

**Interpersonell psykoterapi i grupp för tonåringar med
depression –
en studie av manualen för IPT-AG**

Anna Kullman

Specialistexamensarbete i klinisk psykologi.

Tack till alla ungdomar som bidragit till att denna studie kunnat genomföras. Tack till min handledare i IPT Karin Hammarstrand, till mina medterapeuter Marlene Lindberg och Rebecka Jägestedt, och till Matti Cervin och Ia Rorsman för hjälp med statistik och revidering. Tack till arbetskamrater, vänner, släkt och familj som kommit med glada tillrop och värmande ord under arbetet. Men mest av allt, tack till min man Johan som stöttat mig genom hela specialistutbildningen. Du är bäst!

Abstract

Psykisk ohälsa ökar i samhället. Det finns ett behov av att utveckla nya metoder för att ge fler barn och ungdomar möjlighet till tidig och effektiv behandling. Syftet med föreliggande studie var att undersöka om behandling utifrån en manual som beskriver IPT-AG (Adolescent Group) förbättrade depressionssymtom hos tonåringar inom svensk Barn- och ungdomspsykiatrisk vård (BUP). Den ursprungliga manualen för tonårsbehandling i grupp översattes och vidareutvecklades för att kunna användas inom BUP Skåne. 11 flickor i åldrarna 14-17 år som diagnostiserats med måttlig till svår depression behandlades med IPT-AG under 13 veckor. Studien visade att manualen för IPT-AG är användbar. Resultaten visade på en statistiskt signifikant förbättring av tonåringarnas depressiva symtom efter behandlingen, förbättringen skedde relativt snabbt, bortfallet var minimalt, och också ångestsymtom förbättrades signifikant. Slutsatsen från studien blev att den omarbetade manualen för behandling med IPT-AG kan rekommenderas att implementeras och erbjudas för att behandla depression hos tonåringar inom BUP i Sverige.

Keywords: Tonåring, ungdom, IPT, depression, behandling, manual.

Abstract

Mental illness is increasing in our society. There is a need for the development of new methods in order to give more children and youth the possibility of early and efficient treatment. The aim of this study was to explore if treatment using a manual describing IPT-AG (Adolescent Group) improved symptoms of depression among teenagers within Swedish Child and Adolescent psychiatric care (BUP). The original manual for the treatment of adolescents in group was translated and modified to be used at BUP in southern Sweden. 11 girls ages 14-17 who had been diagnosed with moderate to severe depression were treated with IPT-AG during 13 weeks. This study showed that the manual for IPT-AG is useful. The results showed a statistically significant improvement of depressive symptoms in teenagers after the treatment, the effect was relatively quick, attrition was minimal, and anxiety symptoms were also significantly improved. The conclusion from this study was that the modified manual for the treatment of depression with IPT-AG can be recommended to be implemented and offered to treat teenage depression within BUP in Sweden.

Keywords: Teenager, adolescent, IPT, depression, treatment, manual.

Interpersonell psykoterapi i grupp för tonåringar med depression

Psykisk ohälsa hos barn i åldern 10–17 år har ökat med över 100 procent på tio år, och framför allt är det diagnostisering av depressioner och olika ångestsyndrom som ökar (Socialstyrelsen, 2017d). Köerna för att få behandling ökar på flertalet Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniker (SVT, 2018).

Folkhälsomyndighetens undersökning (2016) visade att av 11-åringarna 2013–14 rapporterade 29 procent av flickorna och 20 procent av pojkarna två eller fler psykiska eller somatiska besvär mer än en gång i veckan. Bland 13-åringarna var det 46 procent av flickorna och 27 procent av pojkarna, bland 15-åriga flickor var det 57 procent, och för 15-åriga pojkar var andelen 31 procent (Folkhälsomyndigheten, 2016). Sedan förra mätningen 2009/2010 har andelen 15-åringar med besvär ökat med 9 procent för flickorna och 7 procent för pojkarna (Folkhälsomyndigheten, 2016). Hur ska vi hinna hjälpa alla?

Bakgrund

Interpersonell Psykoterapi (IPT) är en strukturerad, evidensbaserad, tidsbegränsad, konkret korttidsterapi. Fokus är på nuvarande relationer och de förändringar, konflikter och förluster dessa innehåller (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). IPT handlar i grunden om att förbättra sina relationer och därmed minska depressiva symtom (Weissman et al., 2000; Stuart & Robertson, 2012).

Terapin rekommenderas i dagsläget av Socialstyrelsen för behandling av barn, ungdomar och vuxna vid lindrig till medelsvår depression (Socialstyrelsen, 2017b; Socialstyrelsen 2017c). Det finns idag inga publicerade studier som beskriver arbete med IPT för tonåringar under svenska förhållanden. Eftersom Socialstyrelsen (2017b) rekommenderat IPT som lämplig behandlingsform vid depression finns det tydligt fog för en sådan studie, för att öka spridningsmöjligheterna. Dessutom är det intressant att undersöka möjligheterna att behandla i grupp ur många perspektiv, bl.a. effektivitetsmässigt och humanekonomiskt. En studie av Pingitore (2015) där tonåringar själv fått uttala sig kring sina upplevelser av att vara med i IPT-gruppbehandling visar på ett flertal positiva faktorer förutom förbättring avseende depressiva symtom, såsom en känsla av sammanhang, förbättrad interpersonell förståelse och att tonåringarna kände större hopp.

Av denna anledning, men också med tanke på tidigare framgångar med IPT i grupp för tonåringar (Mufson, Gallagher, Pollack Dorta, & Young, 2004; Rosselló & Bernal, 1999), samt att det är en behandlingsform som är tydlig, konkret och tilltalande i sin form, valde författaren att översätta de manualer som tidigare gjorts, med justeringar för att passa den svenska Barn- och Ungdomspsykiatrin. Manualerna behövdes också göras extra tydliga för att

kunna användas på flera kliniker och därmed göras lämpliga för framtida forskningssammanhang. En svensk manual utarbetades och ligger som bilaga till föreliggande arbete. Denna beskriver dock inte terapin från grunden utan utgår ifrån att den som ska utöva IPT som gruppbehandling för tonåringar har åtminstone grundläggande kunskaper i IPT.

Depression

Depression är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2016). 19 procent av befolkningen (16–84 år) uppger att de diagnostiserats med depression minst en gång i livet, och av dessa har nästan var tredje fått diagnosen mer än en gång (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Bland ungdomar är depression en av de vanligaste sjukdomarna (Folkhälsomyndigheten, 2016). Ungefär 8 % av alla flickor och 3 % av alla pojkar diagnostiseras med depression varje år, och ännu fler har depressiva symptom (Santesson, Andersson, & Jarbin, 2017; Folkhälsomyndigheten, 2016).

Subkliniska besvär, dvs. depressiva symptom, har 10-15 procent av alla tonåringar och är ungefär tre gånger så vanligt bland flickor som bland pojkar (Salomonsson, 2015). Bland pojkar i åldern 10-17 år med samsjuklighet i depression och ångestsyndrom är självmord 25 gånger vanligare jämfört med pojkar i samma ålder som inte fått någon psykiatrisk diagnos (Socialstyrelsen, 2017d).

År 2016 var prevalensen av depressioner bland flickor 10–17 år 1 110 per 100 000 invånare, att jämföra med knappt 600 år 2008, och för pojkar var motsvarande siffra år 2016 drygt 400 (Socialstyrelsen, 2017d).

Flera undersökningar visar på stigande psykisk ohälsa med nedstämdhet och stresssymptom bland svenska ungdomar (Santesson et al., 2017; Folkhälsomyndigheten, 2016). Depression i tidig ålder ökar risken för ytterligare depressioner och ökad psykisk ohälsa i vuxenlivet (Socialstyrelsen, 2017c), varför det är viktigt att tidigt få behandling för sina symptom. Nedstämdhet och depression kan yttra sig med symptom såsom koncentrations-svårigheter, sömnstörningar m.m., vilket ytterligare ökar pressen på drabbade tonåringar (Socialstyrelsen, 2017d). Depressionen påverkar skolarbetet, sociala relationer och kan påverka identitetsutvecklingen. Dessutom kan insjuknande i tidig ålder också påverka förmågan att tillgodogöra sig högre studier (Socialstyrelsen, 2017a). Peter Salmi, utredare på Socialstyrelsen, följde upp barn och unga som vårdats för depression och ångestsyndrom 2006. Vid uppföljning tio år senare hade dessa barn och unga en betydligt lägre utbildningsnivå än de som inte varit sjuka (Socialstyrelsen, 2017a). Flickor tycks känna av pressen av

strävan efter perfektion mer än pojkar (Hiltunen, 2017), varför det är viktigt att ge dem verktyg tidigt för att hantera psykisk ohälsa.

Det är vidare vanligare med interpersonella konflikter hos tonåringar med en depression än hos deras jämnåriga utan depression, och kan både vara anledningen till och en konsekvens av depressionen (Jacobson & Mufson, 2010).

Depressionsbehandling

Socialstyrelsen rekommenderar IPT, KBT samt PDT-kort för behandling av ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depressionsepisod (Socialstyrelsen, 2017b). Vidare rekommenderas också KBT i grupp samt familjeterapi för ungdomar med medelsvår egentlig depressionsepisod, och även läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel har visat sig vara effektivt (Socialstyrelsen, 2017b).

Swift, Greenberg, Tompkins och Parkin (2018) har visat att det är dubbelt så vanligt att vuxna patienter med depression avstår från behandling om de enbart erbjuds psykofarmaka jämfört med om de enbart erbjuds psykoterapi. Den studien visade också att det är vanligare att inte fullfölja behandlingen vid enbart läkemedelsbehandling jämfört med psykoterapi. Huruvida detta också stämmer för ungdomar är dock inte klarlagt (Swift et al., 2018).

En metaanalys av Cuijpers et al. (2011) visar en tydlig effekt av behandling med IPT vid depression. Denna analys har visat att behandling med IPT och KBT har lika god effekt på depressionssymtom, samt att en kombination av IPT och läkemedel ger ett bättre resultat än enbart läkemedelsbehandling.

Peter Ankarberg skriver i en debattartikel i Läkartidningen (2017) att IPT för tonåringar rekommenderas i betydligt större utsträckning i Kanada (bör erbjudas, en 1:a) än vad Socialstyrelsen gör i Sverige (kan erbjudas, en 5:a). Även för vuxna med måttlig depression är rekommendationen lägre i Sverige, 3 (bör erbjudas) mot 1 i övriga länder (Kanada, Danmark, Finland och Tyskland). Detta, menar Ankarberg, medför att tonåringar inte får tillgång till IPT i den utsträckning som skulle kunna vara gynnsamt, trots starkt forskningsstöd. Dock saknas det en hel del forskning gällande ungdomar både i Sverige och i resten av världen.

Interpersonell terapi (IPT)

Den ursprungliga manualen för IPT är utarbetad för arbete med vuxna, deprimerade patienter (Weissman et al., 2000), och har en pragmatisk utgångspunkt. Målet med behandlingen är att förbättra den interpersonella förmågan, vilket poneras minska depressiva besvär. Detta nås bl.a. genom att individens kommunikativa förmåga stärks och förbättras, tillsammans med andra interpersonella färdigheter (Weissman et al., 2000; Stuart & Robertsson,

2012). Terapin syftar således till att förbättra patientens relationer, vilket förväntas förbättra eller eliminera de depressiva symtomen, vilket i sin tur förväntas bidra till att patientens relationer förbättras (Weissman et al., 2000; Stuart & Robertsson, 2012).

För att det ska anses lämpligt att använda sig av IPT som metod vid depressionsbehandling ska depressionen ha triggats av eller vidmakthållas av något relationellt. Detta relationella antas i sin tur ha sitt ursprung i ett av följande fokusområden; rollförändring, interpersonella svårigheter, konflikt eller komplicerad sorg (Stuart & Robertsson, 2012). Arbetet utgår ifrån individens fokusområde, och därpå följande svårigheter. Teoretiskt utgår IPT ifrån anknytningsteori, kommunikationsteori, social teori och interpersonell teori (Stuart & Robertsson, 2012).

