Utprøving av en tilpasset gruppebehandling f unge voksne

TEKST
Eva Try
Anne Halmøy
Karl Ove Hufthammer
Lisbet Borge

PUBLISERT 23. juni 2021

DOI https://doi.org/10.52734/x5Q9uM84

ABSTRACT:

Background: There is a need for special attention to patients in the transition between adolescent and adult psychiatric services. This study investigates effects of a group therapy on depression, anxiety, self-esteem and personal experiences among the youngest patients in an adult outpatient clinic.

Method: Patients between 18 and 25 years participated in a 10-week group treatment based on psychoeducation and cognitive therapy. Outcomes were self-reported and both quantitative and qualitative.

Results: Of 35 included patients (equal gender distribution, mean age 21 years), 31 completed treatment. Forty-nine percent were diagnosed with depression and 23 % with anxiety. Depressive symptoms and self-esteem improved after treatment, whereas anxiety symptoms did not. Group participation gave new perspectives on own difficulties and a sense of belonging in a safe setting with people they could relate to.

Conclusion: Group treatment adapted to young adults may be a suitable and feasible treatment intervention for this vulnerable patient group.

Keywords: Depression, anxiety, young adults, cognitive therapy, group therapy, users' experience

Merknad: Forfatterne har avgitt signert interessekonflikt erklæring og oppgir ingen interessekonflikter

EMNER Depression anxiety young adults cognitive therapy group therapy users' experience

Behandlingsaktiviteten ved distriktspykiatriske sentre (DPS) er høyest for pasienter under 30 år (Helsedirektoratet, 2017, s. 8). Psykisk lidelse hos unge er en risikofaktor for komorbiditet og nedsatt fungering i et livsløpsperspektiv (Newman et al., 1996). De vanligste psykiske lidelsene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser (Kessler et al., 2005). I løpet av voksenlivet vil 25–30% tilfredsstille diagnostiske kriterier for en angstlidelse og 20–25% for en stemningslidelse, hovedsakelig depresjon (Folkehelseinstituttet, 2018). Nasjonale føringer peker på behovet for tidlig hjelp og særskilte tiltak i overgangen mellom ungdoms- og voksenpsykiatrien (Helsedirektoratet, 2009b, 2015). Studier har vist at denne overgangen kan være dårlig planlagt, og at det er utfordrende for pasientene at voksenpsykiatrien er mindre fleksibel enn barne- og ungdomspsykiatrien (Broad et al., 2017; Paul et al., 2013). Unge pasienter erfarer at håpet for framtiden påvirkes av hvordan de blir sett og forstått (Lockertsen et al., 2020).

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er anbefalt ved depresjon og angst hos unge og voksne (Helsedirektoratet, 2009b, 2015; Lopez-Lopez et al., 2019). Metaanalyser tyder på at KAT i gruppe er en effektiv og gjennomførbar behandling både for depresjon hos ungdom (Keles & Idsoe, 2018) og voksne (Lopez-Lopez et al., 2019; Okumura & Ichikura, 2014) og for angst hos voksne (Barkowski et al., 2020). Psykoedukasjon og andre elementer fra KAT er prøvd ut i forebyggende program i gruppe for unge under 18 år (Chanen et al., 2008; Skre & Friborg, 2013), og for unge voksne med følelsesmessige vansker, angst, depresjon og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Bentley et al., 2018; Garvik et al., 2014). Psykoedukasjon som egen intervensjon kan bidra til å forebygge og håndtere depresjon hos barn og ungdom (Bevan Jones et al., 2018). Det kan se ut som flere av disse programmene og intervensjonene gir økt kunnskap og reduksjon av symptomer hos deltagerne. Det er utfordringer med å måle effekt og sammenligne studier og erfaringer, da metodene er ulike og sentrale begrep som psykoedukasjon er definert forskjellig (Bevan Jones et al., 2018).

De siste 15 årene har det vært økende oppmerksomhet på fellestrekk ved angstlidelser, og det er utviklet program for å behandle ulike angstlidelser i samme gruppe (Barlow et al., 2017; Wolgensinger, 2015), også kalt transdiagnostisk perspektiv. Grupper som behandler ulike angstlidelser samtidig, er like effektive som diagnosespesifikke grupper (Barkowski et al., 2020). Flere studier viser god effekt av behandling i transdiagnostiske grupper for angst og depresjon (Barkowski et al., 2020; Mohammadi et al., 2013). Med et transdiagnostisk perspektiv rettes det oppmerksomhet mot psykologiske uhensiktsmessige strategier som er felles for ulike lidelser, og dette perspektivet kan, på grunn av færre krav til spesifikke manualer for hver diagnose, være enklere å integrere i klinisk virksomhet (Hagen et al., 2012).

Vi har ikke funnet kliniske studier på gruppebehandling for pasienter med angst- og depresjonsdiagnose i overgangen mellom ungdom- og voksentilværelse.

Hensikten med denne studien var å undersøke om gruppebehandling for unge voksne pasienter i allmennpsykiatrisk poliklinikk kunne bidra til bedre selvfølelse og mindre angst og depresjon. Vi ønsket samtidig å utforske pasientenes egne erfaringer med gruppebehandlingen for å få kunnskap om hvilke faktorer som hadde hatt betydning for dem (Larsen et al., 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2009).

Metode

Design

Studien kombinerer et kvantitativt og kvalitativt design, som anbefales når en mangler kunnskap i fagfeltet (Borge, 2018; Malterud, 2017). Primære utfallsmål var endring i selvrapporterte symptomer på depresjon, angst og selvfølelse, samt pasientenes erfaringer med behandlingen. Standardiserte selvrapporteringsskjemaer for symptomskårer ble supplert med et eget spørreskjema som var utviklet for å beskrive pasientenes erfaringer. Dette ble analysert med et beskrivende og utforskende kvalitativt design.

