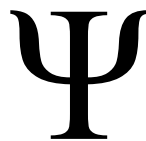




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



**Den empiriske statusen til kognitiv-atferds gruppeterapi: En
litteraturgjennomgang av metaanalyser i et samfunnsøkonomisk
perspektiv**

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Njård Håvar Fjelde

Jenny Marie Anderssen Rystad

Høst 2022

Først og fremst en stor takk til vår veileder Katharina Morken, for klare tilbakemeldinger og støtte i frustrerende stunder. Takk til Simen Bø for metodiske diskusjoner og tips. Takk til Berit Rystad og Frederik Becker for korrekturlesning. Takk til familie og venner for omsorg og gode ord. Takk til Firenze for motivasjon og varme.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
Abstract.....	6
Innledning.....	7
Bakgrunn.....	8
CBT.....	11
Hva er CBGT «Cognitive behavioral group therapy»?.....	12
Adapsjon av manualer fra CBT til CBGT.....	13
Hva skiller CBGT fra CBT?.....	13
Implementering av CBGT.....	15
Kostnadseffektivitet ved gruppeterapi.....	16
Fordeler og ulemper med CBGT.....	19
Nåværende løsninger for kø i psykisk helsevern	21
Metode.....	22
Gjennomgang av metaanalyser.....	22
Metodiske vurderinger.....	23
Kriterier for inklusjon og eksklusjon.....	25
Søkestrategi og primær seleksjon.....	26
Vurdering av metodisk kvalitet og sekundær seleksjon.....	27
Tabell 1.....	28
Figur 1.....	30
Ekstrahering av data.....	31
Resultater.....	31
Utvalget.....	31
Resultater for ulike diagnosegrupper.....	32

Depresjon.....	32
Sosiale fobier.....	32
Panikklidelse.....	34
Bulimia Nervosa.....	35
Obsessiv-kompulsiv lidelse.....	36
Tabell 2.....	38
Diskusjon.....	42
Kostnadsperspektiv.....	43
Er det behov for co-terapeut i CBGT?	45
Økte krav til terapeut.....	46
Implikasjoner.....	47
Kan alle behandles med CBGT?.....	49
Hvor mange vil ha gruppe?.....	50
Økt intensitet.....	51
Alternative løsninger på kø i helsesystemet.....	52
Styrker og begrensninger.....	53
Forslag til videre forskning.....	55
Konklusjon.....	57
Referanser.....	59
Appendiks.....	67

Sammendrag

Denne litteraturgjennomgangen danner en oversikt over den metaanalytiske litteraturen på CBGT for lidelsene depresjon, panikklidelse (PD), sosial angst (SAD), obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD), og bulimia nervosa (BN). Et systematisk litteratursøk, og sekundær vurdering av metodisk kvalitet, ledet til 5 metaanalyser som bestod av totalt 108 RCT studier, og 6543 pasienter. Gjennomgangen fokuserte på en sammenligning av effektstørrelsen for behandling med CBGT opp mot en rekke forskjellige kontrollgrupper, og fokuserte videre på effekten av behandling sett i et samfunnsmessig kostnadsperspektiv. De samlede resultatene fra studiene viser en tydelig moderat til stor effekt for lidelsene depresjon, PD, SAD og OCD sett opp mot ikke-aktive kontrollgrupper. Depresjon viser moderat effekt med $g = -0.68$ for depresjonssymptomer, PD viser stor effekt med $g = 1.08$ for panikk og agorafobi symptomer, SAD viser stor effekt med $g = 1.05$ for spesifikke symptomer i forhold til SAD, og OCD viser stor effekt med $g = 0.97$ for OCD symptomer. Resultatene fra BN artikkelen ble vurdert i denne litteraturgjennomgangen som for uklare til å kunne konkludere med effekt. CBGT sett opp mot aktive kontrollgrupper ledet ikke til klare konklusjoner om effekt for lidelsene, utenom SAD som viste ikke-signifikante forskjeller. Resultatene av gjennomgangen viser at CBGT er en empirisk støttet behandlingsform, og er betraktelig kostnadsbesparende. Implikasjoner, begrensninger, og fremtidige anbefalinger blir diskutert.

Nøkkelord: CBGT, litteraturgjennomgang, RCT, kostnadseffektivitet

Abstract

This literature review establishes an overview of the meta-analytic literature on CBGT for the disorders depression, panic disorder (PD), social anxiety disorder (SAD), obsessive-compulsive disorder (OCD), and bulimia nervosa (BN). A systematic literature search, and secondary assessment of methodological quality, led to 5 meta-analyses consisting of a total of 108 RCT studies, and 6543 patients. The review focused on a comparison of the effect size for treatment with CBGT against a number of different control groups, and further on the effect of treatment from a cost-benefit perspective. The overall results from the studies show a clear moderate to large effect for the disorders depression, PD, SAD and OCD compared to non-active control groups. Depression shows a moderate effect with $g = -0.68$ for depression symptoms, PD shows a large effect with $g = 1.08$ for panic and agoraphobia symptoms, SAD shows a large effect with $g = 1.05$ for specific symptoms in relation to SAD, and OCD shows a large effect with $g = 0.97$ for OCD symptoms. The results from the BN article were deemed too unclear for conclusions about effect sizes by the authors of this literature review. CBGT compared to active control groups did not lead to clear conclusions about effects for the disorders, except for SAD which did not show significant differences. The results of the review show that CBGT is an empirically supported form of treatment and is considerably cost saving. Implications, limitations, and future recommendations are discussed.

Keywords: CBGT, literature review, RCT, cost-effectiveness

Innledning

Formålet med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke effekten til behandlingsmetoden Cognitive behavioral group therapy (CBGT), i tillegg til å diskutere kostnadseffektivitet sett opp mot annen behandling. CBGT er gruppeterapi basert på samme teoretiske rammeverket som kognitiv atferdsterapi (CBT). CBT er en av formene for psykoterapi som har blitt mest forsket på, hvor studier på effekten har vist signifikant bedring i symptomtrykk og redusert ubehag ved en rekke psykiske lidelser (Butler et al., 2006). CBT regnes derfor som en evidensbasert og anerkjent behandlingsmetode, og brukes bredt som behandling i den norske spesialisthelsetjenesten. CBGT er mindre forsket på enn CBT, og i likhet med annen gruppebehandling er metoden mindre brukt som behandlingsalternativ (Whitfield, 2010). Det er derfor behov for mer forskning og kunnskap blant klinikere om effekten og eventuell kostnadseffektivitet ved CBGT.

Tall fra Riksrevisjonen (2021) har vist at en betydelig andel av de som søker hjelp for sine psykiske vansker får avslag på psykologisk behandling fra spesialisthelsetjenesten. Avslag gjøres på bakgrunn av vurdering av alvorlighetsgraden av vanskene. Likevel sendes de fleste henvisninger fra fastlege, som allerede har vurdert at det foreligger et behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Antallet avslag tyder på at behovet for psykisk helsehjelp er større i Norge i dag enn hva vi har kapasitet til å tilby. En høy andel mennesker med psykiske vansker gir økte samfunnsmessige kostnader, i tillegg til individuell lidelse (Tesli et al., 2021). Gjennom å finne effektive og ressursbesparende tiltak, kan man øke tilgang til psykisk helsehjelp for befolkningen. Mer kostnadseffektive tiltak vil redusere kostnadene for samfunnet, samt sørge for at flere får hjelp med sine psykiske vansker. Kan CBT i gruppeformat være et slikt tiltak?

Söchting (2014) argumenterer for at CBGT er mer kostnadseffektiv sammenlignet med individualterapi. Hun viser til hvordan en til to terapeuter kan behandle opptil fire

ganger så mange pasienter innen samme antall behandlingstimer (Söchting, 2014). Økt kapasitet gir en mulighet for at flere kan få tilgang på evidensbasert behandling. Samtidig er det viktig å undersøke effekten til CBGT for ulike psykiske lidelser, da man ikke nødvendigvis vil finne de samme resultater som ved individuell CBT. Selv om flere får hjelp ved CBGT, så må behandlingen være tilstrekkelig effektiv for å være mer kostnadseffektiv enn individuell behandling. Totalt sett er bare CBGT mer kostnadseffektiv hvis flere blir bedre for samme kostnad. CBGT er en strukturert form for terapi, som består av diagnosespesifikke manualer (Söchting, 2014). Det kan tenkes at strukturen skaper mulighet for effektiv implementering i ulike helseforetak, ettersom strukturen gir økt mulighet for lik opplæring og gjennomføring.

Om forskningen viser at CBGT er en effektiv form for behandling, vil terapiformen være et mulig tiltak for å kunne effektivisere helsevesenet og redusere dagens køer til spesialisthelsetjenesten. Da ved at flere pasienter får hjelp uten at det kreves flere terapeuter.

Bakgrunn

En stor andel av den norske befolkningen opplever psykisk sykdom i løpet av et år. Folkehelseinstituttet (FHI) estimerer at mellom 16-22% av den voksne befolkningen oppfyller kriterier for psykisk sykdom i løpet av 12 måneder (Tesli et al., 2021). Angstlidelser er typen av psykiske lidelser som er vanligst i Norge, hvor cirka en fjerdedel av befolkningen vil nå kriteriene for en angstlidelse i løpet av livet. Tallene for depresjon viser at cirka en av fem vil oppleve en eller flere depressive sykdomsepisoder i løpet av livet, og depresjon har nest høyest hyppighet av psykiske lidelser i Norge (Reneflot et al., 2018). Av antallet som oppsøkte primærhelsetjenesten grunnet psykiske plager i 2020 var 15% menn og 22% kvinner. For spesialisthelsetjenesten var tallene 5% for menn og 7% for kvinner (Tesli et al., 2021). Basert på tallene fra FHI er det en mindre andel av populasjonen med psykiske

lidelser som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, mens en større andel har hatt kontakt med primærhelsetjenesten.

Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester så nærmere på antallet som mottar tilbud og antallet som er på venteliste. I 2019 ble det registrert at cirka 600 000 voksne søkte om hjelp for psykiske plager eller lidelser, hvor cirka 150 000 mottok poliklinisk behandling (Riksrevisjonen, 2021). Riksrevisjonen sine tall viser i likhet med FHI sine tall at en betydelig andel av psykisk lidende ikke mottar psykologisk behandling. Andelen som benytter seg av kommunale lavterskeltilbud istedenfor spesialisthelsetjenesten er noe uviss (Riksrevisjonen, 2021), noe som kan gjøre det vanskeligere å dra klare konklusjoner ettersom deler av populasjonen kan være tilfredse med lavterskeltilbud.

Av dem som søker behandling i spesialisthelsetjenesten avvises en av fem søknader, hvor det blir vurdert at personen ikke kvalifiserer for rett på psykisk helsehjelp. Fra henvisning blir sendt har tjenesteyter mindre enn 45 dager på å gjøre en vurdering om personen har rett på psykisk helsehjelp for voksne, etter målsetting fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten (2021) viser stor variasjon mellom ulike regionale helseforetak, hvor ventetiden i gjennomsnitt var mellom 27-77 dager. Rapporten kritiserer videre at pasienter i de delene av landet som har lang ventetid, kan ha behov for øyeblikkelig hjelp, men likevel ikke mottar dette grunnet krav om henvisning (Riksrevisjonen, 2021). Basert på tallene for de som oppsøker psykisk helsehjelp sett i forhold til dem som mottar hjelp, fremstår det at behovet for psykisk helsehjelp i Norge er større enn vår kapasitet til å tilby hjelp. Riksrevisjonen sin rapport påpeker også et problem med ventetid for dem som søker psykisk helsehjelp, hvor man i deler av landet kan ha over en måned lengre ventetid enn andre steder. Helse Norge har dermed behov for å øke sin kapasitet for vurdering og behandling av psykiske lidelser.

Psykiske lidelser reduserer forventet levealder med 5-15 år, med økt forekomst av somatisk sykdom, og økte rater av selvmordsforsøk. Lidelsene leder også til økt sykefravær, hvor tall fra NAV fra 2019 og 2020 viste at 17% av fraværet var grunnet psykisk lidelse. Av dem som lever på uføretrygd var andelen med psykisk lidelse som hoveddiagnose 36% i 2016 (Tesli et al., 2021). Tallene viser at deler av befolkningen opplever helseproblemer og vansker med å arbeide grunnet psykisk uhelse. I tillegg til at dette skaper problemer for individer og deres nære, skaper det også økte kostnader for fellesskapet.

Den totale kostnaden for psykisk lidelse i Norge er estimert til 70 milliarder kroner per år, hvis man inkluderer behandling samt stønader ved sykefravær og uføretrygd (Riksrevisjonen, 2021). I tillegg kan man se for seg en rekke skjulte kostnader som tap av potensiell verdiskapning, eller økte kostnader for somatisk helse. Tiltak rettet mot psykisk helse kan dermed ha positive samfunnsøkonomiske effekter i tillegg til den økte livskvaliteten til personene som opplever psykiske vansker.

Med behov for behandlingstilbud for dem som står i kø, og begrenset kapasitet, har norske psykiatriske institusjoner gått i retning av kortere behandlingsforløp og mindre sengeplasser over tid. Et eksempel på vanlig praksis ved allmennpoliklinikk ved DPS i Norge er at behandlere får inn en ny pasient i uken, og dermed må skrive ut en annen hvis ikke tungtveiende grunner forhindrer det. Valget av å gå i retning av korte forløp har blitt kritisert. Kritikken er basert på frykt for å ikke levere behandling som kurerer, men som heller hjelper litt før pasienten blir henvist tilbake (Nordland et al., 2022).

Forskning på effektiviteten til behandling viser at 8 behandlingstimer gir bedring hos cirka 50 % av pasienter, mens cirka 75 % opplever bedring ved 26 timer. Ved korte forløp under 20 timer vil det dermed finnes en risiko for at en del av pasientgruppen opplever begrenset med bedring (Howard et al., 1986). Annen forskning har funnet mindre effekt forskjeller i forhold til antall timer totalt. Studiene som ble undersøkt i metaanalysen hadde

mellom 3 og 24 behandlingstimer, hvor effekten av flere terapitimer ble funnet statistisk signifikant, men med liten effektstørrelse med Cohen's d på 0.1. Forfatterne fant derimot ut at hyppigheten av terapi spilte en større rolle, hvor to sesjoner i uken ledet til moderat økt effektstørrelse sett i forhold til en sesjon i uken med Cohen's d på 0.45 (Cuijpers et al., 2013). Rollen til antall behandlingstimer er dermed noe usikker og krever videre forskning for å gi et klarere svar.

For å sikre et godt behandlingstilbud til tross for den nåværende usikkerheten rundt behovet for langtidsbehandling, krever det tilgang til nok ressurser for å kunne gi et individuelt behandlingsopplegg. Om gruppeterapi kan tilby effektiv terapi til flere pasienter med færre ressurser, kan det potensielt være en del av løsningen for å levere et bedre behandlingstilbud. Med økte ressurser vil man også kunne tilby hyppigere behandling, noe som ifølge Cuijpers et al. (2013) kan lede til større effektstørrelse.

