Evidens

Linda Simson, Gullvi Lundberg, Monica Ohlsson

Transdiagnostisk terapibehandling fungerar i grupp!

En jämförande studie mellan grupp- och individualterapi för ångest och depression baserad på en omarbetad manual av Unified Protocol (UP)

Transdiagnostic grouptherapy works!

A comparison study between group and individual therapy for anxiety and depression based on a remodeled Unified Protocol (UP) manual

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendeinriktad psykoterapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: december 2014/ termin 6
Handledare: Anna Söderpalm Gordh
Examinator: Torsten Norlander

Sammanfattning

Depression och ångestsyndrom är mycket vanligt och står för en stor del av den växande psykiska ohälsan idag. Psykologisk behandling med KBT är enligt Socialstyrelsens riktlinjer högt rangordnat vid dessa sjukdomar. Stora framsteg har gjorts vad gäller utvecklingen av nya effektiva terapibehandlingar inom KBT såsom diagnosspecifika terapibehandlingar. På senare år har också transdiagnostiska (diagnosöverskridande) behandlingsmetoder visat goda forskningsresultat. Unified Protocol (UP) är en av de transdiagnostiska behandlingsmanualerna och har visat god effekt vid individualbehandling. Det finns idag ett stort behov av att utöka tillgången till psykologisk behandling där gruppterapi kan vara en av möjligheterna. Vår studie syftade till att undersöka effekten avseende förbättrad psykisk hälsa efter behandling med en omarbetad UP manual. Vår hypotes var att gruppbehandling är lika bra eller bättre än individualbehandling med denna modell.

Femton patienter valdes ut från väntelista till psykologisk behandling för ångest och/eller depression på vårdcentral. Patienterna randomiserades till tre olika behandlingsgrupper: gruppterapi, individualterapi och kontrollgrupp. Behandlingen bestod av en 10-veckorsbehandling med den omarbetade UP manualen. Resultaten visar att manualen har effekt vid gruppbehandling. Gruppbehandling hade ett signifikant resultat vad gäller förbättrad upplevd vardag (p=0,007) jämfört med individualbehandling och kontrollgrupp och uppvisade också minskade depressionssymptom efter avslutad behandling. Individualbehandling uppvisade också effekt med minskning av depressionssymptom efter avslutad behandling samt minskad ångest efter tre veckors behandling. Båda behandlingsgrupperna var lika nöjda med behandlingen. Studien får ses som en pilotstudie som ger hopp inför framtiden om att transdiagnostisk KBT-behandling i grupp kan minska graden av ångest och depression och förbättra livskvaliteten samtidigt som tillgången till psykologisk behandling ökar.

Nyckelord: KBT terapi, transdiagnostisk terapibehandling, gruppterapi, Unified Protocol, jämförelsestudie

Abstract

Depression and anxiety disorders are common mental health concerns in our society today and the number of patients are growing. The National Board of Health and Welfare has ranked psychological treatment with CBT highly in all mild and moderately serious states of depression and anxiety disorders. Significant advances have been made in the development of new psychological treatments such as diagnosis-specific cognitive behavior therapy. Over the past decade, transdiagnostic CBT treatments have shown sufficient evidence to support the efficacy for the treatment of depression and anxiety disorders. Unified Protocol (UP) is one of the manuals for transdiagnostic treatment and has been used to successfully treat a diverse and varied range of anxiety and mood diagnoses. Today, there is a need to increase access to psychological treatment, primarily CBT. One way of achieving this is by increasing the use of group therapy. In this study we examine the effect according to increased mental health of a remodeled version of the UP manual. We hypothesized that group therapy would be more, or at least as efficacious as, individual therapy using this manual.

Fifteen patients were recruited from wait-list of individuals seeking treatment for depression and/or anxiety symptoms at primary care. The patients were randomized to group therapy, individual therapy or control group. Treatment consisted of 10 treatment sessions over a 10-week period. The results provide support for the efficacy of group therapy with this manual. Group therapy showed effects of day-to-day quality of life (p=0,007) and decreased depression symptoms compared to individual therapy and control group. Individual therapy also showed effects, with decreased depression symptoms as well as decreased anxiety after 3 weeks of treatment. Group and individual therapy patients were, to the same extend, satisfied with their treatment. This study has to be considered as a pilot-study that provides hope for transdiagnostic CBT group therapy to be an efficient treatment for anxiety and depression disorders in the future, decreasing symptoms and increasing quality of life and meeting the crucial need for more psychological treatments.

Key words: CBT therapy, transdiagnostic treatment, group therapy, Unified Protocol, comparison study

Förord

De långa och växande köerna till effektiv och evidensbaserad psykologisk behandling väckte våra tankar om hur man skulle kunna förändra arbetssätt och implementera nya metoder i våra verksamheter. Vid en genomgång av de senaste forskningsrönen framstod transdiagnostiska behandlingsmetoder som klart intressanta och att dessutom använda sig av gruppterapins fördelar framstod närmast som att ”slå två flugor i en smäll”. Vi föll för Unified Protocol som behandlingsmanual då den verkade både lätt att arbeta med och ta till sig. Tiden som har gått har varit arbetsam men framförallt har vi lärt oss mycket och haft roliga stunder tillsammans. Vi ser fram emot att få utveckla användandet av UP vid gruppterapi framöver!

Ett varmt tack vill vi först och främst framföra till alla deltagarna vår studie och till våra arbetsgivare som gjort det möjligt för oss att genomföra studien. Vi vill också tacka vår handledare, Anna Söderpalm Gordh, för god handledning och entusiasm. Ytterligare tack vill vi rikta till våra nära och kära som både hjälpt oss och stått ut med oss under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....2
Abstract.....3
Inledning.....6
Syfte, frågeställning, hypoteser.....9
Metod.....10
Deltagare.....10
Design.....11
Behandlingen.....11
Instrument/skattningsskalor.....11
Genomförande.....13
Databearbetning.....15
Bortfall.....15
Reliabilitet och validitet.....15
Etiska övervägande.....16
Resultat.....17
BDI och BAI.....18
AUDIT.....19
Arbetsförmåga och relationer.....20
Fritid och vardag.....21
Mående efter avslutad behandling och nöjdhet med behandlingen.....22
Förändring efter behandling.....23
Frågeformulär.....23
Diskussion.....24
Referenser.....29
Bilagor.....33
Bilaga 1. Skattningsformulär, basmätning.....33
Bilaga 2. Skattningsformulär, mittenmätning.....34
Bilaga 3. Skattningsformulär, eftermätning.....35
Bilaga 4. Enkät.....36

Inledning

Idag räknas psykisk ohälsa som ett av de stora folkhälsoproblemen och enligt WHO:s uppskattningar står den för 12 % av den samlade sjukdomsbördan i världen. Den beräknade kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige idag uppgår till över 70 miljarder kronor om året i förlorade arbetsinsatser och utgifter för vård och omsorg och är den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden (Socialstyrelsen, 2013). Till folksjukdomarna hör depression och ångestsyndrom och de står för en stor del av den växande psykiska ohälsan i befolkningen. Uppskattningsvis kommer minst 25 % av alla kvinnor och 15 % av alla män att få en depression som kräver behandling under sin livstid (Socialstyrelsen, 2010). Ångestsjukdomar är lika vanliga där 25 % av alla individer bedöms drabbas av en ångestsjukdom under sin livstid. Samsjukligheten är stor, både vad gäller depression, olika ångestsjukdomar och annan psykisk och/eller somatisk sjukdom, vilket kan vara en komplicerande faktor vid diagnostik och behandling (SBU, 2004). I en stor epidemiologisk studie hade individerna i genomsnitt minst två psykiska störningar samtidigt och några hade så många som sju olika psykiska diagnoser (Marciniak, 2004).

Med utgångspunkt i riksdagsbeslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården från 1997 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård vid allvarliga och långvariga sjukdomstillstånd med höga kostnader för samhället. De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom utkom 2010 (Socialstyrelsen, 2010). Enligt riktlinjerna är förstahandsvalet av behandling för lindrig depression psykologisk behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi. Vid medelsvår depression är behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi jämställd med läkemedelsbehandling. Vad gäller ångestsyndromen är också förstahandsvalet KBT vid både generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom, social fobi, tvångssyndrom samt PTSD.

