

Behandling i angstgruppe – nytte og utbytte

Voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Kongsberg sykehus har drevet angstgruppebehandling siden 1988. Denne studien undersøker effekten av behandlingen. 19 av totalt 27 behandlede pasienter er inkludert i studien. Inklusionskriterier var agorafobi med og uten panikkklidelse. Behandlingen varte tre måneder, og metodene som ble brukt var kognitiv terapi, fysioterapi og gruppeteori. Det ble foretatt målinger av pasientenes symptomer før, etter og minst ett år etter behandlingen. Målemetoden var Symptom Score Check List (SCL 90) som måler nivå av symptombelastning innenfor ni ulike symptomkategorier. En variasjonsanalyse av repeterte målinger viser reduksjon av symptombelastning for seks av disse symptomene etter behandling. Reduksjonen var størst for angst og fobisk angst. Bedringen holdt seg i oppfølgingsperioden med ytterligere reduksjon i angst og fobisk angst. Også andre forhold kan ha hatt betydning for den observerte endringen. Det kan derfor ikke konkluderes med at behandlingen er årsaken til endringen.

Siden 1988 har det vært drevet angstgruppebehandling vår og høst ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Kongsberg sykehus, totalt 43 grupper. Vi har i denne studien fulgt fem grupper fra august 1995 til mars 1998. Vi ønsket å finne ut om pasienten fikk bedring av symptomene ved agorafobi med og uten panikkklidelse og om bedringen holdt seg over tid. Andre studier har vist at kognitiv terapi er effektivt ved panikkklidelse og agorafobi (1, 2). Poliklinisk gruppebehandling med kognitiv terapi rettet mot panikkklidelse er vist å ha god behandlingseffekt (3). I vår studie er også fysioterapi og gruppeteoretiske prinsipper brukt.

Materiale og metode

Pasientmateriale

Data fra 19 av 27 pasienter er tatt med i undersøkelsen. Dette tilsvarer en svarprosent på 70. Fire av de åtte som ikke er med i undersøkelsen, fullførte ikke behandlingen grunnet skifte av bopel (to pasienter), alvorlig somatisk sykdom (en pasient) og innleggelse i psykiatrisk institusjon (en pasient). De øvrige fire er ikke tatt med i undersøkelsen fordi vi manglet data på ett av måletids-

Tine Møller

Else Aarholt Hegna

Voksenpsykiatrisk poliklinikk

Kongsberg sykehus

3612 Kongsberg

Møller T, Hegna EA.

Effects of group therapy for anxiety disorders using methods drawn from cognitive therapy and physiotherapy.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2370–2.

Background. Since 1988, the psychiatric outpatient clinic at Kongsberg Hospital has carried out group treatment for patients with anxiety disorders. This study assesses the effect of this treatment.

Material and methods. Nineteen of a total of 27 patients were included in the study. Diagnostic criteria were agoraphobia with or without panic disorder. The length of treatment was three months. Methods used were cognitive behavioural therapy, physiotherapy and group therapy. Ratings of the patients' symptoms were made before treatment, at termination of treatment and one to three years after. The Symptom Score Check List (SCL 90) rates the level of symptoms on nine different dimensions.

Results. Analysis of variance for repeated measures (ANOVA) indicates reduction on six of the symptom dimensions at termination of treatment. Significant values of reduction was achieved for anxiety and phobic anxiety. This was even further reduced one to three years later.

Interpretation. We could not establish whether the treatment has been effective concerning the symptoms being treated.

punktene. Av 19 pasienter er 14 kvinner og fem menn. Gjennomsnittlig alder er 39 år med spredning 25–61 år. Pasientene ble henvist fra primærlege, og vurdert for inntak av sykepleier med spesialitet i klinisk psykiatrisk sykepleie. Diagnostiske utvelgelseskriterier var pasienter med agorafobisk angst med og uten panikkklidelse (ICD-10, F40–41). Tilleggsymptomer som lettere personlighets- og tvangsforstyrrelser, moderate depresjoner og lettere somatoforme forstyrrelser ble godtatt. Bortsett fra personlighetsforstyrrelser er tilleggsymptomene vist i tabell 1. Pasientene ble forberedt på at de ikke kunne bruke angstdempende medikamenter under behandlingen. Bruk av antidepressiver ble godtatt.