En översikt av Bernecker, Coyne, Constantino och Ravitz (2017) visar att IPT är effektivt mot depression och andra tillstånd, men att det är svårt att säga vem som kommer ha nytta av denna terapiform framför en annan. Få modererande faktorer har kunnat replikeras i flera IPT-studier, även om en handfull karaktärsdrag hos patienten kan förutspå om hen kommer att svara bättre eller sämre på IPT (Bernecker et al., 2017). Översikten visar vidare att det finns vissa indikationer på att yngre patienter kan ha större nytta av IPT än andra behandlingsformer, även om fler studier behövs inom detta område för att få tydlighet kring i vilken åldersgrupp IPT är att föredra. Vidare finns det indikationer på att KBT fungerar bättre för patienter med undvikande personlighetsstörning, men också på att KBT är mer effektivt än IPT ju fler personlighetsstörningssymtom patienten har rent generellt (Bernecker et al., 2017).

Anpassning av IPT för tonåringar (IPT-Adolescents; IPT-A). Precis som vid behandling av vuxna är de tre viktigaste komponenterna vid IPT-A psykoedukation, affektigenkänning och att träna på interpersonella färdigheter (Jacobson & Mufson, 2010). Det är viktigt att tonåringen lär sig att förstå och känna igen sina känslor, och att hen kan uttrycka dem på ett adekvat sätt. Att sedan kunna koppla känslorna till sina depressiva symtom gör det lättare för tonåringen att anpassa sina interpersonella strategier (Jacobson & Mufson, 2010). På så sätt lär sig tonåringen att kommunicera sina behov på ett mer funktionellt sätt.

Interpersonella svårigheter spelar ofta en stor roll i utvecklingen av depressiva besvär (Jacobson & Mufson, 2010). Effekten blir än mer påtaglig då detta sker under en känslig period av tonårsutvecklingen. Behandlingen med IPT-A innebär att terapeuten och patienten kan fokusera på de svårigheter som blir mest besvärande under tonårsutvecklingen (Mufson, Pollack Dorta, Moreau, & Weissman, 2004). Då de interpersonella förutsättningarna förändras förbättras också förutsättningarna för utveckling mot ett tillfrisknande från depressiva

besvär. För många tonåringar upplevs denna terapiform lättare att arbeta med då fokus ligger på nuvarande relationer, som på ett eller annat sätt ändå dagligen måste hanteras, istället för terapier där fokus är på ett intrapsykiskt plan (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004).

Hos tonåringar är det vanligt med komorbiditet, som t.ex. uppförandestörning, ångest inklusive panikattacker, eller missbruk, vilket är viktigt att ha i åtanke eftersom det kan inverka på behandlingsföljsamheten ((Mufson, Moreau, Weissman, & Klerman, 1993).

För tonåringar är behandlingen i den ursprungliga manualen endast 12-16 tillfällen, jämfört med 20 sessioner för vuxna (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004). En anledning till att terapin är kortare för ungdomar, är att det ofta för tonåringen är den första depressionsepisoden vilket gör att det behövs mindre tid för arbete. Vidare kan det vara svårt att engagera tonåringar i längre behandlingar. Strosahl, Robinson och Gustavsson (2014) refererar till en stor mängd studier som visar på hur vanligt det är att patienter avbryter sin terapi efter fyra till sex sessioner, med eller utan sin behandlares samtycke. Dessa uppnår ändå goda resultat efter behandlingen, vilket är samstämmigt med studier som ger indikationer på att 50 % av behandlingsvinsten är uppnådd efter de första 8 sessionerna (Strosahl et al., 2014).

Målen med IPT för tonåringar är att minska depressiva symptom, förbättra den interpersonella förmågan och funktionen, samt att öka förståelse hos både tonåringen och hans föräldrar eller andra viktiga vuxna för hur depression ser ut i tonåren (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004). Psykoedukation kring depression, dess förekomst och hur det kan ta sig till uttryck hos ungdomar är en viktig del av behandlingen, både för tonåringarna och deras föräldrar (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004).

De problemområden som används inledningsvis vid IPT-A är sorgereaktion, föräldrabarnkonflikt, konflikt med jämnåriga, svårigheter med förändringar mellan olika steg i livet, att hantera stress som är relaterad till förändringar i familjestrukturen, och kommunikations-svårigheter (Mufson et al., 1993), men vid själva fokuseringen sluter terapeuten sig till ett ursprungligt IPT-fokusområde.

Ett flertal förändringar har gjorts från den ursprungliga manualen för att bättre passa vid arbete med tonåringar (Mufson et al., 1993). Just stresshantering relaterade till förändringar i familjestrukturen, t.ex. vid en skilsmässa, tas extra hänsyn till. Dels är det väldigt vanligt, och dels har det visat sig empiriskt ha en koppling till depressiva symptom (Mufson et al., 1993). Andra interpersonella svårigheter som är mer specifika för ungdomen är grupstryck och relationer med jämnåriga, och att för första gången inleda romantiska relationer (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004).

Ämnen som inte är så vanliga i behandling av vuxna, såsom hemmasittande, olika typer av utsatthet, ilska och aggression, och ibland inblandning av socialtjänst och skola, är betydligt vanligare vid tonårsbehandling (Jacobson & Mufson, 2010).

Vissa behandlingsstrategier har anpassats i ungdomsbehandlingen för att ta hänsyn till utvecklingsmässiga steg, såsom autonomi, utvecklande av kärleksrelationer, att hantera några av de första förlusterna, men också för att hantera grupstryck, och att bli en egen individ (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004).

Det finns olika strategier för att inkludera familjemedlemmar, både föräldrar och syskon och eventuella andra viktiga vuxna, bl.a. genom telefonkontakt mellan sessionerna vid behov (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004).

Övriga interventioner är också mer riktade mot tonåringar. T.ex. används sällan skattningsinstrument, tonåringen uppmanas istället att gradera sitt mående på en skala från 1-10. Därifrån låter terapeuten tonåringen beskriva vilka depressionssymtom som är mest framträdande just då (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004). Det gör det lättare för tonåringen att på ett konkret sätt följa sitt eget mående, och koppla sina depressiva symtom till händelser i interpersonella sammanhang.

När terapeuten i en IPT-A-behandling samlar på sig information, kan denna komma från flera håll; från tonåringen själv, föräldrar, lärare och andra vuxna som känner barnet, vilket sällan görs med vuxna patienter. Det är dock viktigt att vara uppmärksam på att tonåringen och hans föräldrar inte alltid har samma uppfattning om när ett beteende eller problem är värt att nämna (Mufson et al., 1993). Barn rapporterar oftare symtom som deras föräldrar inte rapporterar, detta gäller särskilt frågor kring suicidalitet (Mufson et al., 1993).

Mufson, Gallagher, et al. (2004) menar att både tonåringar och deras föräldrar ofta är motståndare till terapier som involverar föräldrarnas deltagande alltför mycket, och att en stor del av arbetet kan göras som hemuppgifter mellan sessionerna. Om tonåringen inte vill ha med sina föräldrar alls i behandlingen behöver det klargöras om det beror på en konflikt som ska adresseras i terapin, eller om föräldrarna faktiskt är så pass dysfunktionella att det inte skulle fungera (Mufson, Gallagher, et al., 2004). Då kan terapeuten och ungdomen tillsammans undersöka om det finns någon annan vuxen som har möjlighet att stötta tonåringen under behandlingen.

Pu et al. (2017) har i en metastudie visat att IPT för tonåringar var signifikant bättre än kontrollgrupperna avseende minskning av depressiva symtom och förbättring av livskvalitet. Dock gick det inte, utifrån de studier som ingick i metastudien, att finna evidens för att suicidrisken minskade. Ytterligare en intressant aspekt var att IPT visade sig vara effektiv även vid

långtidsuppföljning, och att de ungdomar som fick IPT hade ett lägre bortfall och alltså stannade kvar i behandlingen i högre grad än de som fick annan behandling, vilket också setts i andra studier med framför allt vuxna (Markowitz et al., 2015). Ingen större skillnad mellan individuell eller gruppbehandling kunde ses i denna studie utifrån behandlingsframgång, vilket stämmer väl med resultatet från studien av Rosselló, Bernal och Rivera-Medina (2008), som också jämförde olika behandlingar. Resultatet från metastudien ovan indikerar vidare att KBT kanske inte är så effektivt som vi tidigare trott, och att användningen av IPT vid depressionsbehandling för barn och ungdomar behöver undersökas vidare (Pu et al., 2017). IPT kan visa sig vara en mer effektiv terapiform för just deprimerade barn och ungdomar.

Olika terapeutiska tekniker. Teknikerna som används mest inom IPT-A oavsett fokusområde är; psykoedukation, uppmuntran att uttrycka affekter, perspektivtagande, kommunikationsanalys, interpersonell problemlösning, beslutsanalys och rollspel (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004). Andra tekniker innebär att arbeta med mer basala sociala färdigheter som t.ex. perspektivtagande för att motverka svartvitt tänkande, vilket är relativt vanligt hos tonåringar, och att tonåringen får lära sig att förhandla, särskilt när det gäller spänningar mellan barn och förälder (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004).

Mufson et al. (1993) menar att tonåringar har ett större behov av att bli lyssnade på, och av mer struktur än vuxna, och att det därför kan vara verksamt att använda sig av både direktiva och icke-direktiva utforskande terapeutiska tekniker för att få med tonåringens alla behov. Eftersom många ungdomar behöver utveckla mer självständighet är det viktigt att inte ge dem svaren, utan snarare ställa frågor så hen själv kommer fram till svaret, dvs. ge lite mindre direkta råd och istället vara mer utforskande tillsammans. På samma sätt är det viktigt att lära tonåringen identifiera och benämna känslor, och att med hjälp av terapeutiska tekniker lära hen uttrycka känslor på ett adekvat och funktionellt sätt (Mufson et al., 1993).

Vid kommunikationsanalys med yngre och mer konkret tänkande ungdomar kan det hjälpa att rita ett diagram, eller t.o.m. seriesamtal för att få fram vad som blev sagt och vilka känslor som väcktes i situationen (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004). Vidare kan terapeuten i en beslutsanalys behöva arbeta mycket med konsekvenser för att få tonåringen att förstå vilken inverkan både bra och dåliga beslut kan få på hens liv, och framför allt, stöd i att se och förstå vilka beslut som är bra (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004).

Många tonåringar blir obekväma vid rollspel, de känner sig dumma och fåniga, varför det kan vara extra viktigt att terapeuten bjuder på sig själv och tillåter både sig och tonåringen att skratta åt överdrifter eller absurda rolltolkningar för att visa att det inte är på så blodigt allvar. Vidare är det bra att tänka på att det kan vara värdefullt att kalla hemuppgifter för

experiment för att inte öka på den stress som tonåringar kanske upplever p.g.a. att de inte presterar som de önskar i skolan (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004).

IPT i grupp (IPT-G). Att arbeta i grupp med IPT är egentligen idealiskt. Det ger direkt möjlighet för deltagarna att träna interpersonella färdigheter såsom kommunikationsförmåga och att lyssna. Ibland är det ett stort steg att bara våga prata med andra, med jämåriga med samma typ av erfarenheter (Mufson, Gallagher, et al., 2004). Det kan vidare vara ett sätt att bryta isoleringen att komma till en grupp där många har samma problem, och att se andra som kämpar för att må bättre. Det kan ta udden av stigmat att ha en depression. Patienterna får också möjlighet att lära sig av att studera andra med samma typ av svårigheter när de arbetar med varandra eller med terapeuten. Allt problematiskt beteende kan utforskas i gruppen och ses som en del av det dysfunktionella interpersonella fungerandet, på ett annat sätt än vad som skulle märkas i individualterapi. Dock är det viktigt att ta hänsyn till att vissa av de tekniker som fungerar i individualterapi mister sin styrka i gruppterapi (Wilfley, MacKenzie, Welch, Ayres, & Weissman, 2000).

Wilfley et al. (2000) omarbetade den ursprungliga manualen för att arbeta med IPT i grupp, och då framför allt med vuxna hetsätare, Binge Eating Disorder, BED. Den manualen beskriver på ett tydligt vis hur IPT kan anpassas för att arbeta med flera individer samtidigt utan att förlora fokus på den enskilde individen i gruppen.

Att hålla i gruppterapi är märkbart annorlunda än individualterapi, och det är viktigt att inte bedriva roterande individualterapi och därmed missa de viktiga aspekterna som gruppen medför. Wilfley et al. (2000) beskriver att terapeuten ska hitta sätt att bibehålla intensivt fokus på patientens interpersonella mål, samtidigt som vi utnyttjar den terapeutiska kraften i en grupp. Terapeuten måste vara medveten om grupprocessen som sker parallellt med behandlingen och därmed också påverkar medlemmarna (Wilfley et al., 2000).