De senaste decennierna har det gjorts stora framsteg vad gäller terapibehandling av ångest- och depressionstillstånden och flera olika individuella behandlingsupplägg har uppvisat goda forskningsresultat (Barlow, 1989; Clark & Wells, 1995; Foa, 2005; Wells, 1995). Forskningen har också visat att de olika känslomässiga störningarna har mer likheter än olikheter, dvs de visar i hög grad överlappningar exempelvis vad gäller sårbarhet vilken sammanfattas i den trefaldiga sårbarhetsmodellen (Barlow, 1991; 2000; 2002, Brown, 2007; Suárez, 2009). Enligt modellen finns det en uppsättning av sårbarheter som samverkar vid utvecklingen av känslomässiga störningar. De tre komponenterna är en generell biologisk sårbarhet (genetisk), en generell psykologisk sårbarhet (tidiga erfarenheter) och en specifik psykologisk sårbarhet (via inlärning). Det har också visat sig att om man behandlar en specifik ångeststörning med

psykoterapi så leder det till förbättring av andra komorbida ångest- och depressionstillstånd (Allen, 2010; Brown, 1995; Craske, 2002). Nya forskningsrön inom affektiv neurovetenskap har visat att vissa områden i delar av det limbiska systemet är extra lättretligt, vilket ger en överaktivitet, hos individer med depression och ångestsjukdomar. Samtidigt uppvisar individerna en störd eller begränsad inhiberande kontrollaktivitet i kortikala områden, vilket resulterar i svårigheter att reglera starka känslor (Etkin & Wager, 2007; Shin & Liberzon, 2010).

De strategier som olika individer använder för att påverka uppkomsten och upplevelsen av olika känslor, dess intensitet och efterföljande beteende, kallas känsloreglering (Gross, 2007; Kring & Sloan, 2010; Richards & Gross, 2000). För vidmakthållandet av känslomässiga störningar verkar känsloregleringen, och framförallt dysreglering, spela en viktig roll. Individer som har svårt att stå ut med starka känslor kan ta till maladaptiva strategier, såsom att undertrycka eller undvika, dölja och ignorera känslor, vilket ger negativa konsekvenser på lång sikt (Campell-Sills & Barlow, 2007; Gross, 2007). På lång sikt leder överdrivna försök att kontrollera starka känsloupplevelser paradoxalt till en ökning av de känslor som individen försöker reglera och därigenom ett psykiskt växande illabefinnande (Barlow, 2002). Utifrån teorierna har den transdiagnostiska, dvs diagnosöverskridande, psykologiska behandlingsformen ”Unified Protocol” utvecklats av professor David Barlow och medarbetare vid Center for Anxiety and Related Disorders (CARD) i Boston (Barlow, 2011). Metoden grundar sig på traditionella principer för KBT där tonvikten läggs på hur individerna med känslomässiga störningar upplever och reagerar på sina känslor. Här lyfts både kognitiva och emotionella processer fram för att möjliggöra grundläggande psykologiska förändringsmekanismer. Detta leder till förändringar i både beteende, känsloupplevelser och hjärnfunktion vilket skapar nya minnen (Craske & Mystkowski, 2006; Monfils, 2009). I metoden ingår att patienten skall bli mer medveten om sina känsloupplevelser och därigenom kunna se på känslorna på ett mer objektivt sätt. En annan färdighet är att våga utmana negativa och ångestfyllda bedömningar av yttre och inre hot och att öka den kognitiva flexibiliteten. Man jobbar också med att identifiera och modifiera maladaptiva känslostyrda beteenden vilket är ett primärt fokus under de många exponeringsövningarna som ligger i slutet av behandlingen. Sammanfattningsvis lär sig patienten att sätta en pågående känsloupplevelse i relation till det närvarande ögonblicket. Därigenom kan patienten få syn på reaktionsmönster och strategier för känsloreglering som inte stämmer överens med, eller är oförenliga med, krav utifrån pågående situation eller motivation och värderingar. På så sätt är inte UP inriktad på diagnosspecifika symptom utan riktar istället in sig på mekanismer som

ligger bakom hela det neurotiska spektrumet (Barlow, 2002; Brown & Barlow, 2009; Krueger, Watson & Barlow, 2005).

Individualterapi, dvs samtal mellan en person och en psykoterapeut, är det sätt som hittills dominerat vad gäller psykoterapibehandling men då hälso- och sjukvården idag står inför kravet att öka tillgängligheten av evidensbaserad vård samtidigt som resurserna är begränsade, blir det viktigt att kunna bedriva vården på ett kostnadseffektivt sätt. Psykoterapi i grupp är därför en behandlingsform som efterfrågas alltmer i den kliniska verksamheten. En av fördelarna med behandling i grupp är att den kräver mindre terapitid per patient vilket ger en lägre kostnad. Detta blir speciellt viktigt då antalet patienter som söker terapi ökar stort och antalet utbildade terapeuter fortfarande är otillräckligt (Socialstyrelsen, 2010). Vid psykoterapibehandling i grupp spelar även grupprocessen en stor roll, vilket kan medföra ytterligare vinster utöver kostnadseffektivitet. Exempelvis ger behandling i grupp en möjlighet för gruppdeltagarna att se att även andra människor kan ha problem och svårigheter (Bieling, 2008). Genom att se hur andra deltagare arbetar med sina problem kan tron på att man själv kan bli bättre stärkas vilket ingjuter hopp, och deltagarna kan på så vis sporra varandra (Bieling, 2008). En stark känsla av gruppsammanhållning, tillit och stöd ger deltagarna möjlighet att hjälpa varandra vilket korrelerar väl med ett lyckat behandlingsresultat (Holmqvist, 2008). Den teoretiska förståelsen av vad grupprocessfaktorer är utgår ofta från Yaloms (1995) arbete ”The theory and practice of group therapy” där grupprocessen ses motsvara den terapeutiska alliansen i en individualterapi.

Den transdiagnostiska terapimanualen UP är i sin första utgåva inriktad på individualterapi men det finns idag ett stort intresse för att använda manualen även på gruppnivå. Runt om i landet finns just nu en trend att översätta och omarbeta UP manualen för gruppbehandling vilket medför behov av utvärdering. Mot bakgrund av ovanstående ville vi undersöka effekten med avseende på förbättrad psykisk hälsa efter behandling med den transdiagnostiska modellen UP. Vår hypotes var att gruppbehandling kommer att vara lika bra eller bättre jämfört med individualterapi med denna modell.

Syfte

Att utvärdera effekten av psykologisk behandling med en omarbetad manual av "Unified Protocol" (UP) mellan grupp och individualterapi.

Frågeställningar

Kan skillnad mellan grupperna påvisas?

Hur förändras upplevelsen av ångest och depression?

Hur förändras andra utfallsmått såsom arbetsförmåga, relationer, fritid och vardag?

Hypoteser

Våra hypoteser är:

Att både grupp- och individualterapi utifrån den omarbetade UP manualen förbättrar den psykiska hälsan jämfört med ingen psykologisk behandling.

Att gruppterapi är lika bra eller bättre än individualterapi.

Metod

Deltagare

Deltagarna i studien var patienter som hade sökt samtalsbehandling inom primärvården med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Femton patienter valdes ut från kön till samtalsbehandling vid tre olika vårdcentraler. Dessa patienter randomiserades sedan till gruppbehandling, individualbehandling eller till en kontrollgrupp som fick stå kvar på väntelistan. De personer som inkluderades i studien hade en eller flera diagnoser av lindrig till medelsvår ångest eller depression. De olika diagnoserna som var representerade bland deltagarna var social fobi, agorafobi, panikångest, generaliserat ångestsyndrom, ospecificerat ångesttillstånd, depression och PTSD. De som exkluderades var patienter som genomgått samtalsbehandling tidigare, som hade missbruk eller beroende problematik, svår depression och/eller svår ångest samt personer med personlighetsstörning. Av deltagarna var 12 kvinnor och 3 män i åldrarna 22-69 år.

Tabell 1. Demografi

	Gruppbehandling	Individualbehandling	Kontrollgrupp
	n = 5	*n* = 5	*n* = 5
Medelålder	28 ± 6,4	38 ± 19,5	32 ± 11,9
Kön			
Kvinna / Man	4 / 1	3 / 2	5 / 0
Civilstånd			
Gift / Sambo	3	3	
Ensamstående	2	2	
Utbildningsnivå			
Universitet	2	3	
Gymnasium	2	1	
Grundskola	1	1	
Sysselsättning			
I arbete/pensionär	4	5	
Arbetssökande	1	0	
Bostadsområde			
Nordost	5	0	
- Väster	0	4	
- Övrigt	0	1	
Sjukskrivna	0	1	
Diagnos			
- Depressiv episod	2	1	
- Recividerande depression	3	0	
- Ångesttillstånd	2	1	
- Paniksyndrom	2	2	
- Agorafobi	1	1	
- Tvångssyndrom	1	0	
- Social fobi	1	1	
- PTSD	1	0	
-GAD	0	1	

Design

Studien designades utifrån en inomgrupps- och mellangruppsdesign där tre olika grupper jämfördes. Deltagarna randomiserades till en av de tre grupperna vilket gav fem deltagare i varje grupp. De grupper som jämfördes var gruppterapi, individualterapi och kontrollgrupp. Den behandling som patienterna fick i grupp- respektive individualterapi bestod av en egen modifierad manual utgående från Barlows transdiagnostiska manual ”Unified Protocol” (Barlow, 2011). Manualen anpassades till gruppbehandling med 10 sessioner vilken även användes i individualterapin. Studiens upplägg var att träffa patienterna en gång per vecka. Tiden för varje session utgick till 120 minuter i gruppterapi och 60 minuter i individualterapi. För att ställa diagnos gjordes en MINI-intervju vid bedömningssamtalet och för utvärdering av resultatet av behandlingen användes BDI, BAI, AUDIT samt två egna utformade frågeformulär.

