



LUNDS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

Psykoterapeutprogrammet

**Emotionsreglering och ångestnivåer vid bipolär sjukdom -
fallstudier i samband med en gruppbehandling med
Unified Protocol**

Jenny Evertsson & Ulrika Gardelin

Psykoterapeutexamensuppsats, 2015.

Handledare: Lars Gunnar Lundh

Examinator: Per Johnsson

Abstract

The present study had several aims: 1) assessing anxiety levels and emotion regulation strategies in two groups of individuals diagnosed with bipolar disorder when receiving treatment with Unified Protocol (UP) in a group format, 2) investigating whether participants reached clinically significant levels of improvement regarding emotion regulation and anxiety post treatment, 3) investigating participants' expectations prior to treatment, to what degree the treatment was found helpful and what elements that was found helpful.

A case series design was used. Anxiety and emotion regulation problems were measured with the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Clinical significance and reliable change were measured with the Reliable Change Index (RCI) and assessments of anxiety and emotion regulation were evaluated in comparison with cut-off-values for non-clinical and clinical populations. Participants' expectations and evaluations of treatment were measured with questionnaires specifically constructed for the present study. The result shows that most of the participants showed positive changes under the treatment. Whether UP delivered in a group format is a viable treatment option for the larger population of individuals with bipolar disorder can not be answered by the present study but must be investigated in larger randomised controlled studies.

Keywords: bipolar disorder, anxiety disorders, transdiagnostic, CBT, emotion regulation

Sammanfattning

Syftet med den aktuella studien var flerfaldigt: 1) undersöka ångestnivåer och emotionsregleringsstrategier i två grupper av individer med bipolär sjukdom ($n = 13$) i samband med gruppbehandling med Unified Protocol, 2) undersöka om deltagarna skattade en klinisk signifikant minskning av svårigheter avseende emotionsreglering samt ångestnivå efter behandlingen, 3) undersöka deltagarnas förväntningar inför behandlingen samt upplevd grad av användbarhet i behandlingen som helhet samt om vissa element uppfattades som mer hjälpsamma.

I den aktuella studien användes en case series-design. Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) och Emotion Regulation Scale (DERS) användes för skattning av ångestnivåer samt emotionsregleringsproblem. Klinisk signifikans och reliabel förändring mättes med Reliable Change Index (RCI) och hur skattningarna låg i relation till uppsatta cut-off-värden för icke-klinisk respektive klinisk population utvärderades. Resultatet visade att flertalet av deltagarna uppvisade förändringar i positiv riktning under behandlingen. Huruvida UP i gruppformat kan vara en lämplig intervention för den allmänna populationen personer med bipolär sjukdom behöver undersökas i större randomiserade studier.

Nyckelord: bipolär sjukdom, ångestsyndrom, transdiagnostisk, KBT, emotionsreglering

Introduktion

Unified protocol (UP) är en manualbaserad intervention framtagen av David Barlow och hans forskargrupp vid Center for Anxiety and Related Disorders (CARD) i Boston (Barlow et al., 2013). Metoden kan beskrivas som en transdiagnostisk behandlingsform för klienter med olika symptomatologi där den latent etiologin kan återföras till en övergripande sårbarhet, vilken ofta präglas av en oförmåga att hantera känslor. Metoden har sin utgångspunkt i klassisk KBT och förbinder grundprinciperna inom ett flertal befintliga evidensbaserade behandlingsmanualer. Centralt i behandlingen är fokus på emotionsreglering, vilket utifrån manualen definieras som ”de strategier vi människor använder för att påverka uppkomsten och upplevelsen av, intensiteten i och uttrycket för en rad olika känslor” (Barlow et al., 2013).

Behandlingen är således integrativ och emotionsfokuserad till sin karaktär, vilket gör att den kan ses som mycket användbar i en klinisk kontext där komorbiditet är vanligt förekommande och där olika diagnosers symptomatologi tenderar att präglas mer av dess likheter än dess skillnader. Behandling med UP riktar sig främst emot emotionella störningar av olika slag som till exempel ångest- eller förstärkningsstörningar, social fobi och generaliserat ångestsyndrom, panikångest med eller utan agorafobi, posttraumatiskt stressyndrom och tvångssyndrom.

En bärande tanke i UP är antagandet om att individer med emotionella störningar tenderar att praktisera maladaptiva strategier för känsloreglering. Fokus är ofta att försöka undkomma obehagliga känslor, vilket ibland kan leda till minskat obehag på kort sikt, men som långsiktigt snarare leder till att symptomen förvärras och vidmakthålls. Målet i UP är att lära ut mer långsiktigt funktionella emotionsregleringsfärdigheter, vilka syftar till att öka förmågan att hantera obehagliga och starka känslor. Interventionen består av åtta behandlingsmoduler, varav fem ses som mer elementära och återger kärnfärdigheter, vilka anses vara särskilt centrala aspekter av funktionell emotionsreglering. De fem grundläggande behandlingsmodulerna är: (1) att öka känslomässig medveten närvaro i nuet, (2) att öka kognitiv flexibilitet, (3) att minska känslomässigt undvikande och känslostyrt beteende, (4) att öka medvetenhet om och tolerans för fysiska förnimmelser och (5) att genomföra interoceptiv

och situationsbaserad känslomässig exponering. Gällande övriga delar föregås de fem centrala modulerna av en modul vilken rör motivation och engagemang i enlighet med de tankar som föreligger inom MI samt en modul vilken innefattar psykoedukation om känslor och känsloupplevelser. Efter kärnmodulerna följer en modul som syftar till att utvärdera framsteg och förhindra återfall. Modulerna bygger på varandra i gängse ordning, men fokus och vilket antal sessioner som ägnas åt ett visst område kan anpassas efter individuella behov när metoden används i individualbehandling (Barlow et al., 2013).

UP-manualen är indelad i en terapeutmanual och en arbetsbok för patienten. Behandlingen utvärderas fortlöpande genom att patienten inför varje session fyller i två skattningsskalor som mäter grad av ångest och depression, Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; Norman, Cissel, Means-Christensen & Stein, 2006) samt Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS, Bentley et al., 2014). Resultaten förs sedan in i ett framstegsformulär.

Metoden är relativt ny men har utvärderats med såväl fallstudier som med randomiserade kontrollerade studier. Den har prövats i populationer med blandad problematik och i populationer med specifik problematik så som borderline personlighetsstörning och bipolär sjukdom. Det finns också några enstaka studier där man utvärderat UP levererat i gruppformat (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard, & Barlow, 2010; Bullis et al., 2015; De Ornelas, Nardi, & Cardoso, 2015; Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow, 2010; Ellard, Deckersbach, Sylvia, Nierenberg, & Barlow, 2012; Farchione et al., 2012; Lopez et al., 2014).

KBT vid bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är en kronisk sjukdom som karaktäriseras av återkommande episoder av mani, hypomani och depression. Diagnosmanualerna DSM-IV (APA, 2003) och ICD 10 (Socialstyrelsen, 1997) delar in bipolär sjukdom i två typer, bipolär sjukdom typ I och bipolär sjukdom typ II. Att lida av bipolär sjukdom kan ge många konsekvenser för såväl den drabbade och som dess anhöriga. Sjukdomen kan påverka fungerandet inom flera olika

livsområden och ökar risken för olika somatiska tillstånd. I de akuta sjukdomsfaserna är man ofta kognitivt nedsatt men det förekommer även att vissa patienter får en bestående kognitiv nedsättning. Det är också vanligt med samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd. I en amerikansk nationell studie (Merikangas et al., 2007) konstaterades att mer än 70 % av personer med bipolär sjukdom även lider av någon typ av ångestproblematik. Förekomsten av komorbiditet med ångestsyndrom vid bipolär sjukdom anses vara förknippad med en sämre prognos och Ellard och hennes medarbetare samt Provencher med flera (Ellard, Deckersbach, Nierenberg, & Barlow, 2012; Provencher, Hawke, & Thienot, 2011) beskriver att förekomsten av ångestsyndrom kan leda till flera försvårande omständigheter som tidigare debut av bipolär sjukdom och ett mer kronisk förlopp, minskad mottaglighet för behandling, lägre funktionsnivå och ökad suicidalitet.

Flera forskare har även intresserat sig för huruvida det finns en specifik emotionsregleringsprofil i populationen med bipolär sjukdom och hur detta eventuellt kan utgöra sårbarhet för debut i sjukdomen och för återfall. Gruber har gjort flera studier i ämnet och har bland annat skapat ett specifikt begrepp, positive emotion persistence (PEP), som beskriver hur det finns en ökad tendens att reagera med positiva känslor vid bipolär sjukdom och hur detta kan leda till negativa konsekvenser och eventuellt öka risken för återfall (Gruber, 2011). Hon och hennes medarbetare har även undersökt om det i denna population finns specifika svårigheter med kognitiv omvärdering (Gruber, Hay, & Gross, 2013) och en hypotes de lagt fram är att personer med bipolär sjukdom kan utföra effektiv kognitiv omvärdering när de uppmanas att göra det, men att problemet snarare är en nedsatt funktion i att på egen hand identifiera behovet av och kunna initiera denna specifika emotionsregleringsstrategi. De framlägger även möjligheten att det kan finnas brister i förmåga till känslomässig medvetenhet. En annan hypotes i forskningen är att de svårigheter som finns vid bipolär sjukdom delvis skulle kunna vara en följd av problem med att korrekt tolka inre tillstånd och att utifrån detta följer användandet av maladaptiva strategier för hantering av känslomässiga reaktioner (Mansell, Morrison, Reid, Lowens, & Tai, 2007). Andra forskare har undersökt huruvida det kan förhålla sig så att fler domäner inom emotionsreglering utöver förmågan till kognitiv omvärdering kan leda till svårigheter med känslohantering vid bipolär sjukdom (Becerra et al.,

2013; Van Rheenen, Murray, & Rossell, 2015). Såväl Becerra med flera (2013) som Van Rheenen med flera (2015) har använt Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz & Roemer, 2003) för att utvärdera eventuella sådana svårigheter bland personer med bipolär sjukdom. DERS är ett självskattningsformulär som har utvecklats för att kunna utvärdera svårigheter inom emotionsreglering och som delar in emotionsregleringen i underskalorna "Svårigheter att acceptera känslor" (Icke-acceptans), "Svårigheter att handla målmedvetet" (Mål), "Svårigheter att kontrollera impulser" (Impuls), "Bristande emotionell medvetenhet" (Medvetenhet), "Bristande tillgång till strategier för emotionsreglering" (Strategier), samt "Bristande emotionell klarhet" (Klarhet). Becerra och hans medarbetare undersökte om gruppen bipolär sjukdom vid remission har mindre emotionsregleringssvårigheter än personer med depression eller ångesttillstånd. Resultatet visade att den bipolära gruppen i jämförelse med övriga kliniska grupper hade mindre svårigheter gällande medvetenhet kring känslor, målinriktat beteende, impulsivitet och strategier för att hantera känslor. Resultaten inom icke-accepterande av känslor och emotionell förståelse och klarhet visade på mindre svårigheter än övriga kliniska grupper men var fortfarande nedsatt i jämförelse med en icke-klinisk grupp. Van Rheenens studie (Van Rheenen et al., 2015) använde också DERS för att undersöka emotionsreglering i gruppen bipolär sjukdom och om nedsatt funktion inom specifika områden kunde predicera sårbarhet för mani och depressivitet.