Både Söchting (2014) og Scott (2011) argumenterer for at CBGT er et kostnadseffektivt tiltak som kan bidra til å redusere køene til behandling. Tanken er at økt bruk av CBGT i helsevesenet vil kunne bidra til at flere får effektiv behandling, og at flere får behandling tidligere. Som beskrevet er psykisk uhelse kostbart for samfunnet, og jo flere som går ubehandlet for sine vansker og plager, jo mer kostbart blir det. Dette gjelder både kostnadene for helseinstansene som må gi behandling, men også når individer blir sykemeldt fra jobb eller i verste fall faller ut av arbeidslivet.

CBT

Kognitiv atferdsterapi er en form for evidensbasert psykoterapi som brukes som behandling ved en rekke psykiske lidelser gjennom intervensjoner rettet mot spesifikke problemområder. CBT som behandlingstilnærming bygger på ideen om at psykiske vansker kommer av maladaptive tankemønstre og kognisjoner, som videre påvirker ens følelsesmessige opplevelser og atferdstendenser (Beck et al., 1979). Slik vil ens forventninger

og tolkninger av seg selv, andre og verden rundt farges av disse maladaptive kognisjonene. Beck et al. (1979) beskriver hvordan relasjonen mellom maladaptive tanker, følelser og atferd kan skape en ond sirkel. Den onde sirkelen fungerer som en opprettholdende drivkraft til psykiske vansker og lidelser (Beck et al., 1979).

Alle former for CBT baserer seg på tre grunntanker: at kognisjon påvirker atferd, at kognisjon kan overvåkes og endres, og at ønsket atferdsendring kan skapes gjennom endring av kognisjon (Dozois et al., 2019). Med andre ord at veien til å behandle psykiske vansker går ut på å aktivt forsøke å endre de maladaptive tankemønstre som ligger til grunn. I tillegg vil man i CBT målrettet jobbe med atferdsendring, og slik endre kognisjon med intervensjoner rettet mot atferd (Dozois et al., 2019), som for eksempel eksponering.

Spesifisitetshypotesen er en sentral antagelse i Beck sin kognitive teori om psykiske lidelser. Hypotesen går ut på at ulike psykiske lidelser eller vansker har ulikt kognitivt innhold, som krever ulike tilnærminger for behandling (Beck et al., 1987). Et eksempel på spesifisitetshypotesen er at deprimerte ofte beskriver en opplevelse av håpløshet eller verdiløshet. Hypotesen er bakgrunnen for at det i CBT er utviklet en rekke ulike manualer for bestemte psykiske lidelser. Manualene som originalt er utviklet for individuell CBT, vil kunne omgjøres og brukes i CBGT som grunnlag for innholdet som vil presenteres i en gruppebehandling (Söchting, 2014). Innholdet og intervensjonene i CBGT vil altså som ved CBT se noe ulikt ut alt etter hvilken psykisk lidelse det er som er fokus for gruppebehandlingen.

Hva er CBGT «Cognitive behavioral group therapy»?

CBGT er en form for gruppeterapi der innholdet bygger på det samme rammeverket som CBT (Söchting, 2014). Gruppeterapi er alle former for terapi der behandling skjer i en gruppe ledet av én eller flere terapeuter. I tillegg til innholdet som formidles av terapeut, er samspill mellom gruppemedlemmer tradisjonelt blitt vektlagt som kilde til endring

(Whitfield, 2010). CBT, som var originalt utviklet som en individuell terapiform, begynte å tas i bruk i gruppeterapi mot slutten av 70-tallet. CBGT var da i hovedsak fokusert på depresjon, men ble over tid utviklet til bruk for en rekke ulike psykiske lidelser (Morrison, 2001).

Adapsjon av manualer fra CBT til CBGT. CBGT er oftest manualbasert, men det er svært få av manualene omgjort til CBGT som har eksplisitt veiledning om hvordan man som terapeut skal ta hensyn til samspill og prosesser (Söchting, 2014). Når det gjelder innhold er det i CBGT som i CBT fokus på selve symptomet eller problemet fremfor årsakene bak, og det brukes intervensjoner som kognitiv restrukturering og eksponering for å gi symptomlette. Det er oftest anbefalt å ha to terapeuter, men det er også vanlig med kun én (Söchting, 2014). CBGT er som CBT målfokusert og høyt strukturert, som gjør det velegnet til å tilby en gruppe da behandlingen er retningsgivende og tidsbegrenset (Whitfield, 2010).

Selv om CBGT har et omfattende teoretisk rammeverk, er det beskrevet manglende teorier rundt prosessene som oppstår i alle former for gruppeterapi (Söchting, 2014). Bieling et al. (2022) peker på at CBGT bygger på de samme manualene utviklet for individuell behandling i CBT, og derfor ikke bare kan videreføres direkte til gruppeterapi uten at det gis mer oppmerksomhet til at innholdet presenteres til en samhandlende gruppe. Det har derfor ifølge litteraturen vært nødvendig å låne fra andre teorier på gruppeterapi som har mer fokus på prosesser, for å integrere prosess og innhold (Bieling et al., 2022; Söchting, 2014).

Söchting (2014) peker på hvordan CBGT kan spille en viktig rolle i å gjøre effektiv terapi mer tilgjengelig for mennesker med psykiske vansker. Dette fordi CBGT er basert på CBT som er evidensbasert og at gruppeformatet åpner opp for at flere kan få behandling samtidig (Söchting, 2014).

Hva skiller CBGT fra CBT? Det at mennesker samles i ulike former for grupper, der målet er forebygging, veiledning, rådgivning eller trening, har eksistert siden tidlig på 1900-

tallet (Barlow et al., 2004). Gruppeterapien har siden utviklet seg både metodisk og empirisk, ved å bygge på ulike terapeutiske retninger og publisere mer forskning (Barlow et al., 2004). Mye av fokus for forskningen på gruppeterapi har vært å utforske det som gjør gruppeterapien unik sammenlignet med individuell terapi, som da er de samspill og prosesser som oppstår når mennesker samles. Disse prosessene kalles for gruppeprosesser (Söchting, 2014). Gruppepsykoterapi har sin opprinnelse i psykodynamiske modeller, der tanken er at endring skjer gjennom disse interaksjonene som oppstår mellom medlemmene i gruppen (Whitfield, 2010). CBGT har ingen klar og felles teoretisk modell for gruppeprosesser, men det betyr ikke at dette ikke er til stede i CBGT (Söchting, 2014).

Bieling et al. (2022) peker på hvordan det tradisjonelt i CBGT har vært mest fokus på det CBT-modellen lærer til gruppen som den «aktive ingrediens». Samtidig kan ikke CBGT kun dreie seg om å lære ferdigheter. Ikke-spesifikke mellommenneskelige faktorer vil som i annen gruppeterapi også spille en rolle i CBGT. Siden det har manglet en eksplisitt veiledning for hvordan man som terapeut skal forholde seg til gruppeprosesser, er Yalom sin innflytelsesrike teori om terapeutiske faktorer i gruppeterapi mye brukt i litteraturen til CBGT (Bieling et al., 2022; Söchting, 2014; Whitfield, 2010). Teorien identifiserer 11 primære faktorer i gruppeterapi, som hver enkelt er tenkt å bidra til å skape endring hos enkeltindividene i gruppen. Eksempler er å øke håp, normalisering, skape samhold, oppleve tilhørighet eller utvikle sosiale teknikker (Yalom & Leszcz, 2005). Whitfield (2010) viser til hvordan de fleste av disse terapeutiske faktorene vil kunne være relevante for alle modeller for gruppeterapi, også CBGT.

Som ved all annen gruppeterapi er det ikke nok med kun evidensbasert innhold i effektiv behandling, man må i tillegg ta hensyn til gruppeprosesser. Ikke bare vil det oppstå interaksjoner mellom pasient og terapeut, men også mellom de ulike pasientene. Disse interaksjonene kan ses på som en ekvivalent til faktoren kjent som terapeutisk allianse

(Söchting, 2014). Terapeutisk allianse omhandler i korte trekk relasjon og samarbeid mellom pasient og terapeut, og er et viktig aspekt ved vellykket terapi som er med på å predikere utfall av behandling (Horvath & Symonds, 1991).

Implementering av CBGT. Ved implementering av CBGT understreker Piper (2008) viktigheten av god opplæring og trening av terapeuter. Dette innebærer god kunnskap om CBGT manualene, som veileder terapeut til å blant annet drive psykoedukasjon til gruppe medlemmene og lære dem ulike metoder for å forsøke å håndtere sine vansker (Söchting, 2014). Samtidig er det viktig ved implementering av CBGT at terapeut har innsikten i både en formell teori om endring, og samtidig har forståelse for gruppeprosessene som vil påvirke gruppen uavhengig av innhold som formelt presenteres (Burlingame et al., 2013). Gruppeprosesser er noe terapeuten aktivt kan forsøke å påvirke, i tillegg til presentasjon av det formelle innholdet til gruppen. Slik kan det skapes endringsmekanismer som er med på å bidra til positiv utvikling hos individene i gruppen (Söchting, 2014; Whitfield, 2010).

Scott (2011) har utviklet et sett med generelle retningslinjer for å måle generelle terapeutiske evner i gruppeterapi, som kan brukes i implementering og utvikling av CBGT. Retningslinjene måler hvor godt terapeuten leverer budskapet til gruppen, altså innholdet, i tillegg til mål på terapeuten sin håndtering av gruppeprosesser. For eksempel gjennom evaluering av terapeutens evne til å få frem oppmuntring og redusere kritikk fra gruppe medlemmene, evne til å inkludere alle, og evne til å ta tak i eventuelle problemer som kan oppstå i interaksjonene (Scott, 2011). Retningslinjene er tenkt som et treningsverktøy for terapeuter ved implementering av CBGT. Söchting (2014) argumenterer for at verktøyet er viktig for effektiv evaluering, og videre kan lede til økt effekt av CBGT som behandling.

I sum vil man i CBGT som ved annen gruppeterapi få ulike mønstre av gruppeprosesser innad i gruppen. Igjen vil dette påvirke både gruppen som helhet, og i

hvilken grad hvert enkelt grupped medlem drar nytte av terapiformen (Whitfield, 2010). Tidligere ble det i CBGT lagt mest vekt på innholdet fra CBT som veien til symptomlette. Det er senere blitt økt fokus på at de gruppeprosesser som oppstår også spiller en rolle for utfallet til den enkelte (Bieling et al., 2022; Scott, 2011; Söchting, 2014; Whitfield, 2010).

Kostnadseffektivitet ved gruppeterapi

Söchting (2014) skriver at økt bruk av gruppeterapi vil kunne sørge for at flere får hjelp med virksom behandling, fordi flere kan behandles samtidig uten behov for flere terapeuter. Spørsmålet er derimot om CBGT er en kostnadseffektiv behandling, som vil si en effektiv behandling som gir gode resultater uten at det koster mer.

Otto et al. (2006) sin studie konkluderer med at CBGT er en mer kostnadseffektiv behandling for panikklidelse enn individuell CBT eller farmakoterapi, basert på kun direkte kostnader av behandlingen. Ved utregning av kostnad for lik bedring av panikk-symptomer, hadde CBGT en kostnad per pasient på \$246, individuell CBT \$565 og farmakoterapi \$447 (Otto et al., 2000). Roberge et al. (2008) utforsker i sin studie også kostnadseffektiviteten til CBT-basert behandling av panikklidelse, men inkluderte indirekte kostnader som transport til behandlingssted og tapt tid på arbeidsplassen. Her sammenlignes CBGT og individuell CBT med brief CBT. Brief CBT er en komprimert variant av CBT, med fokus på spesifikke vansker og ekstra krav til at pasient selv må bidra med hjemmelekser for terapeutisk endring (Roberge et al., 2008). Roberge et al. (2008) fant at CBGT hadde en kostnad per pasient for behandlingsløpet på CAN\$1206, individuell CBT CAN\$1375 og brief CBT CAN\$666. Deres analyse av kosteffektivitet tyder på at CBGT hadde noe lavere kostnader og noe høyere effekt sammenlignet med individualterapi. Basert på dette fremstår CBGT som mer kostnadseffektiv enn individuell behandling ved panikklidelse. Resultatene for brief CBT i forhold til effekten av behandling, var noe lavere enn resultatene for individuell CBT og CBGT. Samtidig hadde brief CBT lavest kostnader av behandlingene (Roberge et al., 2008).

En oppfølgingsstudie gjennomført to år etter underbygger funnene på effekten til de tre ulike behandlingene sammenlignet med ikke-aktiv kontrollgruppe, med signifikant reduksjon i symptomer og økning i livskvalitet (Marchand et al., 2009).

Når det gjelder kostnadseffektivitet for CBGT ved behandling av depresjon, oppsummerer Scott & Stradling (1990) resultatene av to studier som sammenlignet kognitivt basert gruppeterapi og individualterapi. Kostnad ble regnet ut fra direkte mål, i form av utregning av terapeuttid. Konklusjonen til Scott & Stradling (1990) er at gruppeterapien var mer kostnadseffektiv, fordi den var like effektiv som individuell terapi og sparte terapeuttid. Ved 6 pasienter ble det spart 42 % terapeuttid, ved 4 pasienter 25 %, og med 8 pasienter ble 50 % terapeuttid spart (Scott & Stradling, 1990).

Motivert av kapasitetsproblemer gjennomførte Brown et al. (2011) en studie på pasienter med depresjon i klinisk setting. Målet var å sammenligne utfall, kostnad og pasientens engasjement for CBGT versus individuell CBT. Konklusjonen deres er at behandlingsformene hadde lik effekt på depresjonssymptomer, men at individuell CBT var 1.5 ganger dyrere å gi som behandling (Brown et al., 2011). Dette tyder på en kostnadseffektiv fordel for CBGT. Forfatterne peker samtidig på et behov for flere RCT-studier, særlig for å kunne si noe om det er ulikt resultat for ulike alvorlighetsgrader av depressive symptomer (Brown et al., 2011).

Morrison (2001) gjennomgikk litteratur på kostnadseffektivitet ved CBGT versus individuell terapi på en rekke ulike psykiske lidelser. Hun viser til at resultatene i litteraturen tyder på lite ulikhet i effekten til CBGT sammenlignet med individuell CBT. Resultatene for kostnader varierer derimot på bakgrunn av hvordan kostnad er kalkulert i studiene. Morrison (2001) konkluderer tentativt med at det likevel er støtte for CBGT som en mer kostnadseffektiv behandling, da de fleste analyser av kostnad går i CBGT sin favør. Samtidig peker hun på tegn til ulikhet mellom bestemte typer pasientgrupper, og at effekten kanskje

ikke er like høy for alle lidelser eller ved svært høyt symptomtrykk. Det er noe bevis for at effektiviteten til CBGT er lavere ved alvorlig syke pasienter, særlig ved alvorlig depresjon (Morrison, 2001).

