

Gruppebehandling for menn med tilbakevendende depressiv lidelse

Mindfulness var blant temaene som mennene oppfattet som mest nyttig.

TEKST

Hanne M.K. Dahlberg

Vilde Richardsen

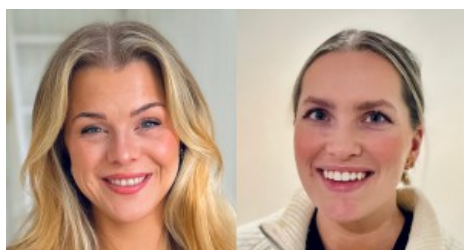
PUBLISERT 24. mai 2024

EMNER

Depresjon

gruppebehandling

Menn



Hanne M.K. Dahlberg (foto: privat) og Vilde Richardsen (foto: privat)

Depresjon er en utbredt psykisk lidelse, og mange av pasientene i spesialisthelsetjenesten har hatt mer enn én depressiv episode i løpet av livet. Tilbakevendende depressiv lidelse karakteriseres ved gjentatte episoder med depresjon, uten tidligere episoder med hevet stemningsleie og overaktivitet som oppfyller kriterier for mani (World Health Organization [WHO], 2011). Mange vil oppleve en depresjon i løpet av livet, men kjønnsforskjellene er store. Studier fra både vestlige og ikke-vestlige land angir at kvinner er dobbelt så ofte diagnostisert med depresjon sammenlignet med menn (WHO, 2017). I Norge får 7–12 prosent av alle menn og 15–25 prosent av alle kvinner en depressiv episode i løpet av livet som krever behandling (Midtgård, 2020). Det er verdt å merke seg at dette gjelder diagnostisert depressiv episode. Det kan ikke utelukkes at det er mørketall for menn og depresjon, da menn langt sjeldnere oppsøker helsetjenester enn kvinner (Statistisk sentralbyrå, 2021). Tall fra Samdata forteller at nesten 120 000 kvinner i aldersgruppen 18 pluss, mot bare 80 000 menn, var i behandling innenfor psykisk helsevern i 2020 (Helsedirektoratet, 2020). Til tross for at flere kvinner oppsøker helsetilbudet, går i behandling og diagnostiseres med depresjon hyppigere enn menn, er to tredjedeler av de 500–600 som dør av selvmord i Norge hvert år, menn (Folkehelseinstituttet, 2021).

Mange flere kvinner oppsøker helsehjelp for depresjon. En kan undre seg over om kvinner generelt har større risiko for å utvikle depresjon, eller om det også kan handle om menns holdning til å søke profesjonell hjelp for plagene sine. Da vi skulle starte opp et gruppetilbud for pasienter med tilbakevendende depressiv lidelse ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø, ventet vi at det ville være en overvekt av kvinner som ble henvist. Det interessante var at det kun ble henvist menn til tilbudet, og gruppen besto til slutt av kun mannlige deltakere. Dette synes vi var såpass spennende og nytt – især fordi vi ofte hører at det er en overvekt av kvinner som oppsøker behandling – at vi ønsker å dele våre erfaringer fra gruppen.

Utvikling av gruppetilbudet

Gruppetilbudet ble opprinnelig startet ved voksenpsykiatrisk poliklinikk på Silsand, som er et DPS tilhørende Universitetssykehuset Nord-Norge. Her ble gruppetilbudet utformet og ledet av psykolog Sarah Dalan og psykolog Hanne M.K. Dahlberg. Bakgrunnen for utviklingen av tilbudet på Silsand var et ønske om å utvide et allerede eksisterende tilbud ved allmennpoliklinikken, som hadde en pågående gruppe med fokus på selvhevdelse. Vi ønsket i tillegg å skape et tilbud for pasienter med tilbakevendende depressiv lidelse, en pasientgruppe som ofte har flere individuelle terapiforløp i behandlingshistorikken. Til forskjell fra depresjonskurs som gjennomføres i kommunen, ble vårt tilbud utviklet for personer med såpass alvorlige depresjonsplager at tilstanden var rettighetsvurdert innenfor spesialisthelsetjenesten. Gruppen på Silsand gikk over elleve uker, og pasientene pauset enten sin individualterapi eller var i avslutningsfasen av den. Den første gruppen på Silsand besto av fem kvinner og en mann.

