

Korttidsbehandling af depressioner

Implementering af gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi

Overlæge Marianne Engelbrecht Lau, chefpsykolog Juno Calmer, chefpsykolog Jette Bramsen & overlæge Jørgen Due Madsen

Psykiaterapeutisk Center Stolpegård,
Psykiatrisk Center Ballerup,
Psykiatrisk Center Gentofte, og
Psykiatriveirksomheden i Region Hovedstaden

Resume

Introduktion: Diagnosespecifik psykoterapi af depressive tilstande efterspørges i stigende grad af patienterne. Effekten af individuel kognitiv adfærdsterapi (KAT) på depression er veldokumenteret, og resultaterne af udenlandske undersøgelser tyder på, at også gruppebaseret KAT er virksom. Der savnes en dansk manual i gruppeterapi med KAT til brug for klinisk implementering. Formålet med dette projekt var at udvikle en sådan manual og gennemføre en præliminær evaluering af det terapeutiske udbytte.

Materiale og metoder: En terapimanual med 12 gruppesessioner a to timers varighed blev udviklet. I evalueringen af den kliniske effekt indgik der ti gruppeforløb med i alt 51 konsekutivt henviste patienter med en behandlingskrævende ikkepsykotisk depressiv tilstand.

Resultater: Manualen er på baggrund af de kliniske erfaringer blevet revideret og foreligger nu klar til offentliggørelse. 80% af patienterne gennemførte terapiforløbet med en stor *effect size* (ES) på psykiatriske symptomer/depressionssymptomer og funktionsniveau og moderat ES på grad af håbløshed.

Konklusion: Udvikling og klinisk implementering af en manual i KAT i gruppe har ført til, at behandlingen nu er et fast behandlingstilbud til depressive patienter i de medvirkende centre. Den eksisterende manual kan relativt nemt implementeres på andre behandlingscentre og klinikker. De foreløbige resultater er positive, men designet muliggør ikke yderligere konklusioner.

Depression er en hyppigt forekommende psykisk sygdom, der medfører betydelig menneskelig lidelse, selvmordsfare og overdødelighed [1]. Prævalensen af behandlingskrævende depression angives at ligge på 3-5% [2, 3] og 2,7% af 20-79-årige danske kvinder og mænd har en lettere eller moderat depression [2] og er potentiel psykoterapiegnede.

Den videnskabeligt dokumenterede depressionsbehandling har hovedsagligt omfattet medikamentel antidepressiv behandling og ved de sværeste depressioner elektrochokbehandling [4]. Men effekten af individuel kognitiv adfærdsterapi (KAT) er også veldokumenteret i behandlingen af mild til moderat depression [5]. KAT er også udviklet som gruppete-

rapi, og man har i undersøgelser dokumenteret, at kognitiv gruppeterapi både har antidepressiv effekt i den akutte fase [6], en anfaldsforebyggende virkning [7] og virkning ved ikke fuldt remitterede eller kronisk depressive tilstande [8].

KAT er dels baseret på indlæringsteoretiske principper, dels på en antagelse af, at det bevidste tankeindhold er medbestemmende for personens emotionelle reaktioner og adfærd. I terapien arbejdes der med identifikation og modificering af dysfunktionelle tanker, antagelser og leveregler via selv-monitorering, psykoekudation, adfærdseksperimenter og kognitiv omstrukturering [9, 10].

I et *review* fra 2001 omhandlende lukkede gruppeforløb over 12-20 sessioner med typisk et fremmøde om ugen af 1,5-2 timers varighed konkluderes det, at der ikke var forskel på effekten af individuel og gruppebaseret KAT af depression, samt at gruppeterapi ud fra en omkostningseffektbetragtning ville være det bedste valg [11]. Andre fordele ved gruppeterapi er, at den fremmer patienternes oplevelse af samhørighed (bryder social isolation), de lærer af hinanden og genkender sig selv i andre patienter. I kognitive grupper kan der opnås fælles læring via demonstration af sammenhæng mellem tanker og følelser, ligesom patienterne kan have lettere ved at genkende automatiske tanker, underliggende leveregler og kognitive forvrængninger hos medpatienterne og bagefter overføre erfaringen til sig selv [12].