Behandlingen

Behandlingen bestod av en omarbetad manual av UP. Manualen består av tre delar där den första delen innefattar att förstå känslor och lära sig observera och kartlägga sina känsloupplevelser. Den andra handlar om att lära sig förstå automatiska värderingar och träna på att tänka mer flexibelt samt att förstå och förändra känslostyrda beteenden. I den sista delen får patienterna träna på att stå ut med sina rädslor och obehagliga känslor genom exponeringsövningar. Patienterna fick vid första sessionen ett kompendium med arbetsmaterial att använda under behandlingens gång.

Instrument/skattningsskalor

<u>MINI-intervju</u>

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) är utformad som en kortfattad, strukturerad intervju för diagnossättning av de huvudsakliga psykiatriska störningarna på Axel I i enlighet med DSM-IV och ICD-10 (M.I.N.I. 5.0.0, Sheehan et al., 1998; Svensk reviderad version, Allgulander, Waern, Humble, Andersch & Ågren, 2006). Intervjun innehåller mycket specifika frågor om psykologiska problem som bara behöver besvaras med "ja" eller ”nej”. I validerings- och reliabilitetsstudier har man jämfört M.I.N.I. med SCID-P för DSM-III-R samt med CIDI (en strukturerad intervju som WHO utvecklat för lekmannaskattning enligt ICD-10). Resultaten av dessa studier visar att M.I.N.I. har acceptabel validitet och reliabilitet samt kan administreras på mycket kortare tid (i genomsnitt 18.7 ± 11.6 min, median 15 min) än ovan nämnda instrument.

Beck Depression Inventory (BDI)

BDI användes för att skatta graden av symptom på depression (Beck, Steer & Brown, 1996; Manual Svensk version, 2005, omarbetad version av Anna Ehnvall).
Självskattningsformuläret består av 21 olika frågor som handlar om symtom på depression vilka ska skattas utifrån ökande svårighetsgrad. Varje svar ger 0-3 poäng och brytpunkterna vid tolkningen av depressionsgrad är: 0-13 minimal depression; 14-19 lindrig depression; 20-28 måttlig depression; 29-63 svår depression. Instrumentets tillförlitlighet är med Cronbachs alfa-koefficient 0.86 (Beck, et al., 1996; Manual svensk version, 2005).

Beck Anxiety Inventory (BAI)

Beck Anxiety Inventory (BAI) är ett självskattningsformulär som avser att mäta graden av ångestsymtom med hjälp av 21 påstående. Dessa 21 påståenden kan delas upp i fyra subskalor som representerar olika delar av ångest; upplevelserelaterade, panikrelaterade, fysiologiska och autonoma (Beck & Steer, 2009). Varje svar ger 0-3 poäng och brytpunkterna vid tolkningen av svårighetsgrad är: 0-7 minimal ångest, 8-15 lindrig ångest, 16-25 medelsvår ångest och 26-63 svår ångest. BAI har påvisats ha en hög intern konsistens, Cronbachs alfa-koefficient uppmättes till 0.92 i en studie med 160 öppenvårdspatienter. Även högre värde (0.94) har uppmätts i studie med 40 patienter med diagnosen ångestsyndrom (Beck & Steer, 2009).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Instrumentet är ursprungligen utarbetat av World Health organisation (WHO). Det har översatts och bearbetats för svenskt bruk 1994 av Hans Bergman vid Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset i Stockholm (Bergman 1994). AUDIT består av ett frågeformulär med tio frågor, avsedda att mäta tre domäner: konsumtion (tre frågor om mängd och frekvens), beroende (tre frågor) och alkoholrelaterade skador (fyra frågor). Resultat över cut-offgränsen 6 poäng för kvinnor och 8 poäng för män ger indikation på ett riskfyllt drickande.

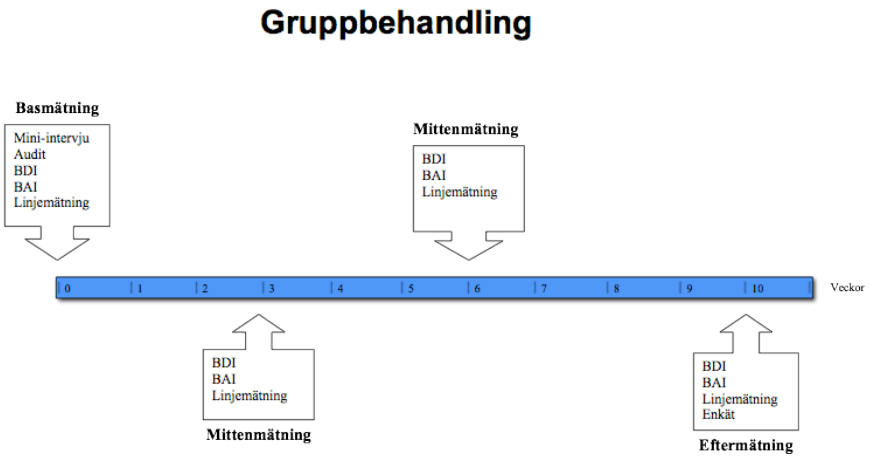
Frågeformulär

Ett eget utformat skattningsformulär användes med en VAS-skala utformad som en linjemätning med skalpoäng från 0-10 av upplevd hälsa i förhållande till arbetet, fritid och relationer (bilaga nr 1). Formuläret användes innan, två gånger under samt efter avslutad behandling. På formuläret fick patienterna också kortfattat beskriva deras huvudsakliga

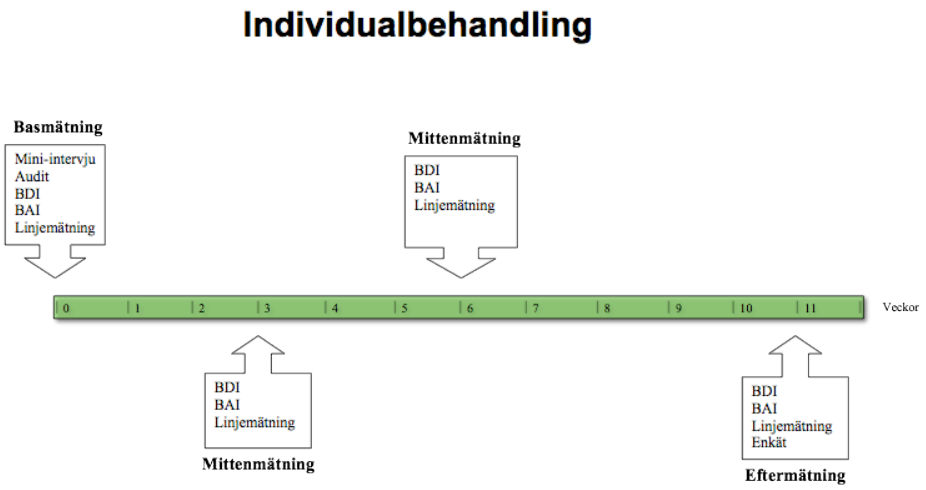
problem. Dessutom fick patienterna fylla i en enkät efter avslutad behandling som bestod av frågor om hur nöjda patienterna var med behandlingen, om de mådde bättre och på vilket sätt i så fall samt om patienten gjort någon positiv förändring och något oväntat (bilaga nr 2) Vissa av frågorna besvarades med hjälp av en VAS-skala. I enkäten ingick även en fråga om frekvensen av alkoholdrickande för att ta reda på om patienterna hade förändrat sina alkoholvanor på något sätt.