Terapeutiska tekniker som fungerar väl i gruppbehandling är klarifiering, uppmuntran av affekt, förbättring av kommunikationsfärdigheter, försäkring, testa uppfattningar och rollspel (Wilfley et al., 2000). Att stödja direkt kommunikation mellan medlemmar, vilket innebär en interaktiv hållning från terapeuten, har oftast god funktion i gruppen (Wilfley et al., 2000). För att detta ska fungera krävs en trygg miljö där patienterna känner sig bekväma med att ta och få feedback kring hur de uppfattas av andra, så att de också kan testa nya sätt att interagera med andra (Wilfley et al., 2000). Om terapeuten använder sig av t.ex. kommunikationsanalys blir det enkelt att involvera de andra gruppmedlemmarna för att höra om de känner igen sig, vad de skulle sagt, hur den andra kan tänkas känna sig osv. De flesta tekniker

som används inom IPT är användbara i gruppterapi och kan involvera de andra gruppmedlemmarna.

Även om terapeuten identifierar flera fokusområden att arbeta med, blir det svårt att hinna i den tidsbegränsade gruppen, varför det blir viktigt att tydliggöra det primära problemområdet och fokusera på det (Wilfley et al., 2000; Mufson, Gallagher, et al., 2004). Detta är framför allt för att kunna formulera realistiska mål kring vad vi kan hinna åstadkomma under den begränsade tiden. Det är viktigt, under sessionerna, att terapeuten försöker knyta ihop deltagarnas svårigheter under begreppet interpersonella svårigheter, även om de har olika fokusområden. Strategierna som används kan användas för flera fokusområden. T.ex. sorg och rollförändring har det gemensamt att vi måste göra en realistisk översyn av individen före och efter det som påverkat för att kunna få perspektiv på de förändringar som behöver göras (Stuart & Robertson, 2012). Konfliktfokus och interpersonella svårigheter innebär ett arbete med socialisering (Stuart & Robertson, 2012).

En framträdande fördel med gruppen är att medlemmarna har möjlighet att reflektera över andras svårigheter, vilket i förlängningen kan göra det lättare att reflektera kring sina egna svårigheter (Wilfley et al., 2000). I gruppen finns möjlighet att träna på både kommunikation och klarifiering, såväl som att arbeta med sin rädsla för att bli bortstött om en är tydlig mot andra. Dessutom ges medlemmarna möjlighet att se andra som tränar på detta, och kan lära sig från det. Vanligtvis är det mer än en gruppmedlem som har ett särskilt problemområde, varför gemensamt arbete kan uppmuntras mellan dem. Genom att prata om sina svåra känslor lär sig medlemmarna att det går att stå ut med känslor utan att återgå till ett maladaptivt beteende (Wilfley et al., 2000).

Anpassning av IPT-A och IPT-G till gruppbehandling för tonåringar (IPT-AG).

Anpassningen av IPT-G till tonåringar gjordes eftersom Mufson, Gallagher, et al. (2004) såg att tonåringarna i deras individuella kontakter hade svårt att träna på sina nya kommunikativa och problemlösningsfärdigheter på egen hand mellan sessionerna. Det var också vanligt förekommande att tonåringarna frågade om det fanns andra som hade det som dem, med samma typ av svårigheter. Flertalet tonåringar i dessa terapier hade uppfattningen att ingen annan mådde som de eller kunde förstå dem, och för dessa patienter blev gruppterapi en bekräftelse på att det var många som hade samma symtom. Att föra samman tonåringar med samma typ av svårigheter blev ett sätt att bryta isoleringen. I gruppterapi hade deltagarna också fördelen av att se på när terapeuten arbetade med någon annan, och kunde på så sätt ta ett utifrånperspektiv även när det gällde deras egna svårigheter (Wilfley et al., 2000).

För tonåringen är det en viktig del av behandlingen att minska social isolering, öka upplevelsen av positiv interaktion med andra samt att öka förmågan till att på ett positivt sätt kunna lösa interpersonella svårigheter i en stödjande gruppmiljö. Det kan också verka stärkande för tonåringar att känna stödet av sin grupp i arbetet. Det ger en möjlighet till realistiska rollspel i rummet, antingen med terapeuten eller med en annan gruppdeltagare med terapeuten som handledare, för att träna kommunikation, och ger fler möjligheter för feedback än då tonåringen är ensam i individualterapi (Mufson, Gallagher, et al., 2004).

För att passa arbete med tonåringar i grupp anpassades sessionerna (Mufson, Gallagher, et al., 2004), både avseende längden samt antalet sessioner. Den ursprungliga formen för IPT-A är 12 sessioner à 60 minuter fördelat på 16 veckor (Mufson, Pollack Dorta, et al., 2004). Den ursprungliga formen för IPT-G är 20 gruppsessioner à 90 minuter, samt två individuella inledande sessioner à 60 minuter, en individuell session mitt i behandlingen samt en avslutande individuell session (Wilfley et al., 2000). IPT-AG innebar en kombination av individuella sessioner och gruppsessioner över 14 veckor (Mufson, Gallagher, et al., 2004). Terapin inleds med två individuella 90-minuterssessioner, och följs av 12 sessioner á 90-minuter i grupp. Behandlingen innefattar också en session med tonåring och föräldrar i mitten av terapin, och en gemensam avslutande session. Vid dessa sessioner kan terapeuten träffa patienten individuellt en kort stund för att lyfta de frågor som kanske inte kommer fram i gruppterapin. Efter den sista individuella sessionen erbjuds vid behov underhållsbehandling, vilket innebär sessioner med intervall på 2–4 veckor.

Vid anpassningen till gruppterapi för tonåringar har Mufson, Gallagher, et al. (2004) varit noggranna med att bibehålla ett individuellt fokus genom att inleda terapin med två individuella sessioner, och att likaså ha individuella sessioner i mitten och vid avslut tillsammans med föräldrarna. Wilfley et al. (2000) betonar att det är viktigt att alltid ha ett par individuella sessioner innan grupparbetet kommer igång, för att enskilt hinna göra interpersonella inventariet och få en tydlig bild av patientens egna specifika svårigheter. Under dessa sessioner ska terapeuten också tillsammans med patienten göra en problemformulering, bestämma fokusområde, och börja formulera mål att arbeta mot.

Det är viktigt att vara tydlig med tonåringarna hur deras egna svårigheter kommer att arbetas med i gruppen. Alla får lite mindre tid, men den sammanlagda tiden blir mer och forskning har visat att de depressiva symtomen vanligtvis minskar, deltagarna lär av varandra trots att vi inte hinner gå på djupet med allt som är svårt. IPT-AG är en korttidsterapi som kan hållas under en avgränsad termin vilket på många sätt är fördelaktigt för både patient och sjukvård.

Ursprungligen testades IPT-AG manualen på tre grupper deprimerade tonåringar av afro-amerikanskt och latinamerikanskt ursprung, med blandade depressionsdiagnoser. Varje grupp hade fyra till sex deltagare, och alla sessioner videofilmades för att säkerställa följsamhet till manualen. (Mufson, Gallagher, et al., 2004).

Efter detta har en del ytterligare studier av gruppbehandling med IPT-AG skett, men då främst i länder där familjen står högt i kurs och det fanns en förväntan på att dessa tonåringars relationer till nära och kära är viktiga på ett annat sätt än de kanske ansågs vara i t.ex. USA (Verdeli et al., 2008; Rosselló & Bernal, 1999). I Uganda hade tidigare gruppbehandling med vuxna visat på förbättring avseende depression (Verdeli et al., 2008), varför fortsatt arbete med ungdomar inleddes och gav goda resultat.

Gruppen kan hjälpa individen i terapin. Terapeuten behöver styra upp och förhindra att de andra medlemmarna ställer sig på patientens sida och ger råd om hur hen ska hantera olika situationer (Wilfley et al., 2000). På så sätt visar terapeuten att det är viktigt att inte basera en intervention på en begränsad bild utan att det snarare bör utforskas hur patienten hanterat situationen och om det går att hitta alternativa sätt för patienten att hantera konflikten på, som blir mer funktionellt. Gruppen kan vara ett stöd i detta utforskande, och också kring om det finns olika förväntningar på patientens relationer (Wilfley et al., 2000).

På samma sätt kan gruppen utgöra det sociala stödsystem som patienterna saknar (Wilfley et al., 2000). Deltagarna får i gruppen möjlighet att träna på att skapa funktionella relationer, och att uttrycka sig i ord kring sina svårigheter med t.ex. en rollförändring inför andra individer, något som ofta undviks av rädsla för att det ska bli för svårt. Wilfley et al. (2000) beskriver vidare att patienterna i gruppen får en möjlighet att träna på nya sätt att hantera sociala situationer. Särskilt rädsla för att bli bortstött och känslor av att vara ensam kan de andra gruppmedlemmarna lätt känna igen, vilket kan göra det lättare för individen att öppna sig. Klienter med interpersonella svårigheter förstör ofta en relation hellre än att konfrontera andra och lösa svårigheter, varför det är viktigt att uppmuntra till att träna på detta i gruppen, att kunna prata om och lösa problem (Wilfley et al., 2000).

Avslutet, som en hel del annat, skiljer sig från individuell terapi. I gruppen måste deltagarna träna på att avsluta relationer, att hantera de känslor som väcks då de tar avsked av relationer som uppfattats som meningsfulla och användbara (Wilfley et al., 2000). Att avsluta relationen till terapeuten kan uppfattas som svårt nog, men i gruppen får deltagarna möjlighet att träna på att göra detta med jämlikar på ett annat sätt. Känslorna förknippade med avslutet kan påverkas av längden på terapin och hur gruppen har fungerat, men behöver oavsett diskuteras med deltagarna under de sista sessionerna (Wilfley et al., 2000).

Tidigare forskning på gruppbehandling med IPT. Få studier har gjorts för att undersöka hur väl IPT-AG grupp står sig mot andra behandlingar, såsom individuell IPT och KBT. En studie av O'Shea, Spence och Donovan (2015) i Australien har jämfört tonåringar som behandlats med IPT individuellt eller i grupp. Dessa testades med bl.a. BDI-II före och efter behandling, samt vid en uppföljning efter 12 månader. Patientgruppens genomsnittliga resultat var vid start måttlig depression och vid avslut lindrig depression. Ingen signifikant skillnad uppmättes mellan grupperna som fått individuell- eller gruppbehandling, markanta förbättringar avseende depression, ångest, internaliserade problem och generell funktion påvisades för samtliga patienter. Förbättringarna fanns kvar vid mätningen efter 12 månader. Slutsatsen blev att både individuell och grupp-IPT erbjuder en långsiktig förbättring vid behandling av depression hos tonåringar.

En annan studie som gjordes i Puerto Rico 2008 (Rosselló, Bernal, & Rivera-Medina) visade att både IPT och KBT, individuellt likväl som i grupp är välfungerande behandlingsmetoder för tonåringar med depression, dock ledde KBT till betydligt större minskning av depressiva symtom samt förbättrad självbild än IPT. En annan studie av Rosselló och Bernal (1999) visade att både KBT och IPT minskade depressiva symtom jämfört med väntelista, men att IPT hade en större inverkan på tonåringarnas funktion efter behandling, något som delvis relaterades till kultur och värderingar i Puerto Rico. I denna studie var 54 % av tonåringarna flickor, och ingen skillnad i resultat påvisades mellan könen (Rosselló & Bernal, 1999). En tidigare studie (Verdeli et al., 2008), där könsfördelningen var relativt jämn, har visat att flickor har haft större behandlingsframgång med grupp-IPT, något som inte förklarades vidare. Rosselló & Bernals studie (1999) visade på att ungdomarna i IPT-gruppen fick förbättrad självkänsla och ökad social anpassningsförmåga signifikant mer än väntelistan. Detsamma gällde inte för de ungdomar som var i KBT-gruppen. Verdeli et al. (2008) påtalar att många tonåringar hade svårt med tillit och att det därför dröjde väldigt länge innan de vågade berätta om sina egentliga svårigheter i gruppen. Därför föreslår de att gruppledaren redan i början av behandlingen pratar om generella svårigheter som ungdomar ofta kämpar med, såsom missbruk, graviditet, suicidtankar, våld i hemmet och liknande, för att visa att det går bra att prata om sådana saker i gruppen (Verdeli et al., 2008).