Faglig orientering

Vi utviklet gruppen på Silsand som en hybrid mellom kurs og gruppeterapi, med 50/50 fokus på psykoedukasjon og dialog mellom gruppedeltakerne og gruppelederne. Den psykoedukative delen var eklektisk sammensatt med komponenter fra kognitive undergrupper som Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og metakognitiv terapi. I den psykoedukative delen brukte vi også noen komponenter fra emosjonsfokusert terapi. Alle tre er evidensbaserte terapiretninger for behandling av depresjon (Bai et al., 2020; Greenberg & Watson, 2022; Normann & Morina, 2018). I tillegg kan spesielt ACT og metakognitiv terapi fint kombineres, da de har til felles hvordan en skal håndtere og møte utfordringer. Både metakognitiv terapi og ACT har elementer av mindfulness, som ble brukt i gruppetilbudet. Enkelte studier viser at kognitiv terapi basert på mindfulness har større effekt på depressive symptomer sammenlignet med metoder som ikke inkluderer mindfulness-intervensjoner (Van Aalderen et al., 2011). Vårt mål var at deltakerne skulle forstå de depressive plagene sine og få verktøy til å håndtere depresjon og forebygge senere episoder.

Depresjonsgruppe i Tromsø

Vi ønsket etter hvert å gjennomføre gruppetilbudet ved en poliklinikk i Tromsø. Gruppen hadde samme temaer som på Silsand, men med modifikasjoner av innholdet de ulike dagene basert på tilbakemeldinger på at det kunne vært mindre psykoedukasjon og mer dialog innad i gruppen. Én ekstra kurs-gang ble lagt inn for å gå nærmere inn i depresjon og angst, som også var et ønske i første gruppe. Istedenfor å anvende mindfulness kun en gang brukte vi det nå i hvert møte, i form av 5–10 minutters øvelse.

Deltakerne

Gruppen var for personer som enten hadde tilbakevendende depressiv lidelse som hoveddiagnose, eller bipolar lidelse hvor aktuell episode var depressiv og ikke hypomani/mani. Det var åpent for alle kjønn og uansett alder. Deltakerne måtte være motivert til å delta i gruppen over tolv uker. De kunne henvises uavhengig av hvor de befant seg i individualterapien. Alle henvisninger vi fikk til gruppen, gjaldt mannlige pasienter, og de ble henvist internt fra poliklinikken. Etter å ha vurdert henvisningene satt vi igjen med åtte deltakere. Alder varierte fra 24 til 57 år. Alle hadde gjennomgått basisutredning forut for gruppen, som ofte ikke inkluderer personlighetsutredning. Syv av åtte deltakere fullførte.

Gangen i gruppetilbudet

Gruppen gikk over tolv uker. Hver økt varte i én time og 45 minutter. Fast innhold for hvert møte var en presentasjon av dagens tema, etterfulgt av en runde med deling, hvor deltakerne kunne si noe om hvordan de hadde det, tanker siden sist eller andre ting de ønsket å dele med gruppen. Vi gikk deretter i gang med dagens tema, hvor det alltid var et innslag av psykoedukasjon før vi åpnet for mer fri samtale. Etter pausen alle dager gjorde vi en mindfulness-øvelse. Øvelsen ble gjennomført både for å komme tilbake til her og nå etter pause og for å skape kontinuitet i en ferdighet vi oppfordret deltakerne til å øve seg på.