Genomförande

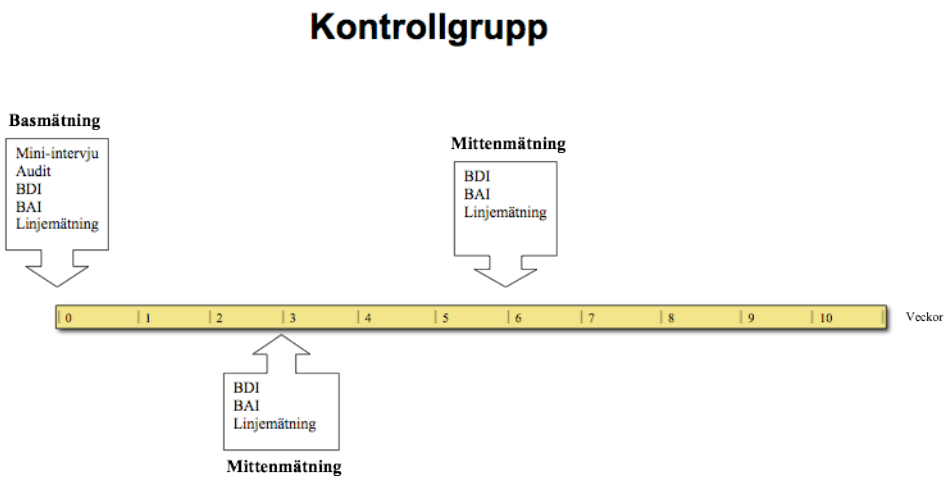
Gruppbehandlingen påbörjades i september 2013 och avslutades i november 2013 (figur 1). Första individualbehandlingen påbörjades i oktober 2013 och sista behandlingen avslutades i juni 2014 (figur 2). För individualbehandlingen blev behandlingslängden 11 sessioner i stället för 10 sessioner då en av sessionerna delades upp på två tillfällen på grund av tidsbrist. Innan behandlingen påbörjades genomgick patienterna ett bedömningssamtal på 1.5 tim då också en MINI-intervju utfördes. Vid detta tillfälle fick patienterna fylla i självskattningar; BDI, BAI, AUDIT, samt skattningsformuläret som tar upp upplevd hälsa i förhållande till arbetet, fritid och relationer. Patienterna fick vid session 3 och 6 återigen fylla i BDI och BAI samt det egna skattningsformuläret. I samband med sista mätningen användes skattningsformuläret tillsammans med enkäten med frågor kring nöjdhet med behandlingen, om deltagaren mådde bättre, om deltagaren gjort någon positiv förändring och/eller gjort något oväntat. Vid första mätningen fick deltagarna besvara hela AUDIT och vid eftermätningen fick deltagarna besvara endast den fråga från AUDIT som handlar om en eventuell förändring av alkoholkonsumtionen. För kontrollgruppen samlades data in under en period av 6 veckor där de fick fylla i BDI, BAI, AUDIT och skattningsformuläret vid vecka 0, 3 och 6 (figur 3). Samtliga deltagare fick skriftlig och muntlig information om studien och fick skriva på godkännande om samtycke till att ingå i studien.



Figur 1. Flödesschema över mättillfällen för gruppbehandling.



Figur 2. Flödesschema över mättillfällen för individualbehandling.



Figur 3. Flödesschema över mättillfällen för kontrollgrupp.

Databearbetning

Datainmatningen utfördes i kalkyleringsprogrammet ”Numbers” (Apple). Samtliga data lades in för varje individ och för varje enskild fråga. För BDI, BAI och AUDIT har totalpoängen använts och för linjemätningarna användes VAS-skalor om 10 cm där mätningarna utgått från var deltagarna satt sina kryss. Medelvärden räknades ut för varje skattning och varje grupp och dessa resultat redovisas i nedanstående figurer. Beräkningar av p-värden utfördes med hjälp av t-test och redovisas tillsammans med standardavvikelser i tabellform (tabell 2).

Bortfall

En av deltagare i gruppbehandlingen kom inte till det sista av de tio grupptillfällena och besvarade därför inte det avslutande skattningsformuläret. En av deltagarna i kontrollgruppen besvarade inte frågorna vid mittenmätningen vecka 6.

Reliabilitet och validitet

De skattningsskalor som använts i studien (BDI, BAI, AUDIT) är vanligt förekommande i studiesammanhang och har både en hög reliabilitet och validitet. I det egna skattningsformuläret och i enkäten användes en VAS-skala som också är vanligt förekommande i studiesammanhang och har en relativt god reliabilitet och validitet (Jensen & Karoly, 1992; Frank-Stromborg & Olsen, 1997).

Etiska övervägande

Då deltagarna i kontrollgruppen tagits ur vårdcentralens väntelista följdes de upp under de första sex veckorna och inte under hela behandlingstiden. Detta för att säkerställa att patienterna inte skulle vänta längre tid på sin behandling än om de inte valt att ingå i studien. Alla patienter som var i terapi fick samma behandling men i olika form. Vad gäller terapibehandling i grupp finns det idag evidens för att denna form är bra.

Resultat

Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser för delskattningar i studien.

	Gruppbehandling medel/stdav	Gruppbehandling *p*-värde	Individualbe-handling medel/stdav	Individualbe-handling *p*-värde	Kontrollgrupp medel/stdav	Kontrollgrupp *p*-värde
	n = 5	*n* = 5	*n* = 5	*n* = 5	*n* = 5	*n* = 5
Audit	8 ± 4,18	*ns*	5 ± 5,13	*ns*	7 ± 4,98	*ns*
Audit fråga 1						
Basmätning	2 ± 0,0	*ns*	2 ± 1,30	*ns*	2 ± 0,84	*ns*
Eftermätning	1,8 ± 0,5	*ns*	1 ± 0,84	*ns*		
Arbetsförmåga						
Basmätning	6 ± 1,74	*ns*	4,5 ± 3,40	*ns*	5,6 ± 2,65	*ns*
Mittenmätning v3	6 ± 0,76	*ns*	6,3 ± 1,85	*ns*	6,23 ± 2,57	*ns*
Mittenmätning v6	6,8 ± 1,47	*ns*	7 ± 1,72	*ns*	4,7 ± 3,01	*ns*
Eftermätning	6,73 ± 1,58	*ns*	7,5 ± 1,09	*ns*		
Relationer						
Basmätning	5,1 ± 2,01	*ns*	6,8 ± 2,97	*ns*	4,5 ± 2,73	*ns*
Mittenmätning v3	4 ± 1,39	*ns*	6,1 ± 1,49	*ns*	4,4 ± 2,06	*ns*
Mittenmätning v6	5,1 ± 1,95	*ns*	7,2 ± 0,95	*ns*	4,1 ± 1,85	*ns*
Eftermätning	6,28 ± 2,45	*ns*	7,8 ± 1,83	*ns*		
Fritid						
Basmätning	3,4 ± 1,92	*ns*	4,3 ± 3,43	*ns*	3,6 ± 2,67	*ns*
Mittenmätning v3	3,2 ± 1,89	*ns*	5 ± 0,85	*ns*	4,8 ± 1,81	*ns*
Mittenmätning v6	4,0 ± 2,12	*ns*	4,0 ± 2,33	*ns*	3,9 ± 1,99	*ns*
Eftermätning	5,0 ± 2,79	*ns*	5,5 ± 1,58	*ns*		
Vardag						
Basmätning	8 ±1,15	*ns*	7,2 ± 1,67	*ns*	7,3 ± 2,77	*ns*
Mittenmätning v3	6 ± 1,71	*ns*	5,2 ± 2,36	$p < 0{,}02$	7,63 ± 1,72	*ns*
Mittenmätning v6	5,9 ± 1,78	*ns*	6,3 ± 0,98	*ns*	7 ± 2,53	*ns*
Eftermätning	4,48 ± 1,52	$p < 0{,}07$	3,8 ± 3,39	$p < 0{,}07$		
BDI						
Basmätning	26 ± 7,83	*ns*	17 ± 7,27	*ns*	21 ± 14,39	*ns*
Mittenmätning v3	22 ± 5,90	*ns*	10 ± 6,35	*ns*	18,3 ± 9,91	*ns*
Mittenmätning v6	19 ± 8,96	*ns*	10 ± 4,72	*ns*	20 ± 14,46	*ns*
Eftermätning	18 ± 8,89	*ns*	9 ± 4,93	$p < 0{,}07$		
BAI						
Basmätning	17 ± 5,90	*ns*	32 ± 11,15	*ns*	23 ± 14,37	*ns*
Mittenmätning v3	18 ± 5,86	*ns*	18 ± 16,13	*ns*	11 ± 4,04	*ns*
Mittenmätning v6	16 ± 8,71	*ns*	16 ± 14,62	*ns*	16 ± 15,37	*ns*
Eftermätning	16,8 ± 10,44	*ns*	18 ± 12,97			
Enkät						
Behandling	7,33 ± 0,72	*ns*	8 ± 2,43	*ns*		
Mående	6 ± 1,23	*ns*	6,5 ± 3,39	*ns*		
Gjort något oväntat	4 ± 2,21	*ns*	6,2 ± 3,14	*ns*		

Beskrivna problem före behandling

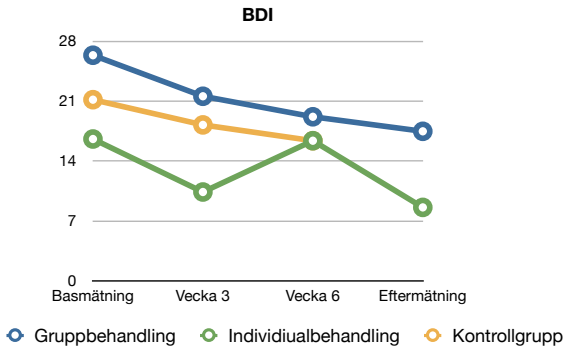
På skattningsformuläret som patienterna fyllde i före behandlingen fick de kortfattat beskriva sina huvudsakliga problem. Problemen som beskrevs var framför allt ångestrelaterade såsom: ”panikattack, ångest, nervositet, oro”, ”fysiska effekter; stickningar i armar, händer, tryck över bröstet, huvudvärk, trötthet”, ”katastroftänkande”, “allmän oro-ångest över mitt bidrag till världen”, ”agorafobi”, ”social fobi”, ”vill inte ut bland folk å göra bort mig”, ”vara ute bland folk”, ”att åka kollektivtrafik”, ” stora problem med skakningar i händerna så fort jag blir nervös och blir nervös av saker jag inte blivit nervös av tidigare”. De uttryckte även problem som kan relateras till depression: ”orkeslös”, inget är roligt”, ”gråter mycket”, ”jag är ingenting”, ”vill inte hitta på saker”, ”ingen motivation till något”, ”har stora problem med att få saker gjorda i vardagslivet”. Andra problem som framkom var kopplade till självförtroende och prestation: ”dålig självkänsla”, ”självkritisk”, ”låg tilltro till min egen förmåga”, ”oförmåga att sätta egna gränser och känna egna behov gör att jag accepterar pressade situationer och orimligt ansvar t ex på jobbet”, ”prestationsångest”, ”vill alltid vara bra”, ”höga krav”. En del av problemen kan också kopplas till relationsproblem: ”bråkar alltid med flickvännen pga detta”, ”kort stubin”.

