårene vil være 9 – 45, der en høy skåre vil indikere stor grad av akseptabilitet. TEI-SF har ifølge Kelley et al. (1989) god indre konsistens ($\alpha = .85$). Skjemaet ble gitt til BATD gruppen etter behandlingen ble avsluttet, og administrert som et selvutfyllingsskjema. Skjemaet ble oversatt til norsk av forfatter og veileder (se appendiks B). Deltagerne fikk verbale instruksjoner om å brette sammen skjemaet etter utfylling, og skjemaet ble ikke åpnet før deltageren hadde avsluttet behandlingen.

Design

Denne studien benytter et gruppedesign med to grupper, som er beskrevet under intervensjoner. Betingelsene i BATD-gruppen ble manipulert i form av at deltagerne mottok behandlingen, mens TAU-gruppen ikke ble utsatt for noen manipulasjon. Designet som ble benyttet er det Shadish, Cook, og Campbell (2002) kaller et *randomisert pretest-posttest kontrollgruppe design*.

Prosedyre

Prosedyren, sammen med antall deltagere på ulike tidspunkt er fremstilt i Figur 1. Etter inklusjon fylte deltagerne inkludert i studien ut den norske versjonen av BDI-II som pretest. Dette skjedde dagen etter ankomst til avdelingen, og behandlingen startet opp etter BDI-II var gjennomført for BATD gruppen. *Bulls Eye Values Survey* (se appendiks C) for TAU-gruppen ble gjennomført på et ikke kartlagt tidspunkt i løpet av innleggelsen. I etterkant av første økt fylte deltagerne i BATD gruppen ut CEQ.

Behandlingen ble avsluttet etter 10 fullførte økter, 21 dagers innleggelse, eller ved at pasienten ble skrevet ut fra avdelingen på et tidligere tidspunkt. Etter behandlingen ble avsluttet fylte pasientene i begge grupper på ny ut BDI-II som posttest. TEI-SF ble administrert ved selvutfylling til BATD gruppen etter endt behandling. Ved reinnleggelse i prosjektperioden ble pasienter som tidligere hadde deltatt i TAU-gruppen tilbudt BATD. Det ble ikke registrert data på disse deltagerne.

Intervensjoner og behandlingsintegritet

Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD). Denne studien benyttet en oversatt versjon av den reviderte BATD-protokollen (Lejuez et al., 2011; Lejuez et al., 2001). Den reviderte BATD protokollen omfatter blant annet økt fokus på terapirasjonalet, et mer eksplisitt fokus på kartlegging av mål og verdier, og færre og forenklete komponenter. Behandlingen dreier seg rundt fire skjema: (1) Daglig monitoreringsskjema, (2) Livsområder,

verdier, og aktivitetsinventaret, (3) Aktivitetsinventaret, og (4) Kontrakter. Skjemaene presenteres i en naturlig progresjon gjennom behandlingen, og har som samlet funksjon å øke forekomst av forsterkende aktiviteter hos deltageren. Behandlingen sentreres rundt daglig monitoreringsskjema der deltageren skriver ned aktivitetene de gjør gjennom hele dagen, og rangerer disse på fornøyelse og betydning.

For å sikre at behandlingen retter seg mot aktiviteter som er betydningsfulle, kartlegges deltagerens verdier, og man forsøker å identifisere verdibaserte aktiviteter. *Bulls Eye Values Survey* (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl, & Melin, 2012) ble benyttet i økt nummer 2 som et supplement til verdiintervensjonen i BATD. Bulls Eye består i tillegg til kartlegging av verdier og verdibaserte aktiviteter, av en kort opplevelsesbasert øvelse om etterlevelse av verdier, og kartlegging av hindre. Hindre vil referere til årsaker som gjør det krevende å etterleve verdier. Dette ble lagt til fordi skjemaet allerede ble anvendt ved avdelingen, og konseptet samsvarer med det anvendt i protokollen. En annen tilpasning av protokollen var at planlegging av aktiviteter ble startet opp i økt 2, fremfor økt 3 slik det er beskrevet i protokollen. Dette ble gjort for å kunne bidra til pasienter som også er innlagt ved avdelingen i korte perioder. Skjema 4 (kontrakter) ble ikke anvendt i studien.

Intervensjonen ble gjennomført ved at deltagerne fikk tilbud om en samtale hver ukedag gjennom oppholdet. Hvis pasienten ønsket redusert frekvens, i form av annenhver dag, ble det gjennomført. På generell basis ble de 2-3 første samtalene gjennomført daglig, før frekvensen ble redusert til annenhver dag. Tidsbruken på samtalene var 20 – 30 minutter, med unntak av økt 2 som var rundt 60 minutter. Deltagerne i BATD-gruppen mottok i gjennomsnitt 4.82 samtaler ($SD = 2.53$).

Behandlingsintegritet ble skåret ved at en uavhengig observatør deltok i samtalen og anvendte skjema for scoring av behandlingsintegritet fra appendikset til Lejuez et al. (2011).

Skjemaet var oversatt til norsk. Behandlingsintegritet ble skåret på 19 % av øktene, og ga en skåre på 100 % etterfølgelse av manualen.

Treatment as usual (TAU). Denne studien benytter seg av en placebo kontrollgruppe der den hypotetiske aktive komponenten av behandlingen ikke er tilstede, men deltagerne mottar behandlingen i den samme konteksten. Denne typen metodologi kan benyttes for å isolere de spesifikke elementene i prosedyren som kan produsere endringer (Jacobson & Baucom, 1977). Behandlingen for begge grupper ble gitt i samme setting, og av mange av de samme personene, men TAU gruppen ble aldri eksponert for materialet fra BATD (for eksempel daglig monitoreringsskjema). Deltagerne i gruppen ble tilbudt en samtale med utgangspunkt i *Bulls eye values survey*, og 7 av 10 deltagere i gruppen tok imot tilbudet om dette.

Terapeuter og opplæring av terapeuter

Totalt tre terapeuter administrerte behandlingen. Hoveddelen av behandlingen og opplæring av andre terapeuter ble gjennomført av forfatter. Forfatter hadde kunnskap om atferdsanalyse på mastergradsnivå, og 3 års klinisk erfaring fra psykisk helsevern for voksne. Opplæring av andre terapeuter i BATD besto av to økter med scoring av behandlingsintegritet, og gjennomlesing av oversatt versjon av behandlingsprotokollen til Lejuez et al. (2011). Opplæring i Bulls Eye verdikartleggingsskjema ble gitt som en halvtimes gjennomgang fra forfatter der verdikonseptet fra *aksept og forpliktelsesterapi* (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012), strukturen til skjemaet ble gjennomgått, og en gjennomgang av sekvensen i form av rollespill.

Plan for statistisk analyse

For å analysere statistisk signifikans for den avhengige variabelen vil det bli gjort en Mann-Whitney test på endrings-skåre (posttest – pretest), pretestskåre og posttestskåre mellom de to gruppene. Effektstørrelsen vil estimeres ved å konvertere z-skåre til et effektstørrelseestimat ($r = z / \sqrt{N}$) (Field, 2009). De deskriptive variablene fra Tabell 1 ble

kontrollert for eventuell signifikant påvirkning. Her vil endringsskåre på BDI-II bli benyttet som avhengig variabel, og de andre variablene som uavhengige variabler. Enkel regresjon vil bli benyttet for å analysere disse. Deltageren som eventuelt dropper ut av studien vil bli ikke bli inkludert i de statistiske analysene av dataene.

Denne studien benytter *Reliable Change Index* (RCI) for å analysere individuell variasjon hos deltagerne. RCI regnes ut ved formelen $RC = x^1 - x^2 / S_{diff}$, der X^1 er pretestskåre, X^2 er posttestskåre, og S_{diff} er standardfeilen på forskjellene mellom de to målene (regnes ut ved roten av $2x(S_E)^2$). RCI er et estimat på hvor stor en endringsskåre må være hvis en klinisk signifikant endring har skjedd. (Christensen & Mendoza, 1986; Jacobson & Truax, 1991). RCI i denne studien er basert på et estimat fra en norsk psykometrisk evaluering av BDI-II (Aasen, 2001). Dette ga et RCI på 10.24 ($r = 0.77$, $SD = 7.7$). Dette kriteriet er noe høyere enn det foreslått av Seggar, Lambert, and Hansen (2002) som var et RCI på 8.46. I den norske populasjonen har det blitt funnet en signifikant forskjell mellom kjønnene på SD (Menn = 7,7, kvinner = 7,1), så det høyeste standardavviket ble benyttet for å estimere kriteriet.

Kji kvadrat vil bli benyttet til å evaluere klinisk signifikans for de kategoriske variablene ”endring > RCI” (endingsskåre => 10.24), og ”endring av depresjonsdybde” (endring av kategori på BDI fra pre- til posttest). Som effektstørrelseestimat på kji kvadrat vil odds ratio benyttes. Det estimeres ved å regne ut hvor mange deltagere som hadde en endring over RCI i begge grupper, delt på hvor mange deltagere som ikke hadde en endring over RCI, delt på hverandre (Field, 2009). Samme fremgangsmåte ble benyttet på variabelen ”endring av depresjonsdybde”.