Målemetode

Dataene er hentet inn gjennom spørreskjemaet Symptom Score Check List (SCL 90) (4) som er et selvutfyllingsskjema som inne-

holder 90 påstander om ulike plager og besvær. Hver påstand skåres ut fra en fempunktsskala av smerte/lidelse med svaralternativene «Ikke i det hele tatt- litt- måtelig – ganske mye – veldig mye» for de ni kategoriene angst, depresjon, fiendtlighet, fobisk angst, mellompersonlig overfølsomhet, paranoide forestillinger, psykotisme, somatisering og tvangstendenser. I tillegg beregnes verdier for total symptombelastning. Panikkanfall er inkludert i beskrivelsen av kategorien angst. Gjennomsnittsskåre > 1 på hele skjemaet eller en av subskalaene regnes i norsk klinisk praksis som indikasjon på et behandlingsbehov. I Derogatis og medarbeideres materiale er denne grensen satt til 1,3 (4). SCL 90 er et mye brukt og validert instrument (4). Testen foreligger på norsk og har gode psykometriske egenskaper (5).

Skjemaet SCL 90 ble besvart før og rett etter gjennomgått behandling og siste gang 1–3 år etter avsluttet behandling. Pasientene fylte ut skjemaet hjemme. Det siste spørreskjemaet ble sendt ut i januar 1998. Dette gav mulighet til å sammenlikne nivå av symptombelastning før og umiddelbart etter og inntil tre år etter behandling. Pasientene ble spurt om de hadde gått i annen behandling etter at de sluttet i gruppen.

Behandlingsmetode

Denne artikkelen er basert på behandling i perioden høsten 1995 til høsten 1997. Den ble ledet av en sykepleier med spesialistutdanning i klinisk psykiatrisk sykepleie og en fysioterapeut med spesialistutdanning i psykiatrisk/psykosomatisk fysioterapi. Målsettingen med behandlingen var å redusere symptombelastningen og gi deltakerne opplevelse av å mestre angsten.

Behandlingstiden var ti uker, og gruppen på 5–8 personer møttes 3,5 timer en gang i uken med innlagte pauser. De viktigste elementene i behandlingen var kognitiv terapi, fysioterapi og gruppeteori. Kognitiv terapi ble tillagt størst vekt i behandlingen.

Kognitiv terapi

Det grunnleggende prinsipp i kognitiv terapi er at uhensiktsmessig tenkning er avgjørende for utvikling og opprettholdelse av psykisk sykdom. Metoden er opprinnelig utformet av Albert Ellis og Aaron Beck (6). Den kognitive modellen som er benyttet, er hentet fra Clark og medarbeidere (7–9), Hoffart og medarbeidere (1, 2, 10), Salkovski og medarbeidere (11) og Zoellner og medarbeidere (12). I modellen antas det at grunnlaget for utvikling av et panikkanfall, er en ten-

dens til å tolke kroppslige signaler i retning av at noe katastrofalt er i ferd med å skje. Det første anfallet kan bli utløst av en harmløs kroppslig opplevelse, for eksempel høy puls etter mye kaffedriking eller lettere pustevansker etter stress. Denne opplevelsen blir oppfattet som en trussel, og personen blir engstelig. Dette vil igjen kunne forsterke kroppsfornemmelsene, og disse tolkes umiddelbart som om noe katastrofalt er i ferd med å skje. Slike katastrofer kan være å få hjerteinfarkt, bli gal eller dø. Engstelsen utvikler seg til et panikkanfall, og personen er fanget i en ond sirkel. Dette kan medføre at personen unngår alle situasjoner der anfallene kan oppstå. Slike situasjoner kan være å stå i en kø, sosiale forsamlinger, være alene, ta offentlige transportmidler eller kjøre bil.