BDI och BAI

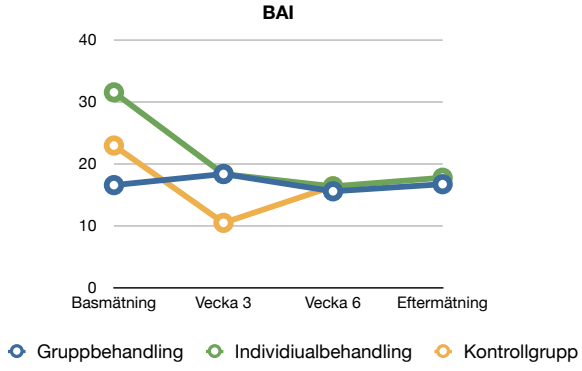
Den genomsnittliga BDI poängen före behandlingen för gruppbehandling och kontrollgrupp låg inom intervallet medelsvår depression och för individualbehandling inom intervallet lindrig depression. Poängen på BDI sjönk för de båda behandlingsgrupperna över tid. Poängen på BDI sjönk också för kontrollgruppen och vid mätningen vecka 6 hade alla tre grupperna i stort sett lika många poäng. Vid mätningen efter avslutad behandling hade dock de båda behandlingsgrupperna sjunkit ytterligare (Figur 4). Någon signifikans för förbättringen kunde inte påvisas men för individualbehandling kunde en stark trend påvisas (p=0,07, tabell 2). Efter behandlingen låg BDI poängen för gruppbehandling inom intervallet lindrig depression och individualbehandling inom intervallet ingen till minimal depression.

Den genomsnittliga BAI poängen före behandlingen låg för individualbehandling inom intervallet svår ångest och för gruppbehandling och kontrollgrupp inom intervallet medelsvår ångest. Poängen på BAI var för gruppbehandlingen i stort sett oförändrad över tid. Däremot hade poängen sjunkit för individualbehandling vid första mätningen vecka 3 vilket även kontrollgruppens poäng hade gjort. Alla tre grupperna hade samma poäng på BAI vid vecka 6 och för de båda terapigrupperna förändrades inte poängen vid mätningen efter avslutad behandling (Figur 5). För individualbehandling hade dock BAI

poängen förändrats från intervallet svår ångest till medelsvår efter avslutad behandling.



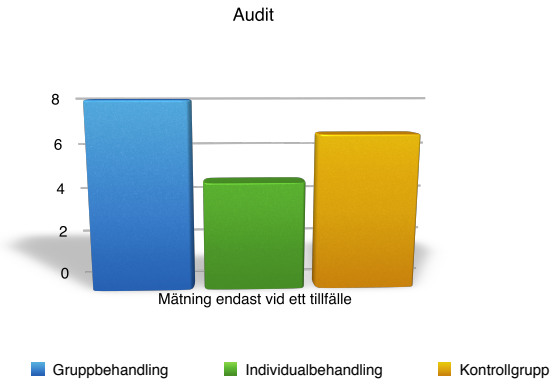
Figur 4. Deltagarnas medelpoäng för BDI över tid



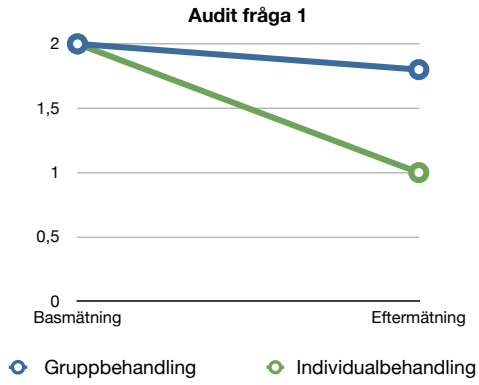
Figur 5. Deltagarnas medelpoäng för BAI över tid.

AUDIT

Poängen på AUDIT mättes före behandling. Poängen för gruppbehandling och kontrollgrupp gav indikation på en riskfylld alkoholkonsumtion (Figur 6). Efter avslutad behandling ställdes fråga nr 1 på AUDIT till de båda behandlingsgrupperna som handlar om hur mycket alkohol man dricker. Medelpoängen sjönk för båda grupperna och mest för individualbehandling (Figur 7).



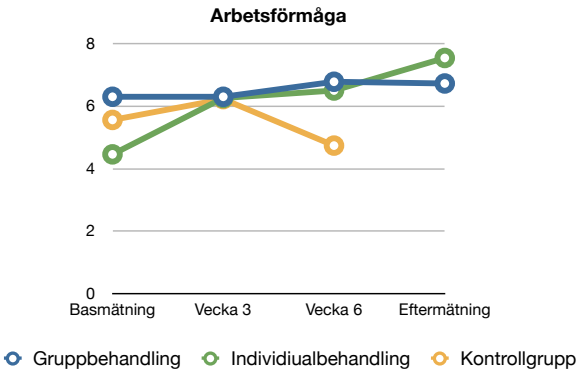
Figur 6. Deltagarnas medelpoäng för totalpoängängen på Audit.



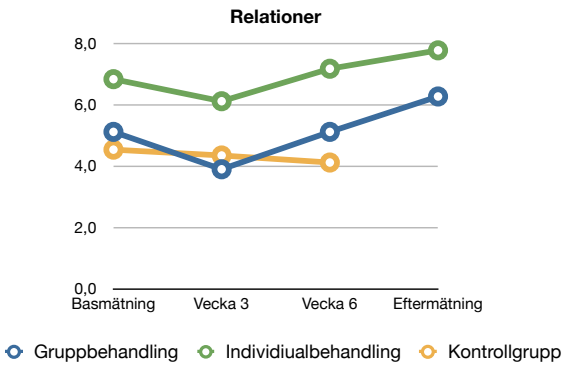
Figur 7. Deltagarnas medelpoäng på frågan om hur ofta de dricker alkohol.

Arbetsförmåga och relationer

Arbetsförmågan var i stort sett oförändrad för gruppbehandlingen men ökade för individualbehandlingen som också hade ett sämre utgångsvärde (Figur 8). I kontrollgruppen minskade arbetsförmågan mellan vecka 0 och vecka 6. Hur nöjd man var med sina relationer förändrades också till det bättre i de båda behandlingsgrupperna men var i stort sett oförändrad i kontrollgruppen (Figur 9).



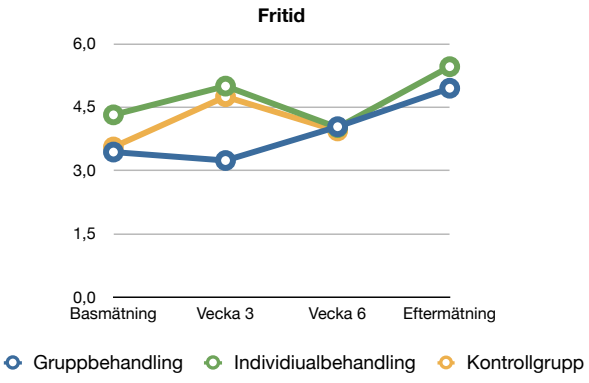
Figur 8. Deltagarnas medelpoäng över skattad upplevd arbetsförmåga över tid.



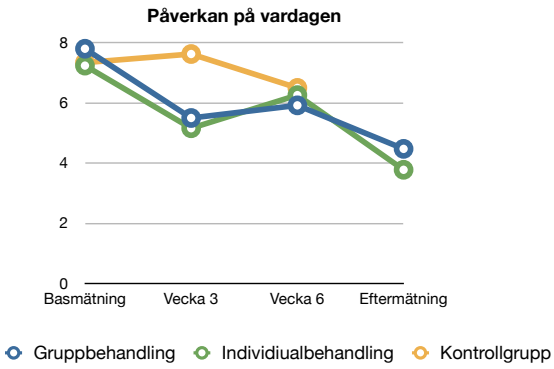
Figur 9. Deltagarnas medelpoäng över skattad tillfredsställelse med sina relationer.