Resultater

Resultater gruppedata

Pretestskåre på BDI-II i BATD-gruppen var $M = 38$ ($SD = 9.90$), og posttestskåre var $M = 19.67$ ($SD = 9.25$). Dette gir en gjennomsnittlig endringsskåre på $-18,33$ ($SD = 5.97$). TAU-gruppen hadde en BDI-II pretestskåre på $M = 43.20$ ($SD = 7.39$), og posttestskåre på $M = 32.30$ ($SD = 8.15$). Dette ga en gjennomsnittlig endringsskåre på -10.90 ($SD = 6.26$). Pretest resultatene var ikke signifikant forskjellige, med en liten effektstørrelse, $U = 44.500$, $z = -1.026$, $p = .305$, $r = 0.22$. Posttest resultatene var signifikant forskjellige mellom gruppene med en sterk effektstørrelse i favør av BATD-gruppen, $U = 19.000$, $z = -2.710$, $p = .007$, $r = -0.58$. Endringsskåre mellom gruppene var signifikant forskjellig, $U = 23.000$, $z = -2.445$, $p = .15$, $r = -0.52$. Resultatene viser en sterk ($r = > 0.50$) effektstørrelse i favør BATD-gruppen på endringsskåre. Analyse av potensielle interaksjoner med andre variabler med enkel regresjon avslørte ingen signifikant assosiasjon mellom BDI-II endringsskåre og disse variablene.

Individuell variasjon

Individuelle endringsskåre og RCI-kriteriet fremstilles i Figur 2. I BATD-gruppen hadde 11 av 12 deltagerne en endring større enn RCI, mens 4 av 10 deltagerne i TAU-gruppen hadde en større endring enn RCI kriteriet. Størrelsen på endringsskåre i Figur 2 er også større i BATD-gruppen sammenlignet med TAU-gruppen. En kji kvadrat test av den kategoriske variabelen "endring > RCI" mellom gruppene ga en signifikant assosiasjon mellom type behandling og endring større enn RCI: $\chi^2(1) = 6.712$, $p = .02$. Basert på odds ratio, vil oddsen for en endring større enn RCI være 11 ganger høyere hvis deltagerne mottok behandlingen BATD fremfor TAU.

Individuelle endringsskåre og normerte verdier for depresjonsdybde på BDI-II fremstilles i Figur 3. I BATD-gruppen endret 9 av 12 seg minst en normert kategori (for eksempel fra alvorlig til moderat depresjon). Av disse 9 endret 5 deltagere seg 2 kategorier

eller mer fra pre- til posttest. I TAU-gruppen endret 2 av 10 seg en normert kategori. Kji kvadrat test av den kategoriske variabelen ”endring av depresjonsdybde” (en kategori eller mer) mellom gruppene ga en signifikant assosiasjon mellom type av behandling og endring av depresjonsdybde: $\chi^2(1) = 6.600, p = .01$. Basert på odds ratio vil oddsen for en endring av depresjonsdybde på minst en kategori være 11,9 ganger høyere hvis deltagerne mottok behandlingen BATD fremfor TAU.

CEQ og TEI-SF for BATD-gruppen

Resultatene fra CEQ ($n = 8$) ga en totalskåre på $M = 37.9$ ($SD = 12.33$), av totalt 57 oppnåelige poeng på selvutfyllingsskjemaet. Når man delte opp CEQ i de to faktorene kredibilitet til rasjonale, og forventninger til bedring, var kredibilitetskåre $M = 21.1$ ($SD = 5.14$) av maks 28, og forventningsskåre $M = 16.8$ ($SD = 7.52$) av maks 29.

Gjennomsnittlig resultat på TEI-SF ($n = 11$) var 37.4 ($SD = 4.08$) av 45 mulige poeng. De to spørsmålene som ble rangert gjennomsnittlig høyest var ”Generelt har jeg positive reaksjoner på denne behandlingen ($M = 4.8, SD = 0.4$) og ”Jeg liker prosedyrene som blir anvendt i denne behandlingen” ($M = 4.6, SD = 0.5$). I tillegg hadde spørsmålet om prosedyrenes akseptabilitet et gjennomsnitt på 4.5 ($SD = 0.52$). De to spørsmålene som var rangert gjennomsnittlig lavest var ”Jeg tror behandlingen kommer til å ende med en permanent endring” ($M = 3.5, SD = 0.93$), og ”Jeg tror jeg kommer til å oppleve ubehag i løpet av behandlingen” ($M = 3.6, SD = 0.81$).

Diskusjon

Målet med denne studien var å ytterligere undersøke BATDs effektivitet og kliniske signifikans med innlagte pasienter. Primærhypotesen var at BATD ville være en mer effektiv intervensjon enn TAU, og resultatene bekrefter dette ved at de er statistisk signifikante med en sterk effektstørrelse i retning BATD. Andre del av primærhypotesen var at BATD ville være mer klinisk signifikant enn TAU. Resultatene viser at signifikant flere deltagere i BATD

gruppen hadde en endring over RCI og reduksjon av kategori på depresjonsdybde, når individuell variasjon i gruppene ble analysert. Resultatene avkrefter nullhypotesen. Det andre forskningsspørsmålet var om BATD ble vurdert å være en kredibel og akseptabel behandling av deltagerne. Kredibiliteten til terapirasjonale ble vurdert som høyt, og forventningene behandlingen genererte var høye, men noe lavere enn kredibilitet målt med CEQ.

Behandlingens akseptabilitet ble vurdert å være høy, og kom spesielt godt ut i forhold til deltagernes generelle evalueringer av prosedyrene. Disse resultatene svarer på kredibilitets- og akseptabilitetsspørsmålet, og viser at BATD oppleves å være kredibel, å generere relativt høye forventninger, og være en akseptabel prosedyre.

Denne studien var en systematisk replikasjon av Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003), og repliserer i stor grad resultatene deres. Begge fant en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene, med en sterk effektstørrelse i retning BATD. Pre- og posttestskårer ligner for begge studiene. Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003) hadde en gjennomsnittlig endringsskåre i sin BATD-gruppe på -16 poeng, mens denne studien hadde -18.33 poeng tilsvarende. Tilsvarende endringsskåre for TAU-gruppen var -6.9 hos Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003), og -10.60 i denne studien, altså høyere i denne studien.

Noen få betydningsfulle endringer ble gjort i gjennomføringen av replikasjonen. Der Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003) sammenlignet BATD med støttende psykoterapi, benyttet denne studien seg av en *treatment as usual* kontrollgruppe. Behandling som deltagerne i TAU-gruppen har mottatt vil bety at de er en form for aktiv kontroll, selv om dette ikke har vært i regi av studien. Det er ikke sannsynlig at en slik variabel har påvirket TAU-gruppen systematisk, da de enkelte deltagerne i gruppen trolig har mottatt variert behandling. Det virker ikke plausibelt at en eventuelt usystematisk behandling for TAU-gruppen i denne studien skulle være mer effektiv enn en systematisk. At deler av behandlingsrasjonale fra BATD kan ha diffundert over til TAU-gruppen kan også være

mulig, da begge gruppene ble behandlet i samme setting, med overlappende personale. Dette virker likevel lite sannsynlig da TAU-gruppen aldri ble presentert for materialet på en strukturert og sammenhengende måte slik som i BATD-gruppen.

For å også kunne inkludere deltagere som hadde korte innleggelser, ble pretesten administrert dagen etter ankomst til avdelingen. Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003) ventet noe lengre med oppstart av studien (4,2 dager i BATD-gruppen, og 5,1 dager i kontrollgruppen), da de antok at data fra kartleggingsinstrumentene ville være mer valide etter en akklimatiseringsperiode på enheten. Denne tidsforskjellen i administrasjon av pretest kan potensielt forklare de noe høyere skårene i denne studien, og er en potensiell kjent feilkilde i form av regresjon mot gjennomsnittet (Shadish et al., 2002). Likevel vil dette være likt over begge gruppene i denne studien, men må tas med i betraktning når man sammenligner resultatene opp mot Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003).

Mens Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003) benyttet protokollen til Lejuez et al. (2001) sammen med et eksisterende tegnøkonomisystem ved enheten, benyttet denne studien den reviderte BATD protokollen, med tilpasning for denne studien (Lejuez et al., 2011). For det første, ble planlegging av aktiviteter igangsatt i økt 2 i denne studien, der dette ikke initieres før i økt 3 i den reviderte BATD protokollen. *Bulls Eye Values Survey* (Lundgren et al., 2012) benyttet i økt 2 som et supplement til verdiintervensjonen i BATD (skjema 2). Skjemaet ble benyttet på samme måte som skjema 2, og ble anvendt komplementært til den eksisterende verdiintervensjonen. Den tredje endringen besto i at skjema 4 (kontrakter) ikke ble benyttet i denne studien. En utelukkning av denne komponenten har for øvrig blitt foreslått tidligere (Hopko, Lejuez, Ruggiero, et al., 2003). Selv med disse endringene i protokollen viser resultatene lik effektivitet sett opp mot studien som ble replisert.