Mufson, Gallagher, et al. (2004) visade i pilotstudien av deras manual att de depressiva symtomen minskade, och CGAS ökade från ett genomsnitt av 49 till 68. IPT-AG sågs därför som en genomförbar och acceptabel metod för behandling av deprimerade ungdomar, men det påtalas samtidigt att mer forskning krävs för att säkerställa dess användbarhet.

Utvecklingen av den svenska manualen. Manualen som ligger till grund för föreliggande arbete är baserad på den anpassning av tonårsmanualen som beskrivs i Mufson, Gallagher, et al. (2004). Därefter gjordes modifieringar för att arbetssättet skulle passa de förutsättningar som finns på kliniken där studien av den svenska manualen genomfördes. Manualen gjordes väldigt tydlig för att den lätt skulle kunna följas på olika barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, och för att behandlingen skulle kunna följas upp och ligga till grund för forskning.

Tonåringarna fick en egen, förkortad manual där arbetet som skedde under de olika sessionerna sammanfattades. Det fanns också en förkortad Terapeutmanual för terapeuten att använda löpande som sessionsstöd.

Syfte

Det övergripande syftet med föreliggande studie är att utvärdera en behandlingsform som kan göra att så många patienter inom Barn- och Ungdomspsykiatrin som möjligt kan få en depressionsbehandling som påverkar symtom på relativt kort tid. Det i sin tur kan medföra att tonåringarna är bättre rustade inför framtida svårigheter för att undvika påföljande depressioner.

Frågeställning

Följande frågeställningar kommer att besvaras utifrån de mätningar som gjorts vid behandlingsstart, vid behandlingsavslut, samt 3 och 6 månader efter avslutad behandling.

1. Förbättras depressionssymtomen hos flickor i tonåren efter behandling utifrån en manual som beskriver IPT-AG?
2. Även om IPT i första hand är en depressionsbehandling, påverkas ångestnivån hos flickor i tonåren som genomgår en IPT-AG-behandling, och i så fall, ökar eller minskar ångestsymtomen?
3. Förbättras den upplevda livskvaliteten hos flickor i tonåren efter IPT-behandling i grupp?
4. Hur varaktig är påverkan på depressionssymtom över tid?
5. Är det någon skillnad i behandlingsutfall avseende depressionssymtom mellan den yngre och den äldre gruppen?
6. Hur upplever tonåringarna gruppbehandlingen? Är de positiva till gruppformat efter avslutad behandling?

Metod

Studien genomfördes under två terminer 2017 på en Barn-och Ungdomspsykiatrisk mottagning i södra Sverige. Totalt 11 flickor i åldrarna 14 till 17 år deltog i studien.

Deltagare

Rekrytering av patienter. Behandlarna på öppenvårdsmottagningen som träffade patienter med depression under hösten/vintern 2016 fick information om att gruppbehandlingen skulle påbörjas i januari 2017. De fick kort veta att IPT är en tidsbegränsad konkret terapi med fokus på nuvarande relationer. Vidare fick behandlarna på mottagningen information om behandlingsupplägg, och möjlighet att diskutera eventuella kandidater med behandlande psykolog. Inklusionskriterierna som angavs var att patienterna skulle vara 14–18 år, ha en depression som primär diagnos, samt att depressionen skulle vara triggad av eller vidmakthållas av något relationellt. Komorbid ångest accepterades, så länge inte ångest var den primära diagnosen. Patienten skulle också själv vara någorlunda motiverad till gruppbehandling. Exklusionskriterier som angavs var suicidala patienter med aktiva planer, patienter i akuta eller allvarliga stressituationer, patienter som uppvisade antisociala eller psykopatiska drag eller var väldigt defensiva, och patienter som upplevdes som helt omotiverade till behandling.

Huvudsyftet med denna studie var att undersöka om manualen var passande att använda vid depressionsbehandling på BUP. Författaren ville ta reda på vilka förändringar som behandling enligt manualen kunde medföra, om depressions- och ångestsymtom påverkades av behandlingen. Dessutom var det viktigt att se om förändringar behövdes göras i manualen. Därför valdes ett enklare förfarande då patienterna som deltog i behandlingen valdes ut.

Urvalet i studien var ett kriterieurval (Marlow, 2001) och utifrån detta gjordes ett tillgänglighetsurval. Kriterieurval innebar här att deltagarna valdes ut enligt ovanstående kriterier som skulle uppfyllas för att patienterna skulle förmedlas till gruppbehandlingen.

Tillgänglighetsurval innebar i denna studie att de patienter som fanns tillgängliga enligt kriterieurvalet, valdes ut att vara med i studien. Fördelen med att använda tillgänglighetsurval var att det var snabbt och enkelt (Hartman, 1998; Marlow, 2001). Nackdelen med dessa typer av urval är att vi inte säkert kan veta om de patienter som ingick i behandlingen skilde sig från andra deprimerade patienter på BUP (Holme & Solvang, 1991). Psykologer, kuratorer och läkare på öppenvårdsmottagningen som hade träffat patienter som kunde anses passa frågade patienten om hen kunde tänka sig att få en gruppbehandling. Urvalet gjordes därmed till viss del av författarens arbetskamrater. Således bestod urvalet av de patienter som

antingen remitterats till, eller själv sökt sig till öppenvårdsmottagningen på grund av psykisk ohälsa, som fanns tillgängliga och som uppfyllde inklusionskriterierna.

Eftersom psykisk ohälsa visats vara vanligare bland flickor än hos pojkar (Folkhälsomyndigheten, 2016), och eftersom det också var fler flickor än pojkar som rekommenderades av sina behandlare att delta i föreliggande studie, beslutade författaren att inledningsvis enbart kalla flickor till gruppbehandling.

Patienten och föräldrarna fick sedan skriftlig information från sina ordinarie behandlare (se Bilaga 1), och de som var positiva till att delta i gruppbehandling med IPT ringdes upp av gruppledande terapeut för att boka tid.

Samtliga gruppdeltagare kom till IPT-terapin på uppmuntran från föräldrar och ordinarie behandlare. Få var egentligen initialt positiva till gruppbehandling, men godtog att komma eftersom det var något nytt att försöka.

Beskrivning av patienterna. Samtliga patienter i båda grupperna var flickor, och hade en depressionsdiagnos vid behandlingsstart. Alla patienter i grupp 1 gick på gymnasiet. En av flickorna var 16 år, och resterande fyra var 17 år. En av patienterna behandlades med antidepressiv medicin parallellt med psykoterapin. Två av patienterna var före detta ätstörningspatienter som ansågs färdigbehandlade för sin ätstörning, men de hade fortfarande en stor andel psykisk ohälsa och uppfyllde kriterierna för depression. En av deltagarna genomgick parallellt med behandlingen en neuropsykiatrisk utredning och fick efter avslutad IPT-behandling diagnosen autism.

I grupp 2 var det tre som gick i årskurs ett på gymnasiet och tre som gick i nionde klass. En av flickorna var 16 år vid behandlingsstart, fem var 15 år. Även här var det en av patienterna som medicinerade, och en av deltagarna var en före detta ätstörningspatient.

Tabell 1 – Beskrivning av gruppdeltagarna

	Ålder (m)	Gymnasie- studerande (N)	F.d. ät- störning (N)	NP-diagnos (N)	Medicinerar mot depression (N)
Grupp 1 (N=5)	16,8	5	2	1	1
Grupp 2 (N=6)	15,2	3	1	0	1
Totalt (N=11)	15,9	8	3	1	2

Medverkan. En av ungdomarna i grupp 1 var frånvarande vid ett tillfälle, vilket var anmält i förväg. I grupp 2 var en av ungdomarna frånvarande vid två sessioner p.g.a. sjukdom, och en annan uteblev vid ett tillfälle.

Föräldrarnas roll i terapin. Föräldrarna ansågs vara viktiga och förväntades vara aktiva i behandlingen. Båda föräldrar till samtliga patienter ombads följa med till den första sessionen, då de skulle delta under 45 minuter. I grupp 1 hade alla ungdomarna utom en med sig båda föräldrarna vid första sessionen. Vid första sessionen med grupp 2 hade tre av ungdomarna med sig båda föräldrarna vid första sessionen, tre hade endast en förälder med sig. Föräldrarna bjöds också in till en session mitt i terapin, samt till den avslutande sessionen. De förväntades stötta sin tonåring under terapins gång, och fick därför mycket psykoedukation. Terapeuten beskrev noggrant vanliga symtom vid depression, hur en tonårsdepression skiljer sig från depression hos vuxna, samt vanliga interventioner vid depression. Dessutom beskrevs arbetet med IPT under första sessionen för att föräldrarna skulle vara insatta i det deras barn gick igenom i terapin. Föräldrarna hade möjlighet att ringa terapeuten mellan gruppssessionerna om de behövde extra stöd för att kunna hjälpa sin tonåring nå sitt behandlingsmål.

Att engagera föräldrarna innebär att det är fler som ska vara motiverade. Om föräldrarna inte är positiva till behandlingen kommer sannolikt inte heller tonåringen att vara det, varför det ibland är nödvändigt att bedriva motivationsarbete även med föräldrarna.

Vid sessionen i mitten av terapin fick föräldrar och tonåring möjlighet att förtydliga målet och arbetet ditåt, och också stöd för att använda sig av nyvunna färdigheter. Tonåringen fick möjlighet att i terapirummet träna på sina nya färdigheter med sina föräldrar. Terapeuten tillsammans med tonåringen kunde förtydliga hur föräldrarna kunde stötta mellan sessionerna.

Vid den sista sessionen där föräldrarna var med gick terapeuten igenom de framsteg som gjorts i terapin, vad som fanns kvar att arbeta med, och hur föräldrarna kunde hjälpa sin tonåring att arbeta mot ett förbättrat psykiskt mående, i enlighet med den ursprungliga manualen för gruppbehandling av tonåringar (Mufson, Gallagher, et al., 2004).

Instrument

IPT-AG-manualen. Denna finns som bilaga till föreliggande arbete. Det fanns också en kortare manual med utrymme för terapeuten att skriva i före, under och efter sessionerna, samt en tonårsmanual som delades ut session för session till flickorna. I denna fanns utrymme för tonåringarna själv att skriva sina mål, hemuppgifter och annat som kom upp under sessionerna. Terminologin förenklades något för att den skulle vara tydlig och enkel att förstå för tonåringarna.

BDI-II. Beck Depression Inventory är ett självskattningsinstrument för att mäta grad av depression hos ungdomar och vuxna från 13 år under de senaste två veckorna. Resultatet ger en indikation om förekomst och grad av depressiva symtom i enlighet med kriterierna i DSM-IV. Formuläret innefattar 21 items, som beskriver vanliga depressionssymtom, t.ex. frågor om nedstämdhet, förlust av glädje, intresse, aptit och energi, självmordstankar, skuld känslor, självförakt, koncentrationssvårigheter, och trötthet. Ett item gäller t.ex. Självförakt, där individen får välja mellan tre påståenden: 0 – Mitt självförtroende är som tidigare, 1 – Jag har fått sämre självförtroende, 2 – Jag är besviken på mig själv, och 3 – Jag tycker illa om mig själv. Enligt amerikanska normer beskrivna i manualen för BDI-II finns följande cut-off-värden; 0–13 indikerar minimal depression, 14–19 lindrig depression, 20–28 måttlig depression och 29–63 indikerar en svår depression (Beck, Steer, & Brown, 2005; Beck, Steer, Carbin, & Margery, 1988). BDI-II har visat på en hög test-retest reliabilitet, $r = 0,93$ för en klinisk grupp och $0,77$ för en icke-klinisk grupp (Beck et al., 2005). Vidare har BDI-II visat god validitet, både som diagnostiskt instrument (Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1997) och i jämförelse med t.ex. BDI-IA (Steer, Kumar, Ranieri, & Beck, 1998) och Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression-Revised ($r = 0,71$) (Steer et al., 1997). Dock har det visat på låg träffsäkerhet, vilket kan göra att patienter som inte har en depression ändå definieras som sjuka (SBU, 2012). BDI-II används för att bedöma individens grad av depressiva symtom och har i denna studie använts för att följa tonåringarnas skattning av depressiva besvär över tid.