Fritid och vardag

Vad gäller hur tillfreds man var med sin fritid så ökade denna i de båda behandlingsgrupperna men var oförändrad i kontrollgruppen vid mätningen vecka 6 (Figur 10). Ett tydligt resultat finns vad gäller förbättrad upplevd vardag hos gruppbehandling. För gruppbehandling påvisades en signifikant förändring (p= 0,007, tabell 2) efter avslutad behandling. För individualbehandling påvisades en signifikant förändring (p=0,02, tabell 2) vid mittenmätning vecka 3 och en stark trend för förändring (p=0,07, tabell 2) efter avslutad behandling. I kontrollgruppen var problemen oförändrade vid vecka 3 men hade minskat något vid mätningen vecka 6 (Figur 11).



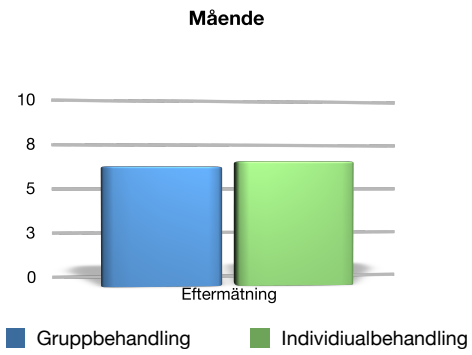
Figur 10. Deltagarnas medelpoäng över skattad tillfredställelse med sin fritid över tid.



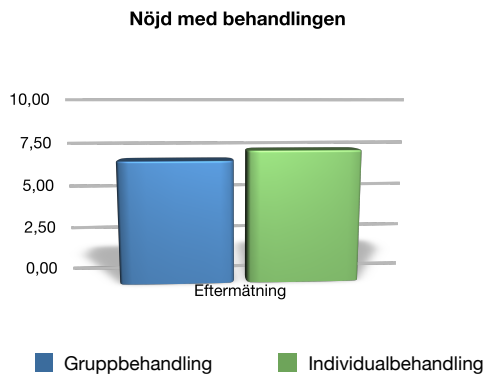
Figur 11. Deltagarnas medelpoäng över problemens upplevda inverkan på vardagen över tid.

Mående efter avslutad behandling och nöjdhet med behandlingen

På frågan om de mådde bättre efter avslutad behandling uppnådde båda behandlingsgrupperna samma poäng, dvs en lika stor upplevd förbättring (Figur 12). Efter avslutad behandling tillfrågades de båda behandlingsgrupperna om hur nöjda de var med behandlingen, skala 0-10, där båda grupperna var lika nöjda med behandlingen (Figur 13).



Figur 12. Deltagarnas medelpoäng över skattad upplevd förbättring efter avslutad behandling.



Figur 13. Deltagarnas medelpoäng för skattad nöjdhet med behandlingen efter avslut.

På frågan om hur måendet förbättrats svarade behandlingsgrupperna på följande sätt: ” lugnare, mer harmonisk, man faller tillbaka i gamla mönster ibland men nu känner jag igen signaler och kan tänka mer kring mina beteenden och tankar”, ” jag kan hantera min eventuella ångest och har fått en annan syn på saker och ting”, ” bättre på att åka spårvagn”, ” inga panikattacker, mindre grubbel och oro”, “insikter om hur jag fungerar och viss träning på att ändra det”, “lugnare i jobbiga situationer, hanterar mina känslor bättre, utsätter mig för saker även om jag tycker det känns jobbigt och hellre vill undvika”.

Positiv förändring efter behandling

Deltagarna i de båda behandlingsgrupperna fick frågan om de gjort någon positiv förändring vilket alla i gruppbehandling och alla utom en person i individualbehandling svarade ja på. Alla deltagarna i gruppbehandling och individualbehandling hade gjort något oväntat sedan de påbörjat behandlingen. Exempel på positiva förändringar som de gjort var: ” försöka sova mer, träna om stressad”, ”min dygnsrytm är mycket bättre sover inte till 12-13 längre och är inte uppe till 03 om nätterna”, “ rör mig mer och har återgått till sociala sammanhang som jag tidigare var rädd för”, ” promenerar mycket”, ”förbättrat insomningsprocessen”, “ nyttigare mat”, ” pluggar oftare och bättre, tränar oftare”. På frågan vad de gjort som var oväntat svarade de: ” gått på café oplanerat, gått på bio”, “flyttat till Norge”, “ börjat träffa en ny vän”, ”pratat med min chef om ändrade arbetsuppgifter med mindre personlig press”, ”tackat ja till vissa arbeten jag annars skulle tackat nej till direkt då de är ångestframkallande”, “dykt i havet, snorklat, flugit”.

Behandlingens påverkan på huvudsakliga problem

Efter avslutad behandling fick de båda behandlingsgrupperna svara på hur behandlingen påverkat deras huvudsakliga problem. En del av svaren handlade om ökad kunskap: ” kunskap om samband mellan känslor, tankar och beteenden”, “vet hur jag tänker fel och varför”, ” har lättare för att hantera min ångest och har mer kunskap vilket gör att jag inte blir lika rädd”. Andra handlade om ett förändrat förhållningssätt till sig själv och andra: ”det handlar om att inte värdera vad andra människor tycker om mig, eller rättare sagt vad jag tror att andra människor tycker om mig för det hämmar mig och gör att jag ibland inte vågar göra saker”, “möjlighet att observera mig själv utan att döma”, “metoder för fortsatta livet”, ” jag är harmonisk, glad”.

Diskussion

Depression och ångestsyndrom tillhör våra folksjukdomar idag och står för en stor del av den växande psykiska ohälsan i befolkningen. För enskilda individer innebär detta ett stort lidande samtidigt som den beräknade kostnaden för samhället är stor. Det finns således många skäl till varför det är viktigt att ta fram nya och bättre behandlingsmetoder för dessa tillstånd. Socialstyrelsen har i sina nationella riktlinjer från 2010 rangordnat psykologisk behandling med KBT högt vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010). De senaste decennierna har stora framsteg gjorts vad gäller utvecklingen av olika diagnosspecifika terapibehandlingar för dessa sjukdomar där flera visat goda forskningsresultat (Barlow, 1989; Clark & Wells, 1995; Foa, 2005; Wells, 1995). På senare år har också transdiagnostiska behandlingsmetoder påvisat god effekt i flera studier (Reinholt & Krogh, 2014, Norton, 2013). Att använda transdiagnostisk behandlingsmetod ligger väl i linje med den stora samsjukligheten som ses vid depression och ångestsyndromen. Norton och Barrera har i en studie jämfört gruppbehandling med transdiagnostisk KBT-behandling mot diagnosspecifik KBT-behandling och kunde där påvisa vissa fördelar med transdiagnostisk behandling för patienter med panik ångest, social fobi och GAD (Norton & Barrera 2012). UP är en av behandlingsmanualerna för transdiagnostisk behandling och har visat god effekt vid individualbehandling jämfört med kontrollgrupp på väntelista (Farchione, 2013). Huruvida den också kan användas vid gruppbehandling återstår att se. En liten studie som publicerades i oktober 2014 med 11 patienter visade god effekt för gruppbehandling med UP med avseende på minskade ångest och depressionssymptom, ökad funktionsnivå och livskvalitet men fler studier behövs (Bullis, in press).

Vår studie syftade till att undersöka effekten avseende på förbättrad psykisk hälsa efter behandling med en omarbetad UP manual. Vår hypotes var att gruppbehandling är lika bra eller bättre jämfört med individualterapi med denna modell. Resultaten visade att det fanns ett tydligt resultat vad gäller förbättrad upplevd vardag efter avslutad behandling med gruppbehandling jämfört med individualbehandling och kontrollgrupp (p=0,007). För individualbehandling påvisades också ett resultat med förbättrad upplevd vardag vid mittenmätningen vecka 3 (p=0,02) och en stark trend för förbättring efter avslutad behandling (p=0,07). Att behandlingen påverkade vardagen kan anses viktigt, då man i tidigare studier funnit att ökad livskvalitet korrelerar till ökad funktionsnivå oberoende av det diagnosticerade psykiska tillståndets svårighetsgrad (Keyes, 2005, 2007). Det finns studier som visat att individualbehandling med UP har positiv effekt på livskvalitet (Gallagher, 2103) och det var därför intressant att se att även gruppbehandling med UP kan ha god effekt. Effekten av

förbättrad vardag kunde också ses i patienternas svar på enkäten efter avslutad behandling som exempelvis “ rör mig mer och har återgått till sociala sammanhang som jag tidigare var rädd för”, ”tackat ja till vissa arbeten jag annars skulle tackat nej till direkt då de är ångestframkallande”, ”pratat med min chef om ändrade arbetsuppgifter med mindre personlig press”, ”min dygnsrytm är mycket bättre sover inte till 12-13 längre och är inte uppe till 03 om nätterna”.