Tidligere studier med populasjonen (Folke et al., 2014; Gollan et al., 2014; Hopko, Lejuez, LePage, et al., 2003) har kun rapportert gruppedata, ikke belyst individuell variasjon.

Woods, Miltenberger, og Carr (2006) anbefaler å rapportere individuelle data i tillegg til gruppedata når det er mulig ved atferdsanalytisk forskning på kliniske problemer. Ett element ved rapportering av individuelle data, er at de kan benyttes til å evaluere klinisk signifikans ved resultatene, gjennom for eksempel RCI eller endring av kategorier på skåringsinstrumenter. Et hyppig anvendt mål ved gruppedesign er effektstørrelsen, men dette er kun en statistisk størrelse som sier lite om den kliniske betydningen av endringen, og er relativt uavhengig av den kliniske signifikansen til dataene (Baer, 1977; Jacobson & Truax, 1991). Klinisk betydningsfull endring vil kunne ha å gjøre med returnering til et normalt funksjonsnivå, for eksempel ved at deltagerne plasseres nærmere et gjennomsnitt som representerer normalbefolkningen, enn gjennomsnittet i en dysfunksjonell populasjon. En endring over RCI vil si at en endring er reliabel, og sannsynligvis ikke skyldes fluktuasjoner i måleinstrumentet. Fra resultatene kan vi se at signifikant flere deltagere som mottok BATD hadde en endring større enn RCI. Dette vil kunne bygge opp under at endringene observert hos BATD gruppen er av klinisk betydning for deltagerne. For å ytterligere belyse den kliniske signifikansen ble endringer i depresjonskategori på BDI-II analysert. Her var det også signifikant flere deltagere BATD-gruppen enn i TAU-gruppen som endret depresjonskategori i løpet av studien. Selv om denne testen ikke går direkte på retur til normal fungering, vil det være rimelig å anta at en endring fra en alvorlig til en moderat depresjon vil være av betydning for deltageren. I tillegg kan man ut ifra Figur 3 se at 6 deltagere endret seg to depresjonskategorier eller mer (for eksempel fra alvorlig til mild depresjon). Ved en slik størrelse på endringen vil posttestskåre være nær gjennomsnittet i normalbefolkningen.

Ut ifra resultatene fra CEQ kan man se at deltagerne evaluerte BATD til å ha relativt høy grad av kredibilitet og generere høye forventninger til behandlingen. Når CEQ ble splittet opp i enkeltfaktorene kredibilitet til rasjonale, og forventninger til behandlingen, kunne man se at kredibilitet genererte høyere skåre enn forventninger. Den høye evalueringen av

kredibilitet kan potensielt ha sammenheng med det økte fokuset på terapirasjonalet i den reviderte protokollen (Lejuez et al., 2011). At kredibiliteten vurderes å være høy oppfattes som en positiv egenskap ved behandling, og er korrelert med utkommet (DeVilly & Borkovec, 2000). Disse funnene sammenfaller med resultatene til Folke et al. (2014) som også fant at kredibilitet og forventninger til atferdsaktivering var høyt rangert. En mulig alternativ forklaring på den noe lavere forventningsskåren, kan være at den påvirkes av symptomene på depresjon, slik som senket stemningsleie, eller det som i kognitiv terapi kalles kjerneantagelser om håpløshet (*hopelessness core beliefs*), som potensielt kan påvirke denne rangeringen (J. S. Beck, 2011; Helsedirektoratet, 2011). CEQ var den delen av studien som hadde høyeste frafall; kun 8 av 12 deltagere fullførte skjemaet. En plausibel årsak til dette var at det var tidlig i behandlingsforløpet, og deltagerne hadde kun ett døgn på seg til å gjennomføre testen.

Deltagerne evaluerte at prosedyren hadde en høy grad av akseptabilitet. Dette støttes også av at ingen deltagere i BATD-gruppen droppet ut av studien. Resultatene fra TEI-SF belyser en annen komponent ved klinisk signifikans, som er at mottagere av behandlingen eller samfunnet generelt opplever at prosedyrene som benyttes er akseptable. Mål på akseptabilitet kan for eksempel benyttes til å differensiere empirisk støttede tilnærminger, der tilnærminger som har høyere grad av akseptabilitet, vil kunne foretrekkes over andre empirisk støttede tilnærminger på samme nivå. Dette er for eksempel relevant for depresjonsbehandling, der man etter hvert har fått tre behandlinger med sterk empirisk støtte (atferdsaktivering, kognitiv terapi for depresjon, og interpersonlig terapi).

De høyest rangerte spørsmålene på TEI-SF var generell positiv reaksjon, at de likte prosedyrene, og at de opplevde at prosedyrene var akseptable. Felles for de tre spørsmålene er at alle fokuserer på ulike egenskaper ved prosedyrene som ble anvendt, og disse oppleves som positive for deltagerne. De to lavest rangerte spørsmålene var om behandlingen kom til å ende

i en permanent endring, og om de opplevde ubehag i løpet av behandlingen. Spørsmålet om permanent endring ligner forventningsspørsmålene fra CEQ, som også ble rangert noe lavere enn kredibilitetsspørsmålene. At deltagerne skåret at de hadde opplevd ubehag i løpet av behandlingen, stemmer overens med utformingen av behandlingen. Et sentralt element ved behandlingen er å handle selv om man føler seg deprimert (motsatt handling). Dette vil involvere å utsette seg for ubehag i varierende grad, og er noe deltagerne ble informert om og oppfordret til.

Gruppene er relativt like i forekomst av komorbiditet blant deltagerne. Man kan ut ifra Tabell 1 se at det i begge grupper er en relativt høy forekomst av tilleggsproblematikk som angst, rus, eller personlighetsforstyrrelser. Høy grad av slik komorbiditet er vanlig ved døgnbehandling, i motsetning til polikliniske populasjoner der det er annen komorbiditet som er vanlig (Vuorilehto et al., 2007). 21 av 22 deltagere i studien hadde suicidalitetstanker eller suicidforsøk i forkant av innleggelsen. Dette tallet må regnes som høyt, men likevel forventet ut ifra oppgavefordeling mellom omsorgsnivå, slik det er beskrevet av Helsedirektoratet (2009). En sykehusinnleggelse vil være på høyeste omsorgsnivå, og skal ifølge veilederen benyttes ved påtrengende tanker om selvmord, akutt fare for selvmordsforsøk, eller sterkt redusert evne til egenomsorg. Ved utskrivelse fra døgnbehandling skal den umiddelbare risikoen for suicid være lav eller ivaretatt, og deltagerne ble vurdert av en psykiater eller psykologspesialist før utskrivelse (Helsedirektoratet, 2009). Dette bygger ytterligere opp under den kliniske betydningen for behandling, og ikke minst betydningen av effektiv behandling for denne populasjonen.

En svakhet ved designet anvendt i denne studien kan være en lav grad av ekstern validitet, altså om resultatene gjelder for andre deltagere, i andre settinger, ved andre behandlinger, eller over andre utkomme (Shadish et al., 2002). Replikasjon er en hjørnesten i vitenskap ved at det bygger generalitet og reliabilitet. Reliabilitet i form av at man undersøker

om resultatene kan gjentas, og generalitet i form av at om undersøkelsen gir lignende resultater med andre deltagere (Sidman, 1960). Det er flere deltagervariabler som er like mellom denne studien, og Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003). Den største forskjellen i forhold til deskriptive variabler mellom studiene er liggetid, der studien som ble replisert hadde en gjennomsnittlig liggetid på 25 dager, opp mot gjennomsnittlige 9 dager i denne studien. Dette henger også sammen med måten de to studiene har vært utformet på, der denne studien hensiktsmessig søker å inkludere pasienter med kort liggetid ved avdelingen. Et annet nivå av replikasjon er over settinger, i form at det studiene er utført i forskjellige land, ved forskjellige enheter uten tilknytning til hverandre.

En utfordring ved å gjennomføre en studie ved en akuttpsykiatrisk sengepost, var å overholde randomiseringsnøkkelen som var utarbeidet på forhånd, fordi det er relativt kort tid å ta beslutninger fra ankomst til inklusjon i studien. Ved to anledninger ble det gjort ikke planlagte avvik fra randomiseringsnøkkelen. En gang grunnet at behandlingsansvarlig psykiater anbefalte sterkt deltagelse i BATD gruppen. Ved en annen anledning når en deltager i kontrollgruppen ikke ønsket å delta i studien, samtidig som neste deltager allerede hadde samtykket til deltagelse i BATD gruppen. Som en følge av dette ble det planlagt to overhopp i BATD gruppen mot slutten av studien for å utjevne gruppestørrelsen.