Tucker & Oei (2007) evaluerer i sin artikkel de empiriske bevisene til 36 ulike studier angående komparativ kostnadseffektivitet til CBGT og individuell CBT, som helhet og ved spesifikke psykiske lidelser. De konkluderer med at bevisene for at CBGT er mer kostnadseffektiv enn individuell CBT er blandede. CBGT fremstår å være mer kostnadseffektiv ved behandling av depresjon, men mindre kostnadseffektiv i behandling av avhengighetslidelser og angstlidelser (Tucker & Oei, 2007). Det påpekes at metoden for kalkulasjonen av kostnader var ulik fra studie til studie. Noen definerer kostnad som kun kostnaden for terapeuttid spart, mens andre inkluderer indirekte faktorer som kostnader for reiseveien, tapt lønn eller tapt arbeidstid/fritid. I tillegg pekes det på behov for flere studier for å kunne trekke sikre konklusjoner rundt kostnadseffektivitet ved gruppeterapi (Tucker & Oei, 2007).

Selv om disse funnene generelt tyder på at CBGT er en kostnadseffektiv behandlingsmetode, er det en behandlingsmetode som man kan argumentere for er underutnyttet av klinikere og forskere (Piper, 2008). En studie fra Canada i 1990 viste at psykologers tidsbruk på psykoterapi var 49 % på individuell terapi og bare 3.7 % på gruppeterapi (Piper, 2008). En annen studie fra Canada i 2004 fremhever at 91.2 % av sykehus hadde individuell terapi som tilbud, mens bare 64.9 % hadde gruppeterapi som tilbud (Piper, 2008). Det argumenteres for at dette kan være med på å frata pasienter effektiv behandling, i tillegg til at terapeuter ikke får erfare den effekten gruppeterapi kan ha (Piper, 2008). Det bør samtidig tas i betraktning at dataene når det gjelder kostnadseffektivitet kommer fra andre land enn Norge, og dette må derfor tas hensyn til når det gjelder generalisering. Både direkte og indirekte kostnader vil kunne gi andre utslag grunnet blant

annet norske velferdsordninger, prisnivå, lønnsnivå etc. Samtidig kan resultatene gi en pekepinn på kostnadseffektivitet i Norge.

De ulike måtene å kalkulere kostander av terapi, gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Samtidig fremgår det en generell trend der CBGT fremstår som en kostnadseffektiv behandling for flere ulike psykiske lidelser. Tross CBGT sin kostnadseffektivitet, er behandlingen underutnyttet.

Fordeler og ulemper med CBGT

Det er ulike årsaker til at individrettet CBT i større grad er vanlig som behandlingsform sammenlignet med gruppeformatet CBGT. Blant dem er mangel på tilbud for trening av terapeuter, større krav til logistikk, at pasienter oftere ønsker individuelt tilbud, og at terapeuter kan føle seg mer eksponert i en gruppe (Scott, 2011; Söchting, 2014). Samtidig finnes det i litteraturen en rekke argumenter for økt bruk av CBGT.

Først og fremst gjør gruppeformatet at flere mennesker kan få virkningsfull terapeutisk behandling samtidig, og dette kan bidra til å redusere køene til helsehjelp (Scott, 2011; Söchting, 2014; Whitfield, 2010). Videre er CBGT strukturert med et bestemt og planlagt rasjonale og mål, med bakgrunn i at CBT-modellen er høyst strukturert og målorientert (Söchting, 2014). Slik skapes et felles fokus og mål for gruppen. CBT gir mulighet til at pasientene kan trene på en rekke ferdigheter som de kan bruke i egen hverdag, og her åpner CBGT for at pasientene kan lære av hverandre i tillegg til fra terapeut (Scott, 2011). Det vil si at man får muligheten til å lære fra opplevelsene og hjemmelekse-oppgavene til andre gruppemedlemmer (Whitfield, 2010). CBGT gir også grunnet sitt format muligheten til et naturlig publikum som kan brukes for eksponering og atferdseksperimenter. Gruppen kan få en funksjon som heilagjeng for å øke motivasjon gjennom oppmuntring og støtte, men kan også fungere som en kilde til tilbakemeldinger (Söchting, 2014; Whitfield, 2010). Slik kan man som terapeut oppmuntre til sokratisk dialog i form av utforsking og spørsmål

mellom pasienter, der pasientene oppmuntrer hverandre til videre refleksjon rundt endring (Söchting, 2014).

Gruppen i seg selv er med på å gi felleskap. Slik kan CBGT gi mer enn å bare lette på symptomene ved å bryte isolasjon og stigma, og ha potensiale til å gi tilhørighet og normalisering (Söchting, 2014). Gruppeterapi kan redusere stigma hos enkeltindividene gjennom en normaliseringseffekt ved å møte andre med lignende problemer og vansker (Whitfield, 2010). I tillegg kan det tenkes at andre medlemmer av gruppen vil kunne normalisere det at prosessen mot bedring av psykiske lidelser kan være en utfordrende vei, med oppturer og nedturer.

Studier har vist at alle typer terapi viser større reduksjon av symptomtrykk hos pasient når den terapeutiske allianse er god (Horvath & Symonds, 1991). Terapeutisk allianse består av tre ulike komponenter: et sterkt emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut, enighet om klare mål for terapien, og enighet om hvilke oppgaver som må gjøres for å nå disse målene (Bordin, 1994). I tillegg må pasient ha tro på at det å gjøre disse oppgavene vil føre hen til målet. Som tidligere nevnt er båndet mellom terapeut og pasient tenkt ekvivalent med gruppeprosessene (Söchting, 2014). CBGT kan altså tenkes å gi en unik mulighet for å danne sterke bånd til både terapeut og medpasienter gjennom gruppeprosesser, i tillegg til å kunne utvikle CBT-ferdigheter og -evner. Tanken er at CBGT gjennom gruppeprosesser og en dyktig gruppeterapeut, kan skape en følelse av å være i samme båt for pasientene. Sammen kan de hjelpe hverandre i riktig retning mot sine personlige mål (Söchting, 2014).

Det fremgår altså at CBGT kan være en mulig løsning på manglende ressurser og lange ventelister i psykisk helsevern, fordi flere pasienter kan få hjelp samtidig som det er behov for færre terapeuter. Derimot er det også ulemper ved CBGT. Whitfield (2010) peker på at man som terapeut i gruppeterapi vil måtte dele opp tiden sin, og slik vil ikke pasienter få full oppmerksomhet på samme måte som ved individuell behandling. Dette gir ulemper i

form av redusert mulighet for terapeut til å følge med på hver enkelt pasient sin mentale tilstand, og eventuelle endringer i emosjoner under gruppetimer. Her kan bruk av co-terapeut kunne være til hjelp (Whitfield, 2010), men selv da vil man kunne gå glipp av eventuelle endringer hos hver enkelt. Generelt vil også gruppeterapi mangle muligheten individuell terapi har til å skreddersy terapi for enkeltindividet (Morrison, 2001). Alt dette vil kunne gjøre det mer utfordrende for en pasient med stort symptomtrykk eller lavt funksjonsnivå å ta del i CBGT sammenlignet med individuell terapi (Morrison, 2001; Whitfield, 2010).

Sammenligninger mellom pasienter i gruppen kan føre til økt motivasjon, men kan også føre til opplevelse av manglende mestring (Morrison, 2001). Morrison (2001) peker på at ulik grad av endring hos pasientene i samme gruppe, kan skape negative tanker. Det kan også i gruppeterapi være en høyere terskel å ta opp vanskelige tanker eller følelser, særlig for mennesker som er mer engstelige. Negative sammenligninger kan forstyrre prosessen mot bedring, fordi ikke hele bildet kommer frem (Morrison, 2001). Pasienter ønsker ofte individualbehandling fremfor gruppeterapi om de får mulighet til å velge mellom de to (Scott, 2011; Söchting, 2014). Noen mennesker kan oppleve gruppeformatet som vanskelig og kanskje angstfullt, og det kan resultere i at de får vansker med å konsentrere seg om innholdet som formidles. De som opplever gruppeterapi som ubehagelig eller angstfullt vil mest sannsynlig få lite effekt ut av gruppeterapien (Whitfield, 2010).

Rent praktisk er en ulempe med gruppeterapi at det er vanskeligere å finne en dag eller et tidspunkt som passer for alle, og manglende fleksibilitet ved for eksempel sykdom. Slik vil enkeltpasienter kunne gå glipp av samlinger, noe som kan ha påvirkning på utfall av behandlingen (Whitfield, 2010).

Nåværende løsninger på kø i psykisk helsevern

Generelt er det gjort mindre forskning når det gjelder CBGT, sammenlignet med CBT (Whitfield, 2010). Det er sannsynlig at dette vil påvirke valg av behandlingsmetoder som

brukes i psykisk helsevern i Norge i CBT sin favør. For at flere skulle få behandling, med fokus på lidelser som lettere depresjon og angst, startet Helsedirektoratet i 2012 pilotprosjektet Rask psykisk Helsehjelp (RPH) i en rekke kommuner. Målet var å tilby lavterskel evidensbasert behandling, og etter evaluering har prosjektet fått fotfeste (Smith et al., 2016). Tiltaket er basert på den britiske modellen IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) som følger The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sine retningslinjer og har hatt gode resultater (Smith et al., 2016). Et annet tiltak gjort for psykisk helsevern i Norge har vært å pålegge at kommunene sikrer seg tilgang til psykologkompetanse fra og med 1. januar 2020, for eksempel gjennom å ansette kommunepsykolog. Staten har gjort dette for å for å styrke kompetansen på feltet i alle kommuner, i tillegg til det forebyggende arbeidet (Ekorud et al., 2021). Likevel, til tross for tiltakene viser tallene som nevnt at det fremdeles er mange som får avslag på behandling de henvises til, og at ventelistene er lange (Riksrevisjonen, 2021).

Metode

Gjennomgang av metaanalyser

Problemstillingen i denne litteraturgjennomgangen er: Hva er effekten av CBT-basert gruppeterapi (CBGT) for psykiske lidelser? Vi ønsker her å danne en oversikt over effekt av behandling med CBGT for ulike lidelser, sammenlignet med annen individuell psykologisk behandling eller kontroll. Oversikten vil danne grunnlaget for en drøfting om bruk av CBT gruppeterapi basert på et samfunnsøkonomisk kostnadsperspektiv og klinisk nytte. Effekten av CBGT vil bli undersøkt gjennom utvalg av metaanalyser, som viser effekten av CBGT sammenlignet med andre behandlingsformer.

Vi valgte å se på metaanalyser i vår litteraturstudie for å kunne danne et bredt bilde av CBGT sin effekt på flere lidelser, basert på en stor mengde data. Metaanalyse er en form for systematisk litteraturgjennomgang hvor man setter sammen funnene til en felles beregning av

effektstørrelse og signifikans (Cuijpers, 2016). Valget baserte seg også på at metaanalyser har økt statistisk power ettersom det samler data fra flere studier, og dermed gir større presisjon og nøyaktighet av effektstørrelser (Cuijpers, 2016).

Metaanalyser har noen metodologiske svakheter, hvor kvaliteten av metaanalysen er avhengig av kvaliteten på metoden brukt i de inkluderte studiene. En annen viktig begrensning er om metaanalyser burde brukes i klinisk forskning, ettersom det som regel vil finnes forskjeller i forsøksgruppene, metoden, og utføring av behandling i de individuelle studiene som bidrar til heterogenitet. Heterogenitet i metaanalyser er forskjellen mellom de individuelle studiene som ikke forklares av normal variasjon, men som heller forklares ved strukturelle forskjeller på metode, gjennomføring av intervensjon, eller pasient og kontrollgruppe (Cuijpers, 2016). Videre er metaanalyser sårbare for publiseringsbias, hvor studier som ikke finner effekter, sjeldnere blir publisert enn studier som finner effekter. Ved en metastudie vil man dermed kunne samle data fra flere positive studier og ikke få med studiene som viste lav eller ikke eksisterende effekt (Cuijpers, 2016). For å møte de metodiske svakhetene er det viktig at metaanalysene vi undersøker i vår litteraturstudie adresserer problemer med heterogenitet, og analyserer mulige biaser for å kunne tolke om resultatene er valide.

Metodiske vurderinger

For å danne en oversikt over effekten til CBGT, vil vi gjennom en litteraturgjennomgang se på metaanalyser av CBGT for ulike lidelser. Vi vil også sammenligne utfallsmål på CBGT med individuell psykologisk behandling eller kontrollgruppe. De psykiske lidelsene som er inkludert i litteratursøket er alle psykiske lidelser som er beskrevet i ICD-10 fra F0 til F99.

For å begrense mulige bias i litteraturgjennomgangen inkluderes kun randomiserte kontrollerte studier (RCT). RCT har metodiske fordeler ved forskning på effektstørrelser

ettersom randomiseringen av behandlingsgruppen og kontrollgruppen forhindrer at biaser i utvelgning av gruppelemmene påvirker resultatene. Ved randomisering og høy N kan man regne med at de statistiske forskjellene i gruppene vil utjevne seg, slik at de observerte utfallene til gruppen kan tilskrives til intervensjonen istedenfor konfunderende variabler (Bhide et al., 2018).

Det blir også gjennomført et usystematisk litteratursøk om kostnadseffektivitet. Gjennomlesning av fulltekst og valg av inkluderte artikler i primær seleksjon vil bli gjennomført av de to forfatterne gjennom konsensus.

For å danne et bredt bilde av mulige bruksområder for CBGT vil vi etter et systematisk litteratursøk velge ut en metaanalyse for hver psykisk lidelse som blir funnet i vårt søk, basert på kriteriene som er beskrevet under (Butler et al., 2006). De metodiske kvalitetene vi ser etter er analyse av heterogenitet, beskrivelse av vekting, analyse av risiko for bias, bruk av manual, eller detaljert beskrivelse for ekstrahering av data, og sensitivitetsanalyse (Cuijpers, 2016; Russo, 2007). Valget av metastudiene som blir med i litteraturgjennomgangen i den sekundære utvelgingsprosessen vil basere seg på hvilke artikler som i størst grad inneholder de metodiske kvalitetene, se tabell 1.

De ulike metodiske kvalitetene er ilagt forskjellig vekting i vurderingsprosessen, rekkefølgen presenteres her i synkende rekkefølge. Bruk av manual, eller detaljert beskrivelse for dataekstrahering er gitt størst vekt ettersom det beskriver hvilke typer data og karakteristikk av studiene som blir inkludert i metaanalysen (Cuijpers, 2016). Leseren av metaanalysen kan med informasjonen vurdere om kombinasjonen av dataene i analysen er akseptable (Russo, 2007). Heterogenitetsanalyse gir en indikasjon på hvor like intervensjonene har vært i de forskjellige studiene, og kan gi mulighet til å vurdere om intervensjonene er så forskjellige at det ikke er hensiktsmessig å slå dem sammen (Cuijpers, 2016; Russo, 2007). Vekting i metaanalyser forklarer hvilke vurderinger som er gjort når

forfatterne bestemmer hvor mye resultatene fra de individuelle studiene skal påvirke den samlede effektstørrelsen. For eksempel burde studier med høy N ha høyere påvirkning på den samlede effektstørrelsen enn studier med lav N ved tilnærmet lik metodisk kvalitet (Cuijpers, 2016). Ved manglende informasjon om valg av vektning kan det være vanskelig å tolke om studier med lav N påvirker metaanalysen mye eller lite. Risiko for bias er systematiske feil i studier, og henviser til metodiske svakheter hvor forskeren kan med eller uten vilje påvirke resultatene (Cuijpers, 2016). Uten vurdering av risiko for bias er det vanskelig å vurdere kvaliteten på metaanalysen som helhet. Lavest vektning er bruk av sensitivitetsanalyse, som benyttes for å teste robustheten til resultatene av metaanalysen. For eksempel ved å endre de inkluderte studiene i analysen, eller dataene, kan man observere om resultatene fra den originale metaanalysen påvirkes lite eller mye (Russo, 2007). Studier som har større antall forsøkspersoner vil bli prioritert over andre artikler ved tilnærmet lik metodisk kvalitet.