I sin rapport om behandling av depressionssjukdomar 2004 beskriver SBU läget i Sverige som att få personer arbetar med specifika psykosociala interventioner vid bipolär sjukdom. Vidare sa man att de dåvarande existerande psykosociala interventionerna vid bipolär sjukdom hade ett bristande stöd i kontrollerade studier. Slutsatsen var att såväl farmakologiska som psykosociala interventioner vid bipolär sjukdom var ett område som krävde vidare forskning. På SBU:s hemsida finns även en sammanfattning av en brittisk rapport från 2007 (Soares et al., 2007) om interventioner för återfallsprevention för personer med bipolär sjukdom. I rapporten menar man att det finns ett bristande underlag men att KBT i kombination med farmakologisk behandling är effektivt som återfallsprevention. Man pekar samtidigt ut att det finns metodologiska brister i den hittills existerande forskningen om psykosociala interventioner vid bipolär sjukdom. Man efterlyser större och mer metodologiskt

stringenta forskningsstudier.

Gällande KBT vid bipolär sjukdom kan man säga att det finns två huvudsakliga områden där det finns viss forskning, men där det sammantaget finns luckor i vår kunskap om effektiva KBT-interventioner. Dels finns det vissa KBT-modeller och vissa studier gjorda gällande KBT-behandling som inriktar sig på den bipolära grundproblematiken med psykoedukation kring sjukdomen och återfallsprevention (González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto, 2014; Lam, Burbeck, Wright, & Pilling, 2009; Lam, Jones, & Hayward, 2010; Ramirez Basco, & Rush, 2005) och dels finns det forskning kring behandling av komorbiditet med ångest vid bipolär sjukdom (Ellard et al., 2012; Jones et al., 2013; Provencher et al., 2011).

Bland de modeller som inriktar sig på psykoedukation och återfallsprevention finns det gemensamma drag (González Isasi et al., 2014; Lam et al., 2009; Lam et al., 2010; Ramirez Basco, & Rush, 2005). De riktar sig främst till personer med bipolär sjukdom som inte befinner sig i en akut fas av sjukdomen och som nämnts är det övergripande syftet med behandlingen återfallsprevention, det vill säga att minska risken för återfall och förlänga perioderna mellan återfall. Vanliga moment är psykoedukation kring bipolär sjukdom, att öka följsamhet gällande medicinering, informera om vikten av självomhändertagande, lära sig att känna igen tidiga tecken på depression, mani eller hypomani, att förvärva nya strategier för att hantera kognitiva och beteendemässiga symptom. Inslag kring relationer och interpersonellt fungerande kan också förekomma.

Gällande forskning kring behandling av komorbiditet med ångest vid bipolär sjukdom har Provencher med flera (2011) gjort en litteraturstudie för att undersöka kunskapsläget på området. Man påvisar att det finns en stor brist på randomiserade kontrollerade studier och efterlyser mer forskning. De studier de har identifierat är dels studier som studerat komorbiditet med specifika ångestsyndrom som exempelvis panikångestssyndrom, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom och dels studier som inriktat sig mer på de generella ångestsymptom som kan förekomma vid bipolär sjukdom. De studier som finns tyder på att komorbiditet med ångestsyndrom eller generella ångestsymptom vid bipolär sjukdom kan behandlas effektivt med KBT, mindfulnessbaserad

kognitiv terapi eller avslappningsträning. Författarna beskriver tre möjliga sätt att behandla komorbiditet på:

1. att integrera ångesthantering i behandling som riktar sig mot hantering av symptomen på bipolär sjukdom,
2. att behandla specifika ångesttillstånd separat,
3. att inom ramen för behandling riktad mot den bipolära problematiken ha ett antal moduler kring ångestproblematik där antalet moduler som används anpassas efter den specifika individens behov.

Jones och hans medarbetare (2013) har i en artikel redogjort för en pågående process kring att ta fram ett behandlingsprogram där ångesthantering integreras med behandling riktad mot den bipolära grundproblematiken. Som nämns i Provenchers artikel (Provencher et al., 2011) finns det några studier som utforskat behandling vid komorbiditet med specifika ångesttillstånd men ett nyare forskningsområde är att tillämpa UP vid bipolär sjukdom och komorbiditet med ångest. 2012 publicerades en fallstudie kring användandet av individuell behandling med UP i tre fall av bipolär sjukdom med samsjuklighet med ångest (Ellard et al., 2012). Författarna till artikeln beskriver flera skäl till att UP skulle kunna vara en lämplig intervention för personer med bipolär sjukdom och ångestproblematik. De betonar bristen på studier som undersöker behandling för ångest vid bipolär sjukdom samt att de studier som finns ofta fokuserat på att behandla specifika ångesttillstånd. Författarna menar att man istället behöver hitta lämpliga behandlingsalternativ för de mer ospecifika och generella ångestsymptom som ofta förekommer som residualsymptom vid bipolär sjukdom och som kan öka risken för återfall i depression, hypomani eller mani. Grundat i teorin bakom UP och lovande resultat från tidigare studier på UP (Barlow et al., 2013; Ellard et al., 2010) anger författarna tre skäl till varför UP skulle kunna vara en lämplig behandling vid bipolär sjukdom med samtidig ångestproblematik: 1) UP är transdiagnostiskt och riktar sig mot gemensamma processer vid emotionsregleringsproblematik vid känslomässiga störningar, 2) personer med bipolär sjukdom har ofta emotionsregleringssvårigheter, 3) förekomsten av ångestproblematik mellan episoder i bipolär sjukdom och överlag samsjuklighet med ångest vid bipolär sjukdom leder till ökad risk för återfall och sämre prognos gällande grundtillståndet. Att hitta lämpliga

behandlingsalternativ vid bipolär sjukdom och ångestproblematik. Det deltagarna själva rapporterat som värdefullt med interventionen var att ha kunnat utveckla ett mer objektivt förhållningssätt till sina upplevelser, att ha utvecklat utökade strategier för att kunna påverka sina egna kroppsliga, kognitiva och beteendemässiga reaktioner samt att utvecklandet av strategin känslomässig medveten närvaro i nuet sågs som ett extra värdefullt bidrag till effektiv emotionsreglering.

Syfte

Syftet med den aktuella studien är att undersöka om UP i gruppformat skulle kunna vara en lämplig intervention vid bipolär sjukdom. Utifrån bristen på studier kring behandling av komorbiditet med ångest vid bipolär sjukdom är syftet med studien även att undersöka om UP i gruppformat skulle kunna leda till minskad ångestnivå hos personer med bipolär sjukdom. I och med att UP syftar till att ge förbättrade emotionsregleringsstrategier samt att forskning tyder på att personer med bipolär sjukdom har en specifik emotionsregleringsprofil är syftet även att undersöka om UP i gruppformat kan leda till minskade svårigheter med emotionsreglering hos personer med bipolär sjukdom.

Frågeställningar

Följande frågeställningar formulerades:

- Hur ter sig den självskattade emotionsregleringen före, efter och under en gruppintervention med UP?
- Hur ter sig den självskattade ångestnivån före, efter och under en intervention med UP?
- Uppnår deltagarna efter avslutad behandling en reliabel förbättring avseende ångestnivå?
- Uppnår deltagarna efter avslutad behandling en reliabel förbättring avseende emotionsreglering?
- Vilka förväntningar har deltagarna inför gruppbehandlingen?
- Hur skattar deltagare sitt mående inför och efter avslutad gruppbehandling?
- I vilken grad uppfattar deltagarna att gruppbehandlingen givit ökad kunskap om hur de kan hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt, att de kan använda denna kunskap i vardagen samt vilka delar i behandlingen har de uppfattat som mest användbara?

Hypoteser

Deltagarna i studien förväntas skatta minskad grad av emotionsregleringssvårigheter efter behandling. De förväntas även skatta minskad grad av ångest efter behandling.

Metod

Deltagare

Två grupper av deltagare ingick i studien som genomfördes på en specialistmottagning för bipolär sjukdom. Samtliga deltagare tackade ja till studien genom att ge sitt informerade skriftliga samtycke. Totalt rörde det sig om tretton deltagare, åtta deltagare i den första pilotstudien (Grupp P) och fem deltagare i experimentgruppen (Grupp E).

Gällande deltagarna i grupp P samlades inga demografiska data in och de enda data som är kända är att samtliga deltagare har bipolär sjukdom, vilket utgör ett grundkriterium för att erhålla vård på ovanstående specialistmottagning. Det gjordes ingen bortfallsanalys kring urvalet av grupp P, vare sig gällande dem som tackade nej till behandlingen eller gällande dem

där behandlingen inte bedömdes som lämplig.

I grupp E fyllde samtliga i enkäter angående demografiska data samt uppgifter om mående och förväntningar inför behandlingen samt gav sitt skriftliga tillstånd till att deras behandlare delgav uppgifter om deras diagnos. Gruppen bestod av tre kvinnor och två män. Åldern fördelade sig mellan 25 och 65 år. Samtliga angav studier på motsvarande gymnasial nivå och tre av fem angav även studier på högskolenivå. Samtliga deltagare hade samtidig och farmakologisk behandling. Två av deltagarna angav medicinjusteringar inom ramen för interventionen med UP. Ingen vårdades i slutenvård under tiden för behandlingen eller under året som föregick behandlingen. Fyra av fem angav att de haft en till tre andra psykoterapeutiska behandlingar det senaste året och två av fem att de hade annan samtidig parallell behandling i form av stödsamtal under tiden för behandlingen. Samtliga hade diagnosen bipolär sjukdom och senast noterade diagnos enligt ICD-10 var för samtliga deltagare F31.3 (bipolär sjukdom, lindrig eller medelsvår depressiv episod). Två deltagare hade därtill diagnosticerad ångestproblematik, enligt ICD-10 F41.9 (ångesttillstånd, ospecificerat).

Flera personer tackade nej till att delta i behandlingen och studien men hur många personer det var är okänt. Gällande de som tackat nej har flera orsaker angetts, exempelvis att praktiska omständigheter avseende tiderna för behandlingen inte fungerade, att man av olika anledningar skulle behöva göra avbrott i behandlingen eller att man inte önskade behandling i grupp.

Inte heller gällande grupp E har någon bortfallsanalys gjorts gällande de som tackat nej eller gällande personer där behandlingen inte bedömts som lämplig.

Instrument

Två skattningsformulär användes som utfallsmått.

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; Norman, Cissel, Means-Christensen & Stein, 2006). Veckovisa skattningar med OASIS ingår som en del i UP och instrumentet syftar till att mäta graden av allmän ångest och rädsla (Barlow, 2013).

Formuläret innehåller fem frågor med fem svarsalternativ på respektive fråga. Alternativen fördelar sig enligt följande; 0="Inte alls", 1="Liten", 2="Måttlig", 3="Stor" och 4="Extrem". Respondenten uppmanas att ringa in det alternativ som bäst beskriver hur man känt sig den senaste veckan. Minimipoäng är 0 och maxpoäng är 20.

Instrumentet är utvärderat i flera populationer och har visat sig ha goda psykometriska egenskaper. I en psykometrisk uppföljning av Campell-Sills et al. (2009) gjord i ett stort urval ($n = 1036$) bestående av primärvårdspatienter med ångestproblematik identifierades ett cut-off värde på 8 som visade sig korrekt kunna identifiera 87 % av personer med ångestproblematik. Medelvärdet för populationen var 10.77 och standardavvikelsen var 4.02. I en holländsk studie (Hermans, Korrelbom & Visser, 2015) utvärderades OASIS i en population av psykiatriska öppenvårdspatienter ($n = 155$). Även här visade sig instrumentet ha goda psykometriska egenskaper. Cronbachs α var 0.91 och test-retestreliabilitet var 0.73 ($p < 0.01$). En sänkning av totalsumman på OASIS med fyra (4) poäng ansågs kunna vara ett mått på kliniskt signifikant förbättring.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004). DERS finns översatt till svenska i två versioner, dels inom ramen för en psykologexamensuppsats (Friberg, 2006) samt en senare version inom ramen för Nationella självskadeprojektet, vilken är godkänd av Gratz. För grupp P användes den tidigare svenska versionen av DERS (Friberg, 2006) och i grupp E användes den senaste versionen av instrumentet (bilaga 1). Anledningen till att det användes två olika versioner var att författarna inte hade tillgång till den senare versionen av instrumentet när grupp P genomförde behandlingen.