Ved behandlingen søker man først å analysere og deretter endre pasientens dysfunksjonelle tankemønster. Terapeuten stiller åpne spørsmål etter en sokratisk spørremodell. Først samles det inn informasjon om individets tanke- og reaksjonsmåte. Deretter finner man i fellesskap frem til alternative tanke- og handlingsmuligheter.

I terapien brukes hjemmeoppgaver i stor grad. Pasientene lager egne målsettinger for egentrening mellom gruppesamlingene. I denne egentreningen oppfordres pasientene til å oppsøke de situasjonene de til vanlig unngår.

Gjennom eksponering av angsten skal pasienten erfare hvordan negative automatiske tanker forsterker angsten. De må tåle å oppleve angsten uten å unnvike eller flykte fra den. De vil da erfare at det de tror skal skje, ikke inntreffer. Hovedhensikten er å teste ut hvor troverdig tanken er, og erstatte katastrofetanker med alternative og mer realistiske tanker. Ved hver gruppesamling gjennomgås resultatene av egentreningen. Hele angstsituasjonen beskrives i forhold til tanker, følelser, atferd og kroppslige fornemmelser. Angstnivået graderes på en skala 0–100 og tallfestes før, under og etter trening.

Disse tallene sammenliknes med verdiene før treningen på forutgående samling. Pasienten vil oppleve at det katastrofale ikke inntreffer. Troen på katastrofetanken endres, og angstnivået synker.

Målet med behandlingen er ikke å helbrede, men å lede pasientene inn i en tankemodell som muliggjør mestring

Fysioterapi

Valget av denne metoden er basert på empirisk kunnskap (13, 14). Den fysioterapeutiske tilnærmingen har som mål å øke kontakten med egen kropp. Gjennom en slik bevisstgjøring vil pasienten lettere kunne normalisere uhensiktsmessig respirasjon og muskelspenninger i situasjoner der angsten oppstår. Dette fører til bedre mestring av angsten. Pasienter med angstlidelser forskyver ubevisst respirasjonsleiet fra hypo-

Tabell 1 Gjennomsnitt og standardavvik for SCL-90 symptomer. N = 19

	Ved behandlingsstart		Ved behandlingsslutt		Ved 1–3 års oppfølging	
	Gjennomsnitt	SD	Gjennomsnitt	SD	Gjennomsnitt	SD
Angst	1,97	0,62	1,51	0,82	0,98	0,69
Fobisk angst	1,98	1,05	1,27	1,17	0,90	0,81
Depresjon	1,67	0,72	1,30	0,92	1,00	0,79
Tvang	1,54	0,69	1,15	0,73	0,87	0,68
Mellompersonlig overfølsomhet	1,50	0,75	1,16	0,77	0,88	0,73
Somatisering	1,73	0,80	1,35	0,75	1,02	0,69
Paranoide forestillinger	0,97	0,61	0,67	0,55	0,57	0,60
Fiendtlighet	0,57	0,54	0,37	0,27	0,38	0,27
Psykotisisme	0,56	0,43	0,46	0,40	0,35	0,42

gastriet og epigastriet til høytorakale områder, spenner muskulaturen i overkroppen etter et bestemt mønster, og kontakten med underekstremitetene og underlaget reduseres. Dette spenningsmønsteret forsterkes i angstsituasjoner og blir ofte stående i kroppen til en viss grad og hemmer naturlige bevegelser og fri respirasjon (13, 14).

