

# Depressionsbehandling i grupp - en pilotstudie

Sven Sjöqvist

*En studie av kognitiv psykoterapi i grupp vid depression genomfördes vid en vuxenpsykiatrisk mottagning våren 2001. Mätning av depressionssymtom gjordes före, efter och vid uppföljning ett halvår efter avslutad gruppbehandling. Undersökningen gjordes i form av en pilotstudie i en mindre grupp och utan kontrollgrupp. Resultaten från studien visar dock att det är möjligt att aktivt påverka den psykiska hälsan hos en patientgrupp med svåra depressionssymtom.*

## Effektiva behandlingsmetoder

Jag har länge dragits till effektiva psykoterapimetoder. Tidigare i min yrkesverksamhet som psykolog tog jag exempelvis intryck av Talmon Moshes (1990) bok *Single-Session Therapy*, från den lösningsfokuserade traditionen. När jag så under den internationella psykologikongressen i Stockholm 2000 råkade få ögonen på en bok med den lockande titeln *Effective Brief Therapies* (Hersen & Biaggio, 2000) kunde jag inte motstå frestelsen att köpa den.

Ett av kapitlen i *Effective Brief Therapies* – en bok som huvudsakligen utgår från ett kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv – beskriver en depressionsbehandling i grupp omfattande 12 sessioner. Metoden beskrivs utförligare i boken *Control your depression* (Lewinsohn m fl, 1992) med tillhörande manual (Lewinsohn m fl, 1984). Efter att jag fördjupat mig i materialet bestämde jag mig för att genomföra en dylik behandling på

den allmänpsykiatriska mottagning jag arbetar vid. Huvuddelen av arbetsinsatsen gick dels åt att anpassa metoden till svenska förhållanden och den kognitiva psykoterapeutiska metod jag nyligen erhållit utbildning i, dels åt att rekrytera potentiella patienter till gruppen.

## Teknikmodifiering

Den ursprungliga metoden bygger på att deltagarna i gruppen följer kapitlen i boken *Control your depression* och genomför de övningar som beskrivs där. Det var dock svårt att hitta en svensk motsvarighet till denna bok. Ett tag funderade jag t o m på att översätta *Control your depression* till svenska, men kom till sist fram till att boken *Att ta sig upp när man är nere* (Tanner & Ball, 1998), med vissa kompletteringar av innehållet, exempelvis i form av bistånd från sjukgymnast i utformandet av vissa avspänningsövningar, kunde vara ett lämpligt alternativ. Användande av sådana beteendevningar var ett försök att efterlikna den ursprungliga metoden som den beskrivs i *Control your depression*.

Den metod för gruppbehandling vid depression jag efter vissa modifieringar kom att använda bygger mycket förenklat på en kombination av undervisning om principer från den kognitiva psykoterapin applicerad på depressiva besvär, gruppsamtal kring hur dessa principer kan tillämpas i vardagen och övningar med olika självskattningsformulär. En grund-

tanke är att det senare inslaget gör att eventuella framsteg i behandlingen lätt kan avläsas av såväl gruppdeltagare som ledare.

Inför de 12 sammankomsterna gjorde jag en planering av vad som skulle tas upp under sessionerna där jag försökte följa de ursprungliga principer som beskrivits i *Control your depression*. En del lämpliga självskattningsformulär hittade jag i *Handbok i kognitiv psykoterapi vid depression* (Jansson, 1986).

## Patientrekrytering

Eftersom detta var en form av behandling som inte tidigare prövats på mottagningen, fanns inga utarbetade kanaler för rekrytering av patienter till gruppen. Intresset för gruppbehandlingen tycktes vara positivt, men i praktiken stötte jag på hinder i mina ansträngningar att hitta deltagare.

Jag använde ett flertal kanaler för att försöka rekrytera dem; jag satt med på olika sammankomster, möten och informationsträffar och berättade om den kommande gruppbehandlingen; jag delade ut olika typer av informationsfoldrar som beskrev och gjorde reklam för behandlingen i olika sammanhang. Men det som slutligen skulle visa sig vara det enda användbara sättet att få patienter till gruppen var genom det egna teamet. När jag slutligen insett det ägnade jag alltså tiden på teamsammankomsterna för att söka efter patienter som kunde passa in i gruppen. När en remiss dök upp där patienten beskrevs som

han eller hon led av depressiva besvär anmälde jag att jag ville »träffa patienten för bedömning», med det implicita syftet att söka rekrytera patienten till gruppen. Det var dock ofta svårt att »komma över» dessa patienter eftersom rutinerna vid depressionssymptom närmast automatiskt leder till åtgärden: läkarbesök.