DERS är ett självskattningsformulär som används för att mäta svårigheter med emotionsreglering. Instrumentet har 36 items som fördelar sig över sex subskalor. Respondenten tar ställning till påståenden genom skattning på en femgradig skala, där 1= "Nästan aldrig", 2= "Ibland", 3= "Ca hälften av tiden", 4= "Ofta" och 5= "Nästan alltid". Minimipoäng är 26 och maxpoäng är 180. Subskalorna utgörs av "Svårigheter att acceptera känslor" (Icke-acceptans), "Svårigheter att handla målmedvetet" (Mål), "Svårigheter att

kontrollera impulser” (Impuls), “Bristande emotionell medvetenhet” (Medvetenhet), “Bristande tillgång till strategier för emotionsreglering” (Strategier), samt “Bristande emotionell klarhet” (Klarhet). Enligt Gratz och Roemer (2004) har DERS goda psykometriska egenskaper. Formuläret utvärderades i en icke-klinisk grupp bestående av universitetsstudenter. Cronbachs α var 0.93 och test-retestreliabilitet var 0.88 ($p < 0.01$). För kvinnor ($n = 260$) var medelvärdet på helskala 77.99 och standardavvikelsen 20.72. För män ($n = 97$) var medelvärdet på helskala 80.66 och standardavvikelsen 18.79. 2013 användes DERS för att undersöka emotionsregleringsprofilen i en population av patienter med bipolär sjukdom ($n = 48$). I gruppen bipolära patienter var medelvärdet på helskala 93.42 och standardavvikelsen 22.59.

Enkäter. Förutom ovanstående utfallsmått användes två enkäter (bilaga 2 och bilaga 3). Den första enkäten (bilaga 2) konstruerades för administration inför deltagande i studien. Syftet med enkäten var att samla in demografiska data om deltagarna samt att kunna besvara frågeställningarna kring förväntningar inför behandling samt hur deltagarna skattade sitt mående inför behandling. Enkäten innehåller tretton (13) frågor indelat i två sektioner där sektion ett innehåller frågor om kön, ålder, utbildningsnivå, sysselsättning, eventuell medicinering och vilken typ av medicinering, om de erhållit någon form av samtalsbehandling det senaste året, om de varit inläggande i slutenvård det senaste året samt om de kommer att genomgå någon annan form av behandling för sitt psykiska mående samtidigt med deltagande i gruppbehandling med UP. Sektion två innehåller två skattningsfrågor där det psykiska måendet skattas på en femgradig skala där 1 = dåligt och 5 = bra och där förväntningar inför behandling med UP skattas på en femgradig skala där 1 = låga och 5 = höga.

Den andra enkäten (bilaga 3) konstruerades för att användas vid eftermätning i syfte att undersöka frågeställningarna kring mående efter behandling samt i vilken grad deltagarna uppfattat att gruppbehandlingen givit ökad kunskap om hur de kan hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt, huruvida de kan använda denna kunskap i vardagen samt vilka delar i behandlingen de uppfattat som mest användbara. Enkäten består av tio (10) frågor indelat i tre sektioner. Sektion ett innehåller två frågor om i vilken grad deltagarna uppfattat att

gruppbehandlingen givit ökad kunskap om hur de kan hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt och huruvida de kan använda denna kunskap i vardagen. Frågorna skattas på en femgradig skala som löper från "Inte alls" till "I mycket hög grad". Därefter följer fråga tre där deltagarna på en femgradig skala där 1 = inte alls och 5 = mycket, får skatta hur mycket innehållet i de individuella sessionerna bidragit till förmågan att hantera känslor i vardagen. Sektion två innehåller en fråga där deltagarna på en femgradig skala, där 1 = inte alls och 5 = mycket, eller genom att välja alternativet "Inte aktuellt" skattar i vilken grad olika livshändelser som familjeproblem, egen fysisk ohälsa, medicinförändringar, problem i arbete/studier eller annat eventuellt har påverkat deras mående under tiden de deltagit i behandlingen. Sektion tre består av uppföljningsfrågor där deltagarna på en femgradig skala där 1 = dåligt och 5 = bra får skatta sitt aktuella psykiska mående samt upplevelsen av behandlingen med UP. Övriga uppföljningsfrågor gäller huruvida deltagaren fortfarande medicinerar, om man varit ineliggande i slutenvård i samband med behandlingen, om man erhållit någon annan behandling för sitt psykiska mående samtidigt med deltagande i gruppbehandlingen och vilken typ av behandling det i så fall rört sig om.

Design

Undersökningen har en fallstudiedesign och utfördes i två grupper av deltagare, totalt 13 personer. En förstudie gjordes med en pilotgrupp (grupp P) vars resultat utvärderades med en för- och eftermätning med OASIS och DERS i samband med behandlingen. Därefter gjordes en mer utförlig undersökning av interventionen i experimentgruppen (grupp E). Här användes en A-B single case experimental design series med två förmätningar, veckovisa mätningar i samband med behandling samt två eftermätningar efter avslutad behandling. De uppföljande eftermätningarna med OASIS och DERS skedde vid två tillfällen fyra respektive fem veckor efter avslutad behandling. Deltagarna gjorde veckovisa skattningar för att möjliggöra analys av behandlingsförloppet. Data från både grupp P och grupp E utgjorde sedan underlag för beräkning av medelvärden och standardavvikelser för de mätinstrument som användes som baslinjemätning och som utfallsmått.

Case series, eller fallstudier, kan omfatta beskrivning av såväl ett enstaka fall som flera (Kazdin, 2003). En fallstudie har ofta ansetts vara liktydigt med en kvalitativ metod med en behandlares detaljerade beskrivning av ett behandlingsförlopp. Syftet med fallstudier har då snarare varit att generera hypoteser än att undersöka orsakssamband. Idag finns det fallstudiemetodik som både kan ha till uppgift att generera hypoteser och samtidigt ha ett hypotesprövande syfte även om intern och extern validitet kan vara utsatta för större hot än vid användandet av en randomiserad kontrollerad design (Kazdin, 2003). I den aktuella studien gjordes valet att använda fallstudiemetodik av flera skäl. Fallstudiemetodik används ofta när metoden är oprövad eller prövas i en ny population som i den aktuella studien. Metoden är även lämplig att använda i kliniska sammanhang där man ofta inte har möjlighet att skapa de strukturer som krävs för att genomföra stora kontrollerade randomiserade studier. I den här typen av fallstudiemetodik med en kvantitativ bearbetningsmetod ersätts kontrollgruppen av upprepade mättillfällen så att själva fallet utgör sin egen kontrollgrupp.

Procedur

Patienterna till behandlingen och till studien rekryterades från en specialistmottagning för bipolär sjukdom. Inklusionskriterierna var utöver att vara diagnostiserad med bipolär sjukdom att ha möjlighet och intresse för att delta i en behandling för känslomässiga svårigheter, att ha möjlighet och vara villig att delta i grupp-sessionerna samt att i samband med gruppbehandling ha möjlighet och vara villig att arbeta aktivt med hemuppgifter mellan grupp-sessionerna. Exklusionskriterierna för deltagande i behandlingen och studien var överhängande suicidrisk, allvarliga psykotiska tillstånd, allvarligt missbruk eller beroende, pågående mani/hypomani samt personlighetsproblematik eller kognitiva funktionsnedsättningar som gjorde att personen inte kunde tillgodogöra sig gruppbehandling. Som nämnts tidigare gjordes ingen bortfallsanalys.

I grupp P genomfördes en skattning med OASIS och DERS vid behandlingens inledning samt vid avslut. Inför nästa gruppstart (grupp E) önskade behandlarna göra en fördjupad bedömning och individuell kartläggning och målsättningen var två individuella

bedömningssamtal inför gruppstart. I samband med första bedömningssamtalet fick deltagarna fylla i en enkät (bilaga 2) i syfte att samla in demografiska data som ålder, kön, utbildningsnivå, sysselsättning, eventuell farmakologisk behandling, eventuell inläggning senaste året, uppgifter om andra behandlingar samt självskattat aktuellt mående och förväntningar inför behandlingen. Samtliga deltagare som tackat ja till behandlingen gav också sitt informerade samtycke till att delta i studien. Under behandlingen lämnade deltagarna veckovis in skattningar med DERS och OASIS i samband med behandlingstillfällena. Om någon deltagare inte hade möjlighet att delta vid något tillfälle skickades skattningsformulären hem till dem och de fick portofria svarskuvert för att returnera dem till mottagningen. Efter avslutad behandling genomfördes eftermätningar vid två tillfällen. OASIS och DERS skickades till samtliga deltagare med en veckas mellanrum och vid första eftermätningstillfället skickades även en uppföljande enkät ut (bilaga 3). Denna omfattade frågor om mående, upplevelser av behandlingen i sin helhet samt om de olika modulernas användbarhet i vardagen. Det fanns också möjlighet att lämna kommentarer om behandlingen. Deltagarna fick portofria svarskuvert och uppmanades att skicka in sina svar inom en vecka. Ett påminnelsebrev per mätning gick ut en vecka efter första utskick. Enligt det skriftliga samtycket hade deltagarna godkänt att författarna kunde kontakta dem efter behandlingen vid ytterligare frågor. I ett fall hade en deltagare inte inkommit med någon eftermätning och försök gjordes då att kontakta deltagaren via telefon. Den berörda deltagaren gick dock inte att etablera kontakt med. Utifrån att studien ingår i en utbildning och behövde sammanställas inom ramen för denna sattes en deadline för när eftermätningar skulle ha inkommit för att användas i studien. Eftermätningar som inkom efter detta datum har inte använts i studien.

Behandling

I grupp P omfattade behandlingen tolv gruppssessioner baserade på UP-manualen (Barlow et al., 2013). I grupp E utökades behandlingen till tretton gruppssessioner. Detta skedde utifrån att behandlarna efter den första behandlingsomgången (grupp P) gjort bedömningen att modulen kring känslomässig medveten närvaro i nuet krävde mer än en session för att ge en effektiv rational till deltagarna och för att deltagarna skulle kunna tillgodogöra sig och använda

sig av strategierna. I grupp E gjordes även en mer fördjupad individuell bedömning inför gruppstart där man gick igenom material från första gruppsessionen individuellt och en hemuppgift kring att beskriva en problemsituation delades ut.

Behandlingsinnehållet har inte modifierats utifrån patientgruppen. Vid misstanke om att en deltagare fått ökade symptom gällande sin grundsjukdom har deltagaren uppmanats att använda sig av den åtgärdsplan gällande tidiga tecken som ska finnas upprättad för patienterna på mottagningen. Varje deltagare hade möjlighet att utifrån eget behov ta kontakt med gruppbehandlarna vid behov av ytterligare stöd.

Behandlare/gruppledare

Samtliga behandlare var anställda vid mottagningen där behandlingen utfördes. Författarna till den aktuella studien har inte utfört behandlingen. I grupp P genomfördes behandlingen av två legitimerade psykologer. Behandlarna hade vid behandlingens inledning varit legitimerade i två respektive tre år. I grupp E utfördes behandlingen av två legitimerade psykologer varav en var legitimerad psykoterapeut med KBT-inriktning. En av behandlarna var även behandlare i grupp P. I grupp E hade behandlarna två respektive nio års yrkeserfarenhet som psykologer. Den senare hade varit legitimerad psykoterapeut med KBT-inriktning sedan 2012. Behandlarna hade genomgått en nätbaserad utbildning i UP vilken arrangerades av American Psychological Association. De erhöll ingen specifik handledning gällande UP.