I denne pasientgruppen vil kroppslige symptomer som autonome reaksjoner og muskelspenninger både vekke og forsterke angsten. I gruppesamlingene gjør pasienten øvelser som bevisstgjør og frigjør dem fra dette uhensiktsmessige spenningsmønsteret. Gjennom øvelsene får de økt fortrolighet til sine kroppslige reaksjoner og dermed bedret sin mestring av angsten. Videre bygger øvelsene opp under en fri basal respirasjon med en kropp i balanse. Øvelsene er hentet fra en fysioterapeutisk metode kalt Basal kroppskjennskap (Body Awareness Therapy) utviklet av J. Dropsy (15) og G. Roxendal (16). Denne metoden vektlegger blant annet den mentale tilstedeværelsen med kroppen som utgangspunkt under de ulike bevegelsene. Dette fremmer opplevelsesevnen, og gir deltakerne økt innsikt i sammenheng mellom kropp, tanker og følelser.

Gruppeteori

Bruk av grupper i behandling gjør det mulig at gruppelemmene kan hjelpe og støtte hverandre. Samspelet mellom medlemmene og den enkeltes atferd over tid bidrar til gruppeprosess. Dette er den største ressursen i alt gruppearbeid (17). Gruppeleder bidrar til denne prosessen gjennom å anerkjenne og stimulere ressurser og muligheter hos den enkelte og i gruppen.

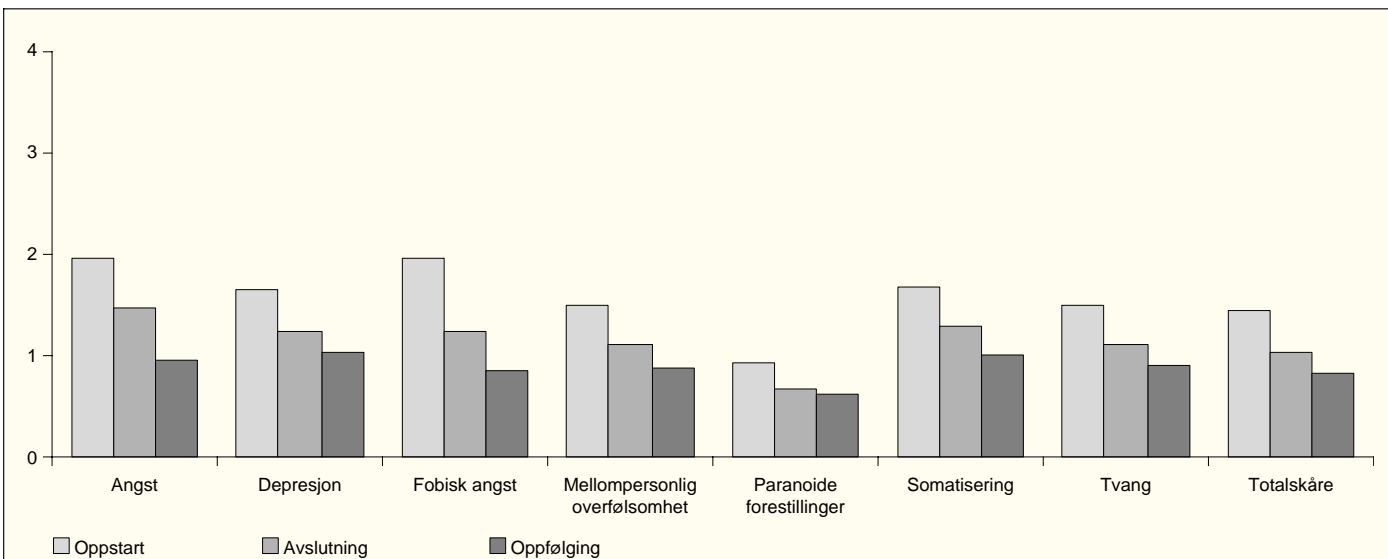
Å delta i gruppe vil for pasienter med angst kunne hjelpe dem ut av ensomhet og isolasjon. Det å ha angst oppleves som skamfullt. Deres selvtillit og selvtaktelse og evne til selvhjelp er lav. De tror ofte at de er alene om å ha angst. Dette fører til at følelser og atferd kontrolleres slik at angsten skjules bak en fasade. Gjennom gruppesam-

talen opplever deltakerne støtte, gjenkjenning, anerkjennelse og alminneliggjøring. Dette gir positive virkninger på det negative selvbildet. Selvtakelsen og selvtilliten blir styrket, og de står bedre rustet til å møte angsten.