Till slut hade jag dock inför starten av gruppen fått ihop åtta patienter med depressionsdiagnos. Tre av dem dök av olika anledningar inte upp på den första sammankomsten och således återstod fem gruppdeltagare – vilka alla sedan fullföljde gruppbehandlingen. Jag blev genom dessa erfarenheter varse en »tröghet» som tycks finnas inbyggd i organisationer av den typ jag arbetar i. Jag blev också medveten om att även om behandlingar av denna typ ofta efterfrågas, finns »motkrafter» som sätter hinder i vägen för dess förverkligande. För att genomföra en gruppbehandling av detta slag bör man sålunda vara beredd på att ställa upp med både tid och uthållighet.

### Gruppdeltagarna

Medelåldern på de fem kvinnliga deltagarna var 35 år. Alla hade någon typ av depressionsdiagnos. Vid sidan om denna förekom även andra psykiatriska diagnoser, som social fobi och personlighetsstörning. Alla deltagarna tog någon typ av antidepressiv medicin. Somliga hade tagit läkemedel under lång tid. Ett par av deltagarna hade dessutom varit inlagda på psykiatrisk vårdavdelning en tid. Gruppdeltagarna led sålunda genomgående av ganska långvariga och komplicerade depressiva tillstånd.

Sammankomsterna varade under 90 minuter en gång per vecka under 12 veckor med ett uppföljningsbesök ett halvår efter avslutad behandling. Mätningar gjordes med Becks depressionsinventarium, *BDI* (Beck, 1978) och Center for Epidemiologic

Studies Depression Scale, *CES-D* (Radloff, 1977), vid första och sista grupptillfället samt vid uppföljningen.

### Resultat

Närvaron på sammankomsterna var genomgående god. Det kan haft betydelse att det var en mindre grupp. Gruppdeltagarna utgick från var sitt exemplar av boken *Att ta sig upp när man är nere*. Enligt den kursplan jag upprättat skulle deltagarna gå igenom relevant avsnitt innan vi träffades, varvid vi sedan gick igenom detta tillsammans – ofta på det viset att jag höll en föreläsning om teman från dessa avsnitt. Vi gick således igenom kapitel som exempelvis behandlade orsaker till depression, om automatiska tankar, målplanering, tekniker för självhävdelse och att sätta gränser, kognitiva tankefallor och maladaptiva tankemönster. Genomgången av avsnittet ur boken tog ungefär halva tiden, varefter vi hade en mer öppen diskussion där principerna från materialet vi använde försökte appliceras, men där jag även lämnade fältet fritt för gruppdiskussioner.

Utifrån synpunkter vid uppföljningen blev jag varse att det psyko-educativa inslaget borde byggts på annat material än boken, eftersom det annars lätt upplevs som en upprepning av det man läst. Det blev också tydligt att det är nödvändigt att försöka strukturera gruppdiskussionerna ganska noggrant, eftersom de lätt kan leda till grupprocesser som »skenar iväg», vilket denna form av behandling på grund av de snäva tidsramarna inte ger utrymme för. Flera av deltagarna gav dock efteråt uttryck för att det tycks ha »lossnat» efter ungefär halva tiden, dvs. efter 6 grupptillfällen, då man kände sig mer hemma i gruppen och lättare kunde delta i diskussionerna, vilket möjligen inte uppnåtts om sam-

mankomsterna varit alltför strukturerade.

Mätningarna med depressionsskalorna visade att depressionssymptomen minskade med ca 25% när de mättes med *BDI* och med ca 35% enligt *CES-D* (se tabell 1). Det är intressant att notera att förbättringen även tycks ha fortsatt efter avslutad gruppbehandling.

Tabell 1. Genomsnittspoäng för *BDI* och *CES-D* vid gruppbehandling

	Före	Efter	Vid uppföljning
<i>BDI</i>	37	30	28
<i>CES-D</i>	29	23	19

### Diskussion

I en sammanställning av studier vid depressionsbehandling av samma slag som min grupp, påvisades genomgående övertygande positiva behandlingsresultat (Antonuccio, 1998). I exempelvis en undersökning av Brown & Lewinsohn (1984) jämfördes behandling i depressionsgrupp av det slag jag använt med andra behandlingsalternativ. Mätningar med *BDI* och *CES-D* visade att avsevärda förbättringar uppnåddes. De genomsnittliga värdena för *BDI* minskade från 31 vid första mätningen till 6 poäng vid uppföljningen. För *CES-D* var motsvarande värden 20 och 11. Men även där patienterna endast väntat på behandling sjönk värdena på *BDI* från initialt 31 till 18.

