



Betydelse av stöd från familj/vänner vid olika typer av psykoterapeutisk behandling av depression

Ulla Danielsson

Psykoterapeutprogrammet, inriktning familj

Vårterminen 2015

Examensarbete, 15 hp

Handledare: Helene Hillborg, PhD, forskning och utveckling, Landstinget Västernorrland

Biträdande handledare: Annika Ekeblad, Leg. Psykolog, PhD-stud., projektledare KIPPS, Psykiatriska kliniken, Sundsvall

Sammanfattning

Bakgrund: Depression är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa hos befolkningen världen över, med en livstidsprevalens på 15% för män och upp till 25% bland kvinnor. Det är en allvarlig och smärtsam sjukdom som orsakar mycket lidande både för den sjuke, för familjen och viktiga andra närstående. Genom att få förståelse för att en depression inte enbart drabbar den som är sjuk, finns förmodligen stora vinster att göra. Behandlingstiden kan troligen förkortas och leda till ett mer varaktigt behandlingsresultat om relationen till familj och nätverk undersöks närmare, samt att dessa involveras i behandlingen. Det är inte vanligt att familje/parterapi erbjuds inom vuxenpsykiatri, utan huvuddelen av behandling vid depression sker individuellt.

Syfte/frågeställning: Syftet med denna studie har varit att undersöka om socialt stöd från familj respektive vänner har betydelse för utfall av olika typer av depressionsbehandling (IPT/KBT).

Studien har fokuserat på följande frågeställningar:

1. Finns det samband mellan upplevt stöd och avbruten behandling?
2. Finns det skillnad i hur man upplever det sociala stödet före och efter genomförd behandling inom respektive metod?
3. Påverkar upplevelsen av det sociala stödet behandlingsresultatet?
4. Är det skillnad i upplevelse av stöd utifrån behandlingsmetod?

Metod: Studien bygger på data från en randomiserad behandlingsstudie vid depression där två olika psykoterapeutiska behandlingsmetoder jämförts; IPT och KBT. Totalt omfattar studien 35 IPT-behandlingar och 28 KBT-behandlingar.

Resultat: De som upplevde ett gott stöd från familj förbättrades i högre grad i sin depression. Det syns ingen större skillnad i behandlingsutfall utifrån metod. Man kan se en tendens i att ett sämre upplevt socialt stöd ökar risken för att behandlingen avbryts i förtid.

Slutsats: Studien ger stöd för att involvera partner/familj i depressionsbehandling.

Innehållsförteckning

Inledning	2
Diagnos och behandling vid depression	3
Kognitiv beteendeterapi	4
Interpersonell psykoterapi	4
Famijeterapi	4
Socialt stöd vid sjukdom	5
Studiens kontext	7
Syfte och frågeställningar	8
Metod	9
Deltagare.....	9
Behandlingsmetoder	11
Instrument och skattningar	11
Procedur	12
Dataanalys	12
Etiska överväganden.....	13
Resultat	13
Diskussion	18
Slutsatser/Rekommendationer	20
Fortsatt forskning	20
Referenser	21
Författarens tack	24

Inledning

Familje-/parterapi vilar på systemteoretisk grund och ett av de mest signifikanta system som människan är del i är just familjen. Att uppmärksamma det sociala stödets betydelse är således en viktig komponent i familjeterapi. Familjen och det sammanhang vi lever i har betydelse för hur vi mår och för hur de flesta av oss människor möter och hanterar svårigheter (von Bertalanffy, 1968). Det är därför viktigt att utvärdera om upplevt stöd från anhöriga och vänner har betydelse för behandling vid depression i den bemärkelsen att gott stöd ger bättre och mer hållbart behandlingsresultat och att ett upplevt sämre socialt stöd också ger sämre behandlingsresultat.

Detta är angeläget att undersöka eftersom depression har blivit något av en folksjukdom. Epidemiologiska undersökningar visar att minst 25 % av alla kvinnor och 15 % av alla män någon gång under livet kommer att drabbas av en behandlingskrävande depression. Vissa studier talar för att depressioner blivit vanligare under senare år, och att debuten sker i lägre åldrar (WHO, 2012; Alonso et al., 2004). Det är en allvarlig och smärtsam sjukdom som orsakar mycket lidande både för den sjuke, för familjen och viktiga andra närstående. Tillståndet är också förknippat med ökad risk för dödlighet. Dessutom resulterar depressionen i ekonomiska kostnader för samhället, både direkt i form av sjukvårdskostnader, men också indirekt i bortfall av arbetsförmåga (Donohue & Pincus, 2007).

Genom att få förståelse för att en depression inte enbart drabbar den som är sjuk, utan drabbar även familj och annat nätverk, så finns förmodligen stora vinster att göra i förkortad behandlingstid och i mer varaktigt behandlingsresultat om relationen till familj och nätverk undersöks närmare, samt att familj/nätverk involveras i behandlingen.

Att erbjuda familjestöd/parterapi/familjebehandling vid depression är inte vanligt förekommande inom vuxenpsykiatri, utan huvuddelen av behandling vid depression sker i olika typer av individuella psykoterapier kombinerat med farmakologisk behandling alternativt det ena eller det andra.

Diagnos och behandling vid depression

Diagnoskriterier för egentlig depression är enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000) att minst fem av följande symtom ska ha förekommit under samma tvåveckorsperiod och minst ett av de två första symtomen måste föreligga:

1. Nedstämdhet
2. Klart minskat intresse eller minskad glädje
3. Betydande viktnedgång
4. Sömnstörning
5. Psykomotorisk agitation eller hämning
6. Svaghetskänsla eller brist på energi
7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor
8. Minskad tanke- och koncentrationsförmåga
9. Återkommande tankar på döden eller återkommande självmordstankar

För att uppfylla kriterier för depression ska symtomen ha orsakat kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden (American Psychiatric Association, 2000).

Flera former av behandling används mot depression: psykoterapi, farmakologisk behandling och kombination av båda. Farmakologisk behandling med SSRI-preparat (Serotonine Selective Reuptake Inhibitor) rekommenderas ofta i depressionsbehandling, som egen behandling eller i kombination med samtalsbehandling/psykoterapi. SSRI ger generellt färre och mildare biverkningar än andra äldre läkemedel. Efter att personen tillfrisknat bör behandlingen fortsätta med oförändrad dosering i minst 6 månader, för att minska risken för återfall. Om behandlingen fortsätter under ett år minskar risken för återfall ytterligare (Läkemedelsverket 2015). Elektrokonvulsiv behandling (ECT) används ibland vid behandling av svår depression (Vårdguiden 1177, 2015).

Både Kognitiv Beteendeterapi (KBT) (Cuijpers et al., 2014) och Interpersonell psykoterapi (IPT) (Weissman, Markowitz & Klerman, 2000) har stark evidens för tidsbegränsad behandling av depression (Cuijpers et al, 2011; Cuijpers et al., 2013; de Mello et al., 2005; Elkin et al., 1989). IPT och KBT är två av de mest förekommande behandlingarna mot

depression i behandlingsriktlinjer/rekommendationer runt om i världen (WHO, 2014) och rekommenderas även av Socialstyrelsen (2010).