I takt med at effekten af KAT er blevet dokumenteret, og psykiaterapeutisk behandling i stigende grad er blevet efterspurgt af patienter og pårørende, er adskillige behandlere på psykiatriske centre og afdelinger i Danmark blevet uddannet i metoden. Psykiatrien i det tidligere Københavns Amt satte sig for at udvikle en manual for gruppebaseret KAT (G-KAT) af depression og implementere den i klinisk praksis på Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Gentofte og Psykiaterapeutisk Center Stolpegård. Formålet med herværende arbejde er at beskrive udviklings- og implementeringsprocessen samt at foretage en præliminær evaluering af G-KAT's behandlingseffekt.

Materiale og metoder

Klinisk implementering

Processen omkring udvikling af terapimanualen samt afprøvelse og justering af den blev koordineret af en projektgruppe bestående af tre af denne artikels forfattere. I den kliniske implementeringsproces deltog ud over centrene i Københavns Amt tre andre psykiatriske centre/afdelinger (Psykiatrisk Afdeling E, Bispebjerg Hospital, Ekspertisecentret Oringe Vor-

dingborg, Psykiatrisk Afdeling O, Rigshospitalet), hvor man havde vist interesse for at indføre kognitiv gruppeterapi af depressive tilstande.

Implementeringsproces

Implementeringsprocessen omfattede følgende trin:

1. Udarbejdelse af første udgave af G-KAT-depressionsmanual.
2. Klinisk afprøvning på to af centrene med fælles supervision af i alt fire gruppeforløb.
3. Revision af manual – anden udgave af G-KAT-depressionsmanual.
4. Rekruttering af terapeuter med kognitiv uddannelse fra de øvrige centre.
5. Indledende workshop for terapeuter fra alle seks centre med undervisning i terapimanual og træning af centrale teknikker.
6. Etablering af tre fortløbende supervisionsgrupper. For at sikre kvalitet og fastholdelse af metoden i G-KAT blev terapiforløbene superviseret af en til projektet tilknyttet ekstern supervisor. Supervisionen blev gennemført som indirekte videosupervision.
7. Klinisk implementering på de øvrige fire centre med etablering af terapigrupper.
8. Opfølgingskursus (en dag) i kognitiv adfærdsterapi af depression.
9. Tre opfølgende workshopper a seks timer ledet af manualens forfattere for gruppeterapeuterne fra de enkelte centre. De indhentede erfaringer blev behandlet i relation til terapimanualens ramme, og terapeutiske temaer blev behandlet via videosupervisionen.
10. Revision af manual – tredje udgave af G-KAT-depressionsmanual.

Gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi-depressionsmanual

– 3. udgave

Terapiforløbet omfatter 1-2 indledende individuelle samtaler, 12 ugers kognitiv gruppeterapi (to timer/uge; 5-7 patienter og to terapeuter) og en *booster*-session efter tre måneder. I den indledende samtale udarbejdes der individuelle problemformuleringer. I session 1-4 fokuseres der på psykoedukation, aktivitetsplanlægning og afledning. I de efterfølgende fire sessioner har man fokus på identifikation og udfordring af negative automatiske tanker. I session 9 og 10 arbejdes der specifikt med dysfunktionelle antagelser og leveregler, og i de sidste to sessioner med tilbagefaldsforebyggelse.

Alle 12 sessioner følger en fast struktur. Mellem sessionerne har patienterne hjemmopgaver, som behandles i første halvdel af næste gruppeterapi. I anden halvdel af sessionen arbejdes der med dagens hovedtema, og der gives instruktion i næste uges hjemmearbejde [13].

Materiale

I 2004-2005 blev manualen testet klinisk i 25 lukkede gruppeforløb på de seks samarbejdende centre. Målgruppen var patienter, der var henvist for en behandlingskrævende, ikkepsykotisk depressiv tilstand. I evalueringen af behandlingseffekten indgik der kun patienter fra de tre centre i Københavns Amt, svarende til ti gruppeforløb med i alt 51 konsekutive patienter. Inkluderet blev patienter, der opfyldte International Classification of Diseases (ICD)-10's diagnostiske kriterier for depressiv enkeltepisode (F32.0, F32.1, F32.2: 60%), tilbagevendende depression (F33.0, F33.1, F33.2: 32%) og vedvarende depressiv forstemning (F34.1: 8%).