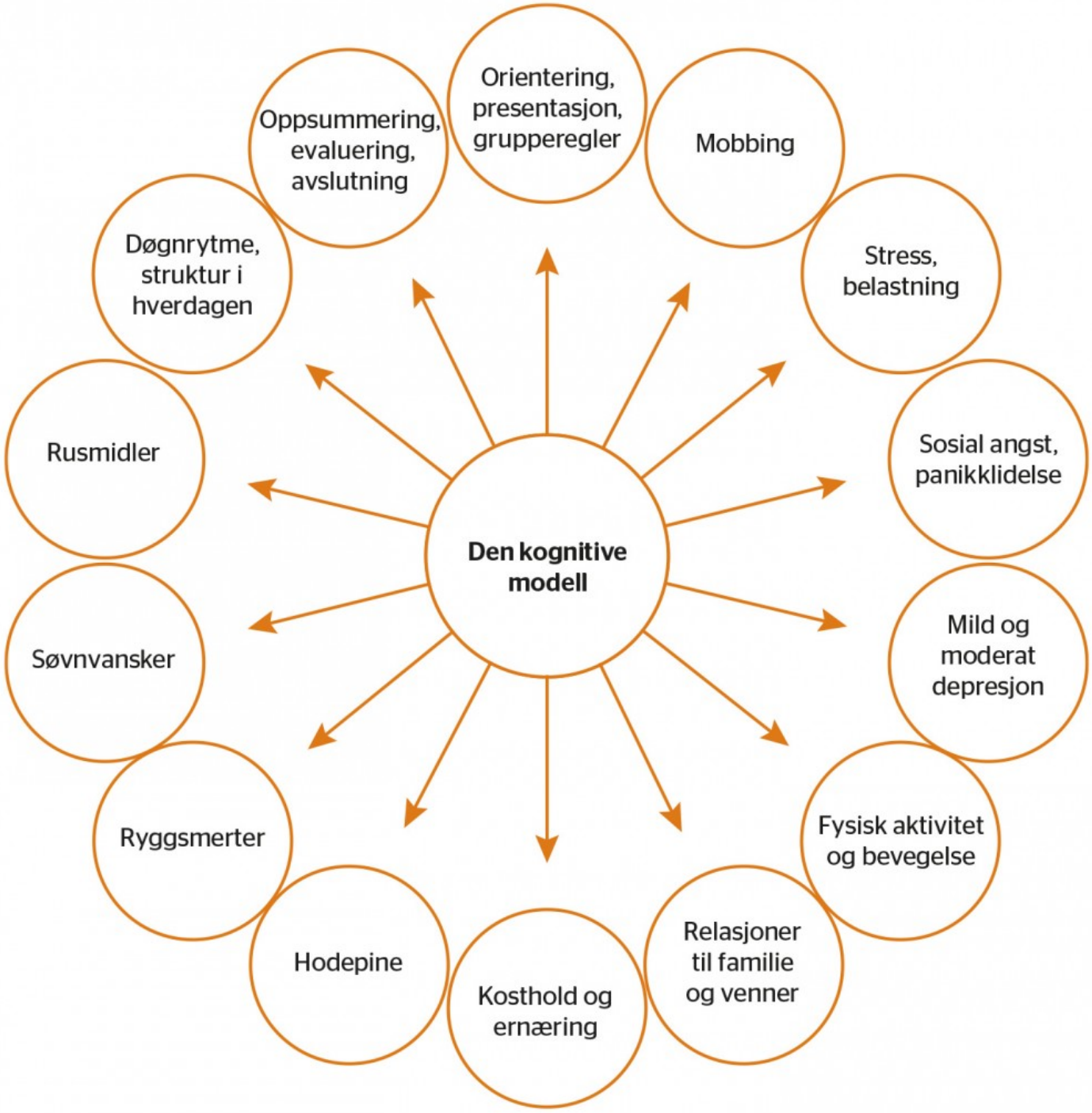
Utvalg

Inntil ti pasienter mellom 18 og 25 år ved to allmennpsykiatriske poliklinikker og en dagavdeling ble invitert til å delta i hver gruppe. Inklusjonskriterier var at pasienten hadde fått rett til helsehjelp (av inntaksteam) og var vurdert å fylle kriterier for en angst- og/eller depresjonsdiagnose (av poliklinisk behandler, se avsnitt om datainnsamling).

Eksklusjonskriterier var primær rusdiagnose, psykose, utviklingsforstyrrelse og/eller høy selvmordsfare. Aldersavgrensningen ble gjort for at deltagerne skulle ha mest mulig lik livssituasjon på vei inn i voksenlivet. I alt 42 pasienter møtte i første gruppesesjon, hvorav 35 samtykket til inklusjon i studien (T1) og 31 fullførte (T2) gruppebehandlingen. Tretti fylte ut skjema om erfaringer (T2).

Intervensjon

Rammer og innhold for behandlingen ble utarbeidet av førsteforfatter og en psykologspesialist ved poliklinikken, basert på kombinasjon av litteratursøk og egen klinisk erfaring. De samme personene var også gruppeledere, og har variert og lang erfaring fra kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten, samt fra pedagogisk og psykoterapeutisk virksomhet individuelt og i gruppe. Førsteforfatter har også utdannelse i kognitiv terapi. Gruppebehandlingen ble gjennomført i perioden 2015–2017 med fem grupper à fire–ti deltagere. Pasientene møttes til ti ukentlige 90-minutters samlinger over tre–fire måneder. Samlingene hadde en fast struktur med tydelig ledelse. Den kognitive modell (tanke, følelse, atferd) var gjennomgående tema i undervisningen og under øvelsene (kroppslige reaksjoner, atferd) (Berge & Repål, 2015). Hver samling hadde følgende innhold: Undervisning (se tema i figur 1), etterfulgt av samtaler og case relatert til tema som pasientene først besvarte i samtale to og to og etterpå i plenum. Alle ble utfordret til å delta i samtalen. Videre ble det gjennomført øvelser for å rette en ikke-dømmende oppmerksomhet mot kroppen, pusten og sanseerfaringer (Dundas et al., 2013). Deltagerne fikk opplæring i avslapningsteknikker og gjennomførte puste- og oppmerksomhetsøvelser og bevegelser med ulik aktivering (trapper, balanse etc.) (Helsedirektoratet, 2009a) mot slutten av første eller andre time. Tiden ble stort sett jevnt fordelt mellom undervisning og samtaler. Øvelser ble gitt minst tid. Hver samling startet med åpne spørsmål om å dele tanker og refleksjoner fra forrige gang. Pasientene ble oppfordret til å reflektere over de utdelte arkene fra undervisningen og praktisere noen øvelser mellom samlingene som en strategi for å håndtere egne vansker. Det ble ikke stilt krav om hjemmearbeid utover dette. Det ble vurdert som viktigst at pasientene forpliktet seg til å møte hver gang for å utfordre sosial unngåelse og isolasjon. Man fokuserte ikke på den enkeltes utfordringer utover det pasienten valgte å fortelle selv. Gruppelederne delte ansvaret for de ulike innholdskomponentene mellom seg, og hadde jevnlige oppsummeringssamtaler om opplegget, men ingen formell veiledning. Vanlige grupperegler ble fulgt (Bjerke, 2018). Gruppene ble lukket for nye pasienter etter de to første samlingene. Samme dag som gruppesamlingen fikk deltagerne en ekstra påminnelse på SMS. En intensjon med gruppebehandlingen var at den skulle være et selvstendig tilbud som et alternativ til individuell oppfølging i perioden.



Figur 1 Undervisningstema i gruppetilbud for unge voksne

Datainnsamling

Syv standardiserte og validerte selvrapporteringsskjemaer om symptombelastning og selvfølelse (se beskrivelse under) ble fylt ut ved starten (T1) og slutten (T2) av gruppebehandlingen. Demografiske og kliniske data ble samlet inn av førsteforfatter ved journalgjennomgang. Diagnosene representerer hoveddiagnose fra pasientens journal for den aktuelle behandlingskontakten og var basert på behandlers kliniske vurdering og intervju med pasienten, inkludert bruk av standard kartleggingsverktøy (Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju) (Sheehan et al., 1998). Medikamentbruk eller funksjonsevne ble ikke kartlagt. Spørreskjema om pasientenes egne erfaringer ble fylt ut ved T2. En målte etterlevelse av intervensjonen ved antall deltagere som fullførte gruppebehandlingen, og ved antall sesjoner de møtte til.