Kognitiv beteendeterapi

KBT, Kognitiv beteendeterapi är en aktiv behandlingsmetod där fokus ligger på här och nu. I terapin arbetar man med att lära sig att bättre uppmärksamma hur man påverkas negativt av sina tankemönster, och hur det i sin tur påverkar hur man reagerar i olika situationer. Genom sådan insikt kan man mer aktivt arbeta med att förändra hämmande tankar och beteenden, för att inte behöva leva ett liv där invanda tankar och känslor begränsar den fulla potentialen (Beck et al. 1979., Cuijpers et al. 2011., Cuijpers et al., 2013., de Mello et al., 2005., Elkin et al., 1989).

Interpersonell psykoterapi

IPT, Interpersonell psykoterapi, är en behandlingsmetod där relationer med andra står i fokus. IPT är en väg att förstå och hantera sociala sammanhang och bland annat lämpad för patienter som besväras av nedstämdhet och depression. IPT har också kallats ”köksbordsterapi”, eftersom den vid sidan av relationsfokus bygger på psykologiskt sunt förnuft. Den bygger på systematiskt insamlad klinisk erfarenhet av vad som faktiskt brukar fungera i öppenvård med patienter drabbade av depression. Grundtanken att relation och depression påverkar varandra, leder till att terapeuten hela tiden hänvisar till sådana samband då de dyker upp under terapins gång. IPT fokuserar således på att interpersonella händelser är bidragande till depressiva symtom och att depressionen påverkar livet, särskilt de viktiga relationerna (Berg 2006; Weissman, Markowitz & Klerman, 2000). IPT har ett klart relationsfokus och har av Ringborg (2013) beskrivits som liknande systemisk familjeterapi, men den bedrivs individuellt.

Familjeterapi

Ytterligare en psykoterapeutisk behandlingsmetod som visats sig ha goda resultat är familje-/parterapi (Kulman et al., 2013; Leff et al., 2000). Familjeterapi eller parterapi vilar ofta på systemteoretisk grund, dvs. att helheten är mer än delarna var och en för sig (von Bertalanffy, 1968). Lundsbye et al. (2010), beskriver i sin bok ”Familjeterapins grunder”, att när vi väljer att behandla familjen som ett system, istället för att isolera symtombäraren, utgår man från att symtomen inte så mycket finns inom individen, utan mer mellan individerna i systemet. Ett

av de mest signifikanta system som människan är del i är just familjen, vilket uppmärksammats av familjeterapins förespråkare.

Leff et al. (2000) har i en randomiserad, kontrollerad studie ("The London Depression Intervention Trial") jämfört effekten av parterapi kontra antidepressiv medicin hos patienter med depression som levde ihop med en partner. Resultaten visade "drop-outs" från medicinbehandlingen på 56,8% och endast 15 % från parterapibehandlingen. Deltagarnas depression förbättrades i båda grupperna, men parterapi visade en signifikant fördel om man tittar på skattningen i BDI, både i slutet av terapin och vid ettårsuppföljning. Forskarna drar slutsatsen att parterapi accepteras lättare än antidepressiv medicin och är minst lika effektiv.

Kulman et al. (2013), har i en studie jämfört patienter med depression som fått parterapi med en grupp patienter med depression som behandlats "som vanligt" (treatment as usual). Makarna i parterapigruppen, svarade bättre på behandlingen än i kontrollgruppen. Studien betonar vikten av att involvera partners i behandlingen av depression, att ge feedback på upplevd ångest och att prata om relationsfrågor som tillägg till att fokusera på depressionen.

Socialt stöd vid sjukdom

Sarason & Sarason (2009) ser socialt stöd från ett dubbelriktat perspektiv som integrerar vad människor har med sig till olika situationer och vad själva situationen gör med dem.

Relationer växer i en mix av "det objektiva" dvs. vad händer, och det subjektiva, dvs. vad varje person tänker på, vad den kan göra, och vad man vill uppnå. Brist på socialt stöd är en riskfaktor som kan ge många oönskade resultat, som sjukdom och oförmåga att utstå stress. Författarna menar vidare att sociala band och det stöd som dessa ger kan förändras över tid och ser tre olika varianter av socialt stöd:

1. individer som vi har intim och nära relation med,
2. sådana som vi har ett begränsat socialt utbyte med och
3. tillfälliga offentliga-/samhällskontakter.

Socialt stöd framträder i interpersonella överföringar som inkluderar mottagare och givare med egna kognitioner, känslor och beteendestil.

Cutrona (1996) konstaterar att när en partner i ett förhållande har en allvarlig sjukdom så påverkas relationen starkt. Det kan bli svårt att ge och få socialt stöd. Sjukdomen innebär en kris för båda parter. Partners bör uppmuntras att tala öppet med varandra om sina problem, farhågor och frustrationer. Båda parter kan bli överbelastade i perioder av de problem de möter, men om man möter dem tillsammans kan man mobilisera stöd för varandra och blir som ett team och finner styrka i vetskapen att det är så. Vidare menar Cutrona att på samma sätt som att människor inte är födda med kunskapen om hur man blir en god förälder, så föds man inte heller med kunskapen om hur man blir en stödjande make/maka.

Sammanfattningsvis säger Cutrona att socialt stöd är viktigt, samt att förståelse och respekt gör skillnad. Andra utanför parrelationen kan också ge stöd och öppen kommunikation är viktig. När en partner är sjuk, behöver båda socialt stöd.

Skärsäter (2002) har uppmärksammat vikten av socialt stöd för män och kvinnor som lider av depression. Skärsäter undersökte i vilken utsträckning personer med egentlig depression hade ett fungerande socialt stöd och socialt nätverk, samt vad som kännetecknade de personer som upplevde otillräckligt stöd. Hon undersökte vidare hur män och kvinnor som behandlats för depression använde sig av socialt stöd från familj och vänner, samt från hälso- och sjukvården vid sitt tillfrisknande. Skärsäter fann bland annat att den undersökta patientgruppen hade upplevt fler stressfulla livshändelser under året jämfört med en kontrollgrupp. Framförallt hade det skett en ökning av antalet dispyter med partnern och med övriga familjemedlemmar. Detta kan visa vilken påfrestning som depressionen ger utifrån ett familjeperspektiv. Familj och vänner, men också professionella var viktiga i kvinnornas tillfrisknande. Stödet fungerade både direkt i kvinnornas vardag, men var också indirekt stödjande i den utvecklingsprocess som kvinnorna gick igenom. Männerna i Skärsäters studie behövde stödet från hälso- och sjukvårdens personal för att tillfriskna, men männens egen beskrivning av att bli frisk var att bli delaktig i samhället igen. Familj och vänner hade en viktig uppgift i att stödja detta. Skärsäter drar slutsatsen att familj och närstående har en viktig uppgift i att aktivt stödja och uppmuntra den deprimerade personen och inte lämna vederbörande åt sig själv. Hälso- och sjukvårdens stöd till kvinnor och män med depression kan vara att förutom att ta tillvara och understryka deras egna coping-strategier, även involvera kvinnornas och männens sociala nätverk som en naturlig del i vården och att upprätta och bevara vårdande relationer.