Gennemsnitlig ventede patienterne i 60 dage på at komme i behandling. 81% af patienterne gennemførte behandlingen, defineret som deltagelse i mindst halvdelen af de planlagte terapisesioner. To tredjedele af patienterne deltog i alle (20-24) terapitimer. 81% af patienterne var i medikamentel antidepressiv behandling.

Evalueringemetoder

Der er tale om en naturalistisk undersøgelse med præ-post-design. Patienterne udfyldte ved behandlingens start og afslutning følgende fire validerede *self-rating*-skemaer, som indgik i den generelle psykoterapievaluering på Københavns Amts psykiatriske centre [14].

Global assessment of functioning

Global assessment of functioning (GAF) vurderes af behandleren. Det er et hurtigt og enkelt globalt mål for personens psykosociale funktionsniveau. Skalaen går fra 1 til 100, hvor 100 er det bedst tænkelige [15].

Symptom check list

Symptom check list (SCL)-skemaet består af 90 symptomspørgsmål udviklet til at beskrive psykosomatisk stress. SCL-90R-skalaen kan opgøres i et samlet mål global severity index (GSI)-score for graden af psykopatologi og ni subskalaer, herunder en depressionsscore (Dep-score) [16].

Beck hopelessness scale

Beck hopelessness scale (BHS) er konstrueret som et selvrporteringskema, hvormed man undersøger patientens negative forventninger til fremtiden. Gennemsnitsscore for normale voksne er 4,45 [17].

Globale mål

Global life quality (GLQ)-scores på en Lickert-skala 0-6 (6 er bedst) som et selvrporteret globalt mål for oplevelse af livskvalitet. På samme skala (0-6) scores patienternes forventninger til og oplevet udbytte af terapien [18].

Behandlingsrespons

Positivt og negativt behandlingsrespons defineres som æn-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

dring til et henholdsvis mindre og mere alvorligt symptomniveau vurderet ved Dep-score (mildt niveau: Dep-score < 0,73, moderat niveau: Dep-score 0,73-1,50 og alvorligt niveau: Dep-score > 1,50) [19].

Statistik

Wilcoxon signed rank-test blev anvendt i de nonparametriske analyser af GAF-, SCL-90R-, Dep- og BHS-score. Alle statistiske analyser blev gennemført i SPSS 14.0 software.

Den statistiske udtrykte behandlingseffekt *effect size* (ES) blev udregnet efter formlen: $ES = (\text{mean}_{\text{præ}} - \text{mean}_{\text{post}}) / s$, hvor $s = \text{pooled standard deviation } (\sqrt{sd_1^2 + sd_2^2} / 2)$. ES tolkes således: ES < 0,50: lille eller ingen effekt, ES = 0,50-0,80: moderat effekt, ES > 0,80: stor effekt [20].

Resultater

Alle 51 patienter udfyldte startskemaerne, 41 (81%) patienter gennemførte terapien og udfyldte slutskemaerne. Der var ingen signifikante forskelle i startdata inkl. GSI-, Dep-, BHS-, GAF- og GLQ-score mellem patienter, der efterfølgende udfyldte eller ikke udfyldte slutskemaet. Startdata for hele gruppen fremgår af **Tabel 1**. På henvisningstidspunktet var 45% sygemeldt, og 81% var i medikamentel antidepressiv behandling.

Patienterne havde ret høje forventninger til terapien ($4,0 \pm 1,4$) og vurderede deres udbytte som stort ($4,5 \pm 1,2$). Der var en signifikant positiv korrelation mellem ændret Dep-score og GLQ-score (*Pearson correlation*: 0,427; $p = 0,007$) og en moderat effekt på oplevet livskvalitet og håbløshed. Ændring fra start på til afslutning af behandlingen i psykopatologiske symptomer, depressionssymptomer og funktionsniveau var stor (**Tabel 2**).

Sekstogtredivende patienter havde moderate til alvorlige depressive symptomer ved start. Heraf fik 23 patienter et positivt behandlingsrespons, ni havde uændrede symptomer, og tre oplevede en forværring - en gav ufuldstændig besvarelse. Patienter, der ikke havde respons på depressionssymptomerne, scorede signifikant lavere i deres subjektive oplevelse af terapiudbytte end dem, der havde et positivt behandlingsrespons ($3,75 \pm 1,36$; $4,77 \pm 1,15$; Mann Whitney U-test: $p < 0,05$). Derimod var der ingen forskel i deres initiale forventninger til terapien. Uanset behandlingsrespons var startscorer uden statistiske forskelle. Der var heller ikke forskel på, hvor meget psykoterapi (dosis), de havde modtaget, eller om de tidligere havde været psykiatrisk indlagt.