Kvantitative data

Følgende selvrapporteringsskjemaer ble benyttet:

1. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-T) måler angst- og depresjonssymptomer siste uke og består av 14 påstander (syv om angst, syv om depresjon). Det regnes ut en totalskår (HADS-T, 0–42) og en sumskår (0–21) for hver av delskalaene HADS-A (angst) og HADS-D (depresjon) (Leiknes et al., 2016).
2. Rosenberg's Self Esteem Scale (RSES) måler generell selvfølelse i øyeblikket og består av ti utsagn (fem negativt og fem positivt formulert), totalskår 10–40 (von Soest, 2005).
3. The Beck Depression Inventory, 2. utgave, (BDI-II) måler grad av depressive symptomer i øyeblikket og består av 21 spørsmål, totalskår 0–63 (Siqveland & Kornør, 2011).
4. The Body Sensation Questionnaire (BSQ) måler angst for kroppslige symptomer ved panikklidelse. Versjonen vi brukte, består av 16 spørsmål, totalskår 16–80 (Chambless et al., 1984).
5. The Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) måler kognitive symptomer ved panikklidelse. Versjonen vi brukte, består av 19 spørsmål, totalskår 19–95 (Chambless et al., 1984).
6. The Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) måler symptomer på sosial angst i møte med andre og består av 20 utsagn, totalskår 0–80 (Mattick & Clarke, 1998).
7. Social Phobia Scale (SPS) måler symptomer på sosial angst i dagligdagse situasjoner og består av 20 utsagn, totalskår 0–80 (Mattick & Clarke, 1998).

Høyere totalskår innebærer for RSES *bedre selvfølelse* og for HADS-T, BDI-II, BSQ, ACQ, SIAS og SPS *større omfang av symptomer*.

Kvalitative data

Pasienterfaringsskjemaet omfattet 17 åpne spørsmål: forventninger før oppstart; hvordan pasientene erfarte (både positivt og negativt) undervisningen, oppmerksomhetsøvelsene og samtalene i gruppen; opplevelse av trygghet; erfaring med oppleggets innhold og organisering. Det var plass for kommentarer under hvert spørsmål. Data ble supplert med muntlige tilbakemeldinger fra deltagerne og med gruppeledernes notater underveis, såkalte feltnotater (Malterud, 2017). Tekstmaterialet omfattet totalt 65 maskinskrevne A4-sider (Word-format).

Analyser

Deskriptive frekvensdata presenteres som antall og prosent. For data fra selvrapporterings-skjema presenteres gjennomsnittsskårer før og etter behandling samt gjennomsnittlig skårendring med 95 %-konfidensintervaller. Dette er regnet ut via *mixed-effects*-modeller med stokastiske effekter (skjæringspunkt) for gruppe og pasient, og med ulike standardavvik ved de to tidspunktene. Vi presenterer også standardiserte effektstørrelser, definert som gjennomsnittlig skårendring delt på det estimerte standardavviket som måler variasjonen *mellom individer* ved T1. Gruppeeffekten i modellen er med for å ta hensyn til at pasienter i samme behandlingsgruppe kan ha mer lik endring enn pasienter i ulike grupper (på grunn av dynamikken innad i gruppen). Det ble tilpasset én modell per selvrapporteringsskjema. Det var noen manglende skjemautfyllinger, spesielt med frafall ved T2. *Mixed-effects*-modeller gjør imidlertid at data for pasientene som kun fylte ut skjemaet på ett tidspunkt, også tas med i analysene, og modellene gir økt presisjon og reduserer eventuell skjevhet som skyldes

manglende data (Mallinckrodt et al., 2001). Vi oppgir også antall pasienter/målinger hver analyse er basert på. Dataene ble lagret i IBM SPSS Statistics versjon 24.0 og analysert med R versjon 4.0.2 (R Core Team, 2020). Modellene ble tilpasset med R-pakken nlme versjon 3.1-148 (Pinheiro et al., 2020).

Pasienterfaringsskjemaene ble analysert gjennom en tematisk innholdsanalyse med etablering av helhetlig forståelse, identifisering og kondensering av mening (Graneheim & Lundman, 2004). De ble transkribert, og svarene ble systematisert under hvert spørsmål. På grunnlag av dette ble teksten videre grovsortert i en tolkningskontekst. Disse enhetene ble deretter fortettet. Enheter med fellestrekk ble ordnet under meningsbærende enheter. Deltagernes muntlige tilbakemeldinger og gruppeledernes notater ble inkludert og var med å validere analysen. Det handler om å beskrive, fortolke og forstå deltagernes svar, og å søke variasjon og bredde. Prosessen gjorde det mulig å identifisere en helhetsforståelse med tre meningsbærende temaer, nært opp til deltagernes svar. For å tydeliggjøre hvor fremtredende de enkelte svarreaksjonene var, ble det gjennomført en opptelling av antall svar i hvert tema. Det ble laget en fordelingsnøkkel med følgende kategorier: «flertall» (20–30), «omtrent halvparten» (13–18), «noen» (7–12) og «noen få» (6 eller færre). Den kvalitative innholdsanalysen av hele materialet ble foretatt av to av artikkelforfatterne (ET, LB), først hver for seg og deretter sammen.

Etikk

Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet i Helse Bergen (ref. 2016/13605) som et internt kvalitetssikringsprosjekt, en vurdering som ble støttet av Regional etisk komité (REK vest). Deltagelse var frivillig, og alle inkluderte ga informert samtykke. Alle opplysninger ble behandlet konfidensielt. Personidentifiserbare opplysninger er anonymisert.

Resultater

Demografiske og kliniske karakteristika

Over 80 % av pasientene ble henvist fra behandlere i poliklinikken, de andre fra inntaksteam eller dagavdeling. Tabell 1 gir en oversikt over demografiske data, hoveddiagnose, tidligere oppfølging og hvor pasientene ble henvist etter gruppebehandlingen. Det var omtrent like mange menn og kvinner som startet, og gjennomsnittlig alder var 21 år. En femtedel hadde fullført videregående skole (VGS), 30 % hadde avbrutt, mens 42 % fortsatt gikk på VGS ved oppstart. Omtrent halvparten hadde depresjonsdiagnose, 23 % angstdiagnose. Noen få hadde personlighetsforstyrrelse. Oversikt over behandlingshistorie viste at 90 % hadde minst ett tidligere behandlingsforløp i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Henholdsvis ni og seks hadde hatt to eller tre tidligere behandlingsforløp, og én hadde hatt fire tidligere behandlingsforløp.