Klamas (2010) har undersökt hur socialt stöd är till hjälp för återhämtning vid psykiska funktionshinder. Hon gjorde kvalitativa intervjuer med 10 personer som själva definierade sig att ha psykiska svårigheter. Klamas' slutsatser när det gäller stöd från släkt och familj är att deras stöd är betydelsefullt på många vis. Det finns stora förväntningar på att just familj och släkt ska finnas för varandra, i synnerhet om något krisartat har inträffat. Det sociala stödets mobiliserande inslag, som kommer från släkt och familj, är bärande och kvaliteten i relationen en förutsättning. I bästa fall kan släkt och familj utgöra en grundtrygghet som behövs för att kunna vända sig mer utåt i samhället. Om närstående sviktar, måste andra stödrelationer kompensera i den mån de finns för individen.

Vänner kan vara en sådan nätverkskategori. Stöd från vänner stimulerar mer till aktivitet än vad stödet från familj gör. På ett sätt är den stödjande relationen från vännerna mer sårbar än den till familjen. Klamas drar slutsatsen att vad gäller återhämtning så främjar biståndet från vänner den sociala samvaron och meningsfulla roller i samhället i högre grad än vad släkt och familj gör. Hon vill också särskilt betona arbets-/studiekamraternas stora betydelse för individens roll som arbetstagare. Deras stöd är mer tydligt riktat mot en arena och en roll än vad stöd från släkt/familj och vänner är.

Studiens kontext

KIPPS-projektet (**K**ognitiv beteendeterapi och **I**nterpersonell **p**sykoterapi vid **P**sykiatriska Kliniken i **S**undsvall) har i en randomiserad studie undersökt effekten av Interpersonell Psykoterapi och Kognitiv Beteendeterapi för patienter med egentlig depression (Ekeblad et al, submitted). Data som insamlats i Ekeblads studie avseende upplevt socialt stöd från familj och vänner kommer att studeras närmare i föreliggande studie.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka om upplevt socialt stöd från familj respektive vänner har betydelse för resultatet av olika typer av depressionsbehandling; IPT respektive KBT.

Frågeställningar är:

1. Finns det samband mellan upplevt stöd och avbruten behandling?
2. Finns det skillnad i hur man upplever det sociala stödet före och efter genomförd behandling?
3. Påverkar upplevelsen av det sociala stödet behandlingsresultatet?
4. Är det skillnad i upplevelse av stöd utifrån behandlingsmetod?

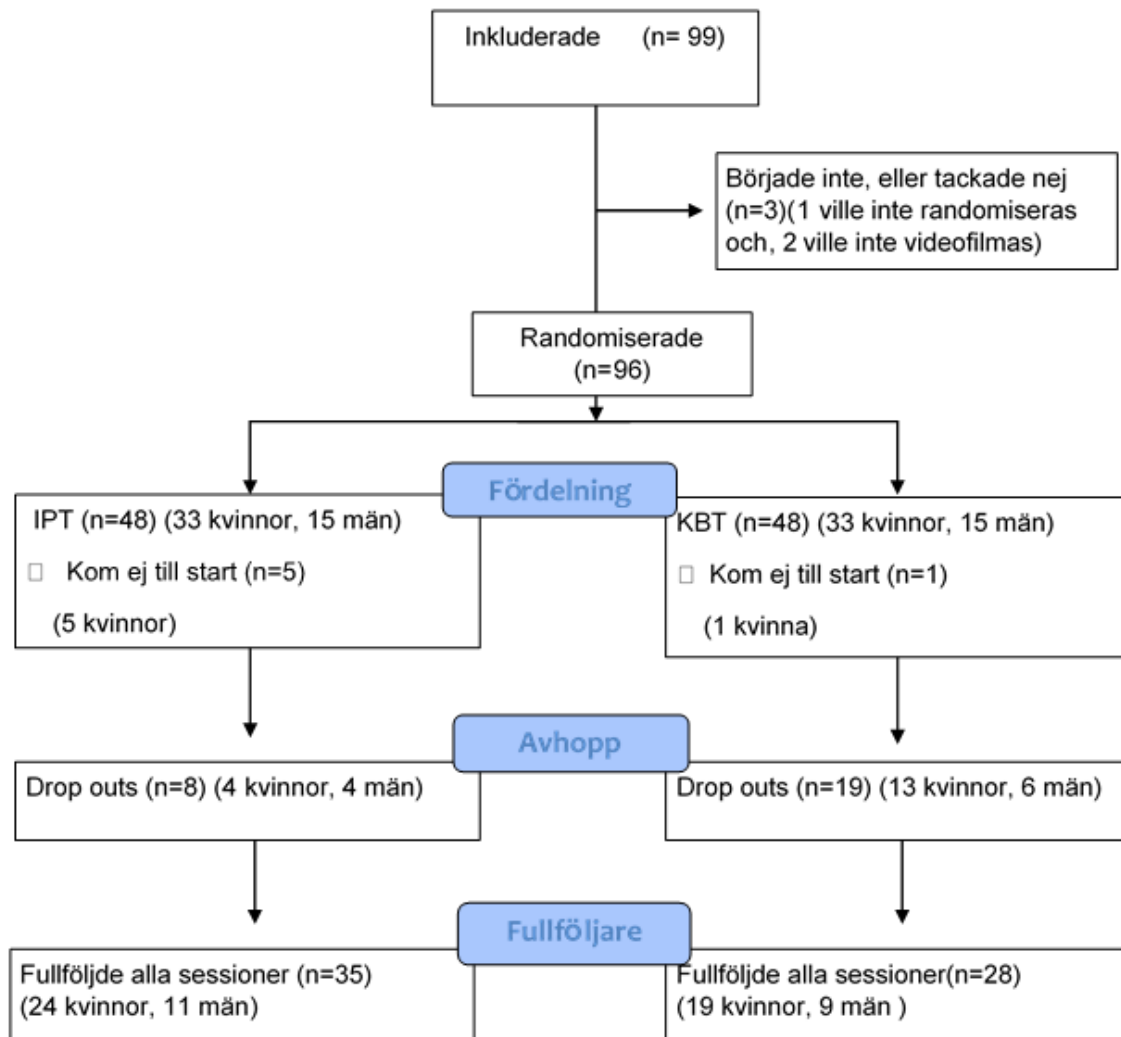
Metod

För att besvara frågeställningarna användes data från en tidigare genomförd randomiserad behandlingsstudie (KIPPS-projektet). KIPPS-projektet (**K**ognitiv beteendeterapi och **I**nterpersonell psykoterapi vid **P**sykiatriska kliniken i **S**undsvall) har i en randomiserad studie med sammanlagt 96 inkluderade patienter, undersökt effekten av IPT och KBT för patienter med egentlig depression. Inför deltagandet i studien fick patienterna svara på frågor hur de upplevde stöd från familj respektive vänner/andra utanför familjen, (PSS(Fa) och PSS(Fr)). Vidare fick deltagarna i KIPPS-projektet skatta graden av depression i BDI-II, både före, efter och under terapins gång. Dessa data kommer författaren att studera närmare i denna uppsats.