Pasienter med angst har mye unnvikende atferd. I gruppen blir også hjemmeoppgavene mer forpliktende. Det oppstår en gjensidig normativ kontroll i gruppen. Pasientene tar del i de andres formulering av målsetting og identifisering av de negative automatiske tankene. Videre inviteres de til å finne alternative tanker. Dette gjøres ved å finne bevis og motbevis for gyldigheten av den automatiske tanken. Utforming av atferdsekspirimeter for den enkelte diskuteres også i gruppen. Pasientene kjenner igjen hverandres unngåelse og er ofte flinkere enn terapeuten til å avsløre uhensiktsmessige treningsoppgaver. De har samtidig gode ideer til situasjoner å utfordre angsten på. Gruppen gir dermed større tilfang av ideer og innspill for den enkelte enn i individualterapi.

Resultater

Gjennomsnitt og standardavvik for de målte variablene er presentert i tabell 1. En multivariat variansanalyse for repeterte målinger viser en reduksjon i symptomnivå over tid for alle de målte variablene. Reduksjonen var størst for angst: $F(2,17) = 24,8$, $p < 0,001$, effekt størrelse (ES) = 0,55, fobisk angst: $F(2,17) = 17,7$, $p < 0,001$, ES = 0,45 og tvang: $F(2,17) = 15,8$, $p < 0,001$, ES = 0,46. Resultatene viser videre en reduksjon i mellompersonlig overfølsomhet: $F(2,17) = 11,3$, $p < 0,01$, ES = 0,42 og depresjon: $F(2,17) = 10,2$, $p < 0,01$, ES = 0,35, mens nedgangen i somatisering var noe svakere: $F(2,17) = 5,3$, $p < 0,02$, ES = 0,28. Det var ingen signifikante endringer i de øvrige av SCL 90 subskalaer: fiendtlighet: $F(2,17) = 2,81$, psykotisisme: $F(2,17) = 2,19$, og paranoide forestillinger: $F(2,17) = 3,99$. Parvise t-tester viste at den signifikante endringen fant sted mellom behandlingsstart og be-



Figur 1 Gjennomsnittlig symptombelastning på utvalgte faktorer av SCL-90 ved tre forskjellige målinger (N = 19)

handlingslutt for fobisk angst, alle testene gjelder 19 pasienter: $t = 4,9$, $p < 0,001$, depresjon: $t = 3,0$, $p < 0,01$, tvang: $t = 4,9$, $p < 0,001$, mellompersonlig overfølsomhet: $t = 3,5$, $p < 0,01$ og somatisering: $t = 2,9$, $p < 0,01$. Den endringen som fant sted mellom behandlingsslutt og 1–3 års oppfølging var ikke signifikant for disse variablene. Unntaket var angst som også viste en reduksjon i gjennomsnittsverdi fra behandlingsslutt til 1–3 års oppfølging: $t = 3,3$, $p < 0,01$. Fem av de 19 pasientene svarte bekreftende på at de hadde deltatt i annen behandling etter gruppebehandling. Denne behandlingen var videre oppfølging av sykepleier fra gruppeterapien.