En begränsning med BDI-II, som nämns i en studie av Richter, Werner, Heerlein, Kraus och Sauer (1998), är instabiliteten av resultat över korta tidsperioder. Därför valde författaren att förutom BDI-II också inkludera QIDS-A17-SR, för att se om resultaten skulle bli annorlunda med andra frågor.

QIDS-A17-SR. The Quick Inventory of Depressive Symptomatology Adolescent Version är ett självskattningsformulär för att mäta depression hos tonåringar. QIDS-A17-SR har bedömts vara lämpligt för användning med ungdomar, och har visat på hög reliabilitet ($\alpha \geq 0,8$), (Bernstein et al., 2010; Mergen, Arslan, Arslan, Mergen, Turgut, & Bernstein, 2016). Formuläret har översatts till svenska men inte validerats i Sverige.

Graden av depression beräknas utifrån svaren på 17 frågor baserade på diagnoskriterierna för depression i DSM-IV. Några av frågorna är samlade i kluster som rör sömn, aptit/vikt samt rastlöshet/förlängsamning, medan andra frågor handlar om att känna sig ledsen, lätt-irriterad och att ha tankar om döden. Ett item rör ”Känna sig ledsen”. Individen får välja mellan tre påståenden; 0 – Jag känner mig inte nere, olycklig, sorgsen eller eländig, 1 - Jag

känner mig nere, olycklig, sorgsen eller eländig mindre än hälften av tiden, 2 - Jag känner mig nere, olycklig, sorgsen eller eländig mer än hälften av tiden, eller 3 - Jag känner mig nere, olycklig, sorgsen eller eländig i stort sett hela tiden. Utifrån resultatet ges en indikation om personen har en depression samt om den anses vara lindrig, måttlig eller allvarlig. Cut-off-värden är: 0-5 ingen depression, 6-10 lindrig depression, 11-15 måttlig depression, 16-20 allvarlig depression, och 21-30 mycket allvarlig depression.

Jämförelser mellan BDI-II och IDS, som är den längre versionen med fler items än QIDS-A17-SR, har visat på hög korrelation ($r = 0,94$) mellan de båda testen. IDS hade dock en högre känslighet vid lägre resultat (UT Southwestern Medical Center, 2019; Cameron, Crawford, Lawton, Sharma, Dutoit, Hay, & Reid, 2008–2011). Jämförelser mellan BDI-II och QIDS-SR16T, en tidigare version, som gjorts i Turkiet (Mergen et al., 2012) visar på hög korrelation mellan BDI-II och QIDS-SR16T ($r = 0,72$). Ytterligare en turkisk studie där resultat från BDI-II och QIDS-A17-SR jämfördes, visade på hög korrelation mellan testen (Mergen et al., 2016).

SPENCE. Spence Ångestskala är ett skattningsformulär med 45 påståenden som avser mäta graden av ångestproblematik hos barn och ungdomar enligt kriterierna i DSM-IV. Påståenden att ta ställning till är t.ex: Jag oroar mig över saker, jag kan inte få hemska eller dumma tankar ur mitt huvud, när jag har problem känner jag mig darrig eller svag. Dessa skattas sedan ”aldrig, ibland, ofta eller alltid”, och räknas om till 0–4 poäng.

Svenska normer har tagits fram för barn mellan 12 och 17 år. En totalpoäng över 21 för självskattning indikerar behov av fördjupad bedömning, över 32 kan resultatet användas som kliniskt stöd för att diagnostisera ångest (Essau, Sasagawa, Anastassiou-Hadjicharalambous, Guzmán, & Ollendick, 2011; Olofsdotter, Sonnby, Vadlin, & Furmark, 2016). Testet har visat på mycket hög intern reliabilitet ($\alpha = 0,94$) i Sverige (Olofsdotter et al., 2016). Detta formulär användes i studien dels för att se huruvida ångesten innan behandlingen var en bidiagnos eller mer framträdande än depressionen, dels för att se om ångestsymtomen förändrades av IPT-behandlingen.

BBQ. Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory är ett självskattningsformulär som mäter en persons upplevelse av livstillfredsställelse. Formuläret innefattar 12 påståenden och ger ett mått på hur nöjd en individ är inom sex områden som antas påverka livskvaliteten. Dessa är fritid, syn på livet, kreativitet, lärande, vänskap samt en själv som individ. Patienten skattar både hur viktigt hen anser området vara samt hur nöjd hen upplever sig vara med detta område (Frykheden, 2014). Påståenden att ta ställning till är t.ex: Jag är nöjd med vänner och vänskap; jag har vänner som jag umgås med och som stöttar mig. Påföljande påstående är:

Vänner och vänskap är viktigt för min livskvalitet. Vid sammanräkningen fås ett mått på hur väl individens värdering stämmer med hur hen faktiskt upplever sin situation.

Gränsvärdet mellan klinisk och icke-klinisk grupp är 52,2 enligt svenska normer baserat på en grupp med 167 studenter där medelåldern var 26,9 år (Lindner et al., 2016). Testet har visat på god reliabilitet, test-retest; $r = 0,89$ (Frykheden, 2014). Det finns inga normer för åldersgruppen som deltog i studien men syftet var att följa om deltagarnas livskvalitet förändrades av behandlingen, således var det individuella måttet viktigare än jämförelse med normgruppen.

Intervju. För att undersöka om ungdomarna var så nöjda med gruppformatet att de skulle kunna tänka sig gruppbehandling igen intervjuade terapeuten ungdomarna vid uppföljningen 6 månader efter avslutad behandling. Patienterna fick då svara på om de skulle söka individuell- eller gruppbehandling om de behövde söka behandling för depression igen fem år efter avslutad behandling. Svaren sammanställdes i ett excelark där alternativen var ”individuell”, ”grupp” eller ”osäker”.

Studiens design

Behandlingsupplägget. Inledningsvis träffade terapeuterna patienterna för två individuella sessioner á 90 minuter, därefter hölls 9 gruppssessioner á 90 minuter en gång i veckan med uppehåll för skollov. Efter den fjärde (i några fall efter femte) gruppssessionen bjöds föräldrarna in till en individuell 45-minuterssession med terapeuterna tillsammans med tonåringen. Den sista sessionen som hölls en till två veckor efter den sista gruppssessionen var en individuell 45-minuterssession där terapeuterna träffade tonåringen och hennes föräldrar. Totalt blev det alltså 13 sessioner under 13–14 veckor.

Ansvarig behandlare, dvs. författaren till föreliggande arbete, hade vid studiens början IPT B-kompetens, men gick under studiens gång i handledning för att uppnå IPT C-kompetens. Medbehandlare var vid första gruppen en sjuksköterska som gick psykoterapeututbildning i KBT, och vid andra gruppen en PTP-psykolog. Medterapeutens främsta uppgift var att vara extra ögon och öron till ansvarig behandlare, och att finnas med som ett stöd om någon skulle behöva lämna rummet, men hade i övrigt inget ansvar för gruppbehandlingen.

Eftersom det var bestämt när gruppen skulle starta behövde det enskilda arbetet hinnas med på ett förbestämt antal gånger, vilket innebar att det var svårare att ta hänsyn till individuella skillnader i t.ex. tempo hos patienten.

Mätningar

T1 – mätning vid behandlingsstart, första individuella sessionen.

Behandling som bestod av ytterligare en individuell session och nio gruppssessioner, och en mellansession tillsammans med föräldrar.

T2 – mätning vid behandlingsavslut, sista individuella sessionen.

Därefter erhöll några av patienterna underhållsbehandling med individuella sessioner varannan till var fjärde vecka.

T3 - mätning tre månader efter avslutad behandling.

T4 - mätning sex månader efter avslutad behandling. Gruppen bjöds in och träffades igen för sexmånadersuppföljning.

Procedur

Förberedelser. Ansvarig behandlare skickade kallelser, ledde gruppen, ansvarade för journalföring, all telefonkontakt mellan sessionerna, fikainköp och iordningställande av rummet. Kallelse (se Bilaga 2) skickades ut strax efter att familjen tackat ja till deltagande via telefon, 1–4 veckor före den första individuella träffen, beroende på när deltagaren rekryterades till gruppbehandlingen. Själva förfarandet skedde sedan i enlighet med den manual som bifogas föreliggande arbete.

Dataanalys. Alla ungdomar fick frågeformulär att fylla i vid behandlingsstart och vid avslut. Vissa formulär saknas, då ungdomarna trots upprepade påminnelser missade att lämna in de formulär som tagits med eller skickats hem.

Resultaten från mätningarna beräknades med hjälp av SPSS. Eftersom det saknades data för några av deltagarna användes en expectation–maximization (EM) algoritm för att kunna göra en Missing data analys. Detta för att kunna uppskatta medelvärdet där det saknades och kunna göra beräkningar på hela materialet.

Tabell 2 – Missing data för de olika testinstrumenten.

	T1 (Missing)	T2 (Missing)	T3 (Missing)	T4 (Missing)
BDI-II	0	0	2	2
QIDS-A17-SR	1	0	-	-
Spence	1	0	-	-
BBQ	1	0	-	-

(-) Dessa delades inte ut.

IPT är en depressionsbehandling, och författaren ville därför i första hand veta om behandlingen hade påverkat depressionssymtom olika i den grupp som främst bestod av 17-åringar och den som främst bestod av 15-åringar. Därför gjordes bara gruppvisa jämförelser avseende depressionssymtom mätt med BDI-II. Oberoende t-test gjordes på resultaten från

BDI-II mellan grupperna, då det är det mest använda och beprövade instrumentet för att mäta depressionssymtom på den klinik där studien genomfördes.

Eftersom det var två mättillfällen på samma individer (och fyra för BDI-II) och författaren ville veta om medelvärdena skiljde sig åt före och efter behandling användes beroende t-test. För att mäta utvecklingen över tid, dvs. om resultatet höll i sig för BDI-II, jämfördes första mättillfället med tredje och sedan fjärde mättillfället.

Grupperna i studien är små, och för att få ett mer robust mått på behandlingsutfall, dvs. hur stor effekt som behandlingen hade på individerna, beräknades även effektstorleken mellan de olika medelvärdena med hjälp av Cohen's d.

Etik. Alla tonåringar informerades om tillvägagångssätt, samt att detta var en studie där syftet var att vidareutveckla och utvärdera en manual. Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt, att de skulle få individuell kontakt på öppenvårdsmottagningen om de valde att inte vara med i gruppen. Dock kunde det inte garanteras när denna skulle sättas igång, och vilken typ av kontakt det skulle innebära. De informerades vidare om att de kunde avbryta behandlingen när som helst, även om behandlarna var tydliga med att effekt av behandlingen inte förväntades uppnås inledningsvis och att det därför var viktigt att försöka fullfölja gruppbehandlingen, som vid all annan behandling. Föräldrarna skrev på ett dokument (Bilaga 3) där de godkände att deras barns resultat skulle användas i syfte att utvärdera denna studie.

Avidentifierade testresultat fanns lagrat i en excelfil på författarens dator till dess att statistiska beräkningar med Region Skånes SPSS-program till föreliggande arbete gjorts. Pappersformulären och andra personuppgifter förvarades i arkivskåp på mottagningen i enlighet med Region Skånes regler för arkivering. Vissa formulär destruerades efter grupp-terapiens genomförande, de som föll under testsekretess skickades till Regionservice i Skåne där testmaterial sparas.