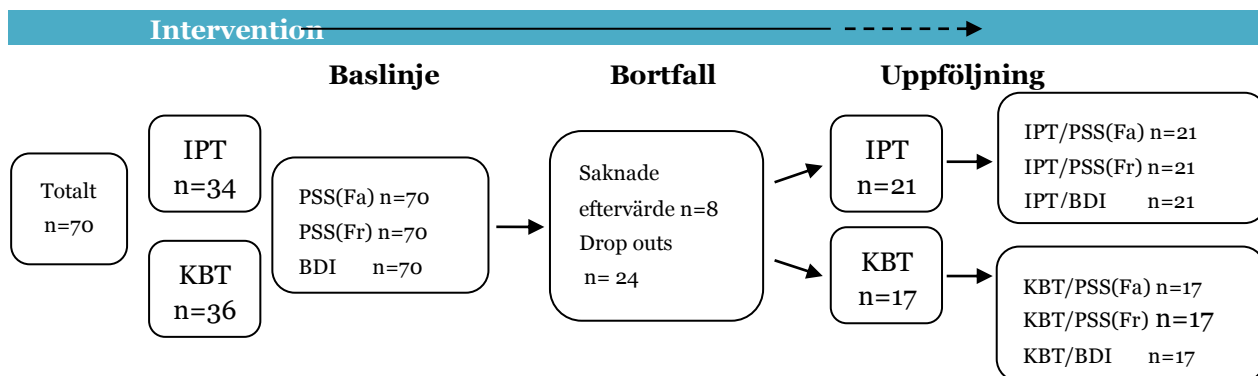
Deltagare

Urval gjordes strategiskt utifrån det befintliga materialet i RCT-studien. Inklusionskriterier var personer 18-65 år diagnosticerade med egentlig depression i överensstämmelse med kriterierna i DSM-IV (American Psychological Association, 2000). Deltagarna hade blivit remitterade till Psykiatriska kliniken för behandling av depression. De flesta remitterades från primärvården men kom även på internremiss från slutenvårdsavdelningar och olika öppenvårdsmottagningar inom Psykiatriska kliniken. Alla patienter hade nyligen fått behandling mot depression företrädesvis med farmakologisk behandling i primärvården. Att patienten stod på antidepressiv medicinering var inget exkluderingskriterium, men däremot fanns en önskan om att medicineringen skulle vara stabil under behandlingen.

Patienter med psykosjukdom eller pågående drog/alkoholmissbruk, samt allvarlig neuropsykiatrisk problematik, aktivt självskaðebeteende eller förtidspension exkluderades. Av 99 patienter som erbjöds att delta i studien, tackade 96 patienter ja, 48 patienter slumpades till KBT och 48 patienter till IPT, 90 patienter påbörjade behandlingen (fig 1).



Figur 1. Patientflödet i KIPPS projektet (Ekeblad et al., submitted)



Figur 2. Flödesschema för antal deltagare och mättpåfällen i föreliggande studie.

Behandlingsmetoder

IPT- behandling gavs i enlighet med standard-manualen (Weissman et al. 2000) och KBT i enlighet med manualerna av Martell et al. 2010, samt Beck et al. 1979. Dessutom inkluderade vissa terapeuter mindfulness-komponenter i sin KBT-behandling (Segal et al. 2013). Längden på IPT-behandlingen, liksom längden på KBT-behandlingen var 14 sessioner. 68 % av deltagarna behandlades med antidepressiv medicin, och rekommendationen var att fortsätta denna farmakologiska behandling oförändrat under studien.

Alla terapeuter hade minst motsvarande steg-1 psykoterapeutisk kompetens och fick handledning en till två ggr per månad av utbildad handledare i respektive metod. Alla terapeuter erbjöds att delta i kvalificerad vidareutbildning i sin metod under projektiden.

Instrument och skattningar

För att mäta socialt stöd användes självskattningsinstrumenten Perceived Social Support (from the family), PSS(Fa) och Perceived Social Support (from friends) PSS(Fr), (Procidano & Heller, 1983). Dessa formulär innehåller vardera 20 påståenden som handlar om känslor och erfarenheter som förekommer i de flesta relationer som människor har till familj respektive vänner. För varje påstående finns fem svarsalternativ; dvs. alltid, ofta, ibland, sällan eller aldrig. Exempel: ”Mina familjemedlemmar är bra på att hjälpa mig att lösa problem”, eller ”Jag har en vän jag kan vända mig till om jag känner mig nere, utan att det skulle kännas konstigt efteråt”. Ju högrepoäng, desto bättre upplevt stöd. Max-poäng är 100 och mini-poäng är 20. Deltagarna i KIPPS-studien fick fylla i dessa formulär före inledd behandling, samt efter avslutad behandling.

För depressionsskattning användes Beck Depression Inventory –II, (BDI-II) (Beck & Steer, 1996). BDI-II är en flitigt använd självskattningsenkät för att mäta svårighetsgrad av depression. Den fångar individens upplevelse av sina symtom på depression. Mild depression ger 14-19 poäng, medelsvår depression ger 20-28 poäng och svår depression ger poäng över 29. Deltagarna i KIPPS-studien svarade på BDI-II före och efter behandling.

Procedur

Efter remissgenomgång vid klinikens bedömningsenhet tillfrågades patienten om deltagande i studien. Villkor för deltagande var att patienten kunde acceptera att randomiseras till endera av terapimetoderna, samt att alla sessioner videofilmades för följsamhetskattning.

Patienterna fick skriftligt informationsmaterial och fick efter att de tackat ja skriva under ett kontrakt kring deltagande. Studien har genomgått etisk prövning och informerat samtycke är en viktig del i den etiska proceduren. Patienterna fick även information om att de när de ville kunde avbryta deltagandet.

Då patienterna tackat ja statade föremätningar i form av intervjuer och självkattningsskalor. Därefter skedde randomiseringen och patienten kallades till behandlingsstart.

Det för denna delstudie centrala är att patientens depressionsgrad mättes före behandlingsstart med BDI-II, samt att patienten fyllde i självkattningsskalorna PSS(fa) och PSS(fr) före behandlingsstart. Efter avslutad eller avbruten behandling mättes på nytt depressionsgrad med hjälp av BDI-II, samt PSS (fa) och PSS(fr)

Formulären PSS(fa) och PSS(fr) började användas i KIPPS-studien från patient nr 13 (1-12 var pilotstudie). PSS(fa) och PSS(fr)- samplet består således av 82 patienter.