En annen utfordring i forhold til inklusjon av deltagere var å skille mellom depresjon og krise. Måleinstrumentet som ble brukt for kartlegging av depresjon, BDI-II, skiller ikke mellom midlertidige kriser, og vedvarende depresjoner (Siqueland & Kornør, 2011). BDI-II skåren vil kun belyse hyppigheten og intensiteten på de beskrevne symptomene de siste dagene, og ikke skille mellom om disse er midlertidig utløst av krise, eller vedvarende over en tidsperiode. Derfor ble deltagerne vurdert av en psykiater om de skulle motta depresjonsbehandling under oppholdet. Det kan også være krevende for en erfaren psykiater å skille mellom kriser og depresjon. Ingen form for sjekkliste, eller strukturert vurdering ble

anvendt for denne vurderingen. Vurderinger basert på faglig skjønn er kjent for å kunne påvirkes av systematiske feilkilder, som begrenser validiteten til vurderingene (Dawes, Faust, & Meehl, 1989). En potensiell løsning på denne utfordringen kan være å inkludere deltagere uavhengig av depresjonsdiagnose, slik Gollan et al. (2014) og Folke et al. (2014) har gjort i sine studier. Selv om de har hatt bredere inklusjonskriterier, har resultatene stadig vært gode. Bruk av mer globale kartleggingsskjema kunne også belyst noe av denne problematikken, slik som det kliniske intervjuet *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Sheehan et al., 1998), eller selvutfyllingsskjemaet *Revised Symptom Checklist-90* (Derogatis, 1996).

Et fordel ved atferdsaktivering er at det skal være en relativt enkel intervensjon å lære, og implementere (Lejuez et al., 2001; Martell et al., 2001). Dette er en hypotese som er relativt hyppig fremlagt, men har aldri blitt direkte empirisk undersøkt (Martell, Addis, & Dimidjian, 2004). BATD består av relativt få komponenter, som har sitt teoretiske utgangspunkt i et atferdsanalytisk rammeverk (Matchingloven; Herrnstein, 1970). I tillegg er protokollen til Lejuez et al. (2011) svært strukturert, noe som vil gjøre den enklere å etterfølge enn mindre strukturerte tilnærminger slik som Martell, Dimidjian, og Herman-Dunn (2010). I forhold til opplæring fremstår BATD som enklere å lære enn BA, på bakgrunn av det økte fokuset på struktur (Kanter et al., 2010). Forfatter, som har mastergradskunnskap om atferdsanalyse, har hatt en høy grad av behandlingsintegritet (100 %), og replisert tilsvarende resultater fra studier der terapeutene har hatt en høyere grad av formell kompetanse innenfor BATD. For eksempel ble terapeutene i Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003) veiledet ukentlig av en terapeut med ekstensiv kompetanse innen BATD. Ingen formell opplæring eller veiledning ble gjennomført i denne studien, utenom en omfattende gjennomgang av protokollen, og lesing av litteratur knyttet til BATD, atferdsanalyse, og depresjon. Dette kan indirekte bygge opp under antagelsen om at BATD er en enkel behandling å lære, administrere, og implementere ved at resultatene har blitt replisert av terapeuter med mindre

formell kompetanse innen BATD. Denne studien kan antyde at god kunnskap om atferdsanalyse potensielt kan være tilstrekkelig for å administrere behandlingen på en effektiv måte. Dette er et interessant spørsmål som bør undersøkes videre.

Studiens hovedbegrensninger var et begrenset antall deltagere, mangel på oppfølgingsundersøkelse, og en kontrollgruppe der få faktorer ble kontrollert. Det var 21 deltagere som fullførte denne studien, og dette er relativt likt som tidligere studier gjennomført i en lignende setting. For eksempel hadde Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003) 25 deltagere, og Folke et al. (2014) 13 deltagere, men ingen kontrollgruppe. Studien med det største utvalget med innlagte pasienter er per i dag Gollan et al. (2014) med 144 deltagere, som skiller seg fra den aktuelle, og de andre nevnte, ved at den benytter seg av en miljøterapi basert tilnærming kalt *Behavioral Activation Communication*. Denne studien er den første som benytter seg av både randomisering og kontrollgruppe siden Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003), og bygger så sett opp under deres konklusjoner. Det trengs likevel en stor skala studie på BATD med innlagte pasienter for å ytterligere kunne styrke den empiriske støtten til BATD i en slik setting. To studier med relativt få deltagere har vist at dette kan være en intervensjon som er effektiv i forhold til settingen, og av klinisk betydning for deltagerne.

Ingen av studiene med innlagte pasienter har inkludert oppfølgingsundersøkelse etter et gitt tidsrom som for eksempel 3 eller 6 måneder. Folke et al. (2014) fulgte deltagerne fra døgnkontinuerlig til poliklinisk behandling, men målte ikke om effektene av intervensjon var varige etter avslutning av intervensjonen. Oppfølgingsundersøkelser vil kunne gi viktige svar på om effektene av intervensjonen er varige, eller om de gir et symptomlette over en tidsperiode. Fremtidige studier bør inkludere for eksempel 3 eller 6 måneders oppfølgingsundersøkelse. Dette vil kunne styrke den indre validiteten, og underbygge den kliniske signifikansen til behandlingen.

Den tredje begrensningen går på kontrollgruppen anvendt. Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003) sammenlignet BATD med støttende psykoterapi, mens Gollan et al. (2014) benyttet seg av en *treatment as usual* kontrollgruppe. Ved å bruke en kontrollgruppe som mottok aktiv behandling (for eksempel kognitiv terapi for depresjon) kunne man også kontrollert for kredibilitet og forventninger til de ulike behandlingene ved å bruke CEQ på begge grupper. Jacobson og Baucom (1977) argumenterer for at en rekke stilistiske og prosedurale variabler må holdes konstante for å redusere validitetstrusler ved bruk av slike kontrollgrupper. Den mest plausible validitetstrusselen i denne studien er at BATD-gruppen mottok en behandling i tillegg til ordinær behandling som ikke TAU-gruppen fikk. Dette ga økt terapeutisk kontakt, og potensielt større deltageraktivitet i BATD-gruppen enn TAU-gruppen. Dette vil være stilistiske variabler som er ulike mellom gruppene, og som ikke er kontrollert i studien. Generelt sett ville det være av interesse å sammenligne BATD med annen effektiv behandling, eller kontrollgrupper der disse variablene utjevnes mellom gruppene.

Anbefalinger videre

Fordeler som at BATD er relativt enkel å lære og implementere, og krever lite veiledning nevnes blant hovedfordelene ved behandlingen (Lejuez et al., 2011; Lejuez et al., 2001). Disse faktorene vil føre med seg kostnads- og tidseffektivitet, som er fordelaktige når man skal implementere behandling i en kompleks setting som en døgnbehandlingsavdeling er. At behandlingen er tilpasset korte forløp fører til at den er aktuell i tidsavgrensede settinger slik som akuttpsykiatri eller korte polikliniske forløp. Faktorer i forhold til implementering som type og mengde veiledning, tidsbruk, opplæring, og faglig bakgrunn vil være faktorer vil være interessante for videre empirisk undersøkelse.

Studien benyttet kun BDI-II som mål på depresjonsdybde. I BATD er et av hovedmålene å øke forekomst av positivt forsterket atferd, som man ser på som uforenelig med depressiv atferd. Dette vil i utgangspunktet være en form for *differensiell forsterkning av*

inkompatibel atferd prosedyre (Hanley & Tiger, 2011). Studien inkluderte ikke mål på forekomst av denne typen inkompatibel atferd, og designet kunne vært styrket ved å legge til for eksempel *Behavioral Activation Scale for Depression* (Kanter, Rusch, Busch, & Sedivy, 2009), eller *Reward Propability Index* (Carvalho et al., 2011), som begge er spesifikt måler atferd som er av interesse å øke i BATD. En inklusjon av disse ville styrket den indre validiteten ved at man potensielt kunne påvist en økning i responskontingent forsterkning, samtidig som en reduksjon i BDI-II skåre ville forekommet.

Den aktuelle studien, som mange andre studier, underbygger atferdsaktiverings empiriske støtte for behandling av depresjon. Selv om en rekke studier (for eksempel: Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008; Hopko, Lejuez, LePage, et al., 2003; Jacobson et al., 1996) gir en atferdsanalytisk tilnærming til behandling av depresjon empirisk støtte, underbygger det ikke automatisk opp under den atferdsanalytiske teorien om depresjon. Hva som er den konkrete endringsmekanismen i atferdsaktivering er stadig ikke empirisk avklart (Martell et al., 2004). Potensielle endringsmekanismer kan være spesifikke for atferdsaktivering (for eksempel; aktivitetsregel, planlegging av aktiviteter, eller gradering av aktiviteter), eller generelle som også vil gjelde for andre endringsorienterte terapier (for eksempel; aksept, reduksjon av unngåelse, eller motsatte handlinger). Planlegging og monitorering av aktiviteter er en komponent som er tilstede i alle atferdsorienterte behandlinger av depresjon, men likevel er det uklart hvilke komponenter, eller hvilken kombinasjon av komponenter som gir den mest effektive behandlingen (Kanter et al., 2010). De siste 20 årene har man sett en nyvunnen interesse for atferdsanalytiske behandlinger av depresjon, men eksperimentelle studier som tar for seg tilstanden har vært relativt begrenset. Blant de fremtredende studiene er Hopko, Averill, Cowan, og Shah (2002) og Carvalho og Hopko (2011) som har undersøkt grunnleggende elementer ved den atferdsanalytiske tilnærmingen i form av responskontingent positiv forsterkning begrepet (Lewinsohn et al.,

1980). Mer grunnleggende forskning på depresjon fra et atferdsanalytisk perspektiv vil være av fremtidig interesse både klinisk og konseptuelt.