De resultat som uppnåddes i min undersökning är i jämförelse med de nämnda studierna sålunda ganska modesta. Detta kan dock förklaras av att Antonuccios sammanställning består av »rena» depressionsgrupper, till skillnad från den målgrupp jag studerat, dvs. patienter med flera

psykiatriska diagnoser – vilket vanligt hos de som söker hjälp vid psykiatrisk verksamhet. Besvären hos patienterna i min grupp var dessutom av typen ganska långvariga och kroniska depressiva symptom. Det är i sammanhanget dessutom känt att det är mycket svårt att förändra kroniska psykiatriska tillstånd (Lamb, 1982). Detta till trots skedde alltså sammanlagt en trettioprocen- tigt symptomreduktion. Man skall dock i detta sammanhang vara medveten om de begränsningar och den kritik som framförts mot mätningar med dessa typer av kvantifierade självskattningsformulär (se t ex Freeman m fl, 1994); att skattningarna fångar in ett begränsat spektrum av patientens problematik.

Eftersom resultaten från min pilotstudie bygger på skattningar från endast fem gruppdeltagare, utan jämförelse med kontrollgrupp, är det svårt att avgöra i vilken utsträckning gruppbehandlingen bidrog till denna förbättring eller om andra faktorer har haft betydelse. Det som kan ha haft inflytande är de icke-specifika faktorer som är svåra att kontrollera i effektstudier i psykoterapiforskning (Frank, 1988). Några exempel på vad jag syftar på är: experimentledareffekten, placeboeffekten, den positiva upplevelsen hos de undersökta att de deltog i en behandling som var föremål för vetenskaplig utvärdering, erfarenheten att de som deltog i gruppen – istället för inget alls – erhöll en behandling, vilket medförde en strukturell påverkan av deras vardag, extrastrukturella »bieffekter» av gruppbehandlingen som effektivare effektivering av recept hos läkaren, att de blev tagna på allvar som patienter i psykiatri etc.

### Slutligen

Sammanfattningsvis visar mitt försök med depressionsbehandling i grupp för patienter vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, att gruppbehandling är ett praktiskt ge-

nomförbart alternativ ur såväl kostnads- som effektivitetssynpunkt. Med tanke på studier som visar att farmakologisk behandling vid depression måste kombineras med psykoterapeutisk behandling för att ha god effekt (se t ex Arean & Cook, 2002), torde denna typ av gruppbehandling vara ett rimligt erbjudande där resursbrister medfört att patienter inte kan erbjudas individuell psykoterapeutisk behandling.

\*\*\*\*\*

### Referenser

*Antonuccio DO (1998).* The Coping With Depression Course: A Behavioral Treatment for Depression. *The Clinical Psychologist*. 51(3):3-5.

*Arean PA & Cook BL (2002).* Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biological Psychiatry*. 52(3):293-303.

*Beck, AT (1978).* Depression Inventory. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.

*Brown RA & Lewinsohn PM (1984).* A Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: Comparison of Group, Individual, and Minimal Contact Procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 52(5):774-783.

*Frank JD (1988).* Specific and non-specific factors in psychotherapy. *Current Opinion in Psychiatry*. 1:289-292.

*Freeman A, Pretzer J, Fleming B & Simon KM (1994).* Kognitiv psykoterapi i klinisk tillämpning. Danderyd: Pilgrim Press.

*Hersen M & Biaggio M (2000).* Effective Brief Therapies: A Clinician's Guide. New York: Academic Press.

*Jansson L (1986).* Handbok i kognitiv terapi vid depression. Stockholm: Natur och kultur.

*Lamb HR (1982).* Treating the Long-Term Mentally Ill. San Francisco: Jossey-Bass.

*Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Steinmetz J & Teri L (1984).* The Coping With Depression Course: A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression. Eugene: Castalia Publishing Company.

*Lewinsohn PM, Muñoz R, Youngren MA & Zeiss A (1992).* Control Your Depression. New York: Fireside.

*Moshe T (1990).* Single-Session Therapy: Maximizing the Effect of the First (and Often Only) Therapeutic Encounter. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

*Radloff, LS (1977).* The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*. 1:385-401.

*Tanner S & Ball J (1998).* Att ta sig upp när man är nere: Hjälp till självhjälp vid depressioner. Stockholm: Natur och kultur.

Kontakt med artikelförfattaren: sven.sjoqvist@psykolog.net