Av de 90 personer som inkluderades i RCT-studien fick 11 personer inte möjlighet att fylla i PSS-formulär för att skatta upplevelse av stöd (pilotstudie). Av de 79 deltagare som fyllde i PSS-formulären vid baslinje hade 9 deltagare delvis eller inte alls fyllt i formulären, vilket medförde att index inte kunna tas fram för dessa. Det innebar att sammanlagt 70 personer inkluderades i denna studie. Av dessa avbröt 24 personer behandlingen och ytterligare 8 (5 ITP och 3 KBT) personer fyllde inte i uppföljande formulär.

Dataanalys

T-test användes för jämförelser av medelvärden (Olsson & Sörensen, 2011).

ANCOVA-test används för att testa medelvärdesskillnaden i eftervärdet på PSS och BDI mellan grupperna, där det också är justerat för före-värdet, vilket ger en mer exakt uppskattning av gruppskillnader (Polit & Beck, 2004).

Gräns för signifikant p-värde sattes vid 0.05 . Ett p-värde är ett mått på om ett test är signifikant. Eilertsson (2003) beskriver att signifikansnivån kan vara olika stark.

Etiska överväganden

Studien (KIPPS-projektet) godkändes av Etikprövningsnämnden i Linköping (dnr. 2010/348-31), samt av verksamhetschefen vid Psykiatriska Kliniken i Sundsvall. Patienterna hade lämnat skriftligt samtycke, samt var informerade om att de när de ville kunde avbryta studien. Författaren till denna studie har endast haft tillgång till avkodat material. Studien följer därmed Vetenskapsrådets forskningsetiska riktlinjer (2015).

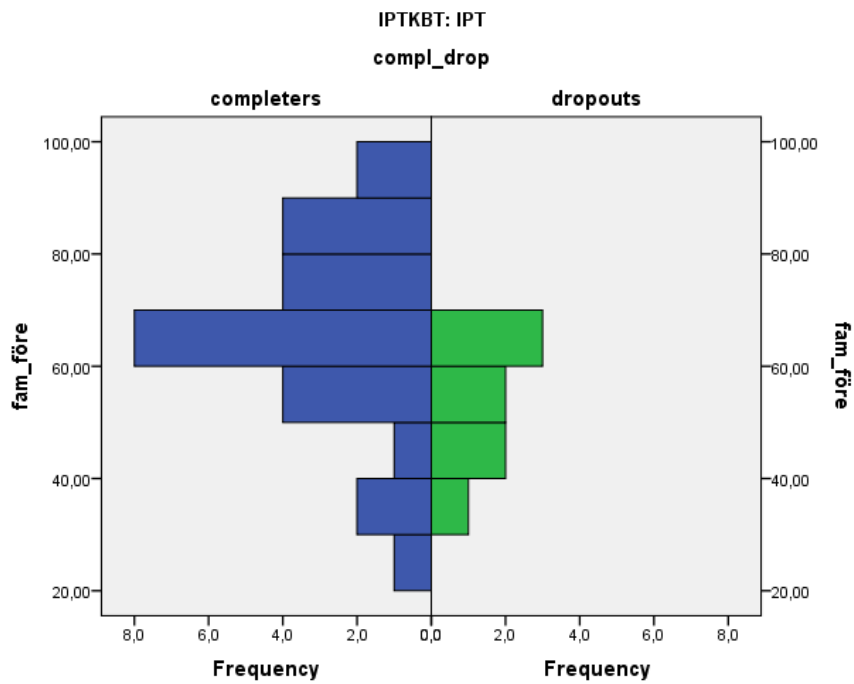
Resultat

Medelåldern bland deltagarna var 36 år (19-58) i IPT gruppen och 31 år (19-52) i KBT gruppen. Det fanns ingen signifikant skillnad ($p = <0.05$) mellan grupperna vad gäller ålder. Det fanns heller ingen signifikant skillnad mellan de som fullföljde och de som avbröt behandlingen avseende ålder.

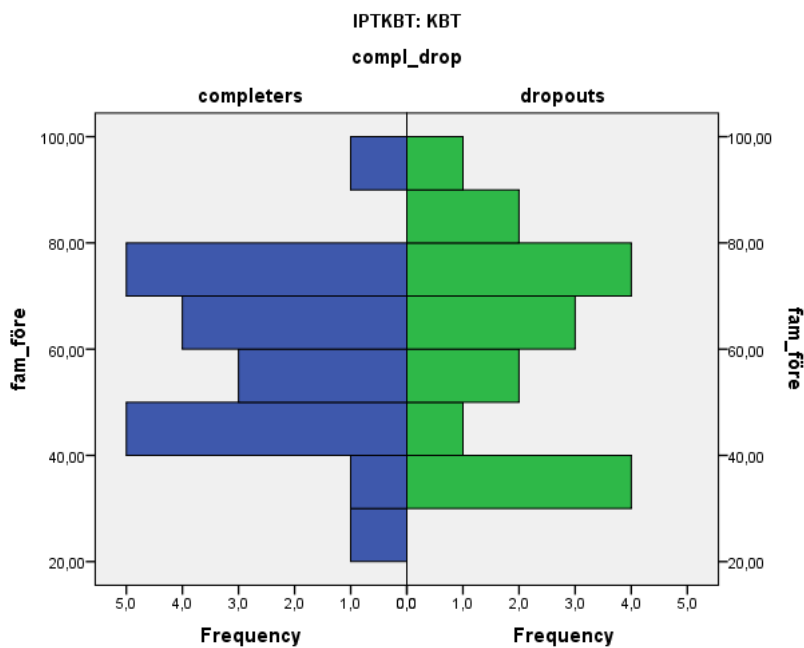
Tabell 1. Antal/andel deltagare i studien fördelat på kön (n=70)

Kön	KBT (%)	IPT (%)	Total
Fullföljde			
<i>Man</i>	4 (23,5)	6 (28,6)	10
<i>Kvinna</i>	13 (76,5)	15 (71,4)	28
Avbröt			
<i>Man</i>	8 (50)	2 (25)	10
<i>Kvinna</i>	8 (50)	6 (75)	14
Data saknas			
<i>Man</i>	1	2	3
<i>Kvinna</i>	2	3	5

När det gäller drop-outs visar denna studie att en lägre skattning av upplevt stöd från familj i IPT-gruppen före behandling ger en tendens till ökat avhopp, medan skattningen avseende upplevelse av stöd från vänner i IPT-gruppen och för hela KBT-gruppen före, inte påverkar drop-outfrekvensen, se figur 3 och 4.



Figur 3. Relationen mellan upplevt stöd från familj före behandling (IPT) och de som fullföljde respektive avbröt. Skalan varierade mellan 20 till 100 poäng.



Figur 4. Relation mellan upplevt stöd från familj före behandling (KBT) och de som fullföljde respektive avbröt.

Upplevelse av stöd från vänner hade signifikant förbättrats i både IPT-gruppen och KBT-gruppen. När det gäller upplevelse av stöd från familjen hade upplevelsen av stöd förbättrats signifikant i IPT-gruppen ($p=0,025$), men inte i KBT-gruppen ($p=0,366$), se tabell 2.