Dataanalys

Resultaten från skattningarna med OASIS och DERS samt enkäter lades in i SPSS samt Excel. Totalpoäng för samtliga skattningar med OASIS för varje deltagare beräknades. Även poäng för helskala samt samtliga subskalor i DERS beräknades för varje individ. 11 frågor var negativt konstruerade och omvändes innan summering. P.g.a. bortfall samt mot bakgrund av antalet förmätningar rörde det sig om mellan 15-17 skattningar per deltagare inom respektive instrument. Resultaten åskådliggjordes på grupp- och individnivå med hjälp av tre olika

metoder; cut-off diagram, Reliable Change Index samt plotterdiagram för respektive deltagare.

Svaren från enkäterna sammanställdes deskriptivt och presenterades väsentligen på individnivå för grupp E.

Cut-off diagram

För att en förbättring ska räknas som kliniskt signifikant måste deltagaren ha rört sig över en så kallad cut-off gräns, från en klinisk populationsfördelning till en icke-klinisk. Denna cut-off beräknades enligt $c = s_0m_1 + s_1m_0 / (s_0 + s_1)$, där s_0 och s_1 är standardavvikelseerna för frisk respektive patologisk population och m_0 och m_1 är medelvärdena för desamma (se Jacobson & Truax, 1991 i Di Schiena, M. & Edberg, E., 2012).

Då både för- och eftermätning i flera fall innehöll dubbla mätpunkter beräknades ett medelvärde och användes som för- respektive eftermätningspoäng. I de fall då en mätning saknades beräknades medelvärdet endast på ett värde. För en deltagare saknades eftermätningar helt och istället användes den sista mätningen (S13) som eftermätningspoäng.

Värden för standardavvikelse och medelvärde för icke klinisk respektive bipolär population hämtades från tidigare forskning i andra studier (Becerra et al, 2013; Hermans et al., 2015). Dessa finns återredovisade i tabell 1 och användes för att beräkna cut-off värden (gränsen mellan klinisk och icke-klinisk population).

Tabell 1. Cut-off-värden baserade på data hämtade från andra studier. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) från amerikansk studie [Becerra et al. (2013)] och Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) från holländsk studie [Hermans et al. (2015)]

	<u>Icke klinisk grupp</u>		<u>Klinisk grupp</u>		<u>Cut-off</u>
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
DERS Totalsumma	63,68	11,69	93,42	22,59	73,82
OASIS Totalsumma	7,16	3,05	8,46	3,96	7,73

Reliable Change Index

För att identifiera reliabel förändring beräknades Reliable Change Index (RCI) för samtliga individer i grupp P och E i enligt Jacobson och Truax modell (Jacobson & Truax, 1991). RCI avser att mäta den förändring som skett för en enskild individ under behandlingen och beräknas genom

$$RCI = (x_2 - x_1) / \sqrt{2 (s_1 \sqrt{1 - c_\alpha})^2}$$

där x_1 och x_2 är för- respektive eftermätningspoäng, s_1 är standardavvikelsen för pre-test och c är Cronbachs alfa.

Då ingångsmedelvärdena och standardavvikelserna från grupperna i föreliggande studie skiljde sig en del åt från motsvarande medelvärden från bipolära patienter i referensstudierna gällande DERS, så att förstnämnda hade sämre ingångsvärden än övriga grupper ($M=112$ och $SD=20,77$, jämfört med $M=93$ och $SD=22,59$ i Becerra et. al., 2013), beräknades även standardavvikelsen från pre-test av föreliggande studie, där samtliga individer i grupp P och E ingick. Att beräkna den egna standardavvikelsen gjorde det möjligt att få värden också för de olika subskalorna i DERS. Det var dessa standardavvikelser som gav underlag för RCI-beräkningarna så som de redovisas i analysen.

Som framgår av tabell 2 var Cronbachs alfa 0.93 för DERS helskala, men något lägre för subskalorna respektive 0.91 för OASIS.

Tabell 2: Cronbach Alfa för Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), helskala och subskalor [Gratz & Roemer, 2004] samt Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) [Hermans et al., 2015].

	DERS	DERS	DERS	DERS	DERS	DERS	DERS	OASIS
	NonAccept	Goals	Impuls	Awareness	Strategies	Clarity	Total	Total
Cronbach Alfa	0,85	0,89	0,86	0,8	0,88	0,84	0,93	0,91

Med hjälp av RCI-värdet och rörelse över cut-offvärdet klassades sedan deltagarna in i fyra grupper enligt följande (Lambert, M.J., & Ogles, B.M., 2009);

Återställd: Deltagare som uppvisade både en rörelse över cut-off gräns i riktning mot förbättrad hälsa och en reliabel förbättring ($<-1,96$) och således kan betraktas som kliniskt signifikant förbättrade.

Förbättrad: Deltagare som uppvisade en reliabel förändring/förbättring i positiv riktning ($<-1,96$).

Oförändrad: Deltagare som inte uppvisade någon förändring.

Försämrad: Deltagare som uppvisade en reliabel förändring/försämring i negativ riktning ($>+1,96$)

Det är av vikt att notera att en förbättring i föreliggande studie innebär en förändring mot ett negativt värde (-), så att ju större negativt värde ju större förändring i positiv riktning och att en försämring innebär en förändring mot ett positivt värde (+), så att ju större positivt värde ju större förändring i negativ riktning. Detta beror på hur självskattningarna är utformade.

Etik

Samtliga deltagare gav sitt skriftliga informerade samtycke till att delta i studien. Samtycket fanns i två versioner, varav det för grupp E var mer omfattande (bilaga 4 och 5). I samtycket och i påminnelseutskick informerades man också om att deltagandet var frivilligt och att man när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande i studien. Deltagarna informerades också om att data från behandlingen skulle användas i en psykologexamensuppsats och att varje enskild deltagares identitet skulle värnas. För att säkerställa att ingen identitet kunde röjas var författarna noggranna med att endast använda den information som ansågs relevant för studiens syfte. Ingen exakt ålder, medicinering eller annan exakt information angavs heller vid beskrivning av de enskilda patienterna. Samtliga deltagare gavs ett ID-nummer i enlighet med en kodnyckel, vilken konstruerades och förvarades inlåst på mottagningens administration under tiden för insamlingen. Samtliga skalor och enkäter

kodades i enlighet med kodnyckeln. Materialet återlämnas efter studien till mottagningens administration för ställningstagande till arkivering eller dekonstruktion. Då studien skedde inom ramen för författarnas psykoterapeutexamensuppsats gjordes ingen etikansökan enligt annars gängse rutiner. Inga avvikelser från planerad behandling förekom och ingen patient exkluderades från behandlingen på grund av studien. Behandlarna hade en nära insyn i de olika deltagarnas förlopp och kunde agera vid försämringar eller vid behov av suicidbedömningar. Författarnas kontaktuppgifter fanns tillgängliga vid behov, liksom behandlarnas. Process-samtycke, det vill säga att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas, användes vid utskick av påminnelser.

Resultat

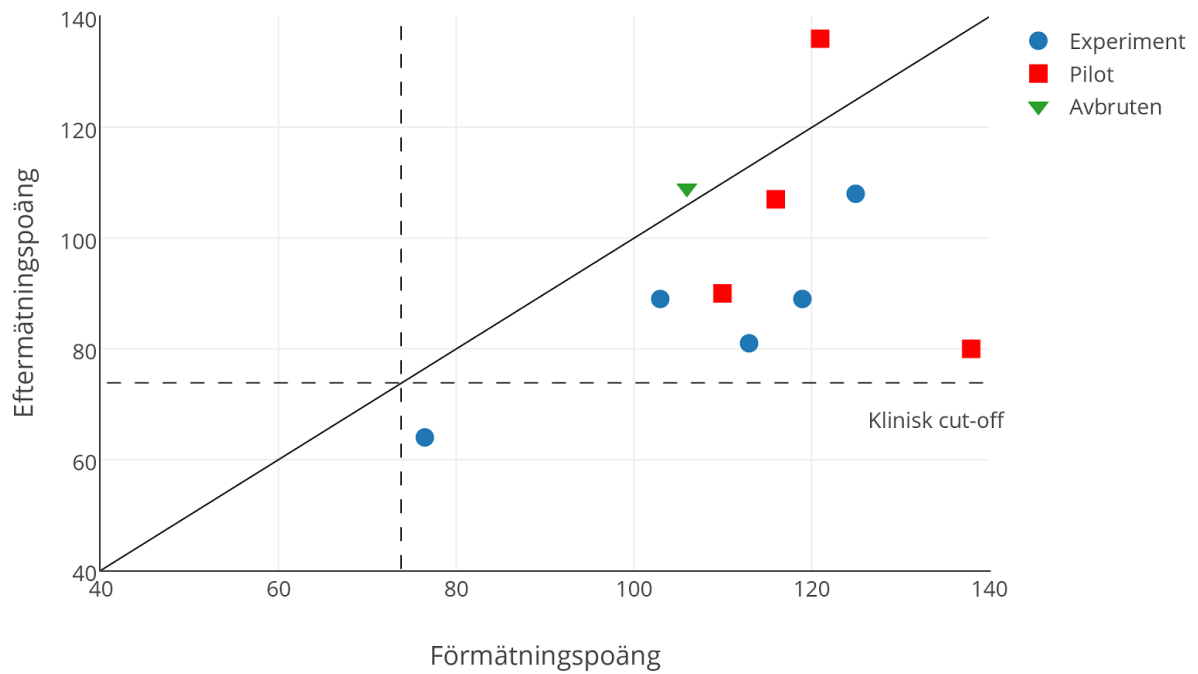
Bortfall

I grupp P var det tre deltagare som fullföljde behandlingen, men som inte lämnade in självskattningar vid sista sessionen alternativt lämnade in dem ofullständiga i en sådan omfattning att de inte gick att använda. För ytterligare två av deltagarna hade ett enstaka item i DERS inte fyllts i. I dessa fall imputerades värden så att ett medelvärde för helskalan för den aktuella deltagaren räknades ut och angavs som värde och dessa deltagares resultat användes i studien. Ytterligare en individ avbröt sitt deltagande i behandlingen, men var fortsatt med i studien och fyllde i eftermätningen. Det är oklart hur många sessioner som denna individ deltog i. I grupp E fanns bortfall avseende en deltagare som inte skattade DERS eller OASIS inför session 2 och ytterligare en deltagare som inte skattade inför session 11. En deltagare lämnade inte in någon eftermätning och ytterligare två lämnade in endast en. Ett enstaka item på två av formulären med DERS hos två olika deltagare saknades, vilket hanterades med imputerade värden på samma sätt som hos grupp P. En deltagare lämnade inte någon enkät i samband med bedömningssamtalen inför behandlingen. Denna deltagare ombads att komplettera enkäten som administrerades i samband med eftermätningen med en del av de demografiska uppgifter, som övriga skattat i samband med bedömningssamtalen. Skattningar om mående och förväntningar efterregistrerades inte. Sammantaget användes ingångsvärden för 13 deltagare samt utgångsvärden (efter bortfall) för 10 deltagare.