Diskussion

Implementeringsproces

Implementeringsresultatet er positivt, men processen har ikke været problemfri. Det er krævende at indføre nye behandlingstilbud, der skal udvikles nye procedurer, og samarbejdet skal reorganiseres.

Man kan stille sig selv det spørgsmål, hvilken betydning den eksisterende behandlingskultur har for implementeringsprocessen. Vores erfaring er, at de enkelte centres behandlingskultur har fungeret både som med- og modspiller i implementeringen. Selv i en psykiatrisk behandlingskultur bliver supervision ikke alle steder prioriteret tilstrækkeligt højt, og det er sjældent muligt at bruge resurser på eksternt supervision. Erfaringerne fra dette projekt peger på, at erfaringsudveksling, kontinuerlig undervisning og metodesupervision er nødvendig for at kunne udføre manualiseret terapi samt sikre kvaliteten af behandlingen og gruppeterapeuternes kompetence.

Man havde ikke erfaring med at arbejde med manualiseret terapi på nogen af centrene. Relativt nyuddannede terapeuter opfattede manualen som en stor støtte, mens de mere erfarne terapeuter oftere følte, at deres terapeutiske frihed blev begrænset. På centre, hvor man i forvejen var vant til at arbejde ud fra andre teoretiske referencerammer, var der en del indvendinger mod at indføre KAT. Andre steder havde man ikke en tydelig organisering af og visitation til psykoterapeutisk behandling. Begge dele resulterede i periodevise vanskeligheder med at rekruttere patienter til projektet.

Projektet var langt nemmest at gennemføre på de centre, hvor der var en tydelig ledelsesmæssig opbakning og en selvstændig organisering af depressionsbehandlingen.

Terapimetode og terapeutisk effekt

Patienterne har taget godt imod behandlingen, langt de fleste deltog regelmæssigt og gennemførte hele forløbet, ligesom deres vurdering af udbyttet var generelt positiv. Patienternes subjektive oplevelse af terapieffekten stemte godt overens med objektive ændringer i deres depressionssymptomer.

En tredjedel af de patienter, der initialt havde moderate eller svære depressive symptomer, responderede ikke på behandlingen, mens to tredjedele ved behandlingens afslutning havde mildere depressionssymptomer. De foreløbige behandlingsresultater resulterede i en stor ES på både depressionssymptomer, funktionsniveau og livskvalitet. Vi fandt ligesom *Oie et al* [21] en moderat ES på BHS-score. Dette er mindre, end hvad *Gelhart & King* opnåede i en undersøgelse af 92 patienter i KAT-depressionsgruppe [22]. Men de øvrige resul-

Tabel 1. Startdata (n = 51).

Alder, (år)	Kvinder, (%)	Samboende, (%)	Global life quality (GLO) -score	Global assessment of functioning (GAF) -score	Global severity index (GSI) -score	Depressions (Dep)-score	Beck hopelessness scale-score
48	59	50	2,5 ± 1,3	48,9 ± 10,1	1,18 ± 0,60	1,98 ± 0,94	9,5 ± 5,8

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Ændring under terapien. *Global life quality (GLO)*-, *global assessment of functioning (GAF)*-, *global severity index (GSI)*-, *Beck hopelessness scale (BHS)*- og *depressions (Dep)*-score (n = 41).

	Før	Efter	p-værdi ^a	Effect size
GLO-score	3,5 ± 1,3	2,6 ± 1,3	0,003	0,76
GAF-score ^b	49,6 ± 9,7	64,6 ± 13,5	0,000	0,95
GSI-score	1,18 ± 0,62	0,61 ± 0,46	0,000	1,05
Dep-score	1,94 ± 0,96	1,03 ± 0,75	0,000	1,06
BHS-score	9,3 ± 5,6	6,4 ± 4,8	0,017	0,55

a) Wilcoxon signed rank test

b) n = 51; behandlervurdering

tater kan ikke sammenlignes direkte med resultaterne fra andre undersøgelser, da der er anvendt forskellige evaluering-instrumenter.