Kriterier for inklusjon og eksklusjon

CBTG regnes i denne litteraturgjennomgangen som terapi for flere personer enn 3, og baserer seg på CBT-prinsipper og -manualer for behandling.

Inklusjonskriteriene for den primære seleksjonen er: 1) Gruppeterapi basert på CBT (CBGT), 2) Sammenligning av effektstørrelser på symptomreduksjon mellom CBGT og annen psykologisk behandling eller kontrollgruppe gjennom metaanalyse, 3) Psykiske lidelser som er beskrevet i ICD-10 kategori F0 - F99, 4) Behandling av voksne over 18 år, 5) Fagfellevurdert og publisert i type 1 eller 2 tidsskrift, 6) Artikler skrevet på engelsk språk, 7) Artikler publisert frem til 09.09.2022.

Eksklusjonskriteriene er 1) Fokus for behandlingen er på mer enn en diagnose hos pasientgruppen, 2) Psykiske lidelser komorbid med somatisk lidelse, 3) CBT gruppeterapi i online format, 4) Fokus på spesifikke grupper utenom voksne forsøks- og kontrollpersoner, slik som eldre, nye mødre, studenter eller lignende, 5) At pasientene i gruppeterapi mottok

individualterapi i tillegg, 6) Kalkulerte effektstørrelser og signifikansverdier for CBGT i metaanalysene er ikke utskillbare fra effektstørrelsene og signifikansverdiene til andre behandlingsformer sine resultater.

Søkestrategi og primær seleksjon

Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i de elektroniske søkemotorene PubMed, Web of Science (WOS), og PsycInfo. I søkemotorene ble følgende søkeord brukt. (Effect* OR outcome) AND (CBGT OR "Group thera*") AND (CBT OR cognitive behav* therap* OR cognitive-behavioral therapy) AND (Meta-analysis). Ved PubMed og WOS søkte vi med søkeordene i "all fields". Ved PsycInfo søkte vi med søkeordene i title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word.

Søk i PubMed, WOS, og PsycInfo gav 209 resultater. Av resultatene ble 44 fjernet etter å ha blitt oppdaget av kildeprogrammet Endnote, og 9 ble fjernet manuelt av de to forfatterne. Etter fjerning av duplikater gjenstod 157 resultater. Etter gjennomgang av tittel og abstracts av en forfatter gikk 17 videre til gjennomlesning i fulltekst. Av artiklene som ble gjennomlest i fulltekst av de to forfatterne ble 8 med i litteraturgjennomgangen gjennom konsensus.

Noen av artiklene som ble lest i fulltekst inneholdt behandling som ikke ble beskrevet som CBGT av forfatterne. Av artiklene som ikke beskrev gruppebehandling som CBGT ble likevel noen inkludert i litteraturstudiet så lenge behandlingen som var inkludert i analysen baserte seg på CBT-prinsipper. For eksempel ble metaanalyser som undersøkte effekten av CBT, kognitiv terapi og eksponeringsterapi i gruppe inkludert, grunnet vår brede definisjon av CBT gruppeterapi.

Av artiklene som ikke ble inkludert i litteraturstudiet ble en ekskludert fra litteraturgjennomgangen grunnet inklusjon av komorbid somatisk lidelse, to ble ekskludert grunnet inklusjon av individualterapi samtidig med gruppeterapi, en ble ekskludert ettersom

den ikke var en metaanalyse, fire ble ekskludert ettersom effektstørrelsene ikke tillot utskilling av data for en ren CBGT gruppe eller for en spesifikk lidelse, og én ble ekskludert ettersom ikke alle inkluderte studier i artikkelen var RCT studier. For utvidet beskrivelse, se appendix A.

Vurdering av metodisk kvalitet og sekundær seleksjon

Metodiske karakteristikk av de 8 metanalysene som ble inkludert etter primær seleksjon ble vurdert av en forfatter og kategorisert i Tabell 1. Variabelen risiko for bias presenteres i tabell 1 med beskrivelse av hvilken type bias-analyse som har blitt gjennomført. Dette har blitt gjort for å belyse om artiklene har gjennomført analyser over flere risikomomenter eller et fåtall. Det ble gjennomført vurdering for alle 8 artikler, selv om det bare var lidelsene SAD og OCD som ble undersøkt i flere artikler og dermed skulle videre selekteres. Depresjon (Okumura & Ichikura, 2014), bulimi (Polnay et al., 2013) og panikk lidelse (Schwartz et al., 2017) hadde bare en artikkel hver og var dermed automatisk med videre etter den sekundære seleksjonen. Grunlaget for å gjennomføre vurdering av metodisk kvalitet for alle studiene var for å tydeliggjøre metodiske styrker eller svakheter ved alle metaanalysene, slik at validiteten til resultatene ble tydeligere.

Det ble vurdert at begge OCD-artiklene hadde høy metodisk kvalitet og var vanskelige å skille, se tabell 1. Valget mellom artiklene ble dermed basert på høyest n, hvor artikkelen til Schwartz et al. (2016) med n = 832 ble valgt over artikkelen til Pozza & Dèttore (2017) med n = 327.

Av de tre artiklene som omhandlet SAD var det Barkowski et al. (2016) som ble vurdert til å ha høyest metodisk kvalitet og dermed ble valgt med videre etter sekundær seleksjon. Forfatterne av SAD-artikkelen var de eneste som gjennomførte sensitivitetsanalyse, og manglet kun beskrivelse av vektning av de metodiske kvalitetene, se tabell 1. Artikkelen til Powers et al. (2008) inneholdt ingen analyser av risiko for bias utenom

publication bias, noe som begrenset muligheten til å tolke kvaliteten på artiklene inkludert i metaanalysen. Artikkelen til Wersbe et al. (2013) manglet beskrivelse av dataekstrahering, og det er derfor vanskelig for leseren å forstå hvilke kriterier som ble brukt ved innhenting av data og karakteristikker fra studiene i metaanalysen.

Tabell 1

Vurdering av metodisk kvalitet

Meta analyse	Analyse av heterogenitet	Beskrivelse av vektning	Analyse av risk of bias	Bruk av manual, eller detaljert beskrivelse av dataekstrahering	Sensitivitetsanalyse	Inkludert i litteraturgjennomgang
SAD:						
Wersbe et al. (2013)	Ja	Nei	CRBT+PB	Nei	Nei	Nei
Powers et al. (2008)	Ja	Nei	PB	Ja	Nei	Nei
Barkowski et al. (2016)	Ja	Nei	CRBT+PB	Ja	Ja	Ja
OCD:						
Schwartz et al. (2016)	Ja	Ja	CRBT+PB	Ja	Ja	Ja
Pozza & Dèttore (2017)	Ja	Ja	CRBT+PB	Ja	Ja	Nei
Depresjon:						
Okumura & Ichikura (2014)	Ja	Ja	CHSRI	Ja	Nei	Ja

Panikkidelse:

Schwartz et al. (2017)	Ja	Ja	CRBT	Ja	Ja	Ja
------------------------	----	----	------	----	----	----

Bulimia nervosa:

Polnay et al. (2013)	Ja	Nei	CRBT	Ja	Nei	Ja
----------------------	----	-----	------	----	-----	----

Notat. CRBT=Cochrane Risk of Bias Tool, PB=Publication bias, CHSRI=Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions v. 5.1.0.

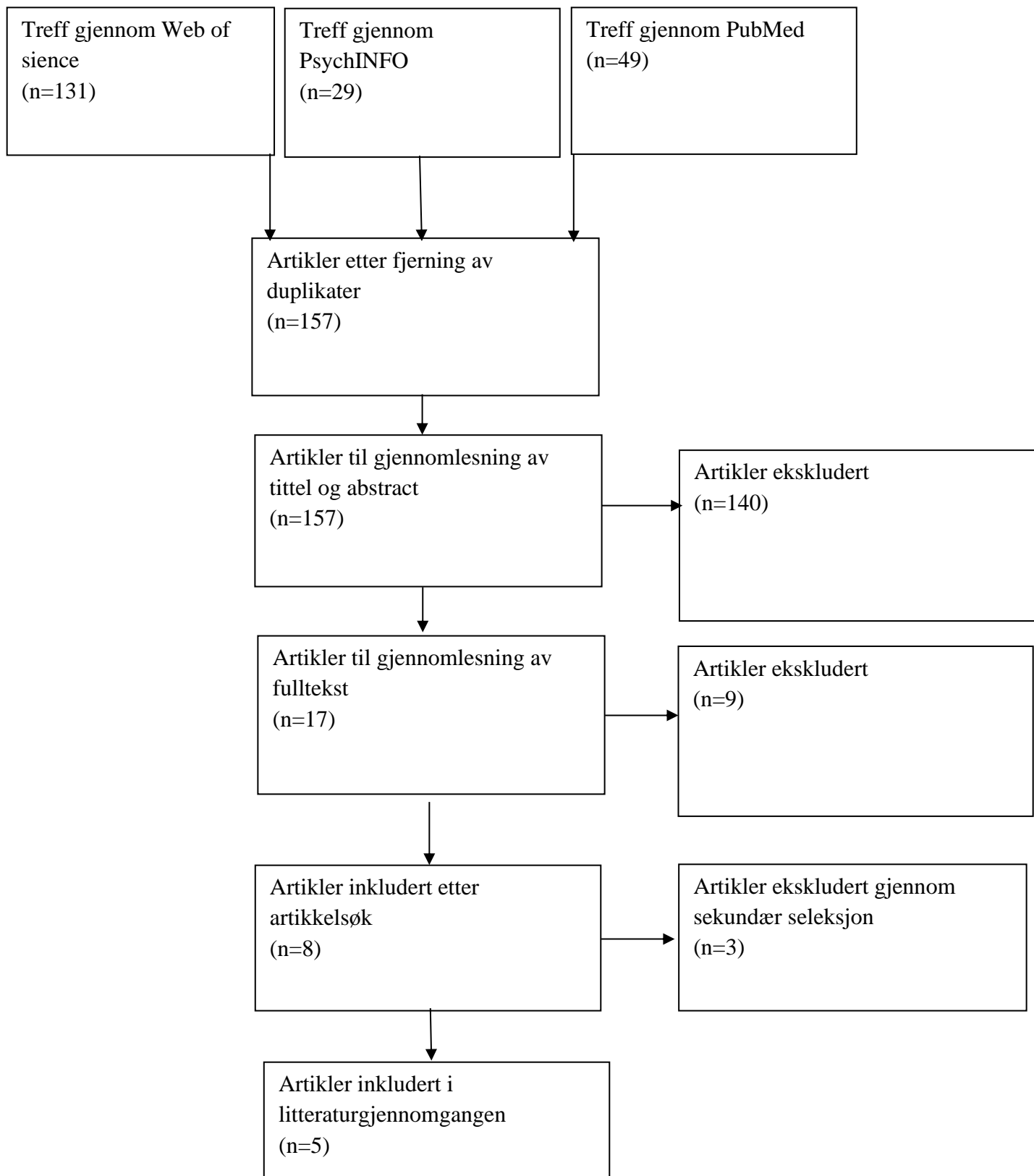


Fig. 1 Flytdiagram med beskrivelse av litteratursøk og seleksjon

Ekstrahering av data

Etter sekundær seleksjon hentet første- og andreforfatter ut informasjon fra alle de 5 gjenværende metastudiene om effektstørrelser for de forskjellige utfallsmålene, tiltaks og kontrollbetingelser, og antall personer i kontroll- og forsøksgruppen (Gloster et al., 2020). Vi hentet kun inn effektstørrelser som baserte seg på flere enn ett studie.

Alle effektstørrelsene av dikotome variabler i oppgaven er presentert i form av risk ratios (RR), og kontinuerlige variabler er presentert i form av Hedges' g. Hedges' g er fordelaktig å bruke når det er få deltagere i forsøks- og kontrollgruppen ettersom metoden korrigerer for et overestimeringsbias man ser ved Cohen's d (Borenstein, 2009). En stor del av studiene i de inkluderte metaanalysene hadde få deltakere, og alle metaanalysene kalkulerte samlet effektstørrelse i form av Hedges' g for kontinuerlige variabler.

Artikkelen til Polnay et al. (2013) presenterer effektstørrelser i form av Cohen's d, og denne verdien ble dermed konvertert til Hedges' g av hensyn til sammenlignbarhet (Gloster et al., 2020). Konverteringen ble gjennomført gjennom esc pakken i R (Lüdecke, 2019).

Sawilowsky (2009) har foreslått en utvidelse av Cohen (1988) sin tolkning av effektstørrelser. Sawilowsky (2009) foreslår at effektstørrelser rundt (.01) = veldig liten, (.2) = liten, (.5) = moderat, (.8) = stor, (1.2) = veldig stor, og (2.0) = enorm. Effektstørrelsene i vår litteraturstudie vil både bli presentert numerisk og kategorisert i henhold til Sawilowsky sitt rammeverk.

Resultater

Utvalget

Litteraturgjennomgangen består av et endelig utvalg på 5 metaanalyser, som inneholder totalt 108 studier, og 6543 pasienter. Metaanalysene ble publisert i perioden 2014-2017, og gjennomgår individuelle studier som spenner fra 1984 (Yates & Sambraile, 1984) til 2014 (Korrelboom et al., 2014). Alle metaanalysene utforsker effekten til CBGT på bestemte

psykiske lidelser, da først og fremst gjennom et primært utfallsmål som omhandler symptomtrykk før og etter behandling. I tillegg undersøker alle metaanalysene data angående frafall fra eksperimentbetingelse og kontrollbetingelse som del av utregningen av risiko for bias. Som sekundært utfall ser flere av metaanalysene på eventuell bedring i tilleggsvansker utover den psykiske lidelsen i fokus, som depresjonssymptomer eller generell angst.

Resultater for ulike diagnosegrupper

Depresjon. Depresjon er en tilstand som kan karakteriseres av nedsatt stemningsleie, interesse- og gledeløshet og energitap (World Health Organization, 1992). Okumura & Ichikura (2014) sin metaanalyse oppsummerer studier som har utforsket effekten til CBGT for depresjon, med depresjonssymptomer som primært utfallsmål. Dette ble målt gjennom validerte depresjonsskalaer før og etter behandling. I tillegg er det inkludert mål på acceptability av behandlingen som et sekundært utfallsmål, definert av forfatterne som frafall fra studien (Okumura & Ichukura 2014).