Konklusjon

Individer som legges inn til døgnbehandling for depresjon, vil ha problematikk av en så stor alvorlighetsgrad at poliklinisk oppfølging ikke er tilstrekkelig. For eksempel vil svært mange av dem være plaget av tanker om å begå suicid, eller nylig forsøkt å begå suicid. Å kunne gi denne populasjonen en effektiv, kort, og avgrenset intervensjon vil være av betydning for både individene som mottar den, og samfunnet generelt. Denne studien repliserer funnene til Hopko, Lejuez, LePage, et al. (2003), og gir ytterligere empirisk støtte til at BATD kan være en egnet intervensjon og benytte for denne målgruppen i døgnbehandling. Studien viser også at endringen som er observert er av klinisk betydning for deltagerne, da signifikant flere av deltagerne i BATD-gruppen hadde en endring over RCI eller endring av depresjonsdybde. Behandlingen vurderes også som kredibel, genererer relativt høye forventninger, og oppleves som akseptabel av deltagerne. Dette bygger under at prosedyrene som er anvendt har kvaliteter som deltagerne opplever som gode.

Majoriteten av psykoterapiforskning foregår med polikliniske populasjoner, men det er ikke nødvendigvis slik at funn fra denne populasjonen kan generaliseres til populasjoner i døgnavdelinger. Som studien viser, har denne populasjonen en relativt høy forekomst av komorbiditet, noe som vil gjøre behandling mer utfordrende. At behandlingen krever relativt lite opplæring og veiledning er en fordel i forhold til implementering sett opp mot mer komplekse behandlinger. Dette vil også føre til kostnads- og tidseffektivitet som også er fordelaktig i forhold til implementering. Behovet for en stor skala studie med denne populasjonen, samt mer grunnleggende kunnskap om utvikling og opprettholdelse av depresjon fra et atferdsanalytisk perspektiv vil kunne være signifikante bidrag i de kommende årene.

Referanser

- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4. utg.): American Psychiatric Association.
- Baer, D. M. (1977). "Perhaps it would be better not to know everything". *Journal of Applied Behavior Analysis*, *10*, 167–172. doi: 10.1901/jaba.1977.10-167
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *1*, 91–97. doi: 10.1901/jaba.1968.1-91
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York, NY: The Guilford Press
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck's depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, *8*, 77–100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Streer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Becks Depression Inventory: Manual*. Boston, MA: Harcourt Brace.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy - Basics and Beyond* (2. utg.). New York, NY: The Guilford Press.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*, 257–260. doi: 10.1016/0005-7916(72)90045-6
- Carvalho, J. P., Gawrysiak, M. J., Hellmuth, J. C., McNulty, J. K., Magidson, J. F., Lejuez, C. W., & Hopko, D. R. (2011). The Reward Probability Index: Design and validation of a scale measuring access to environmental reward. *Behavior Therapy*, *42*, 249–262. doi:10.1016/j.beth.2010.05.004

- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*, 154–162. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.10.001
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, *51*(1), 3–16. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Christensen, L., & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, *17*, 305–308. doi: 10.1016/S0005-7894(86)80060-0
- Collado, A., Castillo, S. D., Maero, F., Lejuez, C. W., & Macpherson, L. (2014). Pilot of the brief behavioral activation treatment for depression in latinos with limited english proficiency: preliminary evaluation of efficacy and acceptability. *Behavior Therapy*, *45*(1), 102–115. doi: 10.1016/j.beth.2013.10.001
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*, 318–326. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Curran, J., Lawson, P., Houghton, S., & Gournay, K. (2007). Implementing behavioural activation in inpatient psychiatric wards. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *2*, 28–35. doi: 10.1108/17556228200700011
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus Actuarial Judgment. *Science*, *243*, 1668–1674
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual*. NCS Pearson.

- DeVilly, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 31*, 73–86. doi: 10.1016/S0005-7916(00)00012-4
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consultation and Clinical Psychology, 74*, 658–670. doi: 10.1037/0022-006x.74.4.658
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., . . . Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468–477. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.468
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst, 17*, 321–334. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857–870. Hentet fra: <http://www.apa.org/>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics* (3. utg.). London, UK: SAGE Publications Ltd.
- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Ekselius, L., & Kanter, J. W. (2014). Behavioral activation between acute inpatient and outpatient psychiatry: Description of a protocol and a pilot feasibility study. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*, 1–13. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.03.006

- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 468–475. doi: 10.1037/a0016383
- Gollan, J. K., Hoxha, D., Hanson, B., Perkins, E., Slade, M., & Roberts, P. (2014). A comparison of a milieu-based Behavioural Activation Communication with treatment as usual for acute psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Intensive Care, 10*, 100–109. doi: doi:10.1017/S1742646413000307
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23*, 56–62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Hanley, G. P., & Tiger, J. H. (2011). Differential reinforcement procedures. In W. W. Fisher, C. C. Piazza & H. S. Roane (Red.), *Handbook of applied behavior analysis* (s. 229–249). New York, NY: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy - The Process and Practice of Mindful Change* (2. utg.). New York, NY: The Guilford Press.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten* (IS-1561). Oslo, NO: Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/>.
- Helsedirektoratet. (2011). *ICD-10*. Bergen, NO: Fagbokforlaget
- Herrnstein, R. J. (1970). On the law of effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 13*, 243–266. doi: 10.1901/jeab.1970.13-243
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Cantu, M. S., Chambers, L. L., & Lejuez, C. W. (2003). The use of daily diaries to assess the relations among mood state, overt behavior, and reward value of activities. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1137–1148. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00017-2

- Hopko, D. R., Averill, P. M., Cowan, K., & Shah, N. (2002). Self-reported symptoms and treatment outcome among non-offending involuntary inpatients. *The Journal of Forensic Psychiatry, 13*, 88–106. doi: 10.1080/09585180210123285
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 236–243. doi: 10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression - A randomized pilot trail within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification, 27*, 458–469. doi: 10.1177/0145445503255489
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review, 23*, 699–717. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00070-9
- Jacobson, N. S., & Baucom, D. H. (1977). Design and assessment of nonspecific control groups in behavior modification research. *Behavior Therapy, 8*, 709–719. doi: 10.1016/S0005-7894(77)80203-7
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295–304. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.295
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation* New York, NY: Routledge

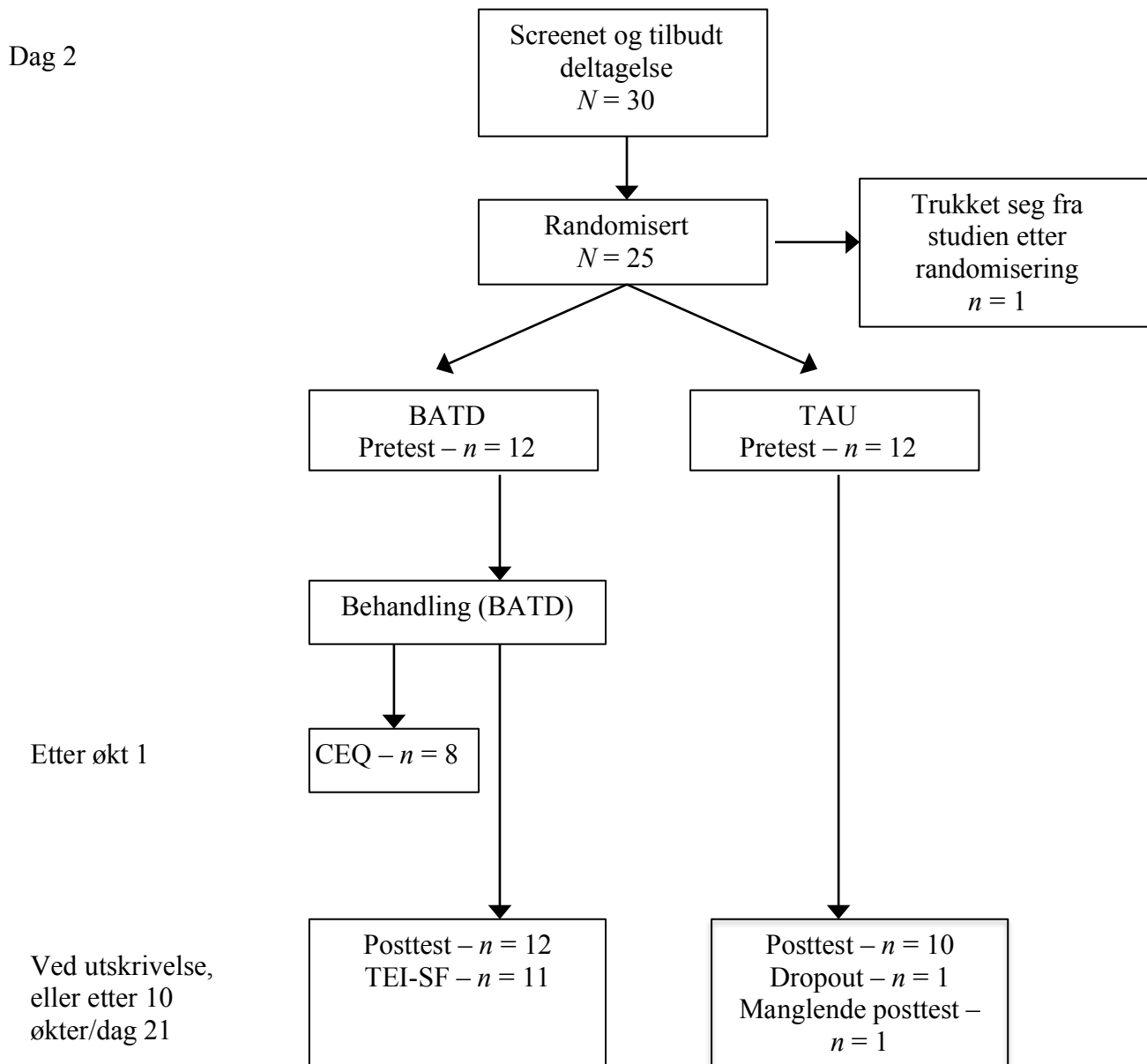
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst, 31*, 1–21. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Kanter, J. W., Cautili, J. D., Busch, A. M., & Baruch, D. E. (2005). Toward a comprehensive Functional Analysis of Depressive Behavior: Five Environmental Factors and a Possible Sixth and Seventh. *The Behavior Analyst Today, 6*(1), 65 - 81. Hentet fra: www.baojournal.com
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*, 608–620. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Sedivy, S. K. (2009). Validation of the behavioral activation for depression scale (BADS) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 36–42. doi: 10.1007/s10862-008-9088-y
- Kazdin, A. E. (1979). Therapy outcome questions requiring control of credibility and treatment-generated expectancies. *Behavior Therapy, 10*, 81–93. doi: 10.1016/S0005-7894(79)80011-8
- Kazdin, A. E. (1980). Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13*, 259–273. doi: 10.1901/jaba.1980.13-259
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 332–329. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.332
- Kelley, M. L., Heffer, R. W., Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1989). Development of a modified treatment evaluation inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11*, 235–247. doi: 10.1007/BF00960495

- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, *158*, 1091–1098. Hentet fra: <http://ajp.psychiatryonline.org/>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification*, *35*, 111–161. doi: 10.1177/0145445510390929
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression - Treatment manual. *Behavior Modification*, *25*, 255–286. doi: 10.1177/0145445501252005
- LePage, J. P. (1999). The impact of a token economy on injuries and negative events on an acute psychiatric unit. *Psychiatric Services*, *50*, 941–944. doi: 10.1176/ps.50.7.941
- Lewinsohn, P. M., & Amenson, C. S. (1978). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 644–654.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *41*, 261–268. doi: 10.1037/h0035142
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, *79*, 291–295. doi: 10.1037/h0033207
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *17*, 322–334. doi: 10.1037/h0085929
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J. A., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 518–526. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.01.004

- Lykke, J., Oestrich, I., Austin, S. F., & Hesse, M. (2010). The implementation and evaluation of cognitive milieu therapy for dual diagnosis inpatients: A pragmatic clinical trial. *Journal of Dual Diagnosis, 6*, 58–72. doi: 10.1080/15504260903498763
- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1976). Manual for the pleasant events schedule. Hentet fra: <http://www.ori.org/>
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Dimidjian, S. (2004). Finding the action in behavioral activation: The search for empirically-supported interventions and mechanisms of change. In S. C. Hayes, M. M. Linehan & V. M. Follette (Red.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (s. 151–167). New York, NY: The Guilford Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context - Strategies for guided action* New York, NY: Norton & Company Inc.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation of depression - A clinician's guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry, 134*, 382–389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet, 349*, 1498–1504. doi: 10.1016/s0140-6736(96)07492-2
- Psykiskhelsevernloven. Lov av 1999-07-02-62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra: <http://lovdata.no/>.
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry, 62*, 427–432. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.427

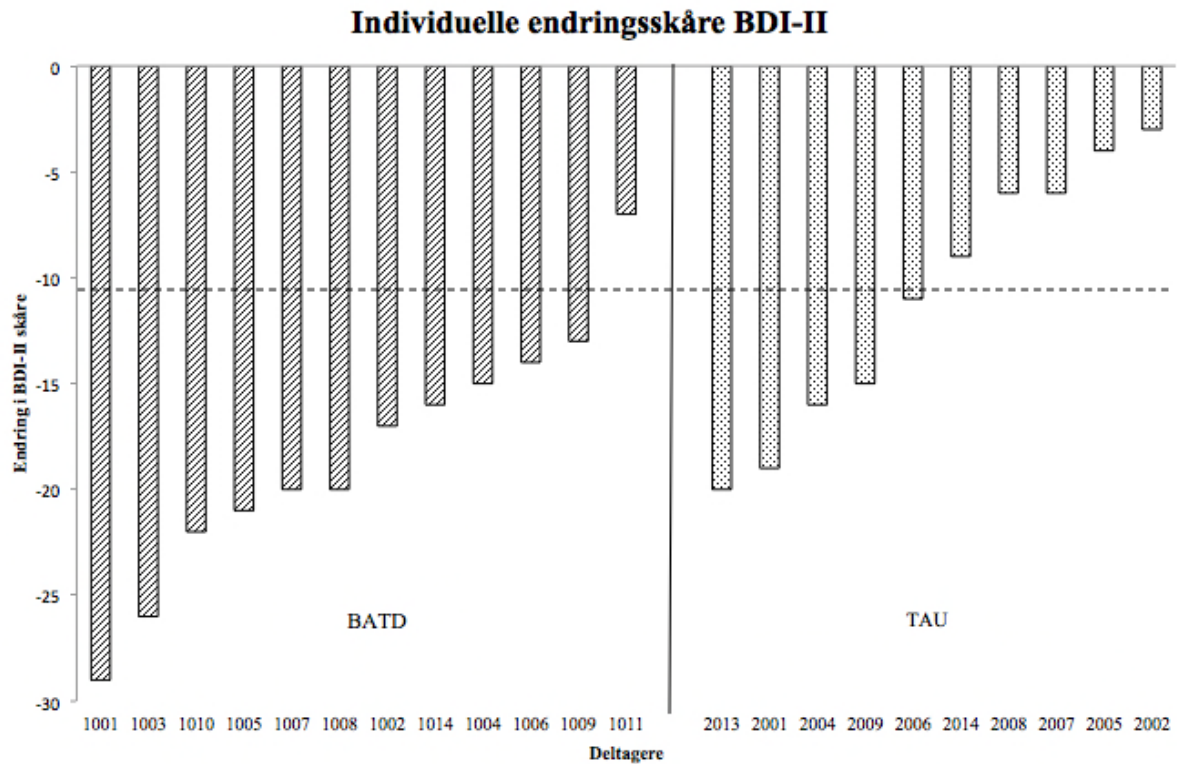
- Seggar, L. B., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy, 33*, 253–269. doi: 10.1016/S0005-7894(02)80028-4
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22–33. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research - Evaluating experimental data in psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Siqveland, J., & Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory 2. utgave (BDI II). *PsykTestBarn, 1*(5), 1–6. Hentet fra: <http://www.r-bup.no/>
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly, 72*, 307–324. doi: 10.1023/A:1010337231127
- Vuorilehto, M. S., Melartin, T. K., Rytsala, H. J., & Isometsa, E. T. (2007). Do characteristics of patients with major depressive disorder differ between primary and psychiatric care? *Psychological Medicine, 37*, 893–904. doi: 10.1017/S0033291707000098
- Walker, R., Minor-Schork, D., Bloch, R., & Esinhart, J. (1996). High risk factors for rehospitalization within six months. *Psychiatric Quarterly, 67*, 235–243. doi: 10.1007/BF02238954

- Wolf, M. M. (1978). Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis, 11*, 203–214. doi: 10.1901/jaba.1978.11-203
- Woods, D. W., Miltenberger, R. G., & Carr, J. E. (2006). Introduction to the special section on clinical behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 39*, 407–411. doi: 10.1901/jaba.2006.intro
- Aasen, H. (2001). *An empirical investigation of depression symptoms: norms, psychometric characteristics and factor structure of the Beck Depression Inventory II*. (Upblisert masteroppgave), Universitetet i Bergen. Hentet fra: <https://bora.uib.no/>