Tabell 2. Differens i mätresultat i grupperna efter avslutad behandling (n = 38).

	n	IPT Baslinje	IPT Uppföljning	Differens (95% CI)	Sign.
PSS(Fa)	21	64,2 (19,3)	71,5 (13,8)	7,3 (1,0–13,5)	0,025
PSS (Fr)	21	59,4 (15,6)	65,1 (18,1)	5,1 (0,7–10,7)	0,027
		KBT Baslinje	KBT Uppföljning	Differens (95% CI)	Sign
PSS(Fa)	17	61,7 (17,3)	63,9 (16,3)	2,2 (-2,8–7,1)	0,366
PSS (Fr)	17	58,4 (13,7)	68,6 (15,4)	10,2 (5,0–15,4)	0,001

Data i kolumnerna visar medelvärde (standard avvikelse) om det inte presenterats på något annat sätt.

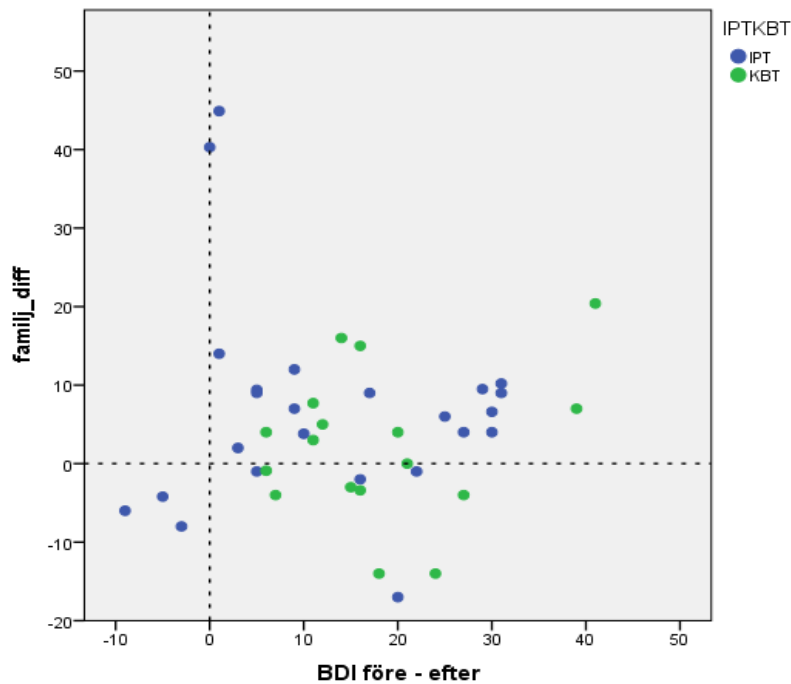
ANCOVA-test visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna IPT/KBT när det gäller upplevelse av stöd från vänner efter att ha kontrollerat för stöd av vänner före intervention ($p=0,151$). När det gäller upplevelse av stöd från familj fanns en tendens till signifikans mellan grupperna efter att ha kontrollerat för stöd av familj före intervention ($p=0,053$), dvs. IPT gruppen fick bättre resultat avseende upplevelse av stöd från familjen, men det är inte signifikant, se tabell 3.

Tabell 3. Differens i mätresultat mellan grupperna vid uppföljning (n = 38).

	IPT (n=21)	KBT (n=17)	F	Sign.
SPP(Fa)	6,90 (13,2)	1,87 (9,3)	4,00	0,053
SPP(Fr)	5,13 (10,4)	10,19 (10,1)	2,11	0,151

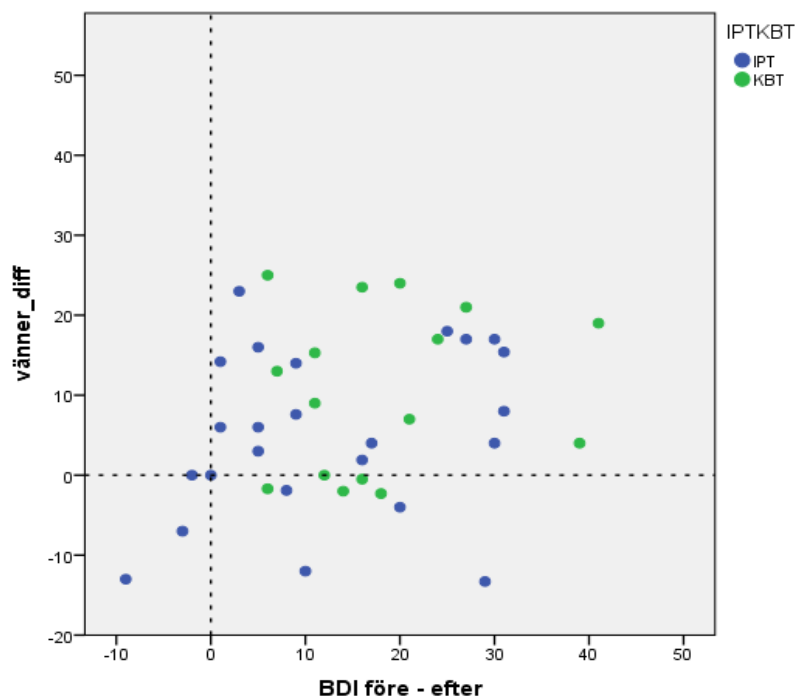
Data i kolumnerna visar medelvärde (standard avvikelse) om det inte presenterats på något annat sätt.

På frågan om upplevelse av socialt stöd påverkar grad av depression kan vi se att de som upplevde ett ökat gott stöd från familj också förbättrades i sin depression. Några som behandlades med IPT ligger väldigt högt i positivt behandlingsutfall före och efter behandling. Man kan också se ett antal som inte förbättrats i depressionen också upplever stödet från familj som försämrat. I de fall där depressionen förbättrats, men förändringen i det upplevda stödet från familj har försämrats, tycks dessa personer mer ofta ha behandlats med KBT, se figur 5.