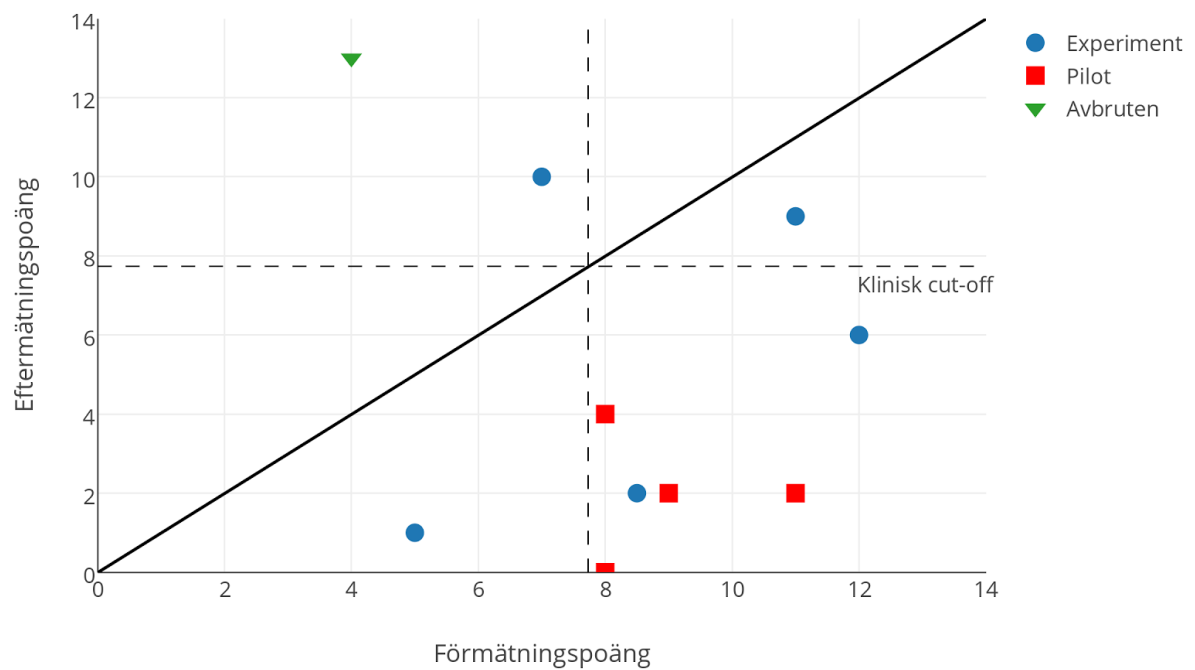
Övergripande analyser

Gruppenivå. Deltagarna i föreliggande studie skattade på gruppnivå ett ingångsmedelvärde på 112,04 (SD=20,77) för DERS och 8,58 (SD=2,56) för OASIS. I jämförelse med normdata skattade deltagarna i denna studie högre poäng på DERS, både i jämförelse med en icke-klinisk referenspopulation (M=63,68, SD=11,69) och i jämförelse med en klinisk, bipolär referenspopulation (93,42, SD=22,59) (Becerra et al., 2013)). De uppmätta värdena från OASIS ter sig mer i linje med referensdata från en klinisk population, där medelvärden på 8,46 (SD 3,96) för en klinisk grupp samt 7,16 (SD 3,05) för en icke-klinisk grupp redogjordes för i Hermans studie (Herman et al., 2015). Detta skulle innebära att ångestnivån i den aktuella studien på gruppnivå ter sig jämförbar med ångestnivån i andra kliniska populationer.

Emotionsregleringssvårigheter och ångestnivåer före och efter behandling. Som framgår av figur 1 och 2 kunde alla tio deltagarna gällande DERS klassificeras som tillhörande en klinisk population med avseende på ett beräknat cut-offvärde för en klinisk versus icke-klinisk population före interventionen med UP och sju av tio deltagare gällande OASIS. För att betraktas som återställd enligt Jacobson & Truaxs modell (1991) krävs efter behandling såväl en reliabel förbättring som en rörelse över en cut-offgräns. Som också framgår av figur 1 och 2 kan en respektive sex av deltagarna betraktas som återställda för DERS respektive OASIS.



Figur 1. Emotionsregleringsvårigheter (DERS), helskala före och efter behandling.



Figur 2: Ångestnivåer (OASIS) före och efter behandling.

Reliabel förändring. Som framgår av figur 3 visade resultaten från denna studie att UP i gruppformat verkade innebära en positiv förändring på skattningsskalorna för de flesta av deltagarna i de båda delstudierna. För OASIS gällde att de flesta av deltagarna, sju av tio, angav en reliabel förbättring ($RCI < -1,96$, där negativt värde anger en positiv förändring). Ytterligare en deltagare skattade en förändring i positiv riktning ($RCI > -1,96$, men < 0). Två deltagare skattade en reliabel förändring i negativ riktning ($RCI > +1,96$), varav en var den deltagare som avbröt behandlingen. För grupp P gällde att fyra av de fyra som fullföljde behandlingen skattade en reliabel förbättring. För grupp E angav tre av fem reliabla förbättringar, ytterligare en angav en icke-reliabel förbättring och en deltagare hade blivit reliabelt försämrad.

För DERS gällde att åtta av deltagarna förbättrades, varav fem angav en reliabel förbättring ($RCI < -1,96$). Ytterligare tre deltagare skattade en icke-reliabel förbättring ($RCI > -1,96$, men < 0). Två deltagare skattade en icke-reliabel försämring ($RCI > 0$, men $< +1,96$). För grupp P gällde att två av deltagarna skattade en reliabel förbättring, en skattade en icke-reliabel förbättring och två skattade en icke-reliabel försämring. En av de deltagare som skattade sig försämrad var den deltagare som avbröt behandlingen. För grupp E gällde att samtliga deltagare förbättrades, varav tre angav reliabla förbättringar och resterande två angav icke-reliabla förbättringar.

För subskalorna i DERS gällde att "Mål" och "Strategier" var de skalor som påverkades mest i positiv riktning. För "Mål" gällde att åtta av de nio som fullföljde behandlingen skattade förbättrade värden, varav sju var reliabla förbättringar. För "Strategier" gällde att åtta av de nio skattade förbättringar, varav fem var reliabla. Även övriga delskalor påverkades överlag i positiv riktning. Lägst grad av förbättring märktes på skalorna "Icke-acceptans" och "Medvetenhet", där resultaten varierade.

Id	DERS NonAccept	DERS Goals	DERS Impuls	DERS Awareness	DERS Strategies	DERS Clarity	DERS Sum	OASIS Sum
E 01	-1,09	-4,18	-1,73	0,00	-3,17	-2,69	-4,12	-1,84
E 02	-1,41	-1,97	-0,58	-0,57	0,35	-0,81	-1,61	-5,97
E 03	-2,50	-2,71	0,29	0,76	-5,81	-1,61	-3,86	-5,51
E 04	0,31	-2,95	-1,15	-0,38	-1,76	-1,08	-2,19	2,76
E 05	0,16	-0,25	-0,87	-0,76	-2,11	-1,61	-1,80	-3,68
P 01 Avbröt	1,25	0,49	-0,29	-0,76	0,00	0,54	0,39	8,27
P 02	-0,31	0,00	-1,15	-1,14	-0,70	0,54	-1,16	-7,35
P 03	-2,19	-3,94	-4,33	-0,76	-6,34	-4,30	-7,47	-6,43
P 04	-0,94	-1,97	-1,44	1,14	-3,52	-0,54	-2,57	-8,27
P 05	0,94	-2,95	4,04	1,91	-0,35	0,00	1,93	-3,68

Figur 3. RCI-index för varje deltagare på samtliga del- och helskalor (SD beräknat på både experiment- och pilotgrupp). Grön=reliabel förbättring, Gul=icke-reliabel förbättring, Grå=oförändrat, Rosa=icke-reliabel försämring, Röd=reliabel försämring.

Den beräknade standardavvikelsen från föreliggande studie jämfördes med standardavvikelsena från referensstudierna Becerra et.al. (2013) och Hermans et.al. (2015). Trots att standardavvikelsen för dessa studier var 9 % större för DERS och 54 % större för OASIS påverkade de, vilket framgår av figur 4, inte nämnvärt reliabiliteten och resultaten avseende RCI var väsentligen desamma.

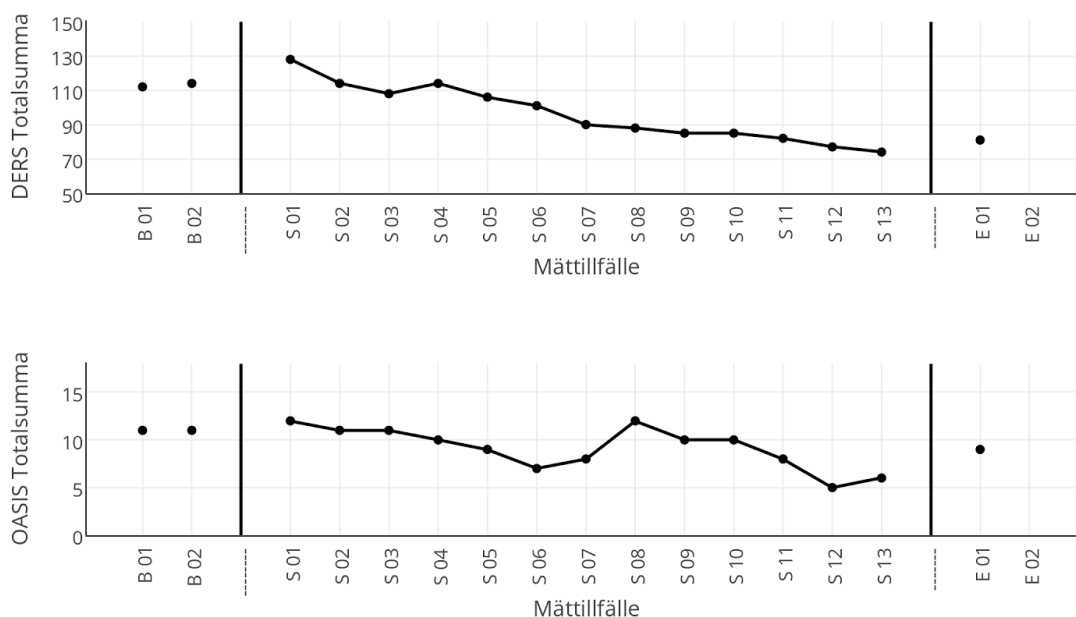
	Id	SD	RCI									
			E1	E2	E3	E4	E5	P1	P2	P3	P4	P5
DERS	Denna studie	20,77	-4,12	-1,61	-3,86	-2,19	-1,80	0,39	-1,16	-7,47	-2,57	1,93
	Becerra et.al.	22,59 (+9%)	-3,79	-1,48	-3,55	-2,01	-1,66	0,35	-1,06	-6,86	-2,37	1,77
OASIS	Denna studie	2,56	-1,84	-5,97	-5,51	2,76	-3,68	8,27	-7,35	-6,43	-8,27	-3,68
	Hermans et.al.	3,96 (+54%)	-1,19	-3,87	-3,57	1,79	-2,38	5,36	-4,76	-4,17	-5,36	-2,38

Figur 4. RCI index för samtliga deltagare på totalskalor beräknat med standardavvikelse (SD) för denna studie jämfört med referensstudierna Becerra et.al. (2013) och Hermans et.al. (2015).

Av de tre deltagare i grupp E som i enkäterna skattade mående såväl före som efter behandlingsinterventionen angav två av tre ett förbättrat mående efter behandlingen. För de tre som skattade förväntningar inför behandlingen samt fyllde i enkäten i samband med eftermätningen ter det sig som om den skattade upplevelsen efter behandlingen samvarierade med graden av förväntningar, så att om förväntningarna var höga så var också upplevelsen av behandlingen god. Samtliga som fyllde i enkäten i samband med eftermätningen skattade att de fått en ökad kunskap om känslohantering. Samtliga skattade också att metoden hade bidragit till ökad förmåga att i vardagen hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt. Session 6 och 7, vilka berör känslomässiga undvikanden och beteenden respektive tolerans för kroppsliga förnimmelser, var de sessioner som uppfattades som mest hjälpsamma.

Detaljerade analyser individ för individ

Deltagare E1, kvinna, 26-45 år. Denna deltagare skattade kliniska nivåer på DERS både före (113) och efter (81) behandling; förändringen från för- till eftermätning var dock reliabel. Även på OASIS uppvisade hon kliniska nivåer både före (11) och efter (9) behandling; här var förändringen inte reliabel.