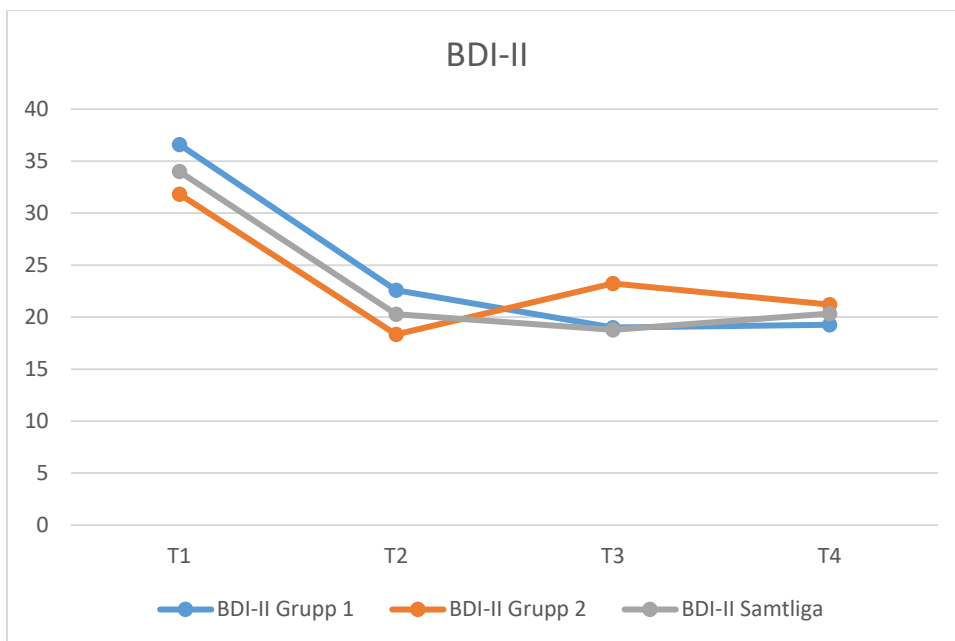
Etikprövning gjordes inte då syftet med studien var att skriva en specialistuppsats som inte kräver en sådan. Det primära syftet var att se om manualen som översatts och omarbetats skulle fungera för att behandla tonårsdepression i en svensk kontext.

Resultat

Alla tonåringar som påbörjade gruppbehandlingen fullföljde denna. De skattningsformulär som administrerades visade på gruppnivå en statistiskt signifikant förbättring avseende både depressiva- och ångestsymtom. Upplevd livskvalitet förbättrades hos sju av de elva gruppdeltagarna, dock ej statistiskt signifikant på gruppnivå.

BDI-II. Resultaten på BDI-II jämfördes mellan grupp 1 och 2. Diagrammet nedan visar att det fanns en viss skillnad mellan åldersgrupperna, dock var denna inte statistiskt signifikant, varför det ansågs rimligt att båda gruppernas resultat redovisades gemensamt som en helhet.

Diagram 1 – Utfall BDI-II medelvärden för grupp 1, grupp 2 och samtliga.



Vid första mätningen rapporterade samtliga gruppdeltagare betydande depressiva symtom. Samtliga skattade symtom som indikerade måttlig till svår depression. Alla flickor skattade en tvåa eller en trea, den högsta poängen, på det item som mätte självkritik. Tio av de elva flickorna skattade en tvåa eller trea på det item som mätte grad av självförakt. Nio skattade en tvåa eller trea på de tre item som mätte förlust av glädje och energi, obeslutsamhet och värdelöshet. Vid behandlingsavslut skattade tio av flickorna en förbättring avseende depressiva symtom på BDI-II.

I tabellen på nästa sida visas data för de båda grupperna var för sig vid olika mättillfällen, skillnaden och p-värde dem emellan, samt hela gruppens medelvärde och standardavvikelse vid samtliga mättillfällen.

Tabell 3 – BDI-II: Behandlingsutfall, standardavvikelse och p-värde för samtliga mättillfällen vid jämförelse av grupp 1 och grupp 2, samt behandlingsutfall och standardavvikelse för gruppen sammantaget.

	Grupp 1 (N=5)		Grupp 2 (N=6)		Skillnad	Sig	Samtliga (N=11)	
	M	SD	M	SD			M	SD
T1	36,6	10,29	31,8	6,34	4,8	P=0,369	34,0	8,28
T2	22,6	10,64	18,3	7,89	4,3	P=0,464	20,3	9,02
T3	15,2	8,07	23,3	9,64	-8,1	P=0,214	18,8	9,24
T4	19,3	8,02	21,2	11,76	-1,9	P=0,786	20,3	9,71

T1: Första sessionen, T2: Sista sessionen, T3: 3 månader efter behandlingsavslut, T4: 6 månader efter behandlingsavslut.

Nedan redovisas skillnaden mellan samtliga tonåringars skattning av depressiva symtom på BDI-II vid behandlingsstart och -avslut, samt tre och sex månader efter avslutad behandling. Tabellen visar på statistiskt signifikant förbättring av depressiva symtom mätt med BDI-II. Effektstorleken redovisas med Cohen's D, och visar på en mycket stor effekt på depressiva symtom efter behandlingen, vilket talar för en behandlingseffekt.

På gruppnivå indikerade flickornas resultat vid behandlingsstart en svår depression, och vid behandlingsavslut låg skattningen på gruppnivå på gränsen mellan lindrig och måttlig depression, vilket är en tydlig förbättring. Vid behandlingsavslut var det tre flickor som inte längre uppfyllde kriterierna för depression, övriga skattade lindrig till måttlig depression.

Även skillnaden mellan T2 och T3 respektive T4, dvs. vid behandlingsavslut och därefter följande mätningar redovisas. Ingen statistiskt signifikant skillnad påvisades mellan avslutad behandling och uppföljning. Detta visar på att resultaten höll sig på ungefär samma nivå, dvs. en ihållande effekt efter behandlingen vid mätning efter tre och sex månader.

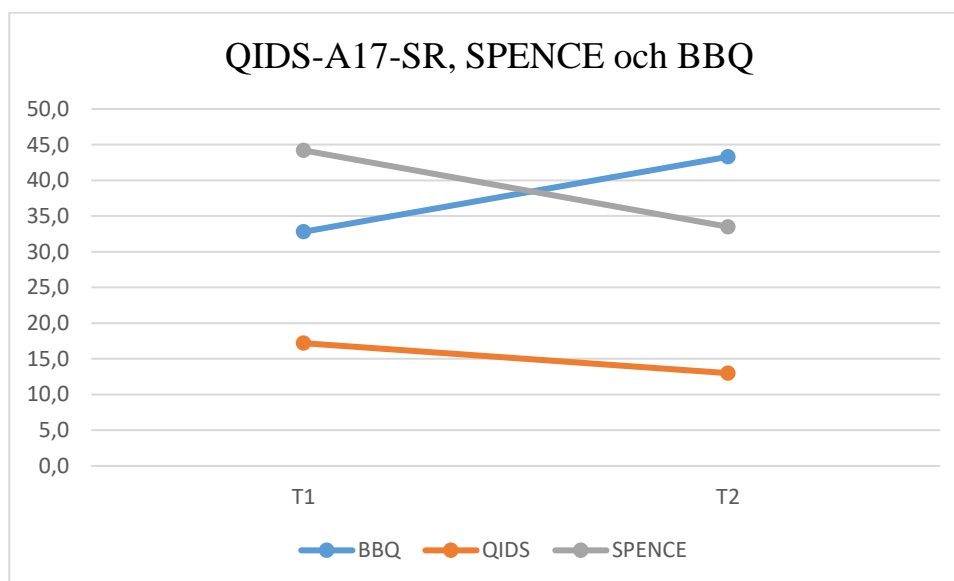
Tabell 4 – Signifikansberäkning av behandlingsutfall samt effektstorlek.

BDI-II	Paired Differences		t	df	Sig. (2-tailed)	Cohen's D
	Mean	Std. Dev.				
T1-T2	13,727	11,620	3,918	10	0,003	1,6
T1-T3	15,831	9,994	5,254	10	0,000	1,9
T1-T4	14,437	13,868	3,453	10	0,006	1,5
T2-T3	2,104	14,667	0,476	10	0,644	0,24
T2-T4	0,71	11,838	0,199	10	0,846	0,07
T3-T4	-1,394	10,828	-0,427	10	0,678	0,14

Test: BDI-II. Mätning 1 är vid behandlingsstart, mätning 2 vid behandlingsavslut, mätning 3 efter 3 månader, och mätning 4 är 6 månader efter behandlingsavslut. Tolkning av resultat: 0-13 minimal depression, 14-19 lindrig depression, 20-28 måttlig depression, 29-63 svår depression. Effektstorleken beräknad med hjälp av Cohen's D.

QIDS-A17-SR, SPENCE och BBQ. Nedan redovisas resultaten från mätningarna vid behandlingsstart och vid behandlingsavslut, dels i diagram, dels i tabellform.

Diagram 2. Utfall från T1 till T2 för QIDS-A17-SR, SPENCE och BBQ.



BBQ; gränsvärde 52,2. Spence; totalpoäng över 21 indikerar behov av fördjupad bedömning, över 32 kliniskt stöd för. QIDS-A17-SR; 6-10 lindrig, 11-15 måttlig, 16-20 allvarlig, 21-30 mycket allvarlig depression.

Tabell 5 – Behandlingsutfall QIDS-A17-SR, SPENCE och BBQ; T1– T2

	T1 M (SD)	T2 M (SD)
QIDS-A17-SR	16,87 (4,535)	13,00 (4,539)
SPENCE	43,75 (10,325)	33,45 (13,118)
BBQ	31,32 (13,287)	43,27 (13,372)

BBQ; gränsvärdet 52,2. Spence; Över 21 indikerar behov av fördjupad bedömning, över 32 kliniskt stöd för ångest. QIDS-A17-SR; 6-10 lindrig, 11-15 måttlig, 16-20 allvarlig, 21-30 mycket allvarlig depression.

Medelvärdet från T1 till T2 jämfördes för QIDS-A17-SR, SPENCE och BBQ. Samtliga skattningstest visade på en stor effekt mätt med Cohen´s D mellan mätning 1 och mätning 2, vilket visas i tabellen på nästa sida. QIDS-A17-SR som mäter grad av depression visade på en statistiskt signifikant förbättring från T1 till T2. Vid första mätningen låg gruppens medelvärde inom ramen för en allvarlig depression, och vid andra mätningen inom ramen för en måttlig sådan.

SPENCE som mäter ångestsymtom visade likaså på en statistiskt signifikant förbättring från T1 till T2, dock visade gruppens sammantagna skattningsresultat fortfarande på en allvarlig ångestproblematik. Två av deltagarna skattade förhöjd ångestnivå efter IPT-behandlingen, resterande flickor skattade samma eller sänkt andel symtom efter behandlingen.

Således kan sägas att även ångestsymtom på gruppnivå signifikant förbättrades av IPT-behandlingen, trots att IPT-AG inte specifikt är riktad till att behandla ångest.

BBQ visade på en förbättring av den upplevda livskvaliteten hos åtta av de elva flickorna, om än inte statistiskt signifikant på gruppnivå.

Tabell 6 – Signifikansberäkning av behandlingsutfall samt effektstorlek.

	Paired Differences		t	df	Sig. (2-tail)	Cohen's D
	Mean	Std. Deviation				
QIDS T1 – T2	3,869	4,399	2,917	10	0,015	0,9
SPENCE T1 – T2	10,294	10,846	3,148	10	0,01	0,9
BBQ T1– T2	-11,949	21,821	-1,816	10	0,099	0,9

Övriga resultat

På fråga om patienterna i den första gruppen skulle söka behandling för depression igen om fem år, och då skulle välja individuell- eller gruppbehandling, svarade fyra deltagare ”grupp” medan den femte svarade ”osäker”. I grupp 2 svarade tre flickor ”grupp”, och tre svarade ”individuell”. Totalt svarade alltså sju flickor att de trodde att de senare skulle välja gruppbehandling igen, tre flickor att de skulle välja individuell behandling, och en var osäker.

Tabell 7 – Önskemål om framtida behandlingsform

	Gruppbehandling	Individuell behandling	Osäker
Grupp 1	4	-	1
Grupp 2	3	3	-
Totalt	7	3	1

Diskussion

Behandling med IPT i grupp för tonåringar medförde en minskning av depressiva symtom för tio av elva flickor i föreliggande studie. På gruppnivå är denna minskning statistiskt signifikant. Detta är i linje med tidigare forskning på andra håll i världen (Mufson, Gallagher, et al., 2004; Verdelli et al., 2008; Rosselló & Bernal, 1999; Rosselló et al., 2008), som visade att behandling med IPT minskade depressiva symtom jämfört med väntelista. Studien som genomfördes i Australien 2015 av O'Shea et al. visar att behandling i grupp ger ett lika bra resultat som individuell behandling. Utgångsläget för deras grupp var något lägre på BDI-II; 27,5 (måttlig depression) mot medelvärdet i denna studie som var 34 (svår

depression). Efter behandling hade BDI-II-resultatet i den studien sjunkit till 17,6 (lindrig depression), att jämföra med föreliggande studie där resultatet vid behandlingsavslut var 20,3 (måttlig depression). Vid tremånadersuppföljning visade det sig att tonåringarna skattar ytterligare förbättring eller ett stabilt resultat jämfört med skattning vid behandlingsavslut. Detta indikerar att effekterna av behandlingen fortsätter att påverka deras mående i positiv riktning, och stämmer väl överens med de resultat som presenterats av Pu et al., (2017), att behandlingen var effektiv även vid långtidsuppföljning.