Vi såg också att medelvärdet för BDI poängen sjönk för gruppbehandling från intervallet medelsvår till intervallet lindrig depression efter avslutad behandling och för individualbehandling från intervallet lindrig till intervallet ingen/minimal depression. Ingen signifikans kunde dock fås fram vad gäller medelvärde för grupperna men en stark trend för förbättring inom individualbehandlingen påvisades (p=0,07). Vad gäller medelvärdet för BAI sjönk poängen från intervallet svår ångest till intervallet medelsvår i individualbehandling efter 3 veckors behandling. Gruppbehandling och kontrollgrupp låg vid start inom intervallet medelsvår ångest och alla tre grupperna låg inom detta intervall vid mätningen vecka 6. UP manualen kan därför tros ha bra effekt vid svår ångest, vilket gruppen för individualbehandling hade. Vad gäller gruppbehandling så hade de en högre alkoholkonsumtion jämfört med individualbehandling och kontrollgrupp. Att ångesten inte sjönk vid gruppbehandling kan möjligen relateras till att behandling mot ångest fungerar sämre om man fortsätter att dricka stora mängder alkohol. Att vi inte fick fram någon signifikans vad gäller ångestreduceringen i individualbehandlingen kan vara kopplad till den stora standardavvikelsen i gruppen.

Vad vi mer såg var att deltagarnas upplevelse av måendet hade förbättrats efter behandlingen och förbättringen var lika stor i de båda grupperna. Båda behandlingsgrupperna var lika nöjda med behandlingen med ett medelvärde på 7,5 poäng på en 10-gradig skala. Ett exempel på att måendet förbättrats för de båda behandlingsgrupperna var de omfattande problem och symptom som deltagarna beskrev innan behandlingsstart, ”panikattack, ångest, nervositet, oro”, ”orkeslös”, inget är roligt”, ” jag är ingenting”, ”prestationsångest”. Efter behandling beskrev deltagarna hur behandlingen hade påverkat problemen: ” har lättare för att hantera min ångest och har mer kunskap vilket gör att jag inte blir lika rädd”, “möjlighet att observera mig själv utan att döma”,” inga panikattacker, mindre grubbel och oro”, “lugnare i jobbiga situationer, hanterar mina känslor bättre, utsätter mig för saker även om jag tycker det känns jobbigt och hellre vill undvika”. Om man jämför grupp- och individualbehandling mot ingen behandling alls kan man spekulera kring om de som inte fått behandling skulle stå kvar på samma nivå som de gjorde vid mätningen vecka 6 även över tid. Vi tror att de som fått

behandling står bättre rustade vid en eventuell försämring av den psykiska hälsan. En studie där man tittade på långtidsuppföljning 12 månader efter individualbehandling med UP visade kvarstående effekt av behandling vad gäller depression- och ångestsymptom samt daglig funktionsnivå vilket stöder våra tankar (Bullis 2014, in press).

Begränsningar

En av begränsningarna med studien är att vi inte har några eftermätningar för kontrollgruppen vilket gör att vi egentligen varken kan bekräfta eller förkasta vår hypotes om att både grupp- och individualterapi förbättrar den psykiska hälsan jämfört med ingen psykologisk behandling alls. Det skulle naturligtvis varit en klar fördel för studiens resultat att ha med en sådan mätning men vi tog hänsyn till den etiska aspekten, att låta patienter få vänta på behandling under en längre tid innebär ett stort individuellt lidande. Andra forskningsgrupper har dock låtit kontrollgrupper stå i väntan på behandling upp till 16 veckor (Farcione, 2013). Med tanke på att vår behandlingsmanual bara innefattar 10 sessioner, dvs. 10 veckors behandling, kan man tänka sig att pröva samma upplägg.

En ytterligare begränsning är att inga uppgifter finns på kontrollgruppen vad gäller civilstånd, utbildningsnivå eller sysselsättning vilket är en brist i vår studiedesign. De stod dock på samma väntelista för terapibehandling på vårdcentral som de övriga deltagarna i gruppbehandlingen och borde därför rimligen matcha behandlingsgrupperna förhållandevis väl.

Vad gäller designen kring urvalet av deltagare var vår tanke att samtliga deltagare skulle randomiseras från samma vårdcentral. I samband med att urvalsprocessen startade förändrades dock förutsättningarna genom att en av behandlarna slutade på den utvalda vårdcentralen varvid deltagarna fick väljas ut från fler vårdcentraler. Randomiseringsprocessen blev därför inte optimal.

En annan begränsning är att det var så få deltagare i grupperna. Man kan med tanke på detta samt att randomiseringsprocessen inte var optimal, vara kritisk till att vi valde att använda ett parametriskt test i stället för ett icke-parametriskt vid signifikansanalysen. Detta gäller också vårt val av signifikansanalys utifrån att vi använde VAS-skalor i studien där man kan ifrågasätta om skalstegen är lika stora eller ej, dvs. om de är ekvidistanta, och om man därigenom kan räkna på mätvärdena som om de var en kvantitativ variabel. Vi ville dock pröva metoden inför en större studie och man får förstås betrakta vår studie som en pilotstudie.

Deltagarna bestod av både kvinnor och män men med en övervägande del kvinnor och

det finns en skillnad på medelvärdet för patienternas ålder mellan grupperna. Detta kan möjligen påverka studiens externa validitet, genom minskad generaliserbarhet för studiens behandlingseffekt till olika grupper av människor med en liknande problematik.

Studien saknar långtidsuppföljning eftersom detta inte rymdes inom tidsramen för examensarbetet. Det skulle dock varit önskvärt eftersom det är viktigt att undersöka effekten av behandling såväl på kort som på lång sikt.

Styrkor

Bland de styrkor som den här studien har är att den mäter brett vad gäller olika utfallsmått. Förutom de primära utfallsmåtten ångest och depression, mättes till exempel påverkan av den psykiska ohälsan vad gäller arbetsförmåga, relationer, fritid och vardag. En förändring av dessa mått kan vara lika viktig som en minskning av ångest och/eller depressionsnivåer. Trots att deltagarantalet i de tre grupperna var litet lyckades vi få fram ett signifikant värde vad gäller förbättrad vardag efter gruppbehandling och även en stark trend till förbättrad vardag efter individualbehandling. Detta resultat får anses vara bra och utgör ett stöd för att studiens upplägg skulle kunna användas för en större studie.

Frågeformulären som användes med både olika skattningar och enkätfrågor mättes vid fyra tillfällen under studiens gång och bedöms vara en styrka då de bidrog med att ge en nyanserad bild av deltagarnas symptom och symptomens utveckling mellan baslinje och avslutad behandling. Det faktum att behandlingen var manualbaserad ökar sannolikheten för att interventionerna presenterades på ett korrekt och likartat sätt för deltagarna. Vi har också testat manualen och fått bekräftat att den fungerar både i grupp- och individualbehandling. Följsamheten var mycket god och de medföljande arbetsbladen med skriftlig information om behandlingens interventioner uppskattades av deltagarna och minskade risken för glömska mellan behandlingssessionerna.

Slutligen ska studiens omfattande screeningprocess där deltagarna diagnostiserades både utifrån MINI-intervju, BDI, BAI och AUDIT nämnas som en av studiens styrkor då detta bidrar till att höja studiens interna validitet.

Slutsats

Våra resultat visar på en stark trend för att vår omarbetade UP manual fungerar bra vid gruppbehandling. Det faktum att deltagarna i gruppbehandlingen hade fler och ”tyngre” diagnoser (t.ex. recidiverande depression, PTSD), drack mer alkohol och kom från mer socioekonomiskt belastade bostadsområden stödjer effekten av gruppbehandling. Fördelarna

med gruppbehandling jämfört med individualbehandling kan anses vara många. För de många mindre behandlingsenheterna i landet, både inom primärvården och specialistpsykiatrin, är det en stor fördel att kunna behandla många olika psykiska tillstånd med samma behandling då man inte har möjlighet att ge diagnos-specifik behandling till alla patienter. I sig leder det också till att fler patienter än i dag kan få evidensbaserad behandling. För behandlarna finns också fördelar då det är tidsbesparande med gruppbehandling vilket minskar köerna till behandling som ju utgör ett stort problem idag. Vår omarbetade UP manual var dessutom bara 10 sessioner, dvs 10 veckor lång, vilket också är en fördel då man lätt kan ha flera grupper igång och hinna få in ett flertal omgångar under ett år. Visserligen tog förberedelserna inför gruppbehandlingen längre tid än för individualbehandling men vi tror att den kommer att minska alltefter hand. Till fördelarna med gruppbehandling kan man också lägga en kostnadseffektivitet vilket är viktigt, både ur ett samhällsperspektiv och för den enskilda vårdenheten, när den psykiska ohälsan ökar. Ytterligare fördelar med gruppbehandling kan nämnas att det finns fler tillfällen till social inlärning och utbyte av erfarenheter och upplevelser än vad det gör i individualbehandling (de Ornelas Maia et al, 2013).