Tabell 1: Kjønn, alder, sosioøkonomisk status, diagnoser blant deltagerne *(n = 35)*

		T1 (*n* = 35)		**T2 (*n* = 31)**	
		Antall	**Andel**	**Antall**	**Andel**
Kjønn	Kvinne	18	51 %	15	48 %

	Mann	17	49 %	16	52 %
Alder	Snitt (min.-maks)	21	(18-24)	21	(18-24)
Hovedinntekt	Forsørges	14	50 %	12	50 %
	AAP*/arbeidstiltak/sykmeldt	10	36 %	9	38 %
	Lønnet arbeid	3	11 %	2	8 %
	Annet	1	4 %	1	4 %
	(Ukjent)	7	-	7	-
Sivilstatus	Bor med én eller to foreldre	24	73 %	21	72 %
	Bor med venner / i parforhold	6	18 %	5	17 %
	Bor alene	3	9 %	3	10 %
	(Ukjent)	2	-	2	-
Utdanning	Kun fullført barne- og ungdomsskole	2	6 %	2	7 %
	Fullført videregående skole	7	21 %	6	20 %
	Går på videregående skole	14	42 %	13	43 %
	Avbrutt videregående skole	10	30 %	9	30 %
	(Ukjent)	2	-	1	-
Hoveddiagnose	Depresjon**	17	49 %	14	45 %
	Angst***	8	23 %	8	26 %
	Personlighetsforstyrrelse	3	9 %	3	10 %
	Blandet angst og depresjon	2	6 %	2	6 %
	Tilpasningsforstyrrelse	2	6 %	2	6 %
	Annet****	3	9 %	2	6 %

Følges videre av	Kun fastlege	15	43 %	14	45 %
	Psykiatrisk poliklinikk	12	34 %	11	35 %
	Psykiatrisk dagavdeling	3	9 %	2	6 %
	Annen seksjon / annet DPS	3	9 %	3	10 %
	Avd. rusmedisin	2	6 %	1	3 %
Tidligere oppfølging***	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	18	51 %	17	55 %
	Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	7	20 %	5	16 %
	Skolehelsetjenesten	6	17 %	6	19 %
	Barnevern	5	14 %	3	10 %
	Annen spesialisthelsetjeneste	13	37 %	10	32 %
	Ingen	7	20 %	7	23 %

Merknad * Arbeidsavklaringspenger (AAP), ** Moderat depresjon: 7; tilbakevendende moderat: 7, tilbakevendende i remisjon: 1, mild depresjon: 1, dystymi: 1, *** Sosial angst: 5; panikkangstlidelse: 2; uspesifisert angstlidelse: 1, **** ADHD, rusmisbruk, uspesifisert affektiv lidelse, ***** Noen har flere tidligere behandlingsforløp

Pasientenes skåringer viste en reduksjon av depressive symptomer (HADS-T, HADS-D og BDI-II) og bedring av selvfølelse (RSES-T) fra før oppstart til etter gruppebehandlingen (se tabell 2 og figur 2). Det ble funnet mest reduksjon av redsel for kroppslige reaksjoner (BSQ), men kun mindre endringer i generell angst (HADS-A), fobisk angst (SPS) og sosial angst i møte med andre personer (SIAS). Det var ikke tegn til endring i grad av agorafobiske tanker (ACQ). Standardiserte effektstørrelser for endring i depresjon og selvfølelse lå mellom 0.5–0.6.

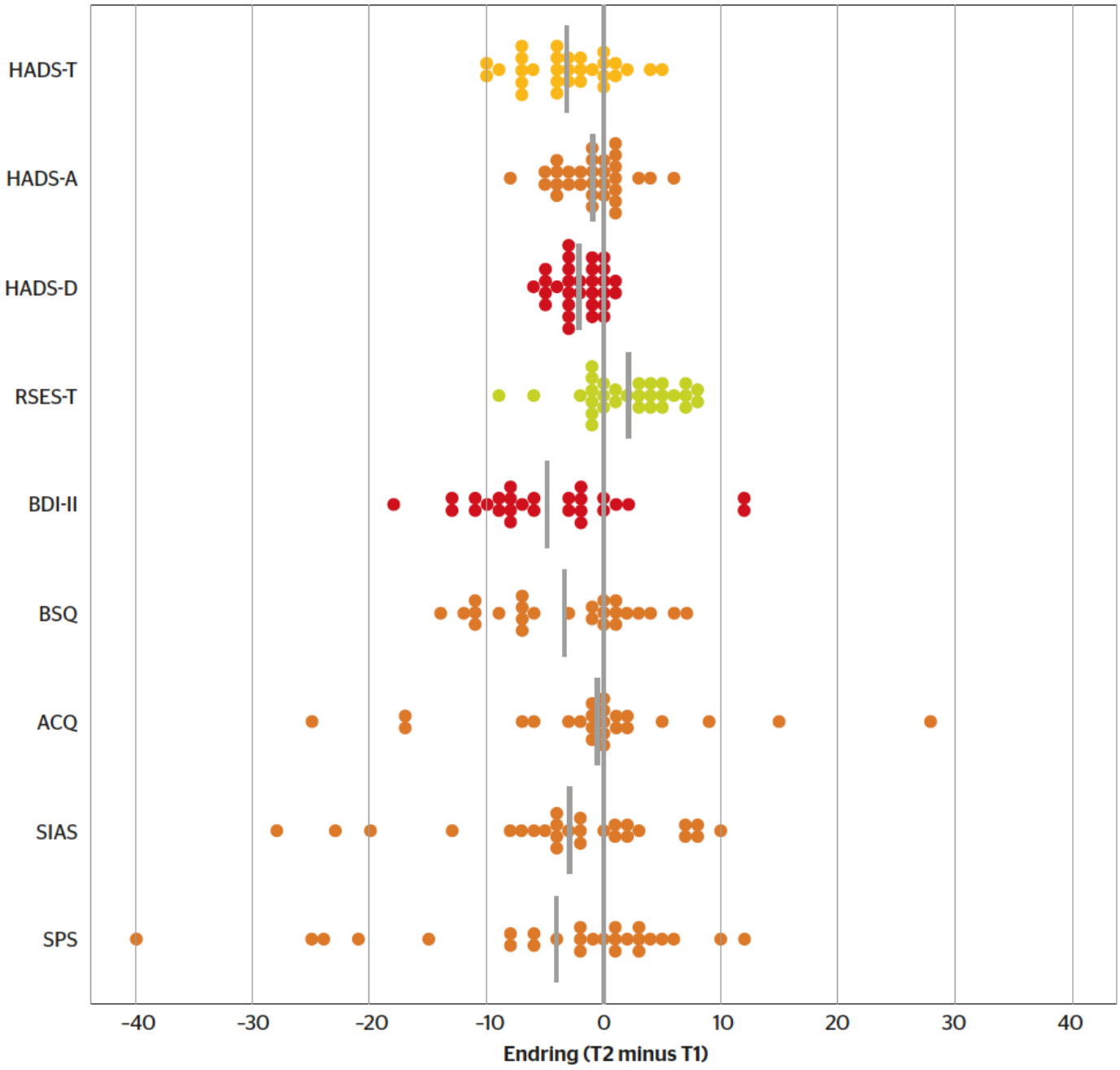
Tabell 2: Gjennomsnittsverdier og gjennomsnittlig endring for symptom- og selvfølelsesskårer.