Diskusjon

Nedgangen i symptomskåre før og etter behandling kan indikere at behandlingen har hatt en positiv effekt på angst. Reduksjon i symptomkategorien angst vedvarte også etter at behandlingen hadde opphørt. Et av prinsippene ved behandlingsmetoden er at den er edukativ, dvs. at pasienten lærer noe de senere kan benytte på egen hånd. Reduksjonen i angst også etter avsluttet behandling, kan tyde på at de har oppnådd slik læring. Endringen var størst for angst og fobisk angst, mens andre parametere ikke ble endret fra behandlingsslutt og til oppfølgings-tidspunktet 1–3 år etter (fig 1). SCL 90 er et globalt måleinstrument. Det er mulig at det ikke er egnet til å fange opp mer spesifikke endringer relatert til panikk og agorafobi. Andre anerkjente mål, som Mobility Inventory (MI) (18), Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) (19), og Bodily Sensation Questionnaire (BSQ) (19), ville vært bedre egnet til å fange opp endringer i unnvikelse (MI), katastrofetanker (ACQ) og frykt for kroppslige fornemmelser (BSQ) knyttet til de aktuelle lidelsene.

Undersøkelsen viser at symptombelastningen på depresjon, somatisering og mellompersonlig overfølsomhet reduseres. Angstlidelser har en sammensatt symptomprofil. Om behandlingen har vært spesifikt rettet mot angsten, kan bedring av angstsymptomene gi en gunstig smitteeffekt på tilleggssymptomene.

En svakhet ved denne studien er at den mangler kontrollgruppe. Muligens kunne pasientene blitt bedre uten behandling.

Noen av pasientene fikk oppfølging av sykepleier etter gruppebehandlingen. Det er selvsagt en faktor som kan ha virket inn på våre resultater.

Dette er en relativt enkel evaluering med SCL 90 som eneste effektmål. Selv om dette er et velprøvd måleinstrument med gode psykometriske egenskaper, er det en svakhet at studien ikke kan avdekke hvilke elementer av behandlingen som eventuelt har virket. I hvor stor grad fysioterapien har hatt betydning i forhold til eksponeringen og den kognitive tilnærmingen, må besvares med andre forskningsmetoder.

Litteratur

- Hoffart A. Cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia: long-term outcome and mechanisms of change. *Cognit Ther Res* 1998; 22: 195–207.
- Hoffart A. In vivo cognitive therapy of panic attacks. *J Cognit Psychother* 1996; 10: 281–9.
- Martinsen EW, Olsen T, Tønset E, Nyland KE, Aarre TF. Cognitive-behavioural group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 437–42.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9: 13–8.
- Vassend O, Lian L, Andersen HT. Norske versjoner av NEO personality inventory, symptom checklist 90 revised og Giessen symptom checklist. Del 1. *Tidsskr Nor Psykologforen* 1992; 29: 1150–60.

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.
- Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24: 461–70.
- Clark DM. Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behav Res Ther* 1999; 37: 5–27.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder MG. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 164: 759–69.
- Hoffart A, Hauge T, Hedley L, Larsen S, Olsen B, Simarud J et al. Kognitiv terapi ved agorafobi med panikk. *Tidsskr Nor Psykologforen* 1993; 30: 742–8.
- Salkovskis PM, Clark DM, Gelder MG. Cognition-behavior links in the persistence of panic. *Behav Res Ther* 1996; 34: 453–8.
- Zoellner LA, Craske MG, Rapee RM. Stability of catastrophic cognitions in panic disorder. *Behav Res Ther* 1996; 34: 399–402.
- Bunkan BH. Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.
- Thornquist E. Fagutvikling i fysioterapi. Oslo: Gyldendal, 1988.
- Dropsy J. Leva i sin kropp. Stockholm: Aldus, 1975.
- Roxendal G. Et helhetsspektiv – sjukgymnastikk inför framtiden. Lund: Studentlitteratur, 1987.
- Heap K. Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
- Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Graceley EJ, Williams C. The mobility inventory for agoraphobia. *Behav Res Ther* 1985; 23: 35–44.
- Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 1090–7.