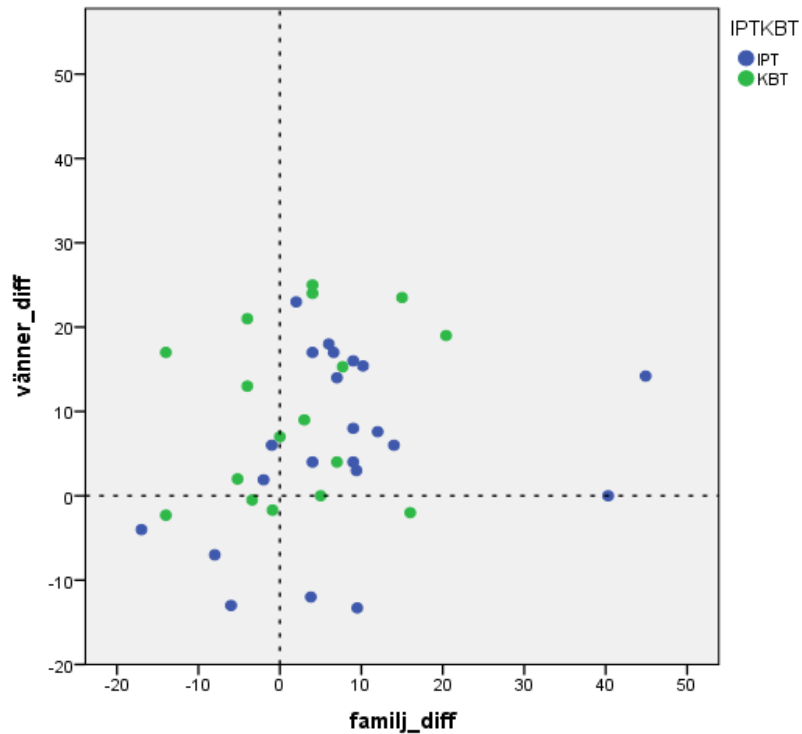
Figur 5. Relationen mellan upplevt stöd från familj och behandlingsutfall, det vill säga om graden av depression har samband med upplevt stöd från familj.

Tittar man på det upplevda stödet från vänner syns en tydlig tendens att förbättring i depressionen följs av ett upplevt gott stöd från vänner. Några få deltagare som behandlades med IPT och upplevde ett försämrat stöd från vänner är också försämrade i sin depression, se figur 6.



Figur 6. Relationen mellan upplevt stöd från vänner och behandlingsutfall, det vill säga om graden av depression har samband med upplevt stöd från vänner.

När det gäller skillnad i behandlingsutfall utifrån metod syns ingen större skillnad i upplevelse av stöd från vänner eller familj, men det verkar som att de som behandlades med KBT uppskattar vänners betydelse mer, se figur 7.



Figur 7. Relationen mellan upplevt stöd och behandlingsmetod

Diskussion

Resultaten visade att upplevelse av stöd hade förbättrats i båda grupperna efter genomförd behandling. Studien visade också att gott upplevt socialt stöd gav en tydlig förbättring i depressionsgraden efter avslutad behandling. Det fanns en svag tendens i denna studie som visade att de som avbröt IPT-behandlingen i förtid, upplevde sämre stöd från familj före behandlingsstart, samt att det verkade vara andra faktorer än upplevt stöd som gav avbrott i KBT-behandlingen.

Att gott upplevt socialt stöd från familj och vänner också gav en förbättring i depressionen, efter avslutad behandling framkom i studien. I likhet med tidigare forskning (Cutrona, 1996) ger det underlag för att i högre grad uppmärksamma närstående och deras situation vid vårdenheter där behandling ges. Cutrona framhöll att när en partner i en relation är sjuk behöver även den andre stöd och behandling för egen del. Således räcker det inte med en fungerande relation för att kunna ge ett gott stöd som anhörig. Det är inte ofta som par/familjebehandling erbjuds i den verksamhet författaren är verksam. Behandling med IPT förekommer relativt frekvent och i studien kan skönjas faktorer som talar för att just IPT:s relationsfokus och därmed förbättrat stöd från familj och vänner, talar för att partner/familj bör involveras i behandlingen (Berg 2006; Weissman et al., 2000).

Resultaten visade att det fanns en tendens att ett upplevt sämre socialt stöd från familj ökade risken för att behandlingen avbröts i den grupp som genomgick IPT-behandling, men det tycks vara andra faktorer som gjorde att deltagare i KBT-gruppen avbröt behandlingen. Detta är intressant, men inte närmare penetrerat i denna studie. Man kan spekulera vad gäller IPT, att det eventuellt kan kännas svårt att genomgå en detaljerad kartläggning i av familjrelationer om man upplever ett dåligt stöd från sin familj. Kring båda dessa antaganden krävs dock vidare forskning. Studien visade vidare att det generellt var fler avhopp bland de patienter som fick KBT än bland de som behandlades med IPT. Denna studie kan inte förklara skillnaden, men även här kan ett relationsfokus vara intressant.

Denna studie visar att ett relationsfokus, att vikten av socialt stöd, samt att se människan i sitt sammanhang, är viktiga faktorer att uppmärksamma i depressionsbehandling. I familjeterapi eller parterapi är ett sådant fokus självklart, men det gäller även för IPT. Leff et al. (2000) visade i sin studie tydligt att parterapi vid depression gav ett mer varaktigt behandlingsresultat än vid farmakologisk behandling. Dessutom visade den studien att väldigt få av de som

behandlades med parterapi avbröt behandlingen. 15% av de som erhöll parterapi avbröt behandlingen, jämfört med 56,8% av de som fick farmakologisk behandling. Skärsäter (2002) betonade också vikten av att involvera familj/partner i behandlingen av depression. För att uppnå ett positivt behandlingsresultat behövs således medverkan från närstående.

Människor är givetvis olika och olika psykoterapeutiska behandlingsmetoder passar olika bra för olika människor. Man kan uppleva ett mycket dåligt stöd från familj, men ha ett gott stöd från vänner och annat nätverk. Då är det förmodligen bättre att erbjuda någon annan behandlingsmetod än just familjeterapi. KBT har ofta inslag av hemuppgifter, vilket kanske inte passar en person som har dåliga relationer till närmast anhöriga. I studien finns en tendens som visar att de som fick behandling med KBT uppskattade stödet från vänner högre än stödet från familj.

Metoddiskussion

Bortfall i föremätningarna avseende PSS(fa) och PSS(fr) var inte på något sätt systematiska. Det var 73 patienter av 84 som fyllt i båda skattningsformulären, dvs. en svarsfrekvens på 87 %. Några hade svarat på det ena formuläret men inte på det andra, vilket kan tolkas som att de råkat bläddra förbi i det ganska omfattande häftet med självskattningsskalor. Inför deltagande i KIPPS-studien fick patienterna fylla i en ansenlig mängd skattningsformulär och frågor, det var således betydligt fler än de 3 till antalet som studerats i denna studie. Detta kan ha medfört att deltagarna missat att fylla i vissa formulär. Kanske uppfattades formulären också som dubletter då de ser ganska lika ut.

Bortfallet under behandlingstiden var mera omfattande då 24 personer valde att avbryta och i 8 fall saknades eftervärde. Detta gjorde att det endast blev 38 deltagare kvar som har svarat på frågorna före och efter behandling. En svaghet i studien kan vara att antalet deltagare inte var så många, och därmed kan inte helt säkra slutsatser dras.

De psykoterapier som erbjöds i KIPPS-studien var KBT eller IPT, vilka inte är familje/parterapi utan möter patienten enskilt. Dock har IPT ett klart relationsfokus vilket ger en fingervisning om att det kan ge ett bättre behandlingsresultat om de viktiga relationerna involveras i behandlingen.