Skjema	**Antall**		**Gjennomsnitt**		**Gjennomsnittlig endring***					**P-verdi**
	T1	**T2**	**T1**	**T2**	**T2 – T1**	**95 %-KI**			**E****	
HADS-T	35	30	21,1	17,9	−3.1	−4.6	til	−1.7	−0.5	< 0.001
HADS-A	35	31	12,1	11,1	−1.0	−2.0	til	0,1	−0.3	0.07
HADS-D	35	30	9,0	6,8	−2.1	−2.8	til	−1.4	−0.6	< 0.001
RSES-T	34	31	19,8	21,9	2,1	0,6	til	3,6	0.5	0.008

BDI-II	31	27	25,6	20,8	−4.9	−7.6	til	−2.1	−0.5	0.001
BSQ	30	26	40,7	37,4	−3.4	−5.8	til	−0.9	−0.2	0.01
ACQ	29	25	42,3	41,8	−0.5	−4.8	til	3,7	−0.0	0.8
SIAS	31	27	41,4	38,5	−2.9	−6.5	til	0,7	−0.2	0.11
SPS	31	27	38,9	34,8	−4.1	−8.7	til	0,5	−0.3	0.08

Merknad. * For alle skjema utenom RSES-T indikerer negative verdier forbedring. ** Standardisert effektstørrelse, definert som differansen T2 − T1 delt på det estimerte standardavviket som måler variasjonen mellom individer ved T1. Forkortelser brukt: T1: Inklusjonstidspunkt, T2: Etter fullført gruppebehandling, KI: Konfidensintervall, HADS-T: Hospital Anxiety and Depression Scale – totalskår, HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – angstskår, HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – depresjonsskår, RSES-T: Rosenberg Self-Esteem Scale – totalskår, BDI-II: Beck Depression Inventory 2. utgave – totalskår, BSQ: Body Sensations Questionnaire – totalskår, ACQ: Agoraphobic Cognitions Questionnaire – totalskår, SIAS: Social Interaction Anxiety Scale – totalskår, SPS: Social Phobia Scale – totalskår

Selv om de fleste pasientene viste reduserte symptomnivå og økt selvfølelse, var det spredning innad i gruppen. Som vist i figur 2 rapporterte en del deltagere om uforandret symptomnivå. Noen ble verre i løpet av behandlingsperioden.



Figur 2 Endring på individnivå for symptom- og selvfølelsesskårer (n = 24–31). *Merknad:* Hvert punkt svarer til ett individ. Gjennomsnittlig endring er markert med loddrette streker. For alle skjema utenom RSES-T indikerer negative verdier forbedring. *Forkortelser brukt:* HADS-T: Hospital Anxiety and Depression Scale – totalskår, HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – angstskår, HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – depresjonsskår, RSES-T: Rosenberg Self-Esteem Scale – totalskår, BDI-II: Beck Depression Inventory, 2. utgave – totalskår, BSQ: Body Sensations Questionnaire – totalskår, ACQ: Agoraphobic Cognitions Questionnaire – totalskår, SIAS: Social Interaction Anxiety Scale – totalskår, SPS: Social Phobia Scale – totalskår

Antall deltagere som møtte hver gang, varierte fra tre til ti, med et gjennomsnitt på seks. Alle med angstdiagnose fullførte gruppebehandlingen og 14 (av 17) med depresjon. De fire som sluttet, møtte stort sett kun i starten, én eller to ganger, og hadde hatt mellom én og fire tidligere behandlingsforløp. For nesten halvparten (45 %) av pasientene ble behandlingsforløpet avsluttet etter deltagelse i gruppen. De ble henvist til oppfølging hos fastlege. De andre fikk tilbud om oppfølging i spesialisthelsetjenesten, der de fleste av disse (11 av 17) fortsatte i poliklinikk.

Kvalitative data

Vi presenterer først en helhetsforståelse og deretter tre meningsbærende temaer som sammenfatter deltagernes erfaringer med gruppebehandlingen. Helhetsforståelsen ble samlet i ett utsagn som ble brukt av et flertall: *trygt, lærerikt og utfordrende*. Utsagnet uttrykker deltagernes positive erfaringer med innholdet og organiseringen av gruppebehandlingen samt balansen mellom de ulike innholdskomponentene som de opplevde ga nyttig læring. Deltagerne hadde få endringsforslag til opplegget. Noen få etterlyste mer konkret utfordring og veiledning om hvordan en skal håndtere egne vansker: «Kanskje litt mer om noe du selv kan gjøre mot depresjon.» De satte pris på å bli kjent med andre. Pasientene som møtte stabilt, skrev at gruppebehandling ga et annet utbytte enn individuelle samtaler. Det ble ikke funnet kjønnsforskjeller i beskrivelsene.

Presentasjon av kvalitative data

Helhetsforståelse: trygt, lærerikt og utfordrende

Tre meningsbærende tema:

- Undervisning ga økt kunnskap og forståelse
- Kroppslig erfaring gjennom øvelser
- Tilhørighet i et trygt fellesskap

Tema 1: Undervisning ga økt kunnskap og forståelse

Deltagerne fremhevet at undervisningen ga økt kunnskap og forståelse, slik en uttrykte det: «*Meget bra, lært mye nyttig i forhold til de tingene jeg sliter med i hverdagen.*» Tema som den kognitive modell, angst, depresjon, stress, rus, kosthold og søvn ble trukket fram som særlig lærerikt. Ernæring ble av noen opplevd som et sårt og vanskelig tema. Et flertall var fornøyd med undervisningen, men noen få syntes den tok for mye plass.

Tema 2: Kroppslig erfaring gjennom øvelser

Øvelser ble av et flertall beskrevet som bra og hjelpsomme. Spesielt likte deltagerne å lære tiltak de kunne anvende i hverdagen i møte med stress eller søvnvansker: *«triks som kan roe deg ned om kvelden.»* Noen få skrev at øvelser kunne være nyttige og samtidig utfordrende: *«Litt skummelt, men også bra at vi gjør dem slik at vi lærer så godt at vi kan gjøre dem hjemme.»* Øvelser ble av noen få opplevd som negativt, de var stressende eller kunne oppleves flaue.

Tema 3: Tilhørighet i et trygt fellesskap med likesinnede

Et flertall av deltagerne fremhevet spesielt det å kjenne seg trygg i en gruppe med likesinnede. Atmosfæren og stemningen ble beskrevet som god og inkluderende. Deltagerne hadde ulike forventninger til gruppebehandlingen. For noen ble det å delta i gruppen bedre enn forventet: *«Trodde ikke jeg kom til å trives, men det gjorde jeg.»* Utvikling av trygghet som en prosess ble beskrevet slik: *«Jeg var nervøs, men det ble bedre når jeg skjønte at vi var i samme situasjon.»* Omtrent halvparten hadde tenkt på forhånd at de var alene om å ha det vanskelig, slik en sa: *«Har fått eit anna syn på ting, eg trudde eg var aleine.»* Det å møte andre i samme situasjon ga for et flertall gjenkjennelse og ny læring: *«Fint å høre lignende problemer fra andre perspektiver.»* Å lytte til andres erfaringer ble beskrevet som greit, interessant eller som høydepunktet. For noen få bidro det til økt framtidstro, slik en uttrykte det: *«Det har vært motiverende for at jeg vil klare meg bedre»*, selv om flere problem gjenstod: *«det er ikke*

livsforandrende, men det hjelper.» For omtrent halvparten var det lettere å drøfte generelle tema enn å dele personlige erfaringer. Noen få beskrev samtalene som en for stor utfordring: *«Ukomfortabel hver gang, visste aldri hva jeg skulle si»,* eller de var usikre på om de hadde tatt for mye plass i gruppen.