Oppbygningen av gruppetilbudet

1. Bli kjent, forventninger, grupperegler
2. Kjennetegn ved depresjon
3. Årsaker til depresjon
4. Depresjon og angst
5. Avspenning og oppmerksomt nærvær
6. Grubling og bekymring
7. Aktivitet og depresjon
8. Følelser og selvmordstanker
9. Søvn
10. Depresjon og forholdet til familie og venner
11. Oppsummering: forebygging av depressive episoder
12. Veien videre, tilbakemeldinger

Våre erfaringer

Å utforme et gruppetilbud for tilbakevendende depressiv lidelse i poliklinikk er ikke i seg selv revolusjonerende. Det som ble spesielt for oss, var at gruppen bare besto av mannlige pasienter, siden det er kjent at det er en overvekt av kvinner som oppsøker behandlingsapparatet. Vi vet ikke hvorfor kjønnsfordelingen ble homogen. Vi har spekulert på om det kan handle om forskjeller mellom hvordan menn og kvinner presenterer problemene sine når de kommer i poliklinisk behandling og behandleres forståelse av pasientene ut ifra problembeskrivelsen. Vi lurer på om kvinner med depresjonsdiagnoser i større grad, eller hurtigere, forteller behandler om underliggende problematikk, som så blir temaet for individualterapien, og at kvinnene dermed ikke ble vurdert som kandidater for depresjonsgruppen av individualbehandler.

Inklusjonskriteriene til gruppen var at pasientene skulle ha hatt flere enn én depressiv episode gjennom livet og være diagnostisert med tilbakevendende depressiv lidelse. Det vi har erfart gjennom poliklinisk praksis, er at personer som får depresjonsdiagnose, ofte har underliggende vansker som tidligere traumatiske erfaringer, relasjonelle utfordringer, sosial engstelse, lav selvfølelse, smerte-problematikk, ensomhet eller problemer knyttet til lav sosioøkonomisk status. Ut ifra diagnosekriteriene vil en moderat/alvorlig depresjon ofte ha forrang foran mange andre problemområder. Den underliggende problematikken, særlig hos menn som bruker lengre tid på å åpne seg, kan ende med å bli «kamouflert» av en depressiv episode, som utviklet seg som en konsekvens av det pasienten grunnleggende sett sliter med.

Konkrete råd og verktøy

«... i mannsgruppen brukte de lengre tid på å være aktivt deltakende og åpen»

Sammenlignet med grupper med flere kvinner erfarte vi at mannsgruppen i enda større grad var opptatt av å bruke og få informasjon om konkrete råd og verktøy. De stilte oss gruppeledere flere konkrete spørsmål, for eksempel hvordan gå frem for å mestre grubling, bekymring og søvnplager. Paradoksalt nok ga mange tilbakemelding ved avslutning om at de kunne ønsket seg mindre psykoedukasjon i gruppen. Grunnen kan være at deltakerne ved avslutning opplevde mer trygghet i gruppen, både når det gjaldt å dele og å kunne motta innspill fra de andre deltakerne. Det å holde seg til det konkrete med råd og tips kan ha gitt en trygghet i starten av gruppeforløpet. Tilliten var enda ikke bygget opp, men etter hvert som deltakerne ble bedre kjent, utviklet behovet seg til noe annet. En annen erfaring var at i mannsgruppen brukte de lengre tid på å være aktivt deltakende og åpen enn i den kvinnedominerte gruppen. Etter hvert observerte vi det som er nevnt over: at deltakerne ble mer komfortable og trygge på hverandre ved at de delte erfaringer, råd og ga støtte. Vi opplevde det sistnevnte som en positiv

overraskelse, da vi på forhånd hadde tenkt at en mannsdominert gruppe kunne bli preget av at deltakerne var stille og mer tilbakeholdne, og hvor vi som gruppeledere ville måtte lede ordet mye. Her slo fordommene våre heldigvis ikke til, og vår erfaring var at med tiden ble det en gruppe med godt klima for åpenhet.