De förändringar utifrån studiedesign vid en ny och större studie som vi kan se skulle behöva tas i beaktning förutom eftermätningar för kontrollgrupp och fler deltagare är bland annat att rekrytera patienter från fler vårdcentraler. Om möjligheten finns att använda samma behandlare för både grupp- och individualbehandling vore detta att föredra. Att ta hjälp av en statistiker redan tidigt i processen ses som nödvändigt för att få hjälp med både studiedesign, såsom randomiseringen, och val av signifikansanalyser. Det finns enkäter som används i forskningssyfte, exempelvis SF 36 och SF 12, som är reliabilitets- och validitetstestade för svenska förhållanden som skulle kunna vara bättre att använda än egna utformade enkäter. Man bör också fundera på om manualen kan optimeras. Eventuellt skulle manualen kunna utökas till 12 sessioner för att omfatta mer motivationsarbete samt mer tid för exponeringsövningar.

Sammanfattningsvis ger denna studie hopp inför framtiden att en transdiagnostisk KBT-behandling i grupp kan minska både graden av ångest och depressiva symtom och förbättra livskvalitén för de som lider av dessa tillstånd. Genom gruppbehandling kan fler människor få tillgång till evidensbaserad behandling vilket på sikt kan minska förekomsten av dessa sjukdomar i befolkningen.

Referenser

Allen L. B., White K. S., Barlow D. H., Shear K. M., Gorman J. M. & Woods S. W. (2010). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 185-192.

Barlow D.H., Craske M. G., Cerny J.A. & Klosko, J.S. (1989). Behavioural treatment of panic disorder. *Behaviour Therapy*, 20, 261-282.

Barlow D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, 2, 58-71.

Barlow D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1263.

Barlow D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2:a utg.). New York: Guilford Press.

Barlow D. H. (2011). *Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.* Oxford Press.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988). "An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 893–897.

Beck A.T., Steer R.A., Ball R., Ranieri W. (1996). "Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients". *Journal of Personality Assessment* 67 (3): 588–97.

Beck A.T., Steer R.A. and Brown G.K. (1996) "Manual for the Beck Depression Inventory-II". San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bergman, H., Källmén, H., Rydberg, U. & Sandahl, C. (1994). Audit. The alcohol Use Disorder Identification Test. Manual, svensk översättning, Karolinska institutet.

Bieling P. J., McCabe R. E. & Antony M. M. (2008). *Kognitiv beteendeterapi i grupp*. Stockholm: Liber.

Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313-328.

Brown T. A. & Barlow D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.

Brown T. A., Antony M. M. & Barlow D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.

Bullis J, Fortune M, Farchione T, Barlow D. (2014). A preliminary investigation of the long-

term outcome of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Comprehensive Psychiatry*, in press.

Bullis J, Sauer-Zavala S, Bentley K, Thompson-hollands J, Carl J, Barlow D. (2014). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, in press.

Campbell-Sills L. & Barlow D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. I: J. J. Gross (red., s. 542-560), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.

Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneider (Eds). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York; Guilford Press.

Craske M. G., Lang A. J., Mystkowski J. L., Zucker B. G., Bystritsky A. & Yan-Go F. (2002). Does nocturnal panic represent a more severe form of panic disorder? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (9), 611-618.

Craske M. G. & Mystkowski J. L. (2006). Exposure therapy and extinction: clinical studies. I: M. G. Craske, D. Hermans & D. Vansteenwegen (red.), *Fear and learning. basic science to clinical application* (s. 217-233). Washington: APA Books.

de Ornelas Maia, A. C., Azevedo Braga, A., Aparecida Nunes, C., Egidio Nardi, A. & Cardoso Silva, A. (2013). Transdiagnostic treatment using a Unified Protocol: Application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35:2, 134-140.

Etkin A. & Wagner T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1476-1488.

Farchione TJ, Fairmolme CF, Ellard KK, Boisseau CL, Barlow DH. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther*, 43, 666-678.

Foa E. B., Liebowitz M. R., Kozak M.J., Davies S., Campeas R., Franklin M. E., Huppert J. D., Kjernisted K., Rowan V., Schmidt A. B., Simpson H. B. & Tu X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.

Frank-Stromborg, M. Olsen, SJ. (1997). *Instruments for clinical health-care research* (2nd ed.). London: Jones & Bartlett Pub.

Gallagher M, Sauer-Zavala S, Boswell J, Carl J, Bullis J, Farchione T. (2013). The impact of the Unified Protocol for emotional disorders on quality of life. *Int J Cogn Ther*, 6(1): doi: 10.1521/ijct.2013.6.1.57.

Gross J. J. (red.) (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.

Gross J. J. & Thompson R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. I: J. J Gross (red.), *Handbook of emotion regulation* (324). New York: Guilford Press.

Holmqvist R. (2008). Behandlingsrelationens betydelse för utfallet. I: B. Philips & R Holmqvist (red.), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (s. 211-228). Stockholm: Liber.

Jensen, MP. Karoly, P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In Turk, D. Melzack, R.(ed.). (1992). *Handbook of pain assessment*. New York: The Guildford Press.

Keyes CLM. (2005). Mental health and/or mental illness? Investigation axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73:539-548.

Keyes CML. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62:95-108.

Kring A. M. & Sloan D. M. (red.) (2010). *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment.* New York: Guilford Press.

Krueger R. F., Watson D. & Barlow D. H. (2005). Introduction to the special section: toward a dimensionally-based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 491-493.

Marciniak M., Lage M.J., Landbloom R.P., Dunayevich E. & Bowman L. (2004). Medical and productivity costs of anxiety disorders: Case control study. *Depress Anxiety, 19 (2), 112-20.*

Monfils M. H., Cowansage K. K., Klann E. & LeDoux J. E. (2009). Extinction-reconaolidation boundaries: key to persistent attenuation of fear memories. *Science*, 324, 951-955.

Norton, P., Barrera, T, Mathew, A., Chamberlain, L., Szafranski, D., Reddy, R. & Smith, A. (2013). Effects of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*, 30, 168-173.

Norton P, Barrera T. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific cbt for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress Anxiety*, 29 (10), 874-882.

Reinholt N, Krogh J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cogn Behav Ther, 43(3):171-184.*

Richards J. M. & Gross J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive sosts of keeping one´s cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410-424.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar.*

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara LI, Keskiner A,

Schinka J,Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.

Shin L. M. & Liberzon I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 35, 169-191.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattningar.*

Suárez L., Bennett S., Goldstein C. & Barlow D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a ”triple vulnerabilities” framework. I: M. M. Antony & M. B. Stein (red.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (s. 153-172). New York: Oxford University Press.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of Generalised Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.

Yalom I. D. (1995). *Theory and practise of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Basmätning

Hur bedömer du din arbetsförmåga idag?

_____

Ingen Fullgod

Hur tillfreds är du med dina nära relationer? (partner, syskon, föräldrar, barn, vänner)

_____

Inte alls Mycket

Hur tillfreds är du med din fritid?

_____

Inte alls Mycket

Beskriv kortfattat dina huvudsakliga problem:

Hur mycket inverkar dessa problem på din vardag?

_____

Inte alls Fullständigt

Mittenmätning

Hur bedömer du din arbetsförmåga idag?

_____

Ingen alls Fullgod

Hur tillfreds är du med dina nära relationer? (partner, syskon, föräldrar, barn, vänner)

_____

Inte alls Mycket

Hur tillfreds är du med din fritid?

_____

Inte alls Mycket

Beskriv kortfattat dina huvudsakliga problem just nu.

Hur mycket inverkar dina nuvarande problem på din vardag?

_____

Inte alls Fullständigt

Eftermätning

Hur bedömer du din arbetsförmåga idag?

_____

Ingen alls Fullgod

Hur tillfreds är du med dina nära relationer? (partner, syskon, föräldrar, barn, vänner)

_____

Inte alls Mycket

Hur tillfreds är du med din fritid?

_____

Inte alls Mycket

På vilket sätt har behandlingen påverkat dina huvudsakliga besvär? Beskriv kortfattat:

Hur mycket inverkar dina kvarstående problem på din vardag?

_____

Inte alls Fullständigt

Hur nöjd är du med behandlingen?

_____

Inte alls Fullständig

ENKÄT

1. Födelseår_____ Man Kvinna

2. Hur ofta dricker du alkohol?

Aldrig 1 ggn/må 2-4 ggr/mån 2-3 ggr/v 4 ggr/v el mer

3. Hur nöjd är du med behandlingen?

_____

Missnöjd Mycket nöjd

4. Mår du bättre?

_____

Inte alls Mycket

I så fall på vilket sätt?

5. Tänk efter noga. Har du den senaste tiden i din vardag gjort någon positiv förändring, exempelvis börjat promenera, äta bättre, förbättrat dina sömnvanor? JA NEJ

Om ja, i så fall på vilket sätt?

6. Tänk efter noga. Har du gjort något oväntat den senaste tiden, exempelvis möblerat om, bokat en resa, gått på en dejt ?

_____

Inte alls Mycket

I så fall vad?