Diskusjon

Denne studien ble startet for å prøve ut en ny selvstendig behandlingsmodell for tidlig hjelp til unge voksne i allmennpsykiatrisk poliklinikk. De 35 pasientene som deltok, hadde en gjennomsnittsalder på 21 år og representerte den spesielle livsfasen i overgangen mellom ungdom som forsørges og går på VGS, til en mer selvstendig voksentilværelse. Den høye andelen tidligere behandlingsforløp og det at såpass mange ikke hadde fullført VGS, indikerer en relativt høy grad av psykiske vansker og nedsatt fungering over tid. Symptomtrykket bekreftes ved at gjennomsnittsskårer på selvrapporteringsskjemaene før oppstart jevnt over lå i det kliniske området for angst og depresjon. Totalskår for BDI-II mellom 20–28 vurderes å tilsvare moderat depresjon (Beck et al., 1996). Delskår for HADS-A og HADS-D mellom 11 og 14 vurderes som moderate symptomer, men anbefalinger om videre utredning varierer fra 8–22 for totalskår HADS-T (Leiknes et al., 2016). Selv om det mangler studier som kartlegger symptomnivå for aldersgruppen 18–25 år, viste en studie av ungdom mellom 13 til 18 år i psykisk helsevern tilsvarende verdier, med cut-off for BDI-II på 23 for klinisk depresjon (Dolle et al., 2012). Depresjonssymptomene så ut til å bedres i større grad enn angstsymptomene, med effektstørrelser for depresjon innenfor det som klinisk regnes som middels stor effekt. Dette kan ha sammenheng med at gruppebehandlingen ble mer støttende, ivaretagende og for generell og lite virksom som målrettet angstbehandling (Berge & Repål, 2015). En annen mulig forklaring for mindre effekt på angstlidelser kan være at de debuterer tidlig i ungdomsårene (Helsedirektoratet, 2015; Kessler et al., 2005) og vil prege ungdommens generelle fungering i større grad enn depresjoner, som ofte debuterer senere i livet og er mer episodisk av natur (Kessler et al., 2005; World Health Organization, 2000). Det var stabilt oppmøte i gruppene, også av menn. Alle med angstlidelse og de fleste med depresjonsdiagnose fullførte gruppebehandlingen. Deltagerne rapporterte om økt selvfølelse etter endt gruppebehandling, og trakk fram betydningen av å få ny kunnskap og å lære øvelser som de kunne anvende for å mestre hverdagen bedre. Å bli trygg og føle seg inkludert i gruppen var viktig for å kunne utfordre seg selv til å delta i gruppen.

Undervisning og kunnskapsformidling for pasienter er nedfelt i lovverk og veiledere (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; Sosial- og helsedirektoratet, 2009). Rekkefølge, utforming og omfang av undervisningen varierte noe fra gruppe til gruppe, men emnene har vært de samme. Selv om det varierte hvilke tema den enkelte opplevde som mest betydningsfulle, så undervisning og øvelser i gruppe ut til å gi økt kunnskap om egne vansker og ferdigheter, slik at en håndterte problem bedre. Dette samsvarer med andre studier (Bevan Jones et al., 2018; Karlsson & Linnerud, 2009; Skjelstad et al., 2015; Aagaard et al., 2017).

Vi erfarte at øvelser med oppmerksomhet på kroppen kunne være utfordrende, noe som kan ha sammenheng med lite fysisk aktivitet i hverdagen, eller at oppmerksomhetsøvelser var uvant og dermed førte til økt angst. Denne vurderingen bidro til at øvelsene ble gitt minst tid sammenlignet med omfang av undervisning og samtaler. Gruppedeltagerne drev med lite fysisk aktivitet og hadde få faste aktiviteter i hverdagen utenom gruppebehandlingen. Det kan

også tenkes at deltagerne strevde med å ha en ikke-dømmende oppmerksomhet mot kroppen (Dundas et al., 2013).

I gruppene ble det jobbet strukturert med å etablere trygghet og stabilt oppmøte. Pasientene fortalte om tidligere negative relasjonserfaringer og psykiske vansker over tid. Alle deltagerne deltok i samtalene i gruppebehandlingen hver gang, selv om grad av aktivitet varierte. De som ikke delte sine synspunkt spontant, ble utfordret av gruppelederne. Våre erfaringer tyder på at deltagerne opplevde undervisningen mer angstdempende enn samtalene. Å bruke mer tid på undervisning i starten av samlingen kunne således bidra til økt trygghet. Etter veiledning og hjelp til samtaletrening i gruppen kan det se ut som denne erfaringen førte til en opplevelse av tilhørighet i gruppen og et mer nyansert syn på seg selv. Det at noen ønsket mer tid til samtale når de hadde blitt trygge, måtte tilpasses hele gruppens behov, da det var stor variasjon innad i gruppene på hvor mye vekt den enkelte ønsket på samtale. Betydningen av gode samspillserfaringer i gruppe og møte med likesinnede trekkes fram som viktig for opplevelsen av samhørighet med andre (Borge, 2013; Rossberg et al., 2006; Skjelstad et al., 2015). En studie av pasienterfaringer med temabasert samtalegruppe i allmennpsykiatrisk døgnavdeling fant at pasientene fikk økt forståelse av seg selv etter at de hadde utvekslet erfaringer med andre i et støttende sosialt fellesskap (Hassel et al., 2016). Dette er også vist for ungdom med psykiske vansker, hvor det å møte jevnaldrende ble vurdert som viktig i behandlingsprosessen (Gjesvik et al., 2018).

Psykoedukasjon og øvelser kan ha gitt ny forståelse for hvordan man forholder seg til egne vansker, og derved bidratt til mer håp for framtiden (Karlsson & Linnerud, 2009; Skjelstad et al., 2015; Aagaard et al., 2017). Opplevelse av tilhørighet i en trygg gruppe med jevnaldrende som hadde lignende vansker som dem selv (Borge, 2013; Gjesvik et al., 2018; Hassel et al., 2016), kan være med å forklare redusert depresjon og økt selvfølelse, siden omtrent halvparten hadde tenkt på forhånd at de var alene om å ha det vanskelig. Pasientene ble oppfordret til å reflektere over notatene fra undervisningen og gjøre noen øvelser til neste samling. Vi erfarte at få gjorde dette, og vi valgte å ikke insistere på det for ikke å legge vekt på prestasjoner og tone ned negative assosiasjoner til det som kunne minne om lekser, noe som trolig er forbundet med negative mestringsopplevelser. Vi vektla i stedet at de møtte stabilt, også når de var uforberedt, siden så mange hadde negative erfaringer med sin egen rolle i gruppe med jevnaldrende. Det ble vurdert at det å møte stabilt var en stor nok utfordring for et flertall av deltagerne. Hver samling varte i 90 minutter. Dette kan ha bidratt til at *pasientene* erfarte redusert angst utover i sesjonen, men ikke til redusert angst i løpet av oppfølgingsperioden.