Kvinnelig gruppeledelse

Vi lurte også på hvordan gruppen ville oppleve å ha to kvinnelige behandlere, og om det ville prege gruppedynamikken. Vi fikk ikke inntrykk av at dette var problematisk, og fikk ingen tilbakemeldinger som skulle tilsi det. Vi opplevde at det var lett å skape dialog med deltakerne, og brukte litt humor for å skape allianse og trygghet. Samtidig forsøkte vi også å utfordre dem til å være sårbare omkring vonde følelser og tanker. Det var en fin opplevelse å se at deltakerne åpnet seg, støttet hverandre og kunne stille spørsmål til hverandre som – uten å være kritisk – skapte refleksjon.

Mer om selvmord

Vi vet ut ifra dystre statistikker at langt flere menn enn kvinner dør i selvmord. Vi vet også at flere kvinner enn menn oppsøker hjelp for psykisk sykdom. Med dette i mente opplevde vi det som verdifullt at det her var samlet åtte menn med depresjon som delte sine erfaringer, snakket åpent om sine plager og støttet hverandre. Det er også verdt å merke seg at mange av deltakerne ønsket enda et møte med temaet «følelser og selvmordstanker». Dette tolker vi som et uttrykk for at det var et viktig tema for flere av deltakerne. Vår oppfatning er at vi lever i en tid hvor vi som samfunn har fokus på å få menn i tale om vanskelige tanker og følelser. For eksempel vil et raskt googlesøk som «mann, snakk om det», eller «snakk om det, mann», gi mange ulike treff. Ofte foregår samtalen våre i individualterapeutiske settinger i spesialisthelsetjenesten. Vi tenker at gruppeterapi var mer betydningsfullt for å få til et fellesskap og redusere ensomhet omkring slike tanker, enn å ha disse samtalen i det lukkede individualterapeutiske rom.

Tilbakemeldinger

Mot slutten av gruppebehandlingen hentet vi inn kvalitative tilbakemeldinger fra deltakerne, og brukte BDI-II for å evaluere symptomtrykk før og etter gruppebehandlingen. Det flertallet i gruppen var enige om som mest nyttig, var å møte andre med tilnærmet samme plager, og at de gjennom dette fikk følelsen av å ikke være alene. Når det gjaldt det helhetlige opplegget, ønsket flere enda mindre psykoedukasjon og mer dialog.

Med hensyn til det konkrete innholdet fikk vi tilbakemelding på temaet oppmerksomt nærvær/mindfulness ble oppfattet som mest nyttig. Vi ble overrasket over at deltakerne var såpass fornøyde med at vi inkluderte dette som en del av gruppetilbudet, og at de i tillegg ønsket seg enda mer av det. Da deltakerne ba om konkrete verktøy, var vi usikre på om de ville se på mindfulness som noe «alternativt». Det var nok en fordom vi som behandlere hadde, som viste seg å ikke stemme. Videre fikk vi tilbakemelding om at

deltakerne ønsket at temaet «følelser og selvmord» kunne gått over to ganger, da de opplevde dette som et viktig og nyttig tema for å forstå seg selv. Rundt halvparten av deltakerne sa de ikke kjente seg igjen da vi gjennomgikk «depresjon og angst». Flere av deltakerne hadde ikke opplevd merkverdig angst samtidig med sin depresjon.

Når det gjelder erfaringer med gruppeterapi, sa de fleste at de satt igjen med endret holdning til å gå i gruppebehandling. I starten uttrykte flere skepsis til å være åpen i en gruppe, men at de etter hvert satte mer pris på det, og at det ble lettere. Vi ønsket eksplisitt tilbakemelding på hvordan deltakerne opplevde å være en gruppe kun bestående av menn. Ingen av deltakerne ga tilbakemelding på at det hadde vært problematisk. Flere oppga at gruppedynamikken hadde fungert bra, og at homogeniteten i kjønn gjorde det enklere å snakke om enkelte temaer. Eksempelvis var det lettere å snakke om temaet «forhold til venner og familie» og generelt sett dele hvordan de hadde det i gruppen. På anonymisert tilbakemeldingsskjema oppga deltakerne at de følte seg trygge på oss som gruppeledere.