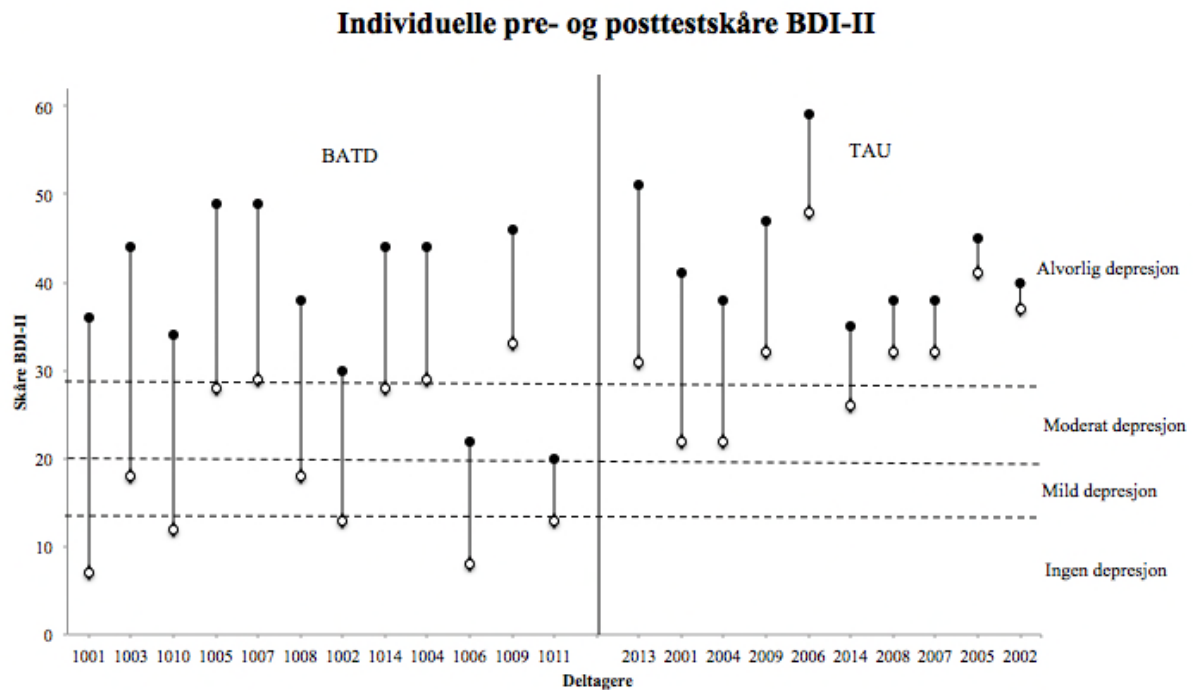


Figur 1. Figuren viser et flytskjema over prosedyren, og antall deltagere på ulike tidspunkt.

Tidspunktene for de ulike komponentene i studien står beskrevet til venstre. BATD = *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression*. TAU = Treatment as usual.



Figur 2. Figuren viser individuelle endringsskåre på *Becks Depression Inventory-II* (BDI-II) over deltagere og mellom gruppene. Endringsskåre ble estimert ved å trekke posttest fra pretest. Skårene i hver gruppe er sortert fra høyest til lavest, og gruppene er adskilt med en heltrukken vertikal linje. Den stiplede horisontale linjen illustrerer *Reliable Change Index* (RCI) på 10.42.



Figur 3. Figuren viser pre- og posttestskåre opp mot terskelverdier på *Becks Depression Inventory-II* (BDI-II). BDI-II pretestskåre er illustrert ved fylte punkter, og BDI-II posttestskåre er illustrert ved åpne punkter på Y-aksen. Individuelle deltagere fordelt på gruppe vises på X-aksen. Gruppene er adskilte ved den heltrukne vertikale linjen, og sortert fra høyeste til laveste endringskåre. De stiplede horisontale linjene illustrerer terskelverdiene på BDI-II: Ingen depresjon (0 – 13 p), mild depresjon (14 – 19 p), moderat depresjon (20 – 28 p), og alvorlig depresjon (29 – 62).

Tabell 1

Beskrivelse av deltagerne

Variabel	BATD ^a	TAU ^b
<i>n</i>	12	11
Alder <i>M (SD)</i>	31 (7.97)	30 (10)
Kjønn		
Menn <i>n</i>	4	3
Kvinner <i>n</i>	8	8
Sivilstatus		
Singel <i>n</i>	8	9
Samboer <i>n</i>	3	2
Gift <i>n</i>	1	0
Utdanningsnivå		
Fullført grunnskole <i>n</i>	3	3
Fullført videregående <i>n</i>	3	4
Høyere utdanning <i>n</i>	6	4
Fordeling på poster		
Inntak <i>n</i>	4	7
Post 3 <i>n</i>	5	1
Post 4 <i>n</i>	3	3
Angst <i>n</i>	5	6
Suicidalitet <i>n</i>	12	11
Personlighetsforstyrrelse <i>n</i>	3	4
Rusproblematikk <i>n</i>	4	2
Mottatt behandling med antidepressiva <i>n</i>	5	6
Liggetid <i>M (SD)</i>	9 (7.97)	7,64 (5.35)
Reinnleggelse <i>n</i>	1	0
Dropout <i>n</i>	0	1

^aBrief Behavioral Activation Treatment for Depression. ^bTAU = Treatment as Usual.

Appendiks A - Kredibilitets og forventningsskjema

Vi ønsker at du under skal indikere hvor mye du tror, akkurat nå, at behandlingen du mottar vil hjelpe deg med depresjonen din. Tro har vanligvis to aspekter ved seg: 1) Hva man tror kommer til å skje, og 2) hva man føler kommer til å skje. Noen ganger er disse like, andre ganger er de ulike. Vennligst svar på spørsmålene under. I det første settet skal du svare hva du tenker. I det andre settet skal du svare hva du virkelig føler. Vi ønsker ikke at terapeuten skal se dette skjemaet så hold deg for deg selv, og brett det sammen når du er ferdig.

Set 1.

1. På dette tidspunktet, hvor logisk virker behandlingen du mottar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ulogisk				Litt logisk				Veldig logisk

2. På dette tidspunktet, hvor nyttig tror du behandlingen vil være i å redusere depresjonen din?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ikke nyttig				Litt nyttig				Veldig nyttig

3. Hvor stor tiltro har du til å anbefale denne behandlingen til en venn som opplevde lignende problemer?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ingen tiltro				Noe tiltro				Stor tiltro

4. Ved slutten av behandlingsperioden, hvor stor forbedring tror du at det har vært i depresjonssymptomene?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Set 2.

Før du fyller ut dette settet, skal du lukke øynene en liten stund, og kjenne etter hva du virkelig føler om terapien og resultatet av den. Etterpå svarer du på de påfølgende spørsmålene.

1. På dette tidspunktet, hvor mye føler du at terapien vil hjelpe deg med depresjons symptomene dine?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ingenting				Noe				Veldig mye

2. Ved slutten av behandlingsperioden hvor stor forbedring i depresjonssymptomene virkelig føler du at det vil være?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

TAKK FOR HJELPEN!

Opphav: Devilly, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 73–86. Oversatt og modifisert av Børge Strømgren og Martin Myhre

Appendiks B – Behandlingsevalueringsinventaret – Kort versjon

Vennligst full ut påstandene nedenfor ved å plassere et kryss på linjen ved siden av hvert spørsmål som best indikerer hva du føler om behandlingen. Vennligst les gjennom påstandene nøye fordi kryss som plasseres tilfeldig på et sted fremfor et annet vil kanskje ikke representere det som var intensjonen din.

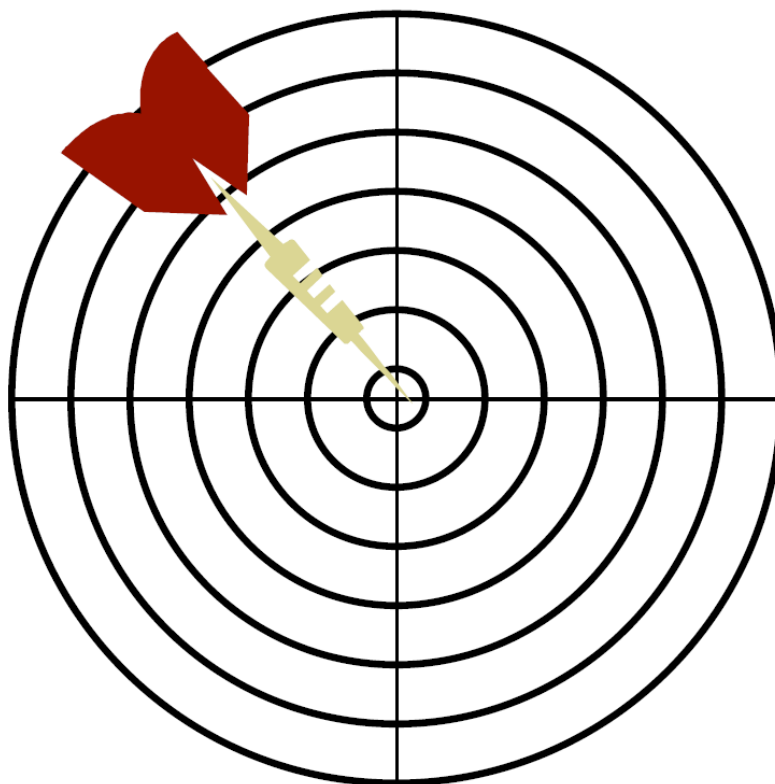
	Sterkt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Sterkt enig
1. Jeg syntes denne behandlingen har en akseptabel måte og håndtere problemene mine på	_____	_____	_____	_____	_____
2. Jeg er villig til å benytte meg av denne prosedyren for og endre problemene mine	_____	_____	_____	_____	_____
3. Jeg syntes det ville vært akseptabelt å bruke denne behandlingen uten samtykke	_____	_____	_____	_____	_____
4. Jeg liker prosedyrene som blir anvendt i denne behandlingen	_____	_____	_____	_____	_____
5. Jeg tror at denne behandlingen vil være effektiv	_____	_____	_____	_____	_____
6. Jeg tror at jeg kommer til å oppleve ubehag i løpet av behandlingen	_____	_____	_____	_____	_____
7. Jeg tror at behandlingen kommer til å ende opp med en permanent endring	_____	_____	_____	_____	_____
8. Jeg syntes at det ville vært akseptabelt å benytte denne behandlingen for individer som ikke kan velge behandling selv	_____	_____	_____	_____	_____
9. Generelt har jeg positive reaksjoner på denne behandlingen	_____	_____	_____	_____	_____