Vi fant reduksjon av selvrapporterte depresjonssymptomer og bedring i selvfølelse hos de fleste pasientene i oppfølgingsperioden. Nesten halvparten av deltagerne avsluttet kontakten med spesialisthelsetjenesten etter gruppebehandlingen. Det kan se ut til at en relativt avgrenset gruppebehandling basert på elementer av kognitiv terapi, psykoedukasjon, øvelser og samspillstrening kan ha bidratt til bedring av depresjon og selvfølelse for deltagerne, men ingen reduksjon av angst. Pasientenes erfaringer kan tyde på at de følte seg sett og forstått, noe som kan være viktig for å ha håp for framtiden (Lockertsen et al., 2020). To av gruppene bestod av flere menn enn kvinner. Det er interessant at det var omtrent like mange menn som kvinner som deltok, og møtte stabilt, siden det er kjent at menn i mindre grad oppsøker hjelpeapparatet (Kjelvik, 2006).

Metodesvakheter

Studien har metodiske begrensninger. Det var få personer med, og det manglet kontrollgruppe. Symptombedringen kan ha sammenheng med flere faktorer enn deltagelse i gruppebehandlingen, for eksempel medikamentell behandling, individuell behandling eller andre forhold i pasientens liv som vi ikke hadde systematisk informasjon om. Resultatene kan ikke uten videre generaliseres, og det vil være behov for mer forskning på virksomme behandlingselementer hos unge voksne i allmennpsykiatrisk poliklinikk. Deltagernes stemmer har dog en troverdighet i seg selv (Larsen et al., 2006). Det kan diskuteres om de mindre utdypende svarene i pasienterfaringsskjemaene etter gjennomført gruppe representerer tilstrekkelig dybde, variasjon og bredde, som ofte kjennetegner kvalitative intervju (Malterud, 2017). Samtidig er kortfattede svar ganske vanlig hos mange unge voksne vi møter i spesialisthelsetjenesten, ut fra vår kliniske erfaring. Det er en svakhet at gruppebehandlingen ikke tok utgangspunkt i en manual for transdiagnostiske grupper for angst og depresjon (Barlow et al., 2017), så våre funn kan ikke sammenlignes direkte med andre studier av slike grupper. En klinisk travel hverdag var grunnen til at dette ikke ble gjort. En fordel med å følge en utarbeidet manual for transdiagnostiske grupper er at disse inneholder spissede intervensjoner for behandling av angst. En annen fordel med modellen er at den kombinerer klassiske KAT-teknikker og mindfulness-øvelser. Øvelsene kan bidra til mer bevissthet på hva en ikke-dømmende oppmerksomhet innebærer, som en hensiktsmessig måte å håndtere angst og ubehag på. Studien er gjennomført i en lokal kontekst, og førsteforfatter var delaktig i gruppebehandlingen. Forskerens tilstedeværelse kan ha påvirket resultatene ved at deltagerne ble mer bundet, eller ved at de trakk fram det de trodde ble forventet av dem. Denne nærheten kan også være en styrke, da flere møter med pasientene ga muligheter for å inkludere de muntlige tilbakemeldingene fra deltagerne i datamaterialet. En annen styrke ved studien er at to uavhengige forskere deltok i analyseprosessen, både av de kvantitative dataene (KOH) og av de kvalitative dataene (LB).

Kliniske implikasjoner

Gruppebehandlingen kan videreutvikles i tråd med de enkelte deltagernes behov for å lære flere strategier for hjelp til selvhjelp i hverdagen. Det er mulig å utfordre deltagere til å lage personlige målsettinger for å utfordre angstsymptomer, og samtale i gruppen kan også ha mer vekt på hvilke erfaringer en har gjort seg siden sist (hjemmearbeid), som er vanlig i kognitiv terapi (Berge & Repål, 2015). Dette «kravet» må tilpasses pasientenes trygghetsopplevelse, slik at oppgaven ikke blir så overveldende at de slutter, og det kan være nødvendig å utvide til flere samlinger ut fra en vurdering av at sårbare unge voksne trenger tid til å bli trygge på at det nytter å jobbe videre med sine vansker. Gruppebehandling kan være en utprøvingsarena for unge voksne som trenger støtte og konkret veiledning i å møte andre i samme situasjon, og den kan bidra til økt sosial mestringsopplevelse og symptomreduksjon. Bruk av gruppe i allmennpsykiatrisk poliklinikk kan være ressursbesparende og faglig inspirerende for personalet (Bjerke, 2018) og bidra til økt selvstendighet for pasientene.

Konklusjon

Så vidt vi vet, er dette den første studien som har undersøkt en tilpasset gruppebehandling spesifikt for de aller yngste pasientene i «voksenpsykiatrien». Psykometriske mål viste en reduksjon av depressive symptomer og økt selvfølelse, men ikke en reduksjon av angst. Deltagerne opplevde at gruppebehandlingen var betydningsfull og ga nye perspektiv på eget liv. Erfaringene med en forholdsvis kortvarig gruppebehandling basert på elementer fra

kognitiv terapi kan tyde på at undervisning, øvelser og særlig samtaletrening sammen med likesinnede i et trygt gruppemiljø kan være passende og gjennomførbare intervensjoner for unge voksne. Det er viktig med mer kunnskap om hvilke spesifikke faktorer som kan forebygge utvikling av videre psykisk lidelse i den sårbare overgangsfasen mellom ungdoms- og voksenliv.

Takksigelser

Vi ønsker å takke psykologspesialist Mari Strand for viktige bidrag i utviklingen og gjennomføringen av gruppebehandlingen. Førsteforfatter har mottatt stipendmidler fra Fagsenter for pasientrapporterte data, FoUavdelingen, Haukeland universitetssjukehus og fondsmidler fra Norsk forening for kognitiv terapi.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 7, 2021, side 568-579

TEKST

Eva Try, Institutt for helse- og omsorgsvitskap, Høgskulen på Vestlandet og Haukeland universitetssjukehus HF, DPS Kronstad

Anne Halmøy, Haukeland universitetssjukehus HF, DPS Kronstad og Institutt for klinisk medisin 1, UiB

Karl Ove Hufthammer, Kompetansesenter for klinisk forsking, Haukeland universitetssjukehus

Lisbet Borge, Fakultet for helsefag, VID vitenskapelige høgskole

+ Vis referanser

Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M. & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychotherapy Research, 30(8), 965–982. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. JAMA psychiatry, 74(9), 875–884. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). (2. utg., Bd. 1). https://doi.org/10.1037/t00742-000

Bentley, K. H., Boettcher, H., Bullis, J. R., Carl, J. R., Conklin, L. R., Sauer-Zavala, S., Pierre-Louis, C., Farchione, T. J. & Barlow, D. H. (2018). Development of a Single-Session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. BehaviorModification, 42(5), 781–805. https://doi.org/10.1177/0145445517734354

Berge, T. & Repål, A. (2015). Håndbok i kognitiv terapi (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Bevan Jones, R., Thapar, A., Stone, Z., Thapar, A., Jones, I., Smith, D. & Simpson, S. (2018). Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. Patient Education and Counseling, 101(5), 804–816. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.015

Bjerke, S. (2018). Gruppeterapi. Grunnleggende om hvorfor og hvordan. Gyldendal Norsk Forlag.