Metaanalysen består av 35 studier og 3343 deltakere, der alle var diagnostisert med mild til alvorlig depresjon. Resultatet presenteres ut fra at det ble gjort to ulike typer sammenligninger. CBGT sammenlignet med ikke-aktiv kontrollgruppe (TAU, venteliste eller placebo-medikament), og CBGT sammenlignet med aktiv kontrollgruppe i form av guidet selvhjelp, andre gruppebaserte psykososiale intervensjoner eller annen individualterapi (Okumura & Ichukura 2014).

Okumura & Ichukura (2014) fant en signifikant moderat behandlingseffekt på det primære utfallsmålet depresjonssymptomer, til fordel for CBGT ovenfor ikke-aktive kontrollgrupper ($g = -0.68$). På det sekundære utfallsmålet acceptability, var det ingen signifikant ulikhet i frafall mellom CBGT og ikke-aktiv kontrollgruppe. Metaanalysen av 13 studier som sammenligner behandlingseffekten til CBGT med aktive kontrollgrupper, fant

videre ingen signifikante ulikheter (Okumura & Ichikura, 2014). Se tabell 2 for full oversikt over data.

Sosiale fobier. Sosiale fobier eller sosial angst (SAD) er karakterisert av en vedvarende frykt for å bli gransket kritisk av andre, som igjen fører til unngåelse av sosiale situasjoner (World Health Organization, 1992). Barkowski et al. (2016) sin metaanalyse undersøker effekten til gruppeterapi som behandling for SAD, og er sammenlignet med andre metaanalyser vurdert som den mest omfattende og metodologisk strenge etter våre kriterier. Primært utfallsmål er alvorlighetsgraden av SAD-symptomer før og etter behandling. Sekundært utfallsmål er ikke-spesifikke symptomer til SAD, som depresjon eller generell angst. I tillegg er det inkludert oppfølgingsdata og data om frafall (Barkowski et al., 2016).

36 studier med til sammen 2161 deltakere er inkludert i metaanalysen, der studiene rapporterte på 50 ulike sammenligninger av gruppeterapi versus ikke-aktiv kontrollgruppe eller aktiv kontrollgruppe (Barkowski et al., 2016). Inklusjonskriteriene åpnet for alle former for gruppeterapi i litteratursøket, men resultatet var hovedsakelig studier på ulike former for CBT-grupper. Grunnet overvekt av studier på CBT basert gruppeterapi, ble adskilte analyser gjennomført på CBGT og andre terapiformer (Barkowski et al., 2016).

Barkowski et al. (2016) fant i sin metaanalyse av 28 sammenligninger av CBGT versus ikke-aktiv kontrollgruppe, en stor og signifikant effektstørrelse på primære utfallsmål i form av SAD-symptomtrykk ($g = 1.05$). Det var derimot samtidig en høy heterogenitet, og derfor ble det gjennomført sensitivitetsanalyse som eliminerte tre studier. Etter en subgruppeanalyse på de 25 gjenværende sammenligningene var effektstørrelsen redusert, men fremdeles signifikant og stor i favør av CBGT ($g = 0.84$) (Barkowski et al., 2016). Det ble videre funnet i subgruppeanalyser at studier uten høy risiko for bias hadde en signifikant større behandlingseffekt ($g = 1.03$) sammenlignet med studiene med høy risiko for bias ($g = 0.76$) (Barkowski et al., 2016). Ved sekundære utfallsmål som generell angst og depresjon,

var resultatet av metaanalyse av 14 sammenligninger av CBGT og ikke-aktiv kontrollgruppe, i favør av CBGT med en signifikant og stor effektstørrelse ($g = 0.80$). Også her ble en studie eliminert etter sensitivitetsanalyse grunnet høy heterogenitet, og en ny subgruppeanalyse på redusert utvalg viste en fremdeles signifikant moderat effekt ($g = 0.62$) (Barkowski et al., 2016).

Ved metaanalyse av 15 sammenligninger av CBGT med aktive kontrollgrupper, ble det ikke funnet signifikante ulikheter på effektstørrelsen. Ved videre subgruppeanalyse, ble det funnet en signifikant og liten effektstørrelse til fordel for CBGT sammenlignet med fellesfaktor kontrollgruppe ($g = 0.31$), men ingen forskjell sammenlignet med farmakoterapi eller individualterapi (Barkowski et al., 2016). Resultatene når det gjaldt sekundære utfallsmål var ikke-signifikante. Det ble ikke funnet høyere frafall ved CBGT enn ved individuell terapi (Barkowski et al., 2016). Se tabell 2 for full oversikt over data.

Panikklidelse. Panikklidelse (PD) er karakterisert av tilbakevendende episoder av intens redsel eller angst, etterfulgt av symptomer som kan inkludere svetting, hjertebank, svimmelhet, eller redsel for å dø eller for å miste kontrollen. PD er ofte assosiert med agorafobi, en intens frykt for å få panikkanfallet i situasjoner hvor det er vanskelig å komme seg unna (World Health Organization, 1992). Schwartze et al. (2017) sin metaanalyse oppsummerer studier som har utforsket effekten av gruppeterapi som behandling for PD med eller uten agorafobi, gjennom utfallsmålet alvorlighetsgrad av PD-symptomer eller agorafobi symptomer før og etter behandling. I tillegg har de inkludert depresjonssymptomer og generell angst som sekundære utfallsmål (Schwartze et al., 2017). Selv om inklusjonskriteriene deres åpnet for alle former for gruppeterapi i litteratursøket, var resultatene kun studier på ulike former for CBT-grupper. Derfor er analysen utført på CBGT som behandlingsform (Schwartze et al., 2017).

Metaanalysen består av 15 studier med totalt 854 deltakere. 14 av studiene brukte spesifikt CBGT-manualer, mens en studie var basert på kognitiv tilnærming uten eksponering (Schwartz et al., 2017). Metaanalysen presenterer i sine resultater to ulike sammenligninger. CBGT sammenlignet med ikke-aktiv kontrollgruppe i form av venteliste, og CBGT sammenlignet med aktiv kontrollgruppe i form av annen PD-behandling (Schwartz et al., 2017).

Schwartz et al. (2017) fant basert på 9 studier en stor og signifikant effekt på utfallsmålet symptombedring av panikk og agorafobi ved CBGT sammenlignet med venteliste ($g = 1.08$). Også på sekundære utfallsmål sammenlignet med ikke-aktiv kontrollgruppe, hadde CBGT en signifikant og moderat effekt på generell angst ($g = 1.16$) og depresjonssymptomer ($g = 0.77$) (Schwartz et al., 2017). Når det gjelder metaanalyse av CBGT sammenlignet med aktiv kontrollgruppe i form av annen PD-behandling, var det ingen signifikant ulikhet mellom de to på primære utfallsmål basert på 6 ulike studier. Det ble heller ikke funnet en signifikant forskjell på CBGT og annen PD-behandling på de sekundære utfallsmål (Schwartz et al., 2017). Se tabell 2 for full oversikt over data.

Bulimia Nervosa. Bulimia Nervosa (BN) er en spiseforstyrrelse karakterisert av gjentatte episoder med overspising og overdreven opptatthet av å unngå vektøkning, samt kompensere atferd i form av oppkast eller trening (World Health Organization, 1992). Polnay et al. (2014) sin metaanalyse undersøker studier gjort på gruppeterapi som behandlingsform for BN. Formålet var å se på effekten til gruppeterapi gjennom utfallsmål som remisjon fra overspising og hyppighet av overspising. I tillegg er det inkludert tall for frafall og depresjonssymptomer i analysen som sekundære utfallsmål (Polnay et al., 2014). Litteratursøket var originalt utført på alle former for gruppeterapi. Siden resultatet av søket kun var studier med CBGT er metaanalysen gjennomført på CBGT som behandling (Polnay et al., 2014).

Det ble inkludert 10 studier med til sammen 484 deltagere i metaanalysen, der alle var kvinner tross ingen restriksjon på kjønn i metaanalysen sin metode. I metaanalysen er det presentert tre ulike sammenligninger (Polnay et al., 2014). CBGT sammenlignet med ikke-aktiv kontrollgruppe i form av ingen behandling, eller CBGT sammenlignet med aktiv kontrollgruppe i form av individuell CBT eller annen form for psykoterapi (Polnay et al., 2014).

Polnay et al. (2014) fant 5 studier som sammenlignet CBGT versus ingen behandling. Forfatterne spesifiserer ikke om effekten på behandlingen er signifikant eller ikke, men 8/31 i CBGT-gruppen opplevde remisjon fra overspising sett opp mot 1/31 som opplevde remisjon ved ingen behandling (Polnay et al., 2014). Gjennomsnittlig hyppighet av overspising ved behandlingsstart var 8 per uke. Forfatterne beskriver en klinisk relevant effekt på frekvens av overspising basert på begrenset med bevis, der signifikans ikke er spesifisert. Både data for depresjonssymptomer og dataene fra oppfølgingsstudiene konkluderes som utilstrekkelig for å kunne si noe om effekt (Polnay et al., 2014).

Polnay et al. (2014) fant bare to studier som sammenlignet CBGT med individuell CBT. Selv om forfatterne mente at resultatene tyder på at individuell CBT kommer noe bedre ut enn CBGT på utfallsmålet remisjon, beskriver de utvalget som såpass lite at bevisene regnes utilstrekkelig for å kunne si noe om klinisk relevans. (Polnay et al., 2014). Forfatterne kunne heller ikke si noe bestemt om det sekundære utfallsmålet frafall når det gjaldt CBGT versus individuell CBT (Polnay et al., 2014). Se tabell 2 for full oversikt over data.

Obsessiv-kompulsiv lidelse. Obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) karakteriseres som tilstedeværelse av påtrengende tanker i form av forestillinger eller impulser. I tillegg kan lidelsen innebære repeterende atferd eller mentale handlinger med mål om å dempe ubehaget til tvangstankene (World Health Organization, 1992). Metaanalysen til Schwartze et al. (2016) undersøker studier gjort på gruppeterapi sammenlignet med ikke-aktiv eller aktive

kontrollgrupper for å kunne vurdere effekten som OCD-behandling. Det var den mest omfattende metaanalysen gjennomført basert på våre kriterier. I litteratursøket til metaanalysen ble alle former for gruppeterapi inkludert (Schwartz et al., 2016). Ettersom resultatet fra søket kun var studier med CBT, ble metaanalysen utført på CBGT som behandling (Schwartz et al., 2016).

Metaanalysen inkluderer 12 studier med til sammen 832 deltakere, i tillegg til to studier som rapporterte om oppfølgingsdata. Effekten CBGT har på OCD er målt gjennom det primære utfallsmålet alvorlighetsgrad av OCD-symptomer, ved bruk av Y-BOCS (Schwartz et al., 2016). Måleinstrumentet er det vanligste for kartlegging av OCD-symptomer i forskning. I tillegg er det inkludert symptomtrykk av depresjon og generell angst som sekundære utfallsmål (Schwartz et al., 2016). Schwartz et al. (2016) fant at CBGT hadde stor og signifikant effekt på det primære utfallsmål sammenlignet med ikke-aktiv kontrollgruppe ($g = 0.97$). I kontrast ble det ikke funnet en signifikant ulikhet på effekten til CBGT sammenlignet med aktive kontrollgrupper (Schwartz et al., 2016).

Resultatet på de sekundære utfallsmål i metaanalysen viste at CBGT hadde signifikant effekt sammenlignet med ikke-aktiv kontrollgruppe på depresjon ($g = 0.58$), mens effektene på generell angst var ikke-signifikant (Schwartz et al., 2016). Det ble ikke funnet signifikant ulikhet på CBGT og aktive kontrollgrupper på sekundære utfallsmål, og heller ikke på sammenligninger av primære utfallsmål i oppfølgingsdata (Schwartz et al., 2016). Se tabell 2 for full oversikt over data.

Tabell 2*Metaanalyser av CBGT utfallsmål.*

Meta analyse	Utfallsmål	Kontrollgruppe	Antall sammenligninger	Effektstørrelse g	Signifikans	Tidspunkt for måling	Risk Ratio
SAD:							
Barkowski et al. (2016)	Spesifikk symptomatologi	WAI	28	1.05	Signifikant	Post	
	Generell symptomatologi	WAI	14	0.80	Signifikant	Post	
	Spesifikk symptomatologi	ATC	15	0.06	Ikke signifikant	Post	
	Generell symptomatologi	ATC	10	-0.38	Ikke signifikant	Post	
	Spesifikk symptomatologi	WAI	7	1.09	Ikke signifikant	Short-term follow-up	
	Generell symptomatologi	WAI	6	0.73	Ikke signifikant	Short-term follow-up	
	Spesifikk symptomatologi	ATC	5	-0.01	Ikke signifikant	Short-term follow-up	
	Generell symptomatologi	ATC	5	-0.1	Ikke signifikant	Short-term follow-up	
	Spesifikk symptomatologi	IT	3	-0.24	Ikke signifikant	Short-term follow-up	
Generell symptomatologi	IT	3	-0.18	Ikke signifikant	Short-term follow-up		

Spesifikk symptomatologi	ATC	3	-0.06	Ikke signifikant	Mid-term follow-up
Generell symptomatologi	ATC	3	-0.2	Ikke signifikant	Mid-term follow-up
Spesifikk symptomatologi	IT	2	-0.22	Ikke signifikant	Mid-term follow-up
Generell symptomatologi	IT	2	-0.35	Ikke signifikant	Mid-term follow-up

OCD:

Schwartz et al. (2016)	OCD symptomer Y-BOCS	WAI	6	0.97	Signifikant	Post
	OCD symptomer Y-BOCS	ACG	10	-0.02	Ikke signifikant	Post
	OCD symptomer Y-BOCS	IT	5	-0.23	Ikke signifikant	Post
	OCD symptomer Y-BOCS	PHT	3	0.18	Ikke signifikant	Post
	OCD symptomer Y-BOCS	CFC	2	0.05	Ikke signifikant	Post
	Depresjon symptomer	WAI	4	0.58	Signifikant	Post
	Depresjon symptomer	IT	5	-0.17	Ikke signifikant	Post
	Depresjon symptomer	CFC	2	0.04	Ikke signifikant	Post

	Angst symptomer	WAI	2	0.40	Ikke signifikant	Post	
	Angst symptomer	IT	4	-0.24	Ikke signifikant	Post	
	Angst symptomer	CFC	2	0.13	Ikke signifikant	Post	
	OCD sekundærmål symptomer	WAI	2	1.93	Signifikant	Post	
	OCD sekundærmål symptomer	IT	2	-0.08	Ikke signifikant	Post	
	OCD sekundærmål symptomer	PHT	2	0.42	Ikke signifikant	Post	
Depresjon:							
Okumura & Ichikura (2014)	Depresjon symptomer	NAC	28	-0.68	Signifikant	Post	
	Depresjon symptomer	LIPi	2	-0.30	Ikke signifikant	Post	
	Depresjon symptomer	MIPI	7	-0.21	Ikke signifikant	Post	
	Acceptability	NAC	27		Ikke signifikant	Post	01.05
	Acceptability	LIPi	2		Ikke signifikant	Post	01.04