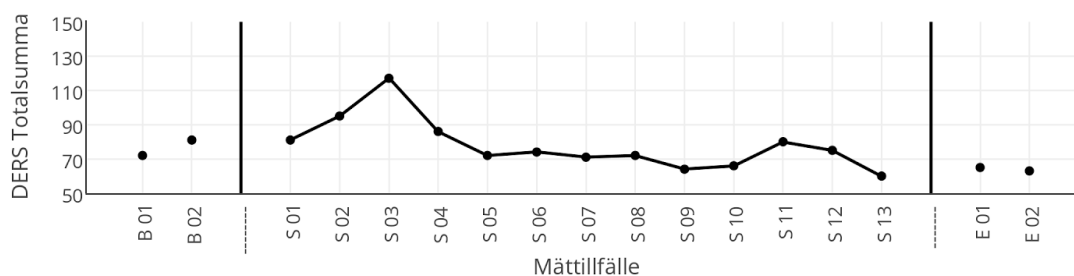


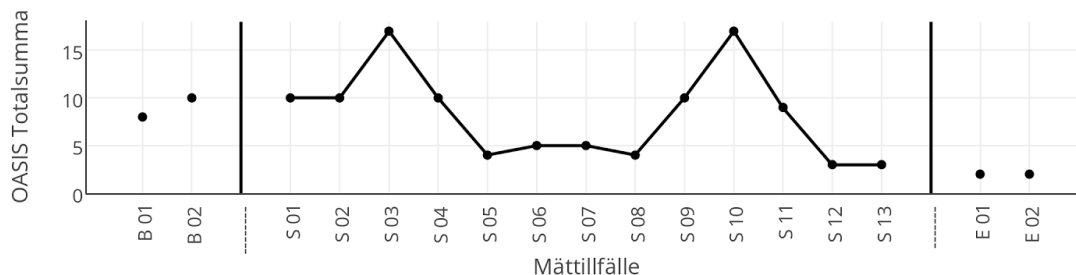
Figur 5. Emotionsregleringssvårigheter och ångestnivåer hos deltagare E1, före behandling (två mätningar), under behandling (13 veckovisa mätningar) och efter behandling (en eftermätning).

Som framgår av figur 5 lämnade deltagare E1 in veckovisa skattningar under hela behandlingsperioden samt därtill en eftermätning vid ett tillfälle. Behandlingen föregicks av två förmätningar. RCI för DERS, helskala, påvisade en positiv reliabel förbättring (-4,12), där störst skillnader i positiv riktning noterades för “Mål”, “Strategier” och “Klarhet”, vilka alla påvisade reliabla förbättringar. Även på OASIS märktes vid eftermätningen en förbättring, denna var dock inte reliabel (-1,84). I enkäten skattade deltagaren sitt mående som 3 på en

femgradig skala. Samma värde skattades såväl före som efter behandlingen. Deltagaren skattade låga förväntningar inför behandlingen, 1 på en femgradig skala, där 1=låga och 5=höga. Avseende sina upplevelser av behandlingen efteråt, skattade hon 3 av 5. Hon angav att upplägget av behandlingen i hög grad hade bidragit till ökad kunskap om känslohantering (4 av 5). Mest hjälpsamt fann deltagaren session 6 och 7, vilka berör känslomässiga undvikanden och beteenden respektive tolerans för kroppsliga förnimmelser. Hon skattade 3 av 5 på huruvida upplägget av behandlingen konkret hade hjälpt henne med att hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt. Deltagaren angav problem i arbete och studier samt medicinjustering som händelser som kan ha påverkat hur hon hade tillgodogjorde sig behandlingen under den aktuella perioden.

Deltagare E2, kvinna, 46-65 år. Denna deltagare skattade kliniska nivåer på DERS före behandling (76) och icke-kliniska nivåer efter (64) behandling; förändringen från för- till eftermätning var dock inte reliabel. Även på OASIS uppvisade hon kliniska nivåer före (8,5) behandling och icke-kliniska nivåer (2) efter behandling; förändringen från för- till eftermätning var reliabel.

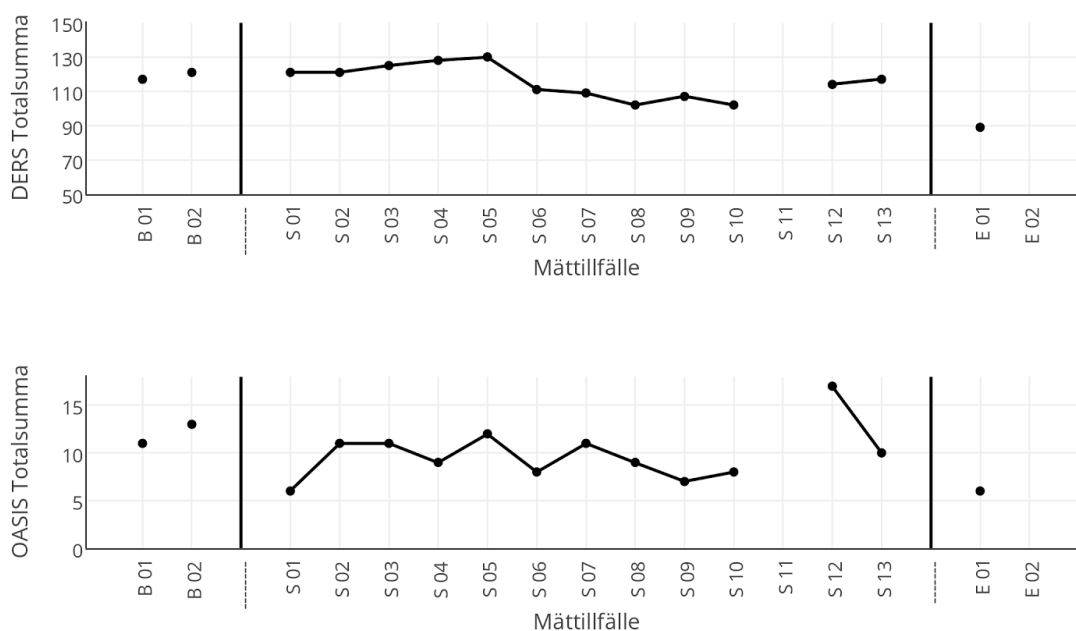




Figur 6. Emotionsregleringssvårigheter och ångestnivåer hos deltagare E2, före behandling (två mätningar), under behandling (13 veckovisa mätningar) och efter behandling (två eftermätningar).

Som framgår av figur 6 lämnade deltagare E2 in samtliga skattningar. Behandlingen föregicks av två förmätningar och följdes upp av två eftermätningar. Resultatet mätt med RCI påvisade en förbättring för DERS, helskala (-1,61), där störst skillnader i positiv riktning noterades för subskalorna "Mål", "Icke-acceptans" och "Klarhet", men där "Mål" var den enda subskala som uppvisade en reliabel förbättring. Även på OASIS märktes en reliabel förbättring (-5,97). Deltagaren skattade sitt mående på 2 av en femgradig skala i enkäten vilken föregick behandlingen och 3 i enkäten som administrerades efter behandlingen. Hon skattade höga förväntningar inför behandlingen, 5 av 5. Avseende sina upplevelser av behandlingen efteråt, skattade hon 5 av 5. Hon angav att upplägget av behandlingen i hög grad hade bidragit till ökad kunskap om känslohantering (4 av 5). Deltagaren skattade de flesta sessionerna som mycket hjälpsamma. 5 av 5 på samtliga, utom session 9-12, vilket innefattar exponeringsarbetet (3 av 5) samt session 13, som innehåller utvärdering och återfallsprevention (4 av 5). Hon skattade 5 av 5 på huruvida upplägget av behandlingen konkret hade hjälpt henne med att hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt. Deltagaren angav problem i familjebilden samt medicinjustering som händelser som kan ha påverkat hur hon tillgodogjorde sig behandlingen under den aktuella perioden.

Deltagare E3, Man 26-45 år. Denna deltagare skattade kliniska nivåer på DERS både före (119) och efter (89) behandling; förändringen från för-till eftermätning var dock reliabel. På OASIS uppvisade han kliniska nivåer före (12) behandling och icke-kliniska nivåer efter (6) behandling; förändringen från för- till eftermätning var reliabel.

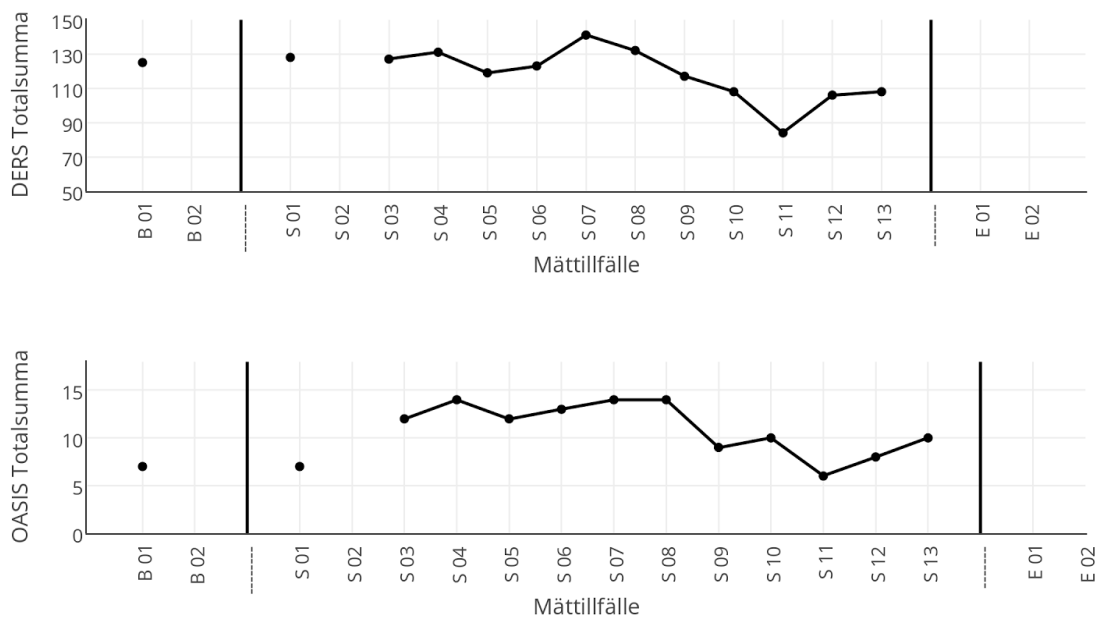


Figur 7. Emotionsregleringssvårigheter och ångestnivåer hos deltagare E3, före behandling (två mätningar), under behandling (12 veckovisa mätningar) och efter behandling (en eftermätning).

Som framgår av figur 7 lämnade deltagare E3 in två förmätningar, skattningar för tolv sessioner (inte för session 11) samt en eftermätning. Han lämnade inte in någon enkät före behandlingen, men kunde lämna en del demografiska variabler i samband med eftermätningen. RCI för DERS, helskala, påvisade en positiv reliabel förändring (-3,86), där störst skillnader i positiv riktning noterades för "Strategier", "Mål" och "Icke-acceptans", vilka alla visade reliabla förbättringar. Även på OASIS märktes vid eftermätningen en reliabel förbättring (-5,51). I enkäten efter behandlingen skattade deltagaren sitt mående på 2 av en femgradig

skala, där 1=dåligt och 5=bra. Avseende sina upplevelser av behandlingen efteråt, skattade han 5 av 5. Han angav att behandlingsupplägget i hög grad hade bidragit till ökad kunskap om känslohantering (5/5). Mest hjälpsamma fann deltagaren session 2,6,7,8 och 9-12, vilka berör känslomässig förståelse, känslomässiga undvikanden och beteenden, tolerans för kroppsliga förnimmelser samt exponeringsarbete. Han skattade 4 av 5 på huruvida upplägget av behandlingen konkret hade hjälpt honom med att hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt. Deltagaren angav problem i arbete och studier som händelser som kan ha påverkat hur han tillgodogjorde sig behandlingen under den aktuella perioden.