Att hitta familjer med deprimerad familjemedlem för att studera huruvida familje/parterapi skulle vara till hjälp, skulle kunna vara möjligt att göra på min arbetsplats, men inte inom tidsramen för denna studie.

Slutsatser/Rekommendationer

Det har varit svårt att finna svenska studier i ämnet, varför författaren inspirerats av att belysa detta, samt om möjligt inspirera till fortsatta lokala studier där familjeterapi erbjuds som behandlingsmetod vid depression. De data som presenterats i denna studie avseende socialt stöd har inte presenterats tidigare. Då socialt stöd är en grundläggande komponent i familje/parterapi kan förhoppningsvis resultatet inspirera till efterkommande undersökning av behandlingsresultat vid familjeterapi/parterapi kontra andra behandlingsmetoder vid depression.

Sammanfattningsvis visar resultaten i denna studie att det är en stor fördel att se patienten i sitt sammanhang socialt. Det finns underlag för att erbjuda familje/parterapi vid depressionsbehandling, eftersom det sociala stödet har stor betydelse för utfall. Det är av stort värde att involvera partner/familj för att förhindra sidoeffekter i form av depression eller annan psykisk ohälsa hos partner/familjemedlem. Detta kräver givetvis att patienten har en partner eller en familj som kan involveras. Det är naturligtvis så att man behöver anpassa behandlingsinriktningen på det som är lämpligt utifrån varje unik patient, men troligen är det väldigt få patienter som inte lever i ett sammanhang som har betydelse.

Fortsatt forskning

Patienter som avbryter behandling (drop-outs) inom psykiatri är ett bekymmer, eftersom resurserna krymper och organisationer slimmas. Vårdgivare har allt större krav på effektivitet och uteblivna patienter ger inget plus i statistiken. Denna studie pekar på vikten av att se patienten i sitt sammanhang socialt och att avhoppet från behandling är färre där det finns ett relationsfokus. Att studera vidare och jämföra familje/parterapi kontra sedvanlig behandling skulle vara av stort intresse. Att även studera sidoeffekter vore av intresse, dvs. om man kan förhindra psykisk ohälsa hos partner eller familjemedlem genom att de involveras i behandlingen, vore preventivt mycket intressant. Kanske kan hög grad av upplevt socialt stöd vara en prediktor för behandlingsutfall vid depression som överträffar depressionsgrad och val av terapimetod?

Referenser

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Vollebergh, W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Supp1420), 21-27

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th.ed., text revision)*. (DSM – IV). Washington, DC.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur AB, Lund.

Beck, A.T, & Steer, R.A. (1996). *Beck Depression Inventory. Manual (Swedish version)*: Psykologiförlaget

Beck, A.T., Rush. A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Berg, R. (2006). *Interpersonell psykoterapi ovanligt i sverige*. Intervju av Agneta Borgström, Läkartidningen, nr 42.

Cuijpers, P., Geraedts, A.S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J.C. & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K.S. (2013). A meta-analysis of cognitive behavior therapy for adult depression, alone and in comparison to other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58,376-385

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E. Andersson, G., Hollon, S.D. & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159,118-126.

Cutrona, C.E. (1996). *Social Support in Couples*. SAGE Publications, USA.

De Mello, M.F., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H. & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255 (2), 75-82.

Donohue, J.M., & Pincus, H.A. (2007). Reducing the Societal Burden of Depression: A Review of Economic Costs, Quality of Care and Effects of Treatment. *Pharmaco Economics*, 25(1), 7-24.

Eilertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur.

Ekeblad, A., Falkenström, F., Andersson, G., Vestberg, R., & Holmqvist, R. (Submitted). *Interpersonal Psychotherapy versus Cognitive behavioral therapy for Major Depressive Disorder. Results from a randomized trial among psychiatric patients*.

Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.Y., Imber, S.D., Sotsky, J.F., Morris, B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 46 (11), 97-982.

Klamas, M. (2010). *Av egen kraft tillsammans med andra – Personer med psykiska funktionshinder, socialt stöd och återhämtning*. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Kuhlman, I, Tolvanen, A., Seikkula, J. (2013). Couple Therapy for Depression Within a Naturalistic Setting in Finland: Factors Related to Change of the Patient and the Spouse.

Leff, J., Vernals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D., Everitt, B. (2000) *The London Depression Trial*. *British Journal of Psychiatry* (2000).

Lundsbye, M., Sandell, G., Währborg, P., Fälth, T., Holberg, B. (2010) *Familjeterapins grunder*. (fjärde utgåvan). Falkenberg: Team Media Sweden AB.

Läkemedelsverket (2015). *Läkemedelsbehandling av depression hos vuxna och äldre*. www.lakemedelsverket.se

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

Olsson, S. & Sörensen, S. (2011) *Forskningsprocessen*. Liber AB, Stockholm

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research, Principles and Methods, seventh edition*.

Procidano, M.E. & Heller, K. (1983). *Measures of Perceived Social Support From Friends and From Family: Three Validation Studies*. *American Journal of Community Psychology*, Vol 11, No 1, 1983

Ringborg, M. (2013) Personlig kommunikation med Annika Ekeblad, SAPU handledarutbildning.

Sarason, B.R., Sarason, I.G. (2009). *Social support: Mapping the construct*. *Journal of Social and Personal Relationships*. SAGE Publications

Segal, Z.W., Williams, J., Mark, G. & Teasdale, J.D., (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.)* New York, NY US: Guilford press

Skärsäter, I. (2002). *The importance of social support for men and women, suffering from major depression*.

Socialstyrelsen, 2010. *Nationella riktlinjer vid behandling av depression*. www.socialstyrelsen.se

SPSS, statistikprogram

Vetenskapsrådet (2015). *Forskningsetiska riktlinjer*. www.vr.se

von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. George Braziller, New York.

Vårdguiden 1177 (2015). *ECT – elbehandling*. www.1177.se

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY, US: Basic Books

WHO. (2014). http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q3/en/.

Författarens tack

Att få förmånen att använda icke tidigare analyserade data från KIPPS-studien har varit mycket värdefullt. Annika Ekeblad har generöst delat med sig av dessa data. Detta tillika med att studien genomförts på min arbetsplats kändes oerhört stimulerande och respektfullt gentemot de patienter som deltagit. Att så mycket som möjligt av patienternas insamlade data kom till nytta för att öka förståelsen till vad som var verksamt i depressionsbehandlingen var extra viktigt.

Tack Helene, Annika och Erling, vid FOU-verksamheten, Sundsvalls Sjukhus, samt Johanna mfl vid Medicinska Biblioteket, Sundsvalls Sjukhus, för ovärderligt stöd under processen med uppsatsskrivandet. Utan er hade inget fungerat.

Tack också till make och familj som fått utstå lite av varje under processens gång.

Och sist men inte minst min chef Kristina och övriga arbetskamrater vid Psykiatriska Kliniken som gjort det möjligt för mig att fördjupa mig djupt, vilket gjort att jag varit kroppsligen närvarande på jobbet under denna process, men kanske inte alltid mentalt ☺