Appendiks C

Bull's Eye

Norsk versjon

Oversatt av psykolog Tormod Elias Solberg, Helse-Bergen HF



Alder: _____

Kjønn (ring rundt): Kvinne Mann

Sivilstand (ring rundt): Gift Samboer Kjæreste Single

Barn (ja eller nei): _____ Hvis ja, hvor mange: _____

Sysselsetting: _____

Telefon (frivillig): _____

Epost (frivillig): _____

Blinken/skyteskiven på neste side er delt inn i fire områder som ofte er viktige for menneskers liv: arbeid/utdanning, fritid, relasjoner og personlig utvikling/helse. **Obs!** Ta nå en kikk på blinken før du leser videre da det er på denne du litt senere kommer til å gjøre dine vurderinger med 4 kryss, ett på hvert område.

Del 1. Identifiser ditt verdigrunnlag

Reflekter rundt hva som er viktig for deg innen hvert område. Hva er viktige verdier for deg? Hvordan ønsker du å være, og hva vil du ha ut av de ulike livsområdene? Tenk på områdene ut i fra hvordan du ønsker det skulle vært (i din «drømmeverden»), om du kunne ønske helt fritt. Ditt verdigrunnlag skal ikke beskrives som ett konkret mål, men heller som en retning du alltid kan utvikles mot og som gjelder livet ut. Det å bli gift kan være et mål du har, men det kan speile et verdigrunnlag om å være en omsorgsfull og god partner. Det å følge din sønn på fotballtrening kan være et konkret mål – det å være en tilstedeværende og interessert forelder kan beskrive verdigrunnlaget. **Obs!** Bruk linjene under til å beskrive *ditt* verdigrunnlag på hvert område før du går videre. Det er her *ditt* personlige verdigrunnlag som er viktig.

Arbeid og utdanning: _____

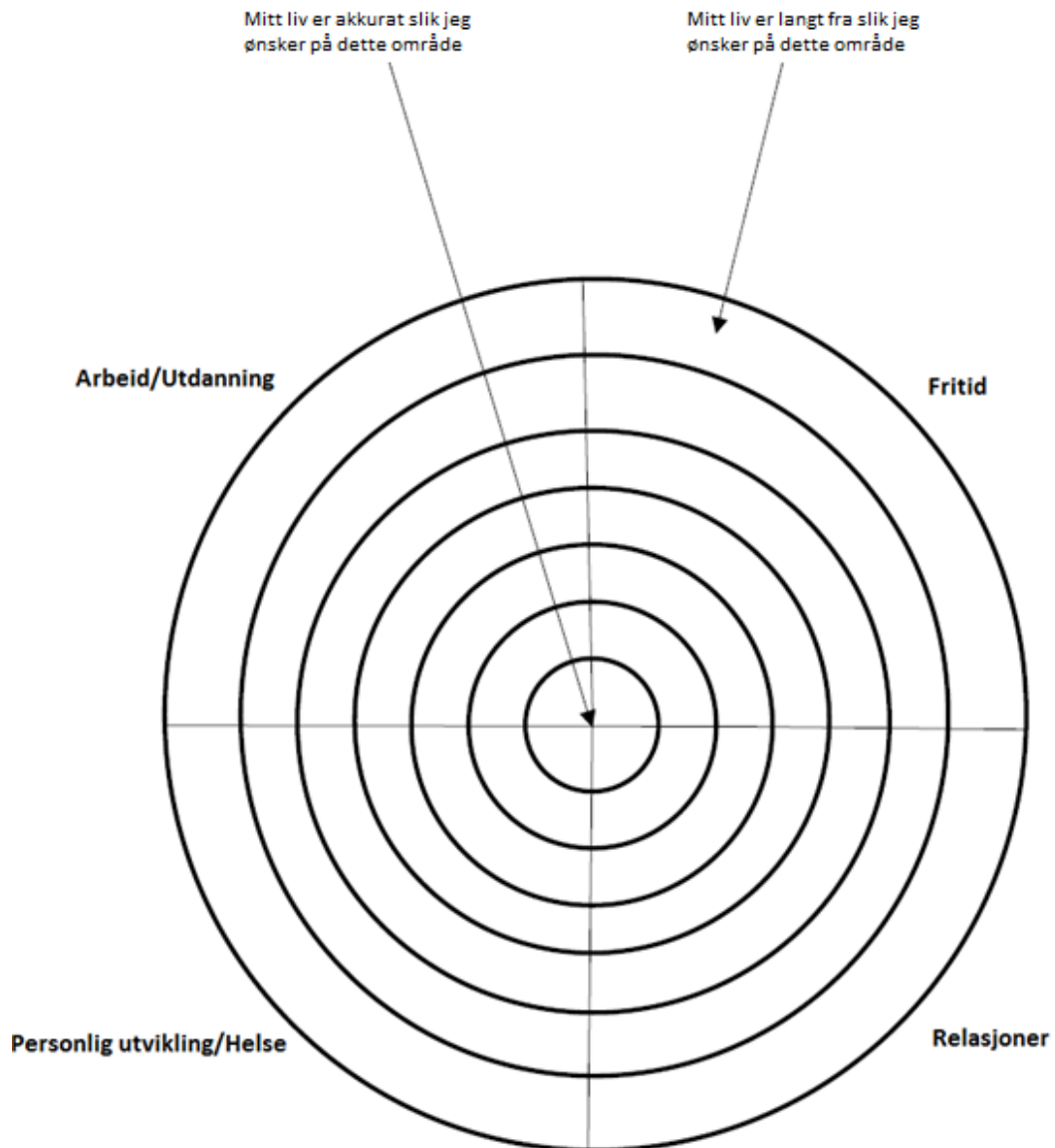
Fritid: _____

Relasjoner: _____

Personlig utvikling og helse: _____

Ta utgangspunkt i det verdigrunnlaget du har beskrevet ovenfor. Tenk at ditt verdigrunnlag befinner seg midt i blinken (i Bull's eye) på neste side. Bull's eye er akkurat slik du vil at det skal være - din drømmeverden der du er akkurat slik du ønsker å være, og der du får ut av livet alt du ønsker og

verdsetter. Sett en X i blinken innenfor hvert område slik at krysset representerer hvordan det har sett ut i ditt liv *de siste to ukene* på de respektive områdene. En X i Bull's eye innebærer at du lever helt i tråd med dine verdier innenfor dette området. En X langt unna midten betyr at dine aktiviteter ikke stemmer godt overens med slik du ønsker at det skal være – det vil si at føttene dine ikke går i takt med ditt verdigrunnlag. **Obs! Sett 4 kryss på blinken under før du leser videre.**



Del 2: Identifiser dine hindre

Skriv nå ned det som for tiden hindrer deg i å leve livet slik du ønsker, slik det er beskrevet i ditt verdigrunnlag ovenfor. Når du tenker på det livet du ønsker, og de verdiene du har trukket frem i ditt verdigrunnlag, hva er det som hindrer deg i å leve et rikt og vitalt liv slik du har beskrevet? Bruk linjene under til å beskrive det som hindrer deg.

Vurder i hvilken grad de hindrene du har identifisert *styrer livet ditt* og hindrer deg fra å leve så vitalt og rikt som du ønsker. Ring rundt ett av de syv tallene under der 1 = hindrer ikke i det hele tatt, og 7 = hindrer meg fullt og helt.

1 2 3 4 5 6 7

Del 3: Min Bull's eye plan

Reflekter over hvilke handlinger du kan gjøre i ditt daglige liv som kan innebære at du beveger deg i retning av Bull's eye på hvert av livsområdene dine. Handlingene kan være små steg i retning mot et mål, eller det kan være å reflektere rundt, og finne ut av, hva du ønsker at livet ditt skal handle om. Ofte innebærer det å bevege seg i retning av Bull's eye at en er villig til å oppleve hinderet/hindrene som du identifiserte tidligere, samtidig som en tar ett og ett steg videre.

For hvert livsområde, forsøk å skrive ned minst en verdibasert handling, ett steg du er villig til å gjøre, en handling som bringer deg nærmere Bull's eye.

Arbeid og utdanning: _____

Fritid: _____

Relasjoner: _____

Personlig utvikling og helse: _____