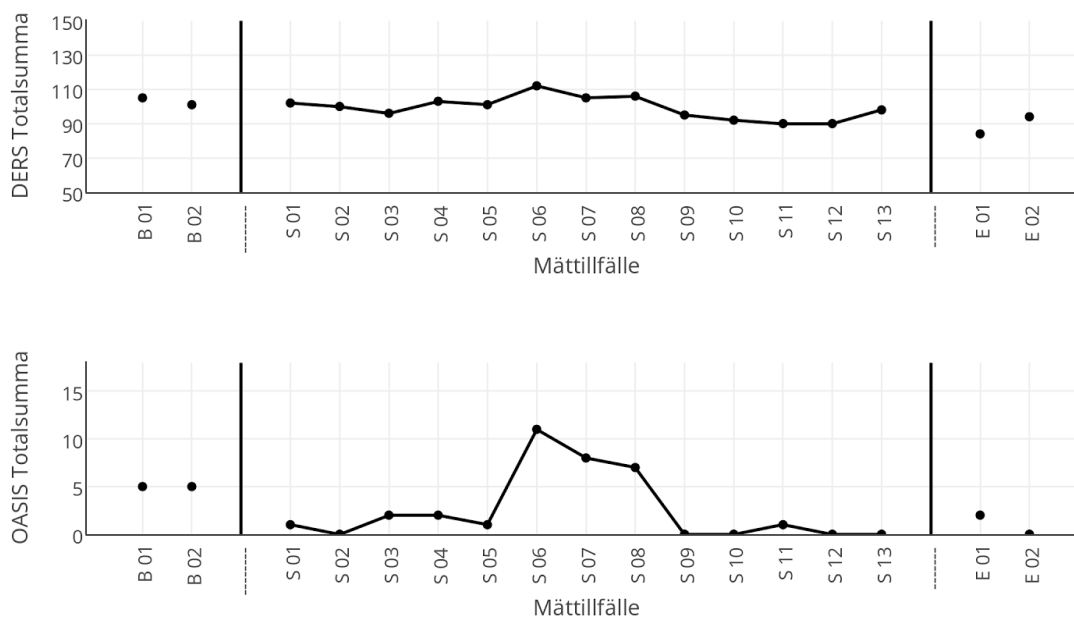
Deltagare E4, kvinna, 26-45 år. Denna deltagare skattade kliniska nivåer på DERS både före (125) och vid avslut av behandling (108); förändringen från för- till eftermätning var dock reliabel. På OASIS uppvisade hon icke-kliniska nivåer före (7) behandling och kliniska nivåer efter (10) behandling; förändringen var från för- till eftermätning var reliabel.



Figur 8. Emotionsregleringssvårigheter och ångestnivåer hos deltagare E4, före behandling (två mätningar), under behandling (12 veckovisa mätningar). Ingen eftermätning.

Som framgår av figur 8 lämnade deltagare E4 in skattningar för tolv sessioner (inte för session 2). Behandlingen föregicks av en förmätning. Eftermätning samt uppföljande enkät lämnades inte in. Resultatet mätt med RCI, där session 13 utgör sista värde, påvisade en reliabel förbättring för DERS, helskala (-2,19) och avseende subskalan "Mål". Även förändring i positiv riktning gällande övriga subskalor noterades, med undantag för "Icke-acceptans". På OASIS märktes istället en reliabel försämring (2,76). I enkäten som lämnades ut inför behandlingen skattade deltagaren sitt mående på 4 på en femgradig skala. Hon skattade 4 av 5 avseende förväntningar inför behandlingen. Deltagare E4 lämnade in eftermätning och enkät efter utsatt deadline för databearbetning och dessa data redovisas således inte.

Deltagare E5, man, 26-45 år. Denna deltagare skattade kliniska nivåer på DERS både före (103) och efter (89) behandling; förändringen från för- till eftermätning var inte reliabel. På OASIS uppvisade han icke-kliniska nivåer före (5) och efter (1) behandling; förändringen från för- till eftermätning var reliabel.



Figur 9. Emotionsregleringssvårigheter och ångestnivåer hos deltagare E5, före behandling (två mätningar), under behandling (13 veckovisa mätningar) och efter behandling (två eftermätningar).

Som framgår av figur 9 lämnade deltagare E5 in samtliga skattningar. Behandlingen föregicks av två förmätningar och efteråt gjordes två eftermätningar. Resultatet mätt med RCI påvisade en förbättring för DERS, helskala (-1,80), där störst skillnader i positiv riktning noterades för "Strategier", där en reliabel förändring på -2,11 uppmättes. På OASIS märktes också en reliabel förbättring (-3,68). I enkäten som föregick behandlingen skattade deltagaren sitt mående på 3 på en femgradig skala och efter 4 efter behandlingen. Avseende förväntningar inför behandlingen skattade han 4 av 5, och avseende sina upplevelser av behandlingen efteråt, skattade han 4 av 5. Han angav att upplägget av behandlingen i hög grad hade bidragit till ökad kunskap om känslohantering (4 av 5). Deltagaren skattade de flesta sessionerna som överlag hjälpsamma, 4 av 5 gällande samtliga. Han skattade också 4 av 5 på huruvida upplägget av behandlingen konkret hade hjälpt honom med att hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt. Deltagaren angav problem i familjebilden, fysisk ohälsa samt problem i arbete/studier som händelser vilka kunde tänkas ha påverkat hur han tillgodogjorde sig behandlingen under den aktuella perioden.

Sammanfattning av resultaten

Den självskattade emotionsregleringen mätt med DERS hade förbättrats för de flesta av deltagarna efter UP-interventionen. För DERS gällde att åtta av deltagarna förbättrades, varav fem angav en reliabel förbättring ($RCI < -1,96$). Även den självskattade ångestnivån mätt med OASIS förbättras för de flesta av deltagarna. För OASIS gällde att de flesta av deltagarna, sju av tio, angav en reliabel förbättring ($RCI < -1,96$, där negativt värde anger en positiv förändring). Ytterligare en deltagare skattade en förändring i positiv riktning ($RCI > -1,96$, men < 0). Två av deltagarna skattade ett reliabelt försämrat värde. Av dessa två var det en som hade avbrutit sitt deltagande i behandlingen. En respektive sex av deltagarna kunde utifrån

beräknade cut-offvärden betraktas som återställda (från klinisk till icke-klinisk population) för DERS respektive OASIS.

Av fem deltagare i grupp E fanns fyra enkäter inför behandling. En person skattade låga förväntningar inför behandlingen och tre angav högre förväntningar inför behandlingen. Gällande mående skattade två personer 3 (mellan bra och dåligt), en person skattade 2 (dåligt mående) och en person skattade 4 (bättre mående). Efter avslutad behandling angav en person ett mående på övre delen av skalan (4), två personer skattade 3 (mellan bra och dåligt) och ytterligare en person skattade 2 (ett värde på nedre delen av skalan). Två av de tre deltagare som lämnat in enkäter såväl före som efter behandling angav en förbättring efter behandling och en person hade ett oförändrat värde. Samtliga som lämnat in eftermätningar uppgav att de fått ökad kunskap om hur man kan hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt och tre av fyra angav att de i högre utsträckning kunnat använda det i vardagen och en person angav ett svar som ligger mellan inte alls och i mycket hög grad. Av de fyra som lämnat in eftermätningar innan avsatt deadline hade flertalet uppfattat merparten av sessionerna som hjälpsamma.

Diskussion

Styrkor

Resultaten i den aktuella studien tyder på att UP i gruppformat skulle kunna vara en gynnsam intervention för målgruppen. På gruppnivå var emotionsregleringssvårigheterna uppmätt med DERS inför behandlingen större i jämförelse med de kliniska grupper vars normdata använts i studien (Becerra et al., 2013), vilket tyder på att deltagarna i denna studie inte hade någon enkel problematik. Flertalet deltagare förbättrades avseende emotionsreglering och hos fem av deltagarna uppmättes en reliabel förändring efter genomförd behandling. Det var framförallt subskalorna "Svårigheter att handla målmedvetet" (Mål) och "Bristande tillgång till strategier" (Strategier) som påverkades i positiv riktning. En kritik som ofta riktas mot undersökningar av behandlingsmodeller är att man exkluderat personer som uppfattas ha alltför svår problematik eller omfattande komorbiditet. Att den aktuella population hade sämre ingångsvärden i jämförelse med populationen i Becerras studie (2013) skulle kunna tyda på att

så inte varit fallet i den förhandenvarande studien.

Gällande ångestnivåer uppmätt med OASIS låg ingångsvärdena inför deltagande på liknande nivåer som i den kliniska grupp vars normdata användes i studien (Hermans et al., 2015). Efter genomförd behandling hade flertalet deltagare förbättrats avseende ångestsymptom och flertalet uppnådde en reliabel förbättring. Detta är ett viktigt fynd med tanke på bristen på studier kring behandling av komorbiditet med ångestproblematik vid bipolär sjukdom, vilket självfallet behöver följas upp i randomiserade kontrollerade studier för att undersöka om detta skulle kunna gälla i den större populationen av patienter med bipolär sjukdom. Studiens hypoteser om att deltagarna skulle rapportera minskade svårigheter med emotionsreglering och minskade ångestsymptom är således bekräftade gällande flera av studiens deltagare, men inte alla.

Av de fyra deltagare som skattat förväntningar inför behandling anger tre individer höga förväntningar. Avseende det självskattade måendet före och efter behandling är det svårt att ge en samlad bild och att dra slutsatser. Enligt de självskattningar som lämnats in anger en person inför behandling ett bra mående, en person ett dåligt mående och en person ett mående mellan bra och dåligt. Efter behandling anger en person ett bra mående, en person ett dåligt mående och två personer ett mående som ligger mellan bra och dåligt. Samtliga som lämnat in eftermätningar uppger att de fått ökad kunskap om hur man kan hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt, tre av fyra anger att de i högre utsträckning kunnat använda det i vardagen och en person anger ett svar som ligger mellan inte alls och i mycket hög grad. Av de fyra inlämnade eftermätningssenkäterna framgår att deltagarna uppfattat merparten av innehållet som hjälpsamt. Att deltagarna i studien anger att de fått ökad kunskap om känslohantering och att större delen av innehållet uppfattas som hjälpsamt skulle kunna tyda på att behandlingen uppfattas som användbar och relevant för deltagarna, vilket kan ses som en styrka i behandlingen och behandlingsmaterialet. Utifrån att flertalet deltagare förbättras avseende emotionsreglering och ångestsymptom skulle UP således kunna vara ett användbart behandlingsalternativ vid bipolär sjukdom och samtidig ångestproblematik.

Att använda fallstudier och analys med RCI-index är en möjlighet att utvärdera behandling i en naturlig klinisk kontext där man inte har möjlighet att genomföra en större

randomiserad kontrollerad studie. Metoden kan besvara frågor om hjälpsamheten i en intervention i den kontext där den genomförs i och med att kontrollgruppen ersätts av upprepade mättillfällen så att själva fallet utgör sin egen kontrollgrupp. Det är även en styrka att behandlare och utvärderare av behandlingen utgjorts av olika personer vilket minskar risken för bias. Det har även varit ett marginellt bortfall av mättillfällen vilket annars hade kunnat utgöra ett hot mot möjligheten att tolka studiens resultat.

Begränsningar

Gällande vilka delar av behandlingen som varit mest hjälpsamma är det svårt att dra slutsatser. Av de fyra som lämnat in eftermätning innan avsatt deadline har flertalet uppfattat större delen av sessionerna som hjälpsamma, även om en viss tonvikt gavs åt session 6 och 7. Det är alltså svårt att utifrån dessa data dra några slutsatser om huruvida specifika delar i UP är mer hjälpsamma än andra för gruppen personer med bipolär sjukdom. Antalet deltagare i studien är även för litet för att några slutsatser skulle kunna dras utifrån detta underlag.