Da der hverken er ventelistekontrol eller anden kontrolgruppe, kan det ikke vides, om de opnåede ændringer også ville være indtrådt spontant uden behandling eller ved andre former for depressionsbehandling. Hvilken betydning det havde for det terapeutiske resultat, at hovedparten af patienterne tog antidepressiva ved behandlingens start, kunne heller ikke undersøges. Men *Oie et al* fandt i deres undersøgelse af 71 patienter i gruppebaseret KAT, at der ikke var nogen effekt af præordineret antidepressiva [21].

Konklusion

Projektets mål blev nået. En kognitiv terapimanual af gruppebaseret depressionsbehandling er blevet udviklet, afprøvet og justeret. Den kliniske implementering er gennemført, og på de involverede centre er G-KAT nu en standardbehandling til depressive patienter. Manualen foreligger i en form, der er egnet til offentliggørelse, og de præliminære resultater er opmuntrende. Undersøgelsens design muliggør ikke nogen endelig konklusion om den terapeutiske effekt, men lægger op til yderligere udforskning af både den terapeutiske proces og effekt.

Projektet åbner med sine kliniske og evalueringsmæssige fund mulighed for klinisk implementering på andre psykiatriske centre såvel som blandt praktiserende psykiatere og psykologer, som en randomiseret multicenterundersøgelse af kognitiv gruppeterapi over for enten andre psykoterapeutiske metoder eller psykofarmaka. Der er blevet etableret et velfungerende fagligt klinisk og forskningsmæssigt samarbejde/netværk på tværs af centrene, som også vil kunne række »ind i fremtiden«.

Korrespondance: *Marianne Engelbrecht Lau*, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, DK-2820 Gentofte. E-mail: mala@psv1.regionh.dk

Antaget: 10. august 2007

Interessekonflikter: Ingen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet takkes for økonomisk støtte til gennemførelse af projektet; bevillingsnr.: 6.01.3.303.

Artiklen bygger på et større antal referencer. En fuldstændig litteraturliste kan findes i artiklen på www.ugeskriftet.dk

Litteratur

- Kessing L, Hansen V, Hougaard E et al. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) – en medicinsk teknologivurdering – sammenfatning. Medicinsk teknologivurdering – puljeprojekter. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006.
- Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:96-103.
- Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharm* 2005;15:411-23.
- Epløv LF, Kamphuis JH, Hougaard E et al. Behandling af depressionssygdomme. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157(suppl 4):1-45.
- Chen TH, Lu RB, Chang AJ et al. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch Psychiatr Nurs* 2006;20:3-11.
- Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007;10:131-6.
- Enns MW, Cox BJ, Pidlubny SR. Group cognitive behaviour therapy for residual depression: effectiveness and predictors of response. *Cogn Behav Therap* 2002;31:31-40.
- Fennell MJV. Kognitiv-adfærdsterapeutisk depressionsbehandling. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1999.
- Beck A, Rush SJ, Shaw BF et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.
- Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behav Cogn Psychother* 2001;29:311-32.
- Lockwood C, Page T, Conroy-Hiller T. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy using individual or group therapy in the treatment of depression. *JBH Reports* 2004;2:185-206.
- Madsen JD, Bramsen J, Øibakken R. Kognitiv adfærdsterapi af depression i gruppe – et 12 sessioners behandlingsprogram. København: Dansk Psykologisk Forlag (i trykken).
- Lau M, Blaabjerg A, Scherling A et al. Effektevaluering af psykoterapeutisk behandling af ikkepsykotiske. Gentofte: Psykoterapeutisk Center Stolpegård, 2006.
- Diagnostic and statistical manual. DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Derogatis LR. Symptom checklist-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: National Computer Systems, Inc., 1994.
- Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the scale for suicide ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther* 1997;35: 1039-46.
- Valbak K. Good outcome for bulimic patients in long-term group analysis: a single-group study. *Europ Eat Dis Rev* 2001;9:19-32.
- Schmitz N, Hartkamp N. Assessing clinically significant change: application to the SCL-90-R. *Psychological Reports* 2000;86:263-74.
- Kazdin AE. Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. I: Bergin AE, Garfield SL, red. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1994:19-71.