Förvånande dock var att resultatet från föreliggande studie på gruppnivå ligger kvar på ungefär samma nivå efter 6 månader, eftersom gruppen som O'Shea et al. undersökte (2015) hade sjunkit ytterligare, till 13,1 (minimal depression) efter 12 månader. Detta resultat är inte vidare undersökt i föreliggande studie men hade varit intressant att följa upp.

Alla tonåringar i studien utom en hade således ett förbättrat mående med minskade depressiva symtom vid behandlingsavslut, både vid mätning med skattningsformulär samt vid klinisk skattning av depressionssymtom. Dock var det bara 3 flickor som inte längre uppfyllde kriterierna för depression enligt BDI-II. Detta var förvånande, då förväntningen var att fler skulle skatta sina besvär under gränsen för depression.

Tidigare studier har som nämnts ovan visat på att det inte kunnat ses någon större skillnad avseende resultat på depressionssymtom mellan individuell- och gruppbehandling (Rosselló et al., 2008). Det är utifrån föreliggande studie omöjligt att säkert säga att det är behandlingen i sig eller bara tidsaspekten som är huvudorsaken till den förbättrade psykiska hälsan, eftersom ingen jämförelse med individuell behandling gjorts. Avsaknaden av kontrollgrupp begränsar tolkningen av resultaten ytterligare.

Ångestnivån förbättrades signifikant på gruppnivå, även om symtomen ökade hos två individer. Någon signifikant förbättring av ångestsymtom kunde inte påvisas i Verdelli et al. (2008) varför resultaten från föreliggande studie var något förvånande. Detta bör undersökas vidare i framtida studier, och kan förhoppningsvis klargöra vilka modererande faktorer som inverkar på behandlingsframgång.

Rosselló & Bernal (1999) visade i sin studie att ungdomarna som behandlades med IPT fick förbättrad självkänsla och ökad social anpassningsförmåga, vilket kan anses vara en del av förbättrad livskvalitet. Den upplevda livskvaliteten också i föreliggande studie förbättrades hos åtta av de elva ungdomarna, om än inte signifikant, och stämmer väl överens med Pingitores (2015) resultat kring tonåringarnas upplevelse av att vara med i grupp.

Samtliga patienter i föreliggande studie var flickor, vilket gör att det inte utifrån denna studie går att uttala sig kring huruvida detta är en metod som lämpar sig för alla tonåringar,

till skillnad från t.ex. studien av Rosselló & Bernal (1999), där det var relativt jämn könsfördelning. Resultaten från denna studie kan därför enbart generaliseras till behandling av flickor i tonåren, och även studier där pojkar ingår måste genomföras för att säkert kunna uttala sig om tonårsbehandling under svenska förhållanden.

Skillnaderna i resultat avseende depressionssymtom mellan grupp 1 och grupp 2 är små och inte signifikanta. Huruvida skolformen (grund- eller gymnasieskola) spelar in bör undersökas vidare. Deltagarna i den något äldre gruppen var överlag mer positiva till behandlingsformen, och tyckte att gruppformatet passade dem väl. Om detta egentligen handlar om sammansättningen av gruppen eller deltagarnas faktiska ålder bör undersökas vidare i fler studier. Eventuellt behöver ytterligare modifieringar göras av manualen för att passa även yngre tonåringar.

Föräldramedverkan i denna studie var liknande den i tidigare studier (Mufson, Gallagher, et al., 2004), och bedömdes vara tillräcklig för utfallet. Föräldrarna var med och fick psykoedukation för att bättre förstå sin tonåring och hennes depression.

Föräldrarna fick information om hur arbetet fortskred, men involverades sedan minimalt i det själva terapeutiska arbetet under gruppens gång. Istället lämnades ansvaret över på tonåringarna, att arbeta med de svårigheter som uppkom i hemmet med hjälp av gruppens stöd. Detta fungerade väl under terapin, och bedömdes vara tillräckligt. Möjligen påverkade denna ansats också tonåringarnas känsla av att de hanterade sina svårigheter själv utan alltför mycket inblandning av föräldrarna, och att de snarare med egen kraft kunde påverka relationen till t.ex. sina föräldrar. Detta i sin tur kan ha gett dem en känsla av att de har möjlighet att påverka övriga relationer.

Eftersom merparten av problematiska relationer återfinns inom familjen under tonåren, är själva upplägget med medverkan av föräldrar och ibland syskon en bra början för att senare arbeta på de relationer som tonåringen har utanför familjen.

I studien av Mufson, Gallagher, et al. (2004) hade grupperna fyra till sex deltagare. I föreliggande studie var det fem respektive sex deltagare vilket bedömdes som lagom både för att alla skulle få tillräckligt med utrymme, och för att få en fungerande dynamik i gruppen. Längden på behandlingen förkortades ytterligare i denna studie, men bedömdes ändå vara tillräcklig, dels för att hinna med en behandling på en termin, men också för att det komprimerade formatet gjorde att ungdomarna fick anstränga sig för att hinna göra förändringar under den relativt korta tiden. Detta har i tidigare studier visat sig vara effektivt för andra metoder (Strosahl et al., 2014), och trots förkortningen visar resultaten i föreliggande arbete på liknande förbättring som i tidigare studier, vilket indikerar att det är tillräckligt många sessioner.

Socialstyrelsen rekommenderar att individuell IPT kan erbjudas ungdomar med lindrig till medelsvår depression (Socialstyrelsen, 2017b), och resultaten från föreliggande studie visar på att även gruppbehandling med IPT ger effekt. Deltagarna i denna studie skattade genomsnittligen en svår depression enligt både BDI-II och QIDS-A17-SR, något som inte riktigt stöddes av den kliniska bilden. Därför gjordes bedömningen av ansvarig behandlare att IPT kunde erbjudas patienterna trots att deras självskattade symtom indikerade svår depression.

Med det relativt lilla urvalet, samt avsaknaden av både kontroll- eller annan behandlingsgrupp i denna studie är det svårt att uttala sig kring vad det egentligen är som påverkat tonåringarnas depressiva besvär. Är det behandlingen i sig? Att få träffa andra jämnåriga med samma typ av svårigheter oavsett behandlingsmetod? Likaså bör urvalet vara tydligare och randomiserat för att säkrare kunna uttala sig kring för vem denna behandlingsmetod kan passa. Ytterligare forskning bör fokusera på vilka modererande faktorer som avgör behandlingsutfallet.

Med allt detta sagt kan det dock konstateras att behandling med manualen för IPT-AG ger en statistiskt signifikant förbättring av depressiva symtom varför den kan rekommenderas att användas på BUP-mottagningar. Majoriteten av deltagarna var positiva efter behandling. Depressionsbehandling i grupp är en väg att gå för att lättare och bättre kunna behandla den ökande grupp av barn- och ungdomspsykiatriska patienter som vi möter varje dag. Fortsatt forskning kan hjälpa oss se vilka individer som drar mest nytta av behandlingen, för att ytterligare förbättra vården för deprimerade ungdomar. IPT-AG kan anses vara en genomförbar och acceptabel metod för behandling av deprimerade ungdomar inom Barn- och Ungdomspsykiatri, i linje med resultat från Mufson, Gallagher, et al. (2004).

Metoddiskussion

Anledningen till att författaren valt att använda två instrument som båda mäter depression är att det finns begränsningar med alla instrument. Då korrelationen mellan BDI-II och QIDS-A17-SR är hög, mäter de antagligen samma sak, om än med olika frågor. Frågorna i BDI-II avslutas ofta med ”än vanligt”, ”som tidigare”, vilket gör att tonåringarna ibland hade svårt att ta ställning. Vad är som vanligt, när var tidigare? QIDS-A17-SR är riktad till ungdomar och har ett lättare språk, och författaren uppfattar det som att tonåringarna lättare kunnat förstå frågorna. Detta instrument rekommenderas också av Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (sfbup.se, 2019).

Effekten tycks vara större i skattningarna på BDI-II än på QIDS-A17-SR. En anledning till detta kan vara att QIDS-A17-SR klumpar ihop fler item i frågorna än BDI-II och på

så sätt inte lika väl diskriminerar mellan de olika depressionssymtom som görs i BDI-II. Det är också större fokus på frågor om sömn och aptit i QIDS-A17-SR, något som kanske inte förändras lika snabbt som övriga parametrar. Detta skulle kunna undersökas vidare genom itemanalys. I andra ämnen har QIDS-A17-SR klumpat ihop flera av de frågor som i BDI-II har separerat. Bland annat besvaras frågan om koncentration och förmåga att fatta beslut i samma item i QIDS-A17-SR, men är två olika frågor i BDI-II. Detsamma gäller frågan om självbild i QIDS-A17-SR som inkluderar värdelöshet, självförakt, självkritik och skuld-känslor.

QIDS-A17-SR bedömdes därför vara ett fullgott bedömningsinstrument som dessutom är kostnadsfritt, lättillgängligt och enkelt att använda (Mergen et al., 2016). Dock är övrig personal på kliniken och andra möjliga läsare av manual och specialistarbete sannolikt mer bekanta med BDI-II, varför också detta instrument användes för baslinjemätning.

Nackdelen med kriterie- och tillgänghetsurvalet är att urvalsgruppen kan skilja sig från gruppen deprimerade patienter på BUP (Holme & Solvang, 1991; Hartman, 1998; Marlow, 2001). Författaren visste t.ex. inte vad som hade gjort att behandlarna på mottagningen rekommenderade just dessa patienter till IPT-gruppbehandling. Möjligen hade det blivit ett annat utfall vid ett annat urval.

En annan metodologisk svaghet med denna studie är att det är författaren till studien som haft huvudansvaret för behandlingen, och också ansvarat för insamling och bearbetning av data, något som är viktigt att beakta vid fortsatt forskning inom detta område.

Sammanfattningsvis visar resultaten på att behandling med manualen för IPT-AG är en framgångsrik metod för att minska depressiva symtom hos flickor i tonåren. Ytterligare forskning för att stärka dess evidens är nödvändigt. Denna bör inkludera, men inte begränsas till jämförelse med individuell IPT-behandling, jämförelse med annan gruppbehandling såsom KBT, samt med deltagare av annat kön. Vidare bör långtidsuppföljning inkluderas för att undersöka om den positiva effekt som uppnåtts under behandlingstid är varaktig eller t.o.m. fortsätter att utvecklas efter avslutad behandling.

Referenser

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Ankarberg, P. (2017, 27 januari). Socialstyrelsen har fel om depression och ångest. *Läkartidningen*. Hämtad från <http://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2017/01/Socialstyrelsen-har-fel-om-depression-och-angest/>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2005). *BDI-II. Beck depression inventory second edition*. Manual, Svensk version. Sandviken: Psykologiförlaget AB.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Bernecker, S. L., Coyne, A. E., Constantino, M. J., & Ravitz, P. (2017). For whom does interpersonal psychotherapy work? A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 56, 82-93. doi:org/10.1016/j.cpr.2017.07.001.
- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Hughes, C. W., Macleod, L. Witte, B. P., ... Emslie, G. J. (2010). Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology in adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(4), 185-194. doi:org/10.1002/mpr.321
- Braconier, A. (2015). *Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående. Psykometrisk utvärdering av en ny självskattningsskala*. (Examensarbete Psykoterapeutprogrammet, Stockholms universitet, Stockholm).
- Broberg, A.G., Ekeröth, K., Gustafsson, P.A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T., & Larsson, B. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 186-193.
- Cameron, I. M., Crawford, J. R., Lawton, K., Sharma, S., Dutoit, S., Hay, S., & Reid, I. C. (2008). Assessing the validity of the PHQ-9, HADS, BDI-II and QIDS-SR16 in measuring severity of depression in a UK sample of primary care patients with a diagnosis of depression: study protocol. *Primary Care & Community Psychiatry*, 13(2), 67–71.
- Cuijpers, P., Geraedts, A., van Oppen, P., Anderson, G., Markowitz, J.C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-92. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10101411.