	Acceptability	MIPI	7		Ikke signifikant	Post	01.11
Panikk lidelse:							
Schwartz et al. (2017)	Panikk og agorafobi symptomer	NTC	9	1.08	Signifikant	Post	
	Generelle angst symptomer	NTC	10	1.16	Signifikant	Post	
	Depresjon symptomer	NTC	7	0.77	Signifikant	Post	
	Panikk og agorafobi symptomer	AT	6	0.18	Ikke signifikant	Post	
	Generelle angst symptomer	AT	5	0.15	Ikke signifikant	Post	
	Depresjon symptomer	AT	3	-0.13	Ikke signifikant	Post	
Bulimi nervosa:							
Polnay et al. (2013)	Remisjon binge/oppkast	NTC	2		Ikke spesifisert	Post	0.77
	Frekvens binging	NTC	4	-0.555	Ikke spesifisert	Post	
	Depresjon symptomer	NTC	2	-0.512	Ikke spesifisert	Post	

Notat. WAI = waitlist, ATC = active kontroll treatment, NTC = no treatment kontroll, AT = alternative treatment, ACG = active kontroll group, ITC = Individual Therapy, PHT = Pharmacological therapy, CFC = comon factor kontroll, NAC = non-active kontroll, LIPI = low-intensity psychosocial interventions, MIPI = middle-intensity psychosocial interventions, SAD = Social anxiety disorder, DEP = Depression, OCD = Obsessive compulsive disorder, PD = Panic disorder, BN = Bulimia nervosa

Diskusjon

I denne litteraturgjennomgangen har vi gått gjennom fem metaanalyser for å svare på spørsmålet: Hva er effekten av CBT-basert gruppeterapi (CBGT) for psykiske lidelser? De samlede resultatene fra studiene viser en tydelig moderat til stor effekt for lidelsene depresjon, panikklidelse (PD), sosial angstlidelse (SAD) og obsessiv kompulsiv lidelse (OCD) sett opp mot ikke-aktive kontrollgrupper. Depresjon viser moderat effekt med $g = 0.68$ for depresjonssymptomer (Okumura & Ichikura, 2014), PD viser stor effekt med $g = 1.08$ for panikk og agorafobi symptomer (Schwartz et al., 2017), SAD viser stor effekt med $g = 1.05$ for spesifikke symptomer i forhold til SAD (Barkowski et al., 2016), og OCD viser stor effekt med $g = 0.97$ for OCD symptomer målt med Y-BOCS (Schwartz et al., 2016).

Analysen av effekten på bulimia nervosa (BN) er mer uklar. Forfatterne viser til en klinisk relevant effekt for CBGT mot ikke-aktive kontrollgrupper, men spesifiserer ikke om analysen er signifikant eller ikke. Grunnet manglende informasjon om signifikans er det begrenset hva man kan tolke ut av metaanalysen til Polnay et al. (2014).

Resultatene av CBGT i forhold til aktive kontrollgrupper for de ulike lidelsene er usikre ettersom effektstørrelsene i forhold til de aktive kontrollgruppene ikke er signifikante, og noen av studiene sine sammenligninger har lav power. Hvis man antar at CBGT kan ha tilnærmet lik effekt som nåværende anbefalt behandling, vil ikke-signifikant analyse av effekt forskjell kunne brukes som bevis på at behandlingene er like effektive. For at en slik tolkning kan gjøres med sikkerhet fordrer det høy power og metodisk kvalitet på studiene, ettersom man ved høy power kan finne små effekter og dermed utelukke at mangelen på signifikans bare kom av et lite utvalg (Clark-Carter, 1997). Analysen fra SAD-artikkelen (Barkowski et al., 2016) på aktive kontrollgrupper har størst antall sammenligninger av metaanalysene med 15 sammenligninger. Det høye antallet sammenligninger fører til flest deltagere og størst

power av metaanalysene i vår litteraturgjennomgang. Analysen tyder på at CBGT for SAD er tilnærmet lik annen aktiv behandling generelt for lidelsen.

Metaanalysen til Swartze et al. (2016) inneholder nest flest sammenligninger med 10 sammenligninger. Forfatterne kommenterer at antallet sammenligninger er relativt lite, og at det dermed er begrenset med power til å finne forskjeller i effekt. De resterende metaanalysene med ikke-signifikante effekter mellom CBGT og aktive kontroller har derfor for få sammenligninger til å trekke klare konklusjoner.

Vår forventning av CBGT sin effekt før litteraturgjennomgangen var basert på Söchting (2014) sin bok som oppsummerer CBGT som behandlingsmetode, og evidens for metoden som behandling. Resultatene fra vår litteraturgjennomgang samsvarer i stor grad med resultatene som ble beskrevet av Söchting (2014) for lidelsene depresjon, PD, SAD og OCD. I boken skrives det ikke spesifikt om lidelsen BN, derimot nevnes det positive resultater på spiseforstyrrelser som gruppe, uten at det går nærmere inn på dette (Söchting, 2014).

Kostnadsperspektiv

I vårt usystematiske søk om kostnadseffektiviteten til CBGT viste det seg at de forskjellige studiene ikke hadde standardisert mål på kalkulering av kostnadseffektivitet. Tucker & Oei (2007) peker på dette som en utfordring når man skal utforske litteraturen generelt for kostnadseffektiviteten til gruppeterapi. Det er stor variasjon i metodene brukt for å regne ut kostnadene til terapeutisk behandling, noe som gjør det vanskelig å gjennomføre direkte kostnadssammenligninger. Et vanlig mål på kostnad av behandling er direkte faktorer som terapeuttid, men for å ha hele bildet bør også indirekte faktorer som prisen for å komme seg til behandlingssted og tapt arbeidstid tas hensyn til. For eksempel viser resultatene til Roberge et al. (2008) stor ulikhet på kostnad i favør av CBGT når de sammenligner det med individualterapi når det gjelder direkte faktorer. Når derimot også indirekte faktorer regnes

inn, blir denne ulikheten mye mindre, selv om det fremdeles er i favør av CBGT (Roberge et al., 2008). Som nevnt er terapeuttid et vanlig mål på kostnad av behandling. Selv om studier på kostnadseffektivitet ofte viser mye spart tid for terapeut, er det gjerne omvendt for pasient som kan spare tid på å ha individualterapi fordi timene gjerne er kortere (Piper, 2008). Det blir derfor en overveining om pasienttid eller terapeuttid er viktigst i en samfunnsmessig kontekst.

Generelt viser resultatene til Tucker & Oei (2007) at om man regner ut kostnadseffektivitet gjennom å kun se på hvor mange timer terapeut bruker per pasient, så er kostnadsbesparelsen stor for CBGT. Ved mer avanserte analysene vises det derimot betydelig mindre kostnadseffekt. Dette demonstrerer behovet for en enhetlig og omfattende prosedyre for kostnadskalkulasjon i fremtidig forskning på kosteffektivitet (Tucker & Oei, 2007). Et godt mål vil være et som inkorporerer de fleste skjulte og alternative kostnadene ved en overgang til gruppeformat som behandling. For eksempel vil en lavere effekt på behandling kunne lede til flere som ikke blir bedre eller helt friske, og dermed mer sykefravær etc. Samtidig vil flere personer få behandling og befolkningen som helhet vil kunne i mindre grad ha mentale vansker og mindre sykefravær totalt sett.

I metaanalysen til Okumura & Ichikura (2014) bestod den aktive kontrollgruppen av veiledet selvhjelp, internettbasert CBT, aktivitetsprogrammer og individualterapi. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom CBGT eller de ulike intervensjonene (Okumura & Ichikura, 2014). Artikkelen tyder på at CBGT ikke har større behandlingseffekt enn behandlinger av lavere intensitet, som internettbasert CBT-løsninger, veiledet selvhjelp, og aktivitetsprogrammer. Basert på denne analysen ville man potensielt heller tilby de enda mer kostnadseffektive løsninger som behandlingsalternativ til CBGT, hvis effekten var tilnærmet lik. Analysen av CBGT i forhold til LIPI (lav-intensitet psykologisk intervensjon) ble gjort på bare to studier med 161 deltakere, og har dermed betydelig lavere power enn

analysen av CBGT sammenlignet med ikke-aktiv kontrollgruppe med 1079 deltakere (Okumura & Ichikura, 2014). Det er dermed mulig at effekten av CBGT sammenlignet med LIPI ikke er signifikant grunnet at det er mindre forsket på, og dermed har for lite power til å finne en signifikant effektstørrelse.

Er det behov for co-terapeut i CBGT? I litteraturen beskrives det at man som oftest ved CBGT har en co-terapeut, men at også bare en terapeut er vanlig (Söchting, 2014). Det kan settes spørsmål ved behovet for to terapeuter, da det å redusere til en kan redusere antall terapeut-timer som brukes og slik fungere kostnadsbesparende. Morrison (2001) anbefaler bruk av co-terapeut, særlig om gruppen er større enn 6. Fordeler ved å ha flere enn en terapeut i CBGT, er at det kan øke fleksibiliteten for ledelse av gruppen. Den økte fleksibiliteten gir muligheten for mer kontinuerlig observering av de individuelle gruppemedlemmenes tilstand (Whitfield, 2010). To terapeuter åpner opp for blant annet muligheten til at co-terapeut kan forlate rommet og ta en samtale med en pasient som fremstår plaget, eller oppdage om primærterapeuten ikke får med seg en respons hos en pasient. I tillegg kan terapeutene ha hverandre å støtte seg på og de kan bidra med å evaluere hverandre.

Christensen et al. (2002) sitt studie beskriver hvordan dynamikk mellom terapeutene kan oppleves forstyrrende for pasientene, særlig der den ene terapeuten har en tydelig lederrolle. Dette fordi maktforskjellen kan gjøre det vanskeligere for pasientene å tolke om atferden fra den mer tilbakeholdne terapeuten er planlagt, eller kommer av individuell karakter. I tillegg var det pasienter som beskrev ubehag når den ene terapeuten ikke var like deltagende som den andre (Christensen et al., 2002). Hvis to terapeuter kan skape forvirring eller direkte utrygghet fordi den ene er mer aktiv i en gruppe, så er det ikke sikkert at co-terapeut alltid er den beste løsningen. Ved grupper med kun en terapeut er det viktig med god

opplæring med innføring i gruppeprosesser og gruppeledelse, i tillegg til at gruppene ikke må bli for store.

Økte krav til terapeut

Som tidligere nevnt ble CBT først utviklet som en individuell form for terapi, og i overføringen til CBGT-manualer er det svært få som har inkludert veiledning til terapeut om hvordan man skal forholde seg til gruppeprosesser (Söchting, 2014). Samtidig er det ikke til å unngå at gruppeprosesser alltid vil oppstå i grupper, noe som vil kunne både forsterke eller undergrave måten gruppen virker på. Dette er med på å gjøre CBGT mer komplisert, og slik gi høyere krav til terapeuten. Det kan være vanskelig for en pasient å trives i en gruppe der negative gruppeprosesser får fritt spillerom, for eksempel med opplevd manglende respekt og lytting. En slik opplevelse vil kunne gi dårligere utfall av behandlingen. Det blir en overforenkling å kun være opptatt av innhold ved CBGT og si at interpersonlige grupper basert på Yalom sin teori er kun prosess. Alle former for gruppeterapi består av både prosesser og innhold, og begge vil ha påvirkning på terapien og utfallet for pasientene som deltar (Söchting, 2014).

Som gruppeterapeut vil man kunne møte både positive og negative gruppeprosesser, og da er det viktig at terapeuten både er observant på dem og har innsikt i dem. For å unngå negative prosesser som kan prege gruppeterapien og utfallet av behandlingen, peker både Scott (2011) og Söchting (2014) på at terapeuten som leder gruppen må ha gode terapeutferdigheter spesifikt rettet mot grupper. Det holder ikke kun med kunnskap om CBT og psykiske lidelser, man må også kunne lede en gruppe og ha kunnskap om gruppeprosessene (Burlingame et al., 2013). For eksempel å kunne fange opp og intervensere om en pasient i gruppen opplever seg stadig overkjørt av en annen.

Whitfield (2010) peker på at det er problematisk at det ikke er en koherent teori for CBGT som inkluderer både innholdet til CBT-modellen og de interpersonlige prosessene

som skjer innad i gruppen. Han foreslår videre dette som en mulig forklaring på at utfallet av forskningen på CBGT tidvis kan være i konflikt, ved at det kanskje måles ulike prosesser i ulike populasjoner (Whitfield, 2010). Det å sikre en klar koherent teori for CBGT som også innebærer gruppeprosesser, vil kunne bidra til høyere kvalitet på fremtidig forskning gjennom mer homogen metode. I tillegg vil behandlere som bruker CBGT ha flere verktøy og mer teoretisk grunnlag for å adressere gruppeprosesser.

Implikasjoner

Våre funn støtter CBGT som en kostnadseffektiv behandling, og det finnes dermed argumenter for å bruke behandlingsformen som et tiltak for å redusere køene. Potensielle systemer for implementering er førstelinje lavterskel-behandling og andrelinje spesialisthelsetjenesten. Whitfield (2010) argumenter for økt implementering av CBGT i førstelinjen som en del av IAPT, den britiske inspirasjonen til det norske tiltaket Rask psykisk helsehjelp (RPH). Tanken er å i økt grad kunne gi effektiv behandling til særlig lidelser som depresjon og angstlidelser (Whitfield, 2010). Barkowski et al. (2016) bygger under dette i sin metaanalyse ved å peke på gruppeterapi som et generelt viktig behandlingsalternativ til individualterapi, da tid som behøves per pasient reduseres. Derfor kan man ved å implementere CBGT redusere ventetid for behandling, fordi flere får hjelp tidligere gjennom førstelinjen. Køene til spesialisthelsetjenesten kan også potensielt reduseres gjennom å implementere CBGT som en del av deres behandlingstilbud. For eksempel kan pasienter få tilbud om å ta del i en CBGT-gruppe, og dermed komme raskere i gang med behandling. Dette avhenger av at det kan settes en tentativ diagnose i vurderingssamtalen, slik at pasienten kan bli tilbudt en CBGT gruppe som er tilpasset sin lidelse. En annen mulighet kan være CBGT som et videre tilbud etter en periode med individualbehandling, slik at pasient får mulighet til videre behandling samtidig som at psykologen kan ta inn en ny pasient tidligere.