Av hensyn til personvern og at det var såpass få gruppedeltakere, ønsker vi ikke å oppgi målene fra BDI-II-kartleggingen. Siden det kan være vanskelig å evaluere utbytte basert på et rent symptomkartleggingsskjema, ville vi trolig hatt mer nytte av å bruke et prosessmål som evaluering. Det handler blant annet om at noen av de rapporterte plagene kan sammenfalle med andre, underliggende plager, slik som personlighetsproblematikk. I tillegg måler ikke BDI-II hvordan du nå mestrer symptomene. Basert på den muntlige deltakelsen var det vårt kliniske inntrykk at samtlige utviklet seg eller var i noe bedring fra start til slutt. Det er verdt å nevne at noen av deltakerne ved oppstart kjente seg igjen i diagnosen dystymi, altså en mer langvarig depresjonstilstand, og delte dette åpent i gruppen. Et annet viktig moment var at ingen av deltakerne var utredet for personlighetsproblematikk før gruppetilbudet. Dog viste det seg i etterkant at noen av deltakerne oppfylte kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. Dermed kan en undre seg om depresjon i disse tilfellene var en primær lidelse eller sekundær til personlighetsproblematikk. Dette er faktorer som bør spille inn når en vurderer pasientens bedring gjennom et såpass kortvarig tilbud. Slike diagnoser krever ofte behandling over en lengre tidsperiode.

Oppsummering

Avslutningsvis mener vi at gruppen var et vellykket prosjekt, også med et rent mannsdominert utvalg. Vi ønsker å rette en stor takk til alle deltakerne i gruppen som turte å si ja til et såpass nytt prosjekt, og for at de med sin åpenhet gjorde gruppen mulig. Vår erfaring er at det mest nyttige for deltakerne var å møte andre med tilnærmet samme plager som dem selv, og at dette ga dem følelsen av å ikke være alene. Mange hadde opplevd «oppmerksomt nærvær» som det mest nyttige temaet, og de ønsket mer fokus på følelser og selvmordstanker. De fleste ga uttrykk for at de satt igjen med endret holdning til det å gå i gruppebehandling. Da de aller fleste hadde prøvd individualterapi tidligere, ble gruppen et nytt tilbud som nesten ingen hadde forsøkt tidligere. Kanskje det viktigste av alt var at de etter hvert følte på mindre ensomhet

omkring depresjonsplagene, noe vi trenger i et samfunn hvor mange menn ofte strever i det stille.

Merknad. Deltakerne i gruppen er anonymisert og har skriftlig samtykket til publisering av teksten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 6, 2024, side 394-399

TEKST

Hanne M.K. Dahlberg

KONTAKT: hannedahlberg@hotmail.com

Vilde Richardsen

+ Vis referanser

Bai, Z., Luo, S., Zhang, L. & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. Elsevier, 260, 728-737.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>

Folkehelseinstituttet. (2021). Selvmord i Norge. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=>

Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2022). Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. Canadian Journal of Behavioural Science, 54, 152-156.

<https://doi.org/10.1037/cbs0000317>

Helsedirektoratet. (2020). Bruk av tjenester innen psykisk helsevern. Rapport <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tjenester-i-psykisk-helsevern-og-tsb-2020>.

Midtgård, S. E. (2020, 24. juni). Menn i terapi. NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/content/21411/menn-i-terapi>

Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>

Statistisk sentralbyrå. (2021). Allmennlegetjenesten [Statistikk].

<https://data.ssb.no/api/v0/no/table/10141/>

Van Aalderen, J. R., Donders, A. R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P. & Speckens, A. E. (2011). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. Psychological Medicine, 42(5). <https://doi.org/10.1017/S0033291711002054>

World Health Organization. (2011). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (10. utg.). Helsedirektoratet.

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=73978B2240D90A5F173760AA99540D4C?sequence=1>