- Essau, C. A., Sasagawa, S., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Guzmán, B. O., & Ollendick, T. H. (2011). Psychometric properties of the Spence child anxiety scale with adolescents from five European countries. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 19-27. doi:10.1016/j.janxdis.2010.07.001
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Psykosomatiska besvär bland skolelever*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/psykosomatiska-besvar-bland-skolelever/>
- Frykheden, O. (2014). *Effektiv mätning av livskvalitet - Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ) - en psykometrisk utvärdering*. (Examensarbete, Stockholms Universitet, Stockholm).
- Hansson, K. (1989). *Familjediagnostik*. (Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Lund).
- Harrison, P.L., & Oakland, T. (2008). *ABAS II®. Clinical use and interpretation*. San Diego: Elsevier.
- Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hiltunen, L. (2017). *Lagom perfekt: Erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar*. (Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet, Växjö).
- Holme, I.M., & Solvang, B.K. (1991). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Jacobson, C.M., & Mufson, L. (2010). Treating adolescent depression using interpersonal psychotherapy. I J.R. Weisz & A.E. Kazdin (Red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3.uppl., s. 140-158). New York: The Guilford Press.
- Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., & Carlbring, P. (2016). The Brunnsviken brief quality of life scale (BBQ): Development and psychometric evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(3), 182-195. doi:10.1080/16506073.2016.1143526
- Markowitz, J.C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P.E., Zhao, Y., Hembree, E., ... Marshall, R.D. (2015). Is exposure necessary? A randomized controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 172(5), 430-440. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070908
- Marlow, C. (2001). *Research Methods for Generalist Social Work* (3. uppl.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Mergen, B. E., Arslan, H., Arslan, E., Mergen, H., Turgut, S. E., & Bernstein, I. H. (2016).

- Turkish validity & reliability of the Quick inventory of depressive symptomatology adolescent version (QIDS-A17-SR) in comparison with the BDI-II among late adolescents. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni / Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 303-309. doi:10.5455/bcp.20151221100426
- Mergen, H., Tavli, T., & Ángel, K. (2012). Validity and reliability of the QIDS-SR16-Turkish in comparison with BDI-II- Turkish among young outpatient sample of Turkish University Students. *Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, 49(1), 1–5. doi:org/10.4274/npa.y5935
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Mufson, L., Gallagher, T., Pollack Dorta, K., & Young, J. (2004). A group adaptation of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents, *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 220-237.
- Mufson, L., Pollack Dorta, K., Moreau, D., & Weissman, M.M. (2004). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. (2 uppl.). New York, NY: Guilford Publications Inc.
- O’Shea, G., Spence, S.H., & Donovan, C.L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 43, 1-19.
- Olofsdotter, S., Sonnby, K., Vadlin, S., & Furmark, T. (2016). Assessing adolescent anxiety in general psychiatric care: Diagnostic accuracy of the Swedish self-report and parent versions of the Spence children's anxiety scale. *Assessment*, 23(6), 744-757. doi:10.1177/1073191115583858
- Pingitore, F.R.B. (2015) *Exploring the experiences of adolescents participating in interpersonal group psychotherapy*. Open Access Dissertations. Paper 316. (Doktorsavhandling, University of Rhode Island, US). Hämtad från https://digitalcommons.uri.edu/oa_diss/316
- Pu, J., Zhou, X., Liu, L., Zhang, Y., Yang, L., Yuan, S., ... Xie, P., (2017). Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry research* 253, 226-232
- Richter P., Werner J., Heerlein A., Kraus A., & Sauer H. (1998). On the Validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, 31(3), 160-168. doi: 10.1159/000066239
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and*

clinical psychology, 67(5), 734-745.

- Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 14(3), 234-245, doi: 10.1037/1099-9809.14.3.234
- Rush, A., Bernstein, I. H., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Hughes, C. W., Macleod, L., & Emslie, G. J. (2010). Psychometric properties of the Quick inventory of depressive symptomatology in adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(4), 185-194.
- Salomonsson, S. (2015) *Depression och nedstämdhet hos barn och unga 6-17 år*. Stockholms läns landsting.
- Santesson, A., Andersson, M., & Jarbin, H. (2017) *Psykoedukation och vårdplan, Deplyftet*. Barn- och ungdomspsykiatri, Region Halland och Svenska föreningen för barn- och Ungdomspsykiatri.
- SFBUP (2019). *Skattningsskalor*. Hämtad från <http://www.sfbup.se/vard/skattningsskalor/>
- Socialstyrelsen. (2017a). *Kraftig ökning av psykisk ohälsa hos barn och unga vuxna*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/kraftigokningavpsykiskohalsahosbarnochungavuxna>
- Socialstyrelsen. (2017b). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad från <https://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer-for-var-d-vid-depression-och-angesttyndrom/2/egentlig-depression-lindrig-till-medlesvar-barn-och-ungdomar-interpersonell-psykoterapi-ipt/2.20>
- Socialstyrelsen. (2017c). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017d). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-29>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport 212). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1997). Further evidence for the construct validity of the Beck Depression Inventory-II with psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 80(2), 443-446. doi.org/10.2466%2Fpr0.1997.80.2.443

- Steer, R. A., Kumar, G., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1998). Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(2), 127-137. doi.org/10.1023/A:1023091529735
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2014). *Fokuserad ACT*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2012). *Interpersonal Psychotherapy – a clinicians guide* (2 uppl.). Boca Raton: CRC Press.
- SVT (2018). *Socialministern är bekymrad över de långa köerna till BUP*.
<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/socialministern-jattebekymrad-over-koerna>
- Swift, J.K., Greenberg, R.P., Tompkins, K.A., & Parkin, S.R. (2018). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: a meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy* 54, 47–57.
 doi:10.1037/pst0000104
- UT Southwestern Medical Center. (2019). *Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) and Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)*. Hämtad från <http://www.ids-qids.org/about.html>
- Verdeli, H., Clougherty, K., Onyango, G., Lewandowski, E., Speelman, L., Betancourt, T.S., ... Bolton, P. (2008). Group interpersonal psychotherapy for depressed youth in IDP camps in northern Uganda: Adaptation and training. *Child and Adolescent Psychiatric clinics of North America*. 17, 605-624.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman G. L. (2000). *A comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Albany, NY: Basic Books.
- Wilfley, D.E., MacKenzie, K.R., Welch, R.R., Ayres, V.E., & Weissman, M.M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York, NY: Basic Books.
- Young, J.F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Efficacy of interpersonal psychotherapy – Adolescents skills training: An indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 47, 1254-1262.

Bilaga 1

Patientinformation om Interpersonell psykoterapi (IPT) för tonåringar i grupp (IPT-AG)

Detta informationsblad är gjort för att svara på de vanligaste frågorna från tonåringar och deras vårdnadshavare, när en IPT-behandling ska påbörjas.

Vad är IPT?

IPT är en strukturerad korttidsterapi som fokuserar på hur relationsproblem påverkar individens känslor och mående, och hur ens känslor och mående påverkar hur en har det i sina relationer. IPT skiljer sig ifrån andra former av terapier genom att systematiskt fokusera på huvudsakligen relationssvårigheter. När en människa kan hantera det som händer i sina relationer på ett adekvat sätt påverkas nästan alltid måendet i en positiv riktning. IPT är utformad för att hjälpa människor att känna igen de relationsproblem som de ställs inför och att sedan göra förändringar kring det som är problematiskt för att komma vidare. Många vetenskapliga studier har visat att IPT är en effektiv behandlingsform vid framför allt depression.

Behandlingsupplägg - Inledningsfasen

IPT-behandlingen är uppdelad i en inledningsfas, en mellanfas och en avslutningsfas. I den inledande fasen av behandlingen kartläggs de viktiga relationerna i ditt liv. Detta görs individuellt innan gruppterapin sätter igång. Genom denna kartläggning blir det tydligt vilket stöd du har möjlighet att få av andra, vilka dina typiska relationsmönster är och vilka relationer som du upplever svårigheter i. Denna sammanställning kommer att vara en viktig del i behandlingen och kommer att vara ämne för diskussion genom hela terapin. Vi kommer också att kartlägga dina symtom närmre och vad som har varit utlösande faktorer till ditt försämrade mående. Före inledningsfasen är slut bestäms fokus och målsättning för den fortsatta behandlingen.

Behandlingsupplägg - Mellanfasen

I IPT fokuseras arbetet i mellanfasen utifrån något av de fyra fokusområdena nedan:

- Interpersonell konflikt: konflikt med betydelsefull person i ens liv, så som förälder, partner, familjemedlem, vän, kollega etc.
- Rollförändring: förändringar i livssituationen, så som att bli tonåring, få barn, förlora arbetet, separation, flytt etc.
- Sorg: förlusten av en nära anhörig.

- Interpersonella svårigheter: få eller inga relationer alternativt många relationer som upplevs som otillfredsställande, svårigheter med den sociala förmågan, ensamhet, social isolering etc.

Under terapins mellanfas kommer vi att diskutera dina specifika problem utifrån det överenskomna fokusområdet och arbeta på att hitta lösningar till de relationsproblem som uppstår mellan behandlingstillfällena. För att göra detta kan behandlingen innehålla följande inslag: fokuserad problemlösning, arbeta på att förbättra kommunikationen, rollspel, diskussion kring dina känslomässiga reaktioner när du är i kontakt med andra etc. Terapin fokuserar alltid på nuvarande relationer och situationer som hänt sedan senaste behandlingstillfället och som har påverkat måendet i en negativ eller positiv riktning. Under mellanfasen kommer dina vårdnadshavare att bjudas in till en individuell session för att tillsammans med dig gå igenom de svårigheter som blivit tydliga.

Behandlingsupplägg - Avslutningsfasen

I avslutningsfasen diskuteras de framsteg som du har gjort under behandlingen och de strategier som du behöver fortsätta att arbeta med även när behandlingen är slut. Vi kommer också att lägga tid på att gå igenom situationer som kan trigga igång att måendet återigen försämras samt vilka signaler du behöver vara uppmärksam på till att måendet håller på att försämras igen. Slutligen kommer vi också att fokusera på känslor du har inför att avsluta behandlingen och göra upp specifika planer för eventuell framtida behandling om behov för detta finns. Dina vårdnadshavare bjuds in till en avslutande session då vi gemensamt går igenom framsteg och vad som fortfarande behöver arbetas med, och vad du kan behöva hjälp med från dem.

Terapins längd

Behandlingen är tidsbegränsad och antal behandlingstillfällen kan variera något i IPT, men gruppterapin för tonåringar består 13 sessioner, 4 individuella och 9 gruppssessioner. I IPT är tidsbegränsningen viktig eftersom den medför att förändringar kan ske snabbare och behandlingen på så sätt går fortare framåt. Vi kommer att hålla oss till de antal sessioner, som vi har kommit överens om, såvida vi inte tillsammans kommer överens om att göra på ett annat sätt.

Din behandlare heter _____

och kan nås på _____

Bilaga 2

Kallelse till IPT-grupp

Välkommen till Interpersonell Psykoterapi i grupp.

Ansvarig psykolog och behandlare är Leg. Psykolog XXXX XXXX, medterapeut är XXXX XXXX.

Vi träffas först individuellt vid två tillfällen, som du redan fått tiden till. Vi vill att minst en av dina vårdnadshavare är med under de första 45 minuterna vid det första tillfället.

Därefter träffas vi måndagar 15.30–17 under nio veckor, med start 6/9, uppehåll för höstlovet vecka 44.

Om ni har några frågor, kontakta XXX på nummer XXXX-XXXXXX.

Välkommen!

Bilaga 3

XX

har under tiden höstterminen 2017 genomgått IPT-behandling (Interpersonell Terapi) för tonåringar i grupp vid Bup i X-stad. Ansvarig IPT-behandlare är Leg.psykolog, med hjälp av PTP-psykolog. Behandlingen har åtföljts av ett flertal skattningsinstrument för att mäta behandlingseffekter. Uppföljning planeras att göras 3, 6 och 12 månader efter behandlingsavslut för att följa den långsiktiga effekten. Även vårdnadshavare har fått fylla i ett antal skattningsformulär.

Vi som vårdnadshavare godkänner härmed att de avidentifierade resultaten från behandlingen och skattningsformulären kommer att presenteras som en del av psykolog Xs specialistarbete, samt kan komma att publiceras som en vetenskaplig artikel.

X-stad, den 27/11 2017

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare

Namnförtydligande

Namnförtydligande