Tross den kostnadmessige fordel kan CBGT også være utfordrende for pasient og terapeut. Pasienter kan føle på tap av kontroll, individualitet, privatliv og trygghet i gruppesetting (Schwartz et al., 2016). Det kan for noen oppleves vanskelig og sårbart å åpne seg i en gruppe, eller å oppleve at terapitiden må deles med andre. Samtidig kan CBGT gi fordeler som man ikke får ved individualterapi. Om terapeut lykkes med å skape et godt samhold og trygghet i gruppen, kan deltakerne bidra med å støtte og motivere hverandre (Whitfield, 2010). I tillegg kan de gi tilbakemeldinger som oppmuntrer til endring. Gruppen gir også et naturlig publikum som kan brukes til eksponering og atferdseksperimenter som er en viktig del av CBT sin modell, for eksempel ved sosial angstlidelse og panikklidelse (Barkowski et al., 2016; Schwartz et al., 2017).

Det er viktig å understreke at man som pasient kan oppleve et redusert individuelt fokus ved gruppeterapi som utfordrende. Individuell behandling har den styrken at intervensjoner og retning kan formuleres etter enkeltindividets vansker, og terapien kan skreddersys. En spesifikk utfordring for terapeuter i gruppeterapi er å gjøre terapien aktuell for hele gruppen, samtidig som man adresserer hver enkelt medlem sine spesifikke vansker (Schwartz et al., 2016). Terapeuten vil alltid få mindre tid per pasient i gruppen, og mindre mulighet til å fokusere spesifikt eller tilpasse seg de enkelte gruppedlemmer. Slik kan det oppstå at enkeltindividets behov ikke alltid kan dekkes. Samtidig er tanken at ved vellykket CBGT vil positive gruppeprosesser oppstå, som bidrar til endring på måter man ikke vil oppnå i individualterapi (Söchting, 2014). For eksempel vil det ved flere psykiske lidelser innebære en del skam og stigma, og her kan gruppeterapi være effektiv gjennom sitt potensiale til å skape normalisering (Schwartz et al., 2017; Polnay et al., 2013). Gruppen kan også skape en følelse av tilhørighet og samhold (Söchting, 2014).

Funnene våre viser at CBGT har en verdi som virkningsfull behandling for flere lidelser, og dermed har gode forutsetninger for å kunne bidra positivt om det blir

implementert i større grad i førstelinje-behandling eller spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det viktig å huske at mennesker er ulike, og at det derfor kan være ulikt hvilken terapi som har best effekt på enkeltindivider.

Kan alle behandles med CBGT? Siden CBGT er innholdsspesifikt, er grunntanken at om du har den samme psykiske lidelsen som manualen gruppen baserer seg på, så vil du kunne få behandlingseffekt av CBGT (Söchting, 2014). Altså de lidelser som har en tilgjengelig CBGT-manual, vil kunne behandles med CBGT. Likevel, noen pasienter ser ut til ha mest nytte av individualbehandling, mens andre ser ut til å få mer ut av CBGT. Whitfield (2010) beskriver noen faktorer som kan indikere at noen pasienter kan håndtere CBGT dårligere. Deriblant kan pasienter som har vansker med å kommunisere adekvat forstyrre interaksjonene i gruppen. Også høy grad av aggresjon eller dissosiering kan skape vansker i CBGT-grupper. Videre kan en pasient med stor frykt for å være i et gruppemiljø oppleve CBGT som såpass utfordrende at det kan gi konsentrasjonsvansker eller det kan øke fare for frafall (Whitfield, 2010). Eksempler på slike pasientgrupper kan være svært traumatiserte pasienter, personlighetsproblematikk, psykoselidelser og enkelte utviklingsforstyrrelser. Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at pasienter med frykt for gruppemiljø automatisk ikke passer til terapiformen. Til tross for at de spesifikke karakteristikkene til SAD kan se ut til å være i konflikt med gruppeterapi, viser Barkowski et al. (2016) til det motsatte. De argumenterer for at de ytterligere terapeutiske faktorene som skapes i gruppeterapi ser ut til å gi god effekt hos pasienter med SAD. Et eksempel er mulighet til eksponering til sosiale situasjoner i selve gruppen (Barkowski et al., 2016; Bieling et al., 2022).

Morrison (2001) og Whitfield (2010) anbefaler ikke CBGT ved svært høyt lidelsestrykk eller aktiv suicidalitet, ettersom det krever større grad av oppfølging. For eksempel anbefaler NICE (2022) sine retningslinjer for behandling av depresjon å forsøke CBGT som behandling for mild depresjon før individualterapi tilbys, men anbefaler ikke

CBGT ved alvorlig depresjon. Dette trenger derimot ikke nødvendigvis å bety at pasient ikke kan behandles med gruppeterapi, men en mulig løsning vil kunne være å i tillegg tilby individualterapi for nærmere oppfølging. Dette gjøres allerede ved andre behandlingsformer som mentaliseringsbasert terapi (MBT) for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2016). Bruk av CBGT ved alvorlig depresjon kan bidra med at det kanskje ikke er behov for individuelle timer like ofte, og slik gi mindre trykk på terapeuter og behandlingstilbud.

Piper (2008) argumenterer for at noen pasienter kan passe bedre i gruppeterapi enn individualterapi, for eksempel kan det ha god effekt for pasienter som føler seg truet av intimiteten i individualterapi. Det kan også ha god effekt for pasienter som reagerer negativt til autoritetsfigurer. For noen kan en-til-en terapi føles påtrengende og vanskelig, og da kan gruppeterapi gi en viss grad av anonymitet og rom til å ta seg tid til å bidra (Piper, 2008). En sentral faktor som Whitfield (2010) understreker, er at det bør være pasientens eget valg om hen ønsker CBGT eller individualterapi. Om pasienten for eksempel ikke ønsker CBGT som behandling, vil det ha påvirkning på både opplevelse av autonomi og motivasjon. Dette vil igjen prege utbytte av behandlingen.

Generelt fremstår det viktig ved CBGT å ta vurderingen om pasienten vil passe inn i gruppen eller ikke. En eventuell feilplassering vil ikke bare gå utover pasientens egen effekt av behandlingen, men vil også kunne gå utover resten av gruppens terapeutiske endring.

Hvor mange vil ha gruppe? Både Scott (2011) og Söchting (2014) beskriver det som et hinder for CBGT at pasienter oftest ønsker individuell behandling fremfor gruppeterapi. Basert på intervjuer med pasienter konkluderer Piper (2008) med at mye av årsaken til dette er tanker om tap av kontroll, mindre individualitet, og at det vil kjennes utrygt å dele sine innerste tanker. Alt dette vil naturlig kunne være med på å senke motivasjonen for CBGT.

I Brown et al. (2011) sitt kliniske studie undersøkte de i forkant hvilke preferanser deltakerne hadde for type behandling. De fant at 70 % ønsket individuell CBT, 10 % ønsket CBGT og 20 % meldte om ingen spesiell preferanse. Etter behandlingen derimot viste tallene at pasientene i de ulike gruppene meldte å være like fornøyde med behandlingen (Brown et al, 2011). 53 % av de som originalt hadde ønsket individuell CBT og fått CBGT, hadde nå endret sin preferanse for behandlingsform. Det beskrives også at preferanse for behandling ikke hadde påvirkning på frafall, og pasientene var like sannsynlig å avslutte behandlingen i begge betingelsene (Brown et al., 2011). Selv om pasienter ofte ønsker individuell behandling, så kan de endre mening når de opplever behandlingsformen som virkningsfull.

Piper (2008) viser til hvor viktig det er med en pre-samtale før oppstart av gruppeterapi hvor pasient kan forberedes og motiveres til gruppeterapien. Slik informasjon har en tendens til å både redusere sannsynligheten for at pasient slutter i gruppen, og øke sannsynlighet for at alle pasientene i gruppen får effekt av gruppeterapien (Piper, 2008). Det fremstår til å være viktig å ha særlig fokus i oppstartsfasen av CBGT på å skape engasjement og tro på behandling i gruppe hos alle deltakere. Her kan for eksempel metoden motiverende intervju brukes ved ambivalente tanker rundt gruppeterapi. Motiverende intervju (MI) er en samtalemetode for å motivere til atferdsendring, med fokus på motivasjon og mestring (Helsedirektoratet, 2017).

Økt intensitet. Forskningen av Cuijpers et al. (2013) som er utdypet i innledningen, beskrev effekten av antall behandlingstimer totalt sett opp mot høyere intensitet på behandling. Analysen viste at mer intensiv behandling med to terapitimer i uken er mer effektiv enn lange behandlingsløp (Cuijpers et al., 2013). En mulig implementering av CBGT kan da være å tilby gruppebehandling i tillegg til individuell behandling for å potensielt oppnå den økte behandlingseffekten. Kombinasjonsbehandling, hvor man tilbyr både individual- og gruppeterapi, benyttes allerede i MBT og DBT (Dialektisk atferdsterapi) for

personlighetsproblematikk med god effekt. Begge retningene har vist bedre resultater enn annen terapi i behandling av personlighetsforstyrrelser, og har bidratt til fornyet tro på bedring for lidelser som tidligere ble omtalt med lite optimisme (Karterud et al., 2020).

Alternative løsninger på kø i helsesystemet

CBGT har hittil blitt presentert som et mulig tiltak for å redusere køen i dagens helsesystem. Andre løsninger har også vist lovende kostnadseffektivitet og burde dermed utforskes som alternativer. I studien til Roberge et al. (2008) viste brief CBT seg å være enda mer kostnadsbesparende enn CBGT. Behandlingsmetoden gir mulighet til å gi individuell behandling med færre ressurser, og slik kan det bidra til at flere pasienter får behandling raskere. Samtidig viste resultatene at CBGT var overlegen brief CBT når det gjaldt effekt på panikk lidelse, og på det grunnlaget ble det konkludert med at CBGT likevel var mer kostnadseffektiv (Roberge et al., 2008). Siden analysen er basert på kun en studie, og bare omhandlet panikk lidelse, kan brief CBT likevel være et mulig tiltak for andre lidelser.

Det er tidligere nevnt at Norge de siste årene har satset på lavterskel behandling i førstelinjen for å redusere køene til helsehjelp, ved å bygge opp RPH og psykologkompetanse i kommunene (Smith et al., 2016). Målet er å forebygge, hindre forverring, og redusere symptomtrykk. Tanken er at jo flere som får hjelp tidlig med sine vansker, jo færre vil oppleve forverring og senere behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. RPH er organisert etter såkalt mixed-care, der omsorgsnivå bestemmes på bakgrunn av en vurderingssamtale og pasientens eget ønske (Smith et al., 2016). Mixed-care kan fremstå som ressurskrevende fordi det kreves en vurderingssamtale med alle pasienter. Samtidig kan det være med på å gi bedre resultater fordi det gir pasienten mer autonomi og bygger opp under motivasjon. Pasienten får selv være med på å velge hva som er den beste formen for behandling for hen sine vansker og symptomer. Videre fokus og utvidelse av lavterskeltilbud vil også kunne være en alternativ løsning for å redusere dagens behandlingsskøer. Samtidig viser tallene lange ventelister til

spesialisthelsetjenesten og at det fremdeles er slik at mange får avslag på behandling (Riksrevisjonen, 2021). Dette trenger ikke nødvendigvis bety at tiltakene i førstelinjen ikke har gitt effekt, da andel som benytter seg av disse fremfor å henvises til spesialisthelsetjenesten er noe uvisst (Riksrevisjonen, 2021). I tillegg kan disse tiltakene enda være såpass nye at vi ikke ser resultatene fullt ut i tallene enda. Likevel, tross mulig effekt så er køene og avslag i psykisk helsevern fremdeles en utfordring, og derfor er det behov for å utforske nye mulige tiltak.

Alt i alt har mixed-care gitt muligheten til å sette flere ulike typer intervensjoner sammen til et helhetlig tilbud. En slik sammenslåing av flere ulike tiltak der CBGT også tas med som ett av flere behandlingstilbud, kan over tid også bidra til at flere får hjelp. RPH har i dag gruppetilbud som del av sin modell, med kognitivt basert innhold rundt mestring av depresjon og angst (Smith et al., 2016). Det kan altså stilles spørsmål om det er behov for at CBGT må være kun et enkeltvis tiltak for å øke tilgang til behandling, eller om det kan implementeres videre som en del av et større system.

Styrker og begrensninger

Litteraturgjennomgangen har flere begrensninger som må tas med i vurdering av resultatene. Den første begrensningen er at bare 5 metaanalyser ble inkludert i gjennomgangen. Et begrenset antall metaanalyser var intendert gjennom sekundær seleksjon, med hensyn til å skape et bredt og oversiktlig bilde. Ettersom vi ikke inkluderte flere metaanalyser om samme pasientgruppe, begrenset det vår evne til å konkludere om det er enighet om effektstørrelser mellom artikler. Samtidig forsøkte vi gjennom den sekundære seleksjonen å inkludere artiklene med høyest metodisk kvalitet, og som dermed har de mest troverdige resultatene.

En annen begrensningen er manglende bredde i litteraturgjennomgangen. Det er mulig å argumentere for at kriteriene for inklusjon i den primære seleksjonen var strenge, noe

som resulterte i at færre lidelser ble inkludert i litteraturgjennomgangen. To artikler om PTSD ble ekskludert på grunnlag av at deler av pasientgruppen også mottok individualbehandling. En artikkel om insomni ble ekskludert grunnet inklusjon av pasienter med somatiske lidelser. En artikkel om bipolar lidelse ble ekskludert ettersom resultatene av behandlingen var blandet med resultatene fra en depresjonsgruppe. En artikkel om avhengighet, en om schizofreni, og en om flere typer angstlidelser ble ekskludert grunnet ikke-utskillbare data for CBGT i forhold til annen gruppeterapi. Oversiktlige resultater, spesifikke lidelser, færre feilkilder, og bare data for behandling med CBGT kom på bekostning av litteraturgjennomgangen sin potensielle bredde.

En videre begrensning er at metaanalysene for BN (Polnay et al., 2013) og depresjon (Okumura & Ichikura, 2014) ikke inneholder en fremstilling av signifikansverdier. Den manglende fremstillingen av data er problematisk ettersom det reduserer leserens mulighet til å tolke resultatene. BN-artikkelen er spesielt vanskelig å tolke ettersom resultatene ikke blir beskrevet som signifikante, men heller blir beskrevet som klinisk relevante. Grunnet mangel på klarhet ble det vurdert i vår litteraturgjennomgang å ikke regne resultatene til BN-artikkelen som signifikante, ettersom det er uvisst om resultatene av analysen er signifikante eller potensielt nært signifikante. I artikkelen om depresjon blir resultatene omtalt som signifikante eller ikke-signifikante. Okumura og Ichikura (2014) gir leseren mer informasjon i sammenligning med BN-artikkelen, men skaper fremdeles usikkerhet ettersom det ikke er tydelig hvilken signifikansverdi forfatterne krever for å beskrive resultatet som signifikant.

CBGT sin mangel på en samlet teori om interpersonlige prosesser i et CBT-perspektiv er også en begrensning (Whitfield, 2010). Dette underbygges videre av Bieling (2022) som viser til hvordan CBT innholdet tradisjonelt har vært ansett som den aktive faktoren som fører til endring i CBGT for gruppemedlemmene, og at prosesser har vært for lite tatt hensyn til. Behandlingstilbudet som ble gitt i de forskjellige studiene i metaanalysene kan dermed ha

brukt ulike teorier og intervensjoner for å møte utfordringer med gruppeprosesser. Disse potensielle forskjellene er en feilkilde ettersom behandlingen på tvers av studier potensielt blir mindre homogen. Som nevnt tidligere, kan dette forklare hvordan utfallsdata i ulike studier til tider kan være motstridende.