Borge, L. (2013). Den psykiatriske institusjon som et sted for læring i tid og rom – en kvalitativ studie av pasienters og ansattes erfaringer [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo. http://urn.nb.no/URN:NBN:no-40494 https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0122

Borge, L. (2018). De små tingenes betydning. Tidsskrift for Den norske legeforening, 138(3), 215. https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0029

Broad, K. L., Sandhu, V. K., Sunderji, N. & Charach, A. (2017). Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. BMC psychiatry,

17(1), 380. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(6), 1090–1097. https://doi.org/10.1037//0022-006X.52.6.1090

Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V. & McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 193(6), 477–484. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934

Dolle, K., Schulte-Körne, G., O'Leary, A. M., von Hofacker, N., Izat, Y. & Allgaier, A.-K. (2012). The Beck depression inventory-II in adolescent mental health patients: cut-off scores for detecting depression and rating severity. Psychiatry Research, 200(2–3), 843–848. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.011

Dundas, I., Ravnanger, K., Vøllestad, J. & Binder, P. E. (2013). Hvordan kan oppmerksomt nærvær hjelpe ved rusproblemer. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50(3), 194–200. Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelserapporten. Helsetilstanden i Norge.

Garvik, M., Idsoe, T. & Bru, E. (2014). Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course. Emotional and Behavioural Difficulties, 19(2), 195–209. https://doi.org/10.1080/13632752.2013.840959

Gjesvik, K. H., Stänicke, L., Gudmestad, M. & Dragland, L. (2018). Gruppeterapi for ungdom. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 55(1), 30–35.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today, 24(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49(3), 247–252.

Hassel, A.-M. F., Hilstad, L. & Alteren, J. (2016). Being in a relationship with oneself and others. Patient experiences with theme-based conversation group in a general psychiatric ward [Å være i relasjon med seg selv og andre. Pasientens erfaringer med temabasert samtalegruppe i allmennpsykiatrisk døgnavdeling]. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 13(3), 188–199. https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-03-02

Helsedirektoratet. (2009a). Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. (IS-1592).

Helsedirektoratet. (2009b). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561).

Helsedirektoratet. (2015). Psykisk helsevern for barn og unge. Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge.

Helsedirektoratet. (2017). Distriktspsykiatriske tjenesten 2017. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten (IS-2825).

Karlsson, B. & Linnerud, T. S. (2009). Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser – pasienters opplevde utbytte. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 6(03), 204–214. https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2009-03-02

Keles, S. & Idsoe, T. (2018). A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. Journal of Adolescence, 67, 129–139. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Kjelvik, J. (2006). Kompetanseløft og kostnadsvekst i helsesektoren. Samfunnsspeilet, 20, 21–27.

Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratet. https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/dps/rapporter/brukermedvirkning-i-psykisk-helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplan-for-psykisk-helse

Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K. & Siqveland, J. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (8280827072). Folkehelseinstituttet.

Lockertsen, V., Nilsen, L., Holm, L. A. W., Ro, O., Burger, L. M. & Rossberg, J. I. (2020). Experiences of patients with anorexia nervosa during the transition from child and adolescent mental health services to

adult mental health services. Journal of Eating Disorders, 8(1), 37. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00313-4

Lopez-Lopez, J. A., Davies, S. R., Caldwell, D. M., Churchill, R., Peters, T. J., Tallon, D., Dawson, S., Wu, Q., Li, J., Taylor, A., Lewis, G., Kessler, D. S., Wiles, N. & Welton, N. J. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. Psychological Medicine, 49(12), 1937–1947. https://doi.org/10.1017/S003329171900120X

Mallinckrodt, C. H., Clark, W. S. & David, S. R. (2001). Accounting for dropout bias using mixed-effects models. Journal of biopharmaceutical statistics, 11(1–2), 9–21. https://doi.org/10.1081/BIP-100104194

Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg.). Universitetsforlaget.

Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. Behavior Research and Therapy, 36(4), 455–470. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6

Mohammadi, A., Birashk, B. & Gharaie, B. (2013). Comparison of the effect of group transdiagnostic therapy and group cognitive therapy on anxiety and depressive symptoms. Iranian Journal of Public Health, 42(1), 48–55. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514901

Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A. & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(3), 552–562. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8698949 https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.552

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63.

Okumura, Y. & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 164, 155–164. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.023

Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Islam, Z., Harley, K. & Singh, S. P. (2013). Transfers and transitions between child and adult mental health services. The British Journal of Psychiatry, 202(s54), s36–s40. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119198

Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D. & R Core Team. (2020). nlme: Linear and Nonlinear Mixed Effects Models. R package version 3.1-149. https://CRAN.R-project.org/package=nlme

R Core Team. (2020). R: A language and environment for statistical computing. Foundation for Statistical Computing. https://www.R-project.org

Rossberg, J. I., Melle, I., Opjordsmoen, S. & Friis, S. (2006). Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. Nordic Journal of Psychiatry, 60(2), 176–180. https://doi.org/10.1080/08039480600583894

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Journal of clinical psychiatry, 59(20), 22–33. https://doi.org/10.1037/t18597-000

Siqveland, J. & Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory, 2. utgave (BDI II). PsykTestBarn, 1(5), 1–6. https://doi.org/10.21337/0005

Skjelstad, D. V., Norheim, I., Reiersen, G. K. & Mjøsund, N. H. (2015). Psykoedukasjon i gruppe for personer med bipolar lidelse. Presentasjon av en kursmodell, deltagernes tilfredshet, og implementeringserfaringer. Tidskrift for Norsk psykologforening, 52, 1041–1050.

Skre, I. & Friborg. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a norn-randomized cluster. BioMedCentral Public Health. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-873

Sosial- og helsedirektoratet. (2009). Psykisk helsevern for voksne. Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. (IS-1388).

von Soest, T. (2005). Rosenbergs selvfølelsesskala: validering av en norsk oversettelse. Tidskrift for Norsk psykologforening, 42(3), 226–228.

Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. Dialogues Clin Neurosci, 17(3), 347–351. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26487815 https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/lwolgensinger

World Health Organization. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bulletin of the World Health Organization, 78(4), 413–426. Aagaard, J., Foldager, L., Makki, A., Hansen, V. & Muller-Nielsen, K. (2017). The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up. Nordic Journal of Psychiatry, 71(3), 223–229. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1266385 https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1266385

Aagaard, J., Foldager, L., Makki, A., Hansen, V. & Muller-Nielsen, K. (2017). The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up. Nord J Psychiatry, 71(3), 223-229. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1266385