Til slutt er en begrensning at 10 av 15 pasientgrupper i PD-metaanalysen til Schwartze et al. (2017) mottok behandling med psykofarmaka samtidig som de ble behandlet med CBGT. Noe av effekten av CBGT-behandlingen for PD kan derfor potensielt forklares av medisineringsen, men ifølge forfatterne burde denne effekten vært fordelt jevnt mellom aktiv- og kontrollgruppe ettersom bare RCTer ble inkludert i metaanalysen (Schwartze et al., 2017).

Forslag til videre forskning

Artikkelen til Polnay et al. (2013) viser manglende bevis på CBGT sin behandlingseffekt på BN sett i forhold til CBT og IPT (Interpersonlig terapi). Metaanalysen belyser et behov for mer forskning på CBGT sett opp mot individualterapi, for å fremtidig kunne ta avgjørelser om implementering av CBGT for BN. Kun en artikkel som var inkludert i analysen så på effekten av CBGT opp mot CBT, og en på CBT/IPT.

Det finnes et stort behov i feltet for videre studier som undersøker CBGT sin effekt opp mot forskjellige typer aktiv behandling. Som beskrevet tidligere er det i vår litteraturstudie bare SAD-artikkelen til Barkowski et al. (2016) som har nok sammenligninger mellom CBGT og aktiv behandling til å kunne trekke en konklusjon om lik effekt. Samtidig har selv ikke den metaanalysen nok sammenligninger til å konkludere på effektforskjell mellom CBGT og individuell behandling.

I metaanalysene i litteraturgjennomgangen er effekten av behandling i hovedsak målt ved sammenligning av symptomtrykk ved begynnelse og slutt av terapi, og det finnes begrenset med oppfølgingsdata. Den eneste metaanalysen som inneholder data fra oppfølging

er artikkelen til Barkowski et al. (2016), hvor bare 7 av 28 delstudier oppgir data for korttidsoppfølging. Det finnes dermed manglende kunnskap om CBGT sin effekt på lang sikt, og det er derfor et behov for videre studier som ser på oppfølging.

Ettersom MBT og DBT har vist gode resultater med kombinasjonsbehandling (Karterud et al., 2020), vil det være verdt å stille spørsmålet om CBT-kombinasjonsterapi kan være mer effektivt for lidelser generelt. Eller for eksempel om CBT-kombinasjonsbehandling kan gi økt effekt for pasientgrupper som er behandlingsresistente, har kommunikasjonsvansker, høy grad av aggresjon, dissosierer, eller har stor frykt for et gruppemiljø.

Gjennom litteraturgjennomgangen har det vært fokus på behandlingseffekt og kostnadsperspektiv, noe som karakteriserer feltet. Effekt og kostnader er noe som beregnes i etterkant av behandlinger, men vi stiller oss spørsmålet om hvordan pasientene har det under gruppebehandling i forhold til individuell behandling. Kan det for eksempel tenkes at gruppeprosessene, og den økte sosiale støtten, øker følelse av mening eller glede i hverdagen? Eller har pasienter i individualbehandling bedre trivsel gjennom tydeligere en-til-en oppmerksomhet fra en terapeut? Kvalitativ forskning på subjektiv vurdering av velferd kan være et viktig perspektiv i fremtidige valg av behandlingstilbud.

Det finnes en manglende enighet om metode for beregning av kostnadseffektivitet for terapi. Forskningen på kostnadseffektivitet av CBGT opp mot annen terapi har, som beskrevet tidligere, blitt gjennomført på forskjellige måter. Mangelen på enighet om metode peker på et problem med operasjonaliseringen av begrepet kostnadseffektivitet, og videre på behovet for å danne en bred enighet om hvilken elementer en beregning av kostnadseffektivitet for terapi skal innebære.

De potensielle kostnadsbesparelsene ved brief CBT er store, og det bør derfor gjøres mer forskning for å bekrefte eller avkrefte at CBGT er mer effektivt enn brief CBT. Ettersom

utregningen av kostnad og effekt av brief CBT var basert på bare en studie, trengs det flere studier for å etterprøve funnet.

Det er behov for videre forskning som kan sammenligne effekten av grupper med en eller to terapeuter, ettersom begge metodene har fordeler og ulemper som er beskrevet over. Fra et kostnadsperspektiv vil en terapeut per gruppe være med på å videre redusere kostnaden av behandlingen, og utdyper videre viktigheten av mer forskning.

Konklusjon

CBGT viser gjennom vår litteraturgjennomgang en klar moderat til stor effekt for depresjon, PD, SAD og OCD sett opp mot ikke-aktive kontrollgrupper. Ved artiklene som undersøkte kostnadseffektivitet viste CBGT seg som en betydelig kostnadsbesparende og effektiv behandling, sett opp mot individuell behandling og annen aktiv behandling. Resultatene fra det systematiske og usystematiske søket samsvarer med Chambless og Hollon (1998) sin definisjon av empirisk støttet behandling som effektiv og kostnadseffektiv. Basert på evidensen ser vi på CBGT som et kostnadseffektivt alternativ til de nevnte lidelsene, og som kan benyttes i større grad for å kunne møte noe av den store pågangen. For lidelsen BN finnes det for lite klar evidens i vår litteraturgjennomgang til å anbefale CBGT som behandlingsmetode.

Basert på resultatene av litteraturgjennomgangen fremstår en styrkning av gruppetilbud som CBGT i primær og spesialisthelsetjenesten som et viktig verktøy for å redusere køer og øke psykisk helsetilbud uten store samfunnsmessige kostnader. En fordel er også at tiltaket ikke krever økt antall fagpersoner, men istedenfor et styrket fokus på gruppebehandling som CBGT i utdanning og videreutdanning/kursing. Tiltak kan etableres raskere ved å kurse de som allerede jobber i helsevesenet, enn ved å vente til at nye psykologer/psykiatere blir utdannet. Samtidig krever gruppetilbud en satsning på arealer som er lagt opp til gruppe med tanke på for eksempel størrelse, synlighet og lyd. Institusjoner som

mangler slike lokaler vil dermed ha behov for et mer langsiktig perspektiv med høy oppstartskostnad.

Økt bruk av gruppetilbud som CBGT åpner også for mer forskning, hvor forskning på effekt forskjell mellom CBGT og andre aktive behandlingsformer vil være nødvendig for en mer presis beregning av CBGT sin samfunnsøkonomiske nytte. I tillegg er det manglende enighet i hvordan kostnadseffektivitet skal beregnes, og det finnes dermed et behov for å etablere en standard.

Referanser

- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 39, 44-64. doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.005
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982.
- Barlow, S. H., Fuhrman, A. J., & Burlingame, G. M. (2004). The history of group counseling and psychotherapy. I J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R Kalodner, & M. T. Riva (Red.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (s. 3-22). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Barrera, T. L., Mott, J. M., Hofstein, R. F., & Teng, E. J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 33(1), 24-32.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders - A practical guide*. Oxford University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford press.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 96(3), 179-183. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.3.179>
- Bhide, A., Shah, P. S., & Acharya, G. (2018). A simplified guide to randomized controlled trials. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 97(4), 380-387.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2022). *Cognitive-behavioral therapy in*

- groups* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 13-37). New York: Wiley.
- Borenstein, M. (2009). Effect sizes for continuous data. I H. Cooper, L. V. Hedges, & J. C. Valentine (Red.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (2. utg., s. 221-235). New York: Russell Sage Foundation.
- Brown, J. S., Sellwood, K., Beecham, J. K., Slade, M., Andiappan, M., Landau, S., Johnson, T., & Smith, R. (2011). Outcome, costs and patient engagement for group and individual CBT for depression: a naturalistic clinical study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 355-358.
- Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce, A. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 640-689). New York: Wiley
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7-18.
- Christensen, A. B., Riis, M. G., Wahrén, S., Reinhold, N., Skov, A. C., Poulsen, S., Simonsen, E., & Arnfred, S. (2022). Patient Perspectives on Co-Therapists' Behaviors in Group CBT. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 52, 181-189
doi.org/10.1007/s10879-022-09530-1
- Clark-Carter, D. (1997). The account taken of statistical power in research published in the British Journal of Psychology. *British Journal of Psychology*, 88(1), 71-83.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum Associates.

Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 1-13.

Cuijpers, P. (2016). *Meta-analyses in mental health research. A practical guide*. Amsterdam, the Netherlands: Pim Cuijpers Uitgeverij.

Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Rnic, K. (2019). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. I K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Red.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (s. 3–31). The Guilford Press.

Ekornrud, T., Stølan, S, B, C. & Thonstad, M. (2018, 11. august). *4 av 5 kommuner med psykolog i helse og omsorg*. SSB.

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/4-av-5-kommuner-med-psykolog-i-helse-og-omsorg>

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.

Helsedirektoratet (2017). *Motiverende intervju som metode*. Helsedirektoratet

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet (2019, 20. september). *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*. Helsedirektoratet

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/nar-henvisning-mottas>

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome

- in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139
- Janis, R. A., Burlingame, G. M., Svien, H., Jensen, J., & Lundgreen, R. (2021). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy research*, 31(3), 342-358.
- Jónsson, H., & Hougaard, E. (2009). Group Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive–Compulsive Disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2), 98-106.
- Karterud, S., Folmo, E. J., Kongerslev, M. T. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)*. Gyldendal.
- Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine reviews*, 19, 6-16.
- Korrelboom, K., Peeters, S., Blom, S., & Huijbrechts, I. (2014). Competitive memory training (COMET) for panic and applied relaxation (AR) are equally effective in the treatment of panic in panic-disordered patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(3), 183-190.
- Lo Coco, G., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M. R., Strauss, B., Schwartze, D., Rosendahl, J., & Gullo, S. (2019) Group treatment for substance use disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99(2019), 104-116.
- Lüdecke, D. (2019). *esc: Effect size computation for meta analysis (Version 0.5.1)*. <https://CRAN.R-project.org/package=esc>
- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S., & Germain, V. (2009). A randomized, controlled

clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1139-1147.

Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: Cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar disorders*, 11(s2), 110-122.

Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332.

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: treatment and management* (NICE guideline NG222).

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations>

Nordland, J. B., Stensvold, E. A., Kildal, E. S., Larsen, A., Mallaug, L. F., Hjort, S., Riiser, K. F., Bergaust, M. W. M., Tunstad, P., Ivanova, R., Skjærseth, K., Røvik, F. M. G., Haakestad, G., Elling, I., Støver, A., Igesund, G. H. & Sæter, S. W. (2022). Vi har knapt begynt, men har behov for å rope varsko. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(5), 400-403

Okumura, Y., & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 164, 155-164.

Orfanos, S., Banks, C., & Priebe, S. (2015). Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(4), 241-249.

Otto, M. W., Pollack, M. H., & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 556-563.

- Piper, W. E. (2008). Underutilization of short-term group therapy: enigmatic or understandable?. *Psychotherapy Research, 18*(2), 127-138.
- Polnay, A., James, V. A. W., Hodges, L., Murray, G. D., Munro, C., & Lawrie, S. M. (2014). Group therapy for people with bulimia nervosa: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine, 44*(11), 2241-2254.
- Pozza, A., & Dettore, D. (2017). Drop-out and efficacy of group versus individual cognitive behavioural therapy: What works best for Obsessive-Compulsive Disorder? A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Psychiatry Research, 258*, 24-36.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(2), 94-113.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. N. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. (Dokument 3:13). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
- Roberge, P., Marchand, A., Reinhartz, D., & Savard, P. (2008). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Behavior Modification, 32*(3), 333-351.
- Russo, M. W. (2007). How to review a meta-analysis. *Gastroenterology & Hepatology, 3*(8), 637-642
- Sawilowsky, S. S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied*

Statistical Methods, 8(2), 597-599.

Schwartz, D., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2016).

Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 49-61. doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.05.001

Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J., & Rosendahl, J.

(2017). Efficacy of group psychotherapy for panic disorder: Meta-analysis of randomized, controlled trials. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 21(2), 77-93. doi.org/10.1037/gdn0000064

Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019).

Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 29(4), 415-431.

Scott, M. J., & Stradling, S. G. (1990). Group cognitive therapy for depression produces

clinically significant reliable change in community-based settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 18(1), 1-19

Scott, M. J. (2011). *Simply effective: Group Cognitive Behaviour Therapy: a practitioner's guide*. London and New York: Routledge.

Smith, O. R. F., Alves, D. E., & Knapstad, M. (2016, oktober). *Rask psykisk helsehjelp:*

Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/>

Söchting, I. (2014). *Cognitive Behavioral Group Therapy: Challenges and Opportunities*.

Wiley-Blackwell.

Tesli M. S., Handal, Torvik, Knudsen, Odsbu, Gustavson, Reichborn-Kjennerud, Nesvåg,

Hauge, Reneflot. (2021, 3. desember). *Psykiske lidelser hos voksne*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/#referanser>

Tucker, M., & Oei, T. P. S. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 77–91. doi.org/10.1017/S1352465806003134

Wersebe, H., Sijbrandij, M., & Cuijpers, P. (2013). Psychological group-treatments of social anxiety disorder: A meta-analysis. *PLoS One*, 8(12), e79034.
[doi:10.1371/journal.pone.0079034](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079034)

Whitfield, G. (2010). Group cognitive–behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 219-227. [doi:10.1192/apt.bp.108.005744](https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005744)

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5 utg.). New York: Basic Books.

Yates, A. J., & Sambrailo, F. (1984). Bulimia nervosa: A descriptive and therapeutic study. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 503-517.

Appendix A

Utvidet beskrivelse av ekskluderte artikler etter lesning av fulltekst

A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia (Koffel et al., 2015) ble ekskludert fra litteraturgjennomgangen grunnet at forsøksgruppene fra noen av studiene hadde komorbid somatisk lidelser som kreft, gikt og fibromyalgi.

A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder (Barrera et al., 2013) og Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (Schwartz et al., 2019) ble ekskludert grunnet at de inkluderte artikler i metaanalysen hvor forsøksgruppen motok individualterapi i tillegg til gruppeterapi.

Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions (Miklowitz, & Scott, 2009), ble ekskludert grunnet at det ikke var en metaanalyse.

Are Group Psychotherapeutic Treatments Effective for Patients with Schizophrenia? A Systematic Review and Meta-Analysis (Orfanos et al., 2015), Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials (Lo Coco et al., 2019), Group therapy for mood disorders: A meta-analysis (Janis et al., 2021) og Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis (Barkowski et al., 2020) ble ekskludert ettersom de kalkulerte effektstørrelsene ikke tillot utskilling av data for en ren CBGT gruppe eller for en spesifikk lidelse.

Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis (Jónsson, & Hougaard, 2009) ble ekskludert ettersom ikke alle inkluderte studier i artikkelen var RCT studier.