Avsaknaden av kontrollgrupp och randomisering innebär att det inte med säkerhet går att utesluta alternativa förklaringar till att deltagarna efter behandlingen skattade minskad grad av ångest och en mer välfungerande emotionsreglering. Av den information som samlats in via enkäter framkom att flera av deltagarna hade haft någon form av annan behandling samtidigt som de deltog i UP-gruppen. Detta gör det svårt att dra slutsatser kring om det är behandlingen eller andra faktorer som har påverkat deltagarnas emotionsreglering och ångestnivåer. Som helhet är urvalet i denna studie så litet att det inte går att dra några långtgående slutsatser på statistisk grund och de statistiska analyserna bör tolkas med stor försiktighet. Brister i konstruktionen av före- och eftermätningssenkäterna gör att data är svåra att utvärdera statistiskt. Tillförlitligheten i studiens data hade kunnat förstärkas med en längre baslinjemätning inför behandling och fler mättillfällen efter utförd behandling samt långtidsuppföljning efter slutförd behandling. I och med att studien behövde slutföras inom tidsramen för författarnas utbildning kunde inte någon långtidsuppföljning göras och alltså går det inte att dra några slutsatser om långtidseffekterna av interventionen. Utifrån att någon

bortfallsanalys inte har gjorts går det inte heller att dra några slutsatser kring hur representativt urvalet har varit för gruppen personer med bipolär sjukdom. Frågeställningarna kring om deltagarnas kunskapsnivå om känslohantering ökade, i vilken grad de hade nytta av kunskapen i vardagen samt vilka delar i behandlingen som eventuellt skulle kunna vara mer hjälpsamma än andra hade kunnat utvärderas på andra och mer tillförlitliga sätt. Flera alternativa metoder hade kunnat användas för att samla in informationen. Enkäterna kunde haft en annan utformning med tydligare utformade likertskalor som bättre lämpat sig för statistisk bearbetning, frågeställningen om användbarheten i vardagen hade eventuellt kunnat utvärderas med ett normerat instrument om livskvalitet och data hade kunnat samlas in med hjälp av strukturerade eller semistrukturerade intervjuer. En annan svaghet i studien är bristen på information kring deltagarna i såväl grupp P som grupp E. I grupp P finns inga uppgifter om kön, ålder, utbildningsnivå, eventuell diagnosticerad komorbiditet, eventuell annan pågående psykologisk eller farmakologisk behandling. Det hade i båda grupperna kunnat vara relevant att utföra någon form av diagnostisk intervju inför och efter behandling för att kartlägga eventuell komorbiditet och huruvida denna påverkades av behandlingen.

Framtida forskning

Trots att det finns flera svagheter i den aktuella studiens design kan resultaten av studien ge viktiga ingångar till framtida forskning. Det finns en avsevärd brist på studier kring behandling av ångestproblematik vid bipolär sjukdom och huruvida riktade insatser gällande komorbiditeten skulle kunna minska de allvarliga, negativa effekter som aktuell forskning visar att ångestproblematik vid bipolär sjukdom skapar (Ellard et al., 2012; Provencher, Hawke, & Thienot, 2011). Det finns flera hypoteser inom området som behöver följas upp med större randomiserade kontrollerade studier med möjlighet till långtidsuppföljning. En sådan hypotes är om psykologisk behandling vid bipolär sjukdom riktad mot komorbiditet med ångestproblematik och svårigheter med emotionsreglering kan leda till exempelvis minskad risk för återfall, mindre symptom gällande grundproblematiken, minska förekomsten av suicidalitet och höja generell funktionsnivå. En annan hypotes är huruvida gruppen personer med bipolär sjukdom har en specifik emotionsregleringsprofil (Becerra et al., 2013; Gruber,

2011; Gruber, Hay, & Gross, 2013; Mansell et al., 2007; Van Rheenen, Murray, & Rossell, 2015) och om psykologisk behandling vid bipolär sjukdom riktad mot svårigheter med emotionsreglering kan leda till långsiktiga positiva förändringar gällande känslohantering och öka funktionsnivå för patientgruppen. Den aktuella studien som studerat UP i gruppformat för personer med bipolär sjukdom och en tidigare fallstudie med individuell behandling med UP (Ellard et al., 2012) visar att UP skulle kunna vara en gynnsam intervention för patientgruppen men större randomiserade kontrollerade studier krävs för att undersöka om så verkligen är fallet. Större studier behövs både gällande individual- och gruppbehandling med UP för att se om de olika formaten ger liknande effekter eller inte. Det finns idag bara få studier om UP i gruppformat och för att öka effekten av behandlingen för personer med bipolär sjukdom hade det varit av vikt att undersöka om vissa moduler påverkar behandlingsutfallet mer än andra. Utifrån sådan kunskap hade såväl individuell behandling som gruppbehandling med UP kunnat modifieras och skräddarsys på ett mer effektivt sätt för personer med bipolär sjukdom. Om UP generellt skulle visa sig vara en effektiv behandling för patientgruppen och om gruppbehandling skulle visa sig ha likvärdig eller bättre effekt än individualbehandling med UP skulle det kunna leda till att fler vårdgivare erbjuder behandlingen och personer med bipolär sjukdom skulle kunna erbjudas fler behandlingsalternativ som på en individuell nivå ökar funktionsnivå och livskvalitet och på en samhällsnivå långsiktigt minskar vårdkostnader.

Referenser

- APA, American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4:e uppl.) Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2013). *Unified protocol. Diagnosöverskridande psykologisk behandling. Terapeutmanual*. Stockholm, Natur & Kultur.

- Becerra, R., Cruise, K., Murray, G., Bassett, D., Harms, C., Allan, A., & Hood, S. (2013). Emotion regulation in bipolar disorder: are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders? *Open Journal of Psychiatry* 3, 1-7.
- Bentley, K.H., Gallagher, M.W., Carl, J.R.; Barlow, D.H. (2014). Development and validation of the overall depression severity and impairment scale. *Psychological Assessment*, 26 (3), 815-830.
- Boisseau, C. L., Farchione, T., Fairholme, C. P., Ellard, K. E., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113.
- Bullis, J.R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., & Barlow, D.H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39 (2), 295-321.
- Campbell-Sills, L., Norman, S.B., Craske, M.G., Sullivan, G., Lang, A.J., Chavira, D.A., Bystritsky, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P., & Stein, M.B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112, 92-101.
- De Ornelas, M.A.C.C., Nardi, A.E. Cardoso, A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 172, 179-183. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.023
- Di Schiena, M. & Edberg, E. (2012). *En pilotstudie av kognitiv beteendeterapi i grupp för behandling av emetofobi* (Psykologexamensuppsats). Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet, 13-14.
- Ellard, K.K., Fairholme C.P., Boisseau, C.L., Farchione, T.J., & Barlow, D.h. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.

- Ellard, K.K., Deckersbach, T., Sylvia, L.G., Nierenberg, A.A., & Barlow, D.H. (2012). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with the unified protocol: a clinical replication series. *Behavior Modification, 36*, 482-508.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W., & Barlow, D.H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*, 666-678.
- Friberg, Å. (2006). *Känslig för känslor? En kvantitativ studie av ett känsloregleringsperspektiv på oro och generaliserat ångestsyndrom* (Psykologexamensarbete), Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- González Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J.M., & González-Pinto, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. *European Psychiatry, 29*, (3), 134-141.
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, (1), 41-54.
- Gruber, J.(2011). Can feeling too good be bad? Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current directions in psychological science, 20*, 217-221.
- Gruber, J., Hay, A.C., & Gross, J.J. (2013). Rethinking emotion: cognitive reappraisal is an effective positive and negative emotion regulation strategy in bipolar disorder. *Emotion, 14*, (2), 388-396.
- Hermans, M., Korrelboom, K., & Visser, S.(2015). A Dutch version of the overall anxiety severity and impairment scale (OASIS): psychometric properties and validation. *Journal of Affective Disorders, 172*, 127-132.

- Jacobson, N.S., & Truax, P.(1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (1), 12-19.
- Jones, S.H., McGrath, E., Hampshire, K., Owens, R., Riste, L., Roberts, C., Davies, L., & Mayes, D.(2013). A randomised controlled trial of time limited CBT informed psychological therapy for anxiety in bipolar disorder. *BMC Psychiatry, 13:54*. doi: 10.1186/1471-244X-13-54
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology. Fourth edition*. Boston: Allyn & Bacon.
- Lam, D.H., Burbeck, R., Wright, K., & Pilling, S.(2009). Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention – a systematic review. *Bipolar Disorders, 11*, 474-482.
- Lam, D.H., Jones, S.H., & Hayward, P.(2010). *Cognitive therapy for bipolar disorder. A therapist's guide to concepts, methods and practice. Second edition*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: the need for a common procedure and validity data. *Department of Psychology, 19* (45), 493-501. Doi: 10.1080/10503300902849483
- Lopez, M.E., Stoddard, J.A., Noorollah, A., Zerbi, G., Payne, L.A., Hitchcock, C.A., Meier, E.A., Esfahani, A.M., & Ray, D.B. (2014). Examining the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorder in the treatment of individuals with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, in press. Doi: 10.1016/j.cbpra.2014.06.006
- Mansell, W, Morrison, A.P., Reid, G., Lowens, I., & Tai, S.(2007). The interpretation of, and responses to, changes in internal states: an integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*, 515-539.

- Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M.A., Petukhova, M., & Kessler, R.C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 543-552.
- Norman, S.B., Cissell, S.H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M.B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, *23*, 245–249.
- Norman, S.B., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C.A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K.C., & Stein, M.B. (2011). Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the overall anxietyseverity and impairment scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, *45*, 262-268.
- Provencher, M.D., Hawke, L.D., & Thienot, E. (2011). Psychotherapies for comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, *133*, (3), 371-380
- Ramirez Basco, M., & Rush, A.J. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. (2nd ed.) New York: The Guilford Press.
- Socialstyrelsen (1997). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. svensk version 2011 (ICD-10-SE)*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Soares-Weiser K., Bravo Vergel Y., Beynon S., Dunn G., Barbieri M., Duffy S., Geddes J., Gilbody S., Palmer S., & Woolacott N.(2007). A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technology Assessment*, *11* (39). doi: 10.3310/hta11390
- Van Rheenen, T.E., Murray, G., & Rossell, S.L. (2015). Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry Research*, *225*, 425-432.

Bilaga 1.

DERS

Var god fyll i hur ofta följande påståenden stämmer för dig genom att skriva lämplig siffra från skalan nedan, på linjen bredvid varje påstående.

1-----2-----3-----4-----5

Nästan aldrig	Ibland	Ca hälften av tiden	Det mesta av tiden	Nästan alltid
0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%

- _____ 1) Jag är på det klara med hur jag känner mig.
- _____ 2) Jag lägger märke till hur jag känner mig.
- _____ 3) Jag upplever mina känslor som överväldigande och okontrollerbara.
- _____ 4) Jag har ingen aning om hur jag känner mig.
- _____ 5) Jag har svårt att förstå mig på mina känslor.
- _____ 6) Jag är uppmärksam på mina känslor.
- _____ 7) Jag vet precis hur jag känner mig.
- _____ 8) Jag bryr mig om hur jag mår.
- _____ 9) Jag är förvirrad över hur jag känner mig.
- _____ 10) När jag blir känslomässigt upprörd, erkänner jag mina känslor för mig själv.
- _____ 11) När jag blir känslomässigt upprörd, blir jag arg på mig själv för att jag känner som jag gör.
- _____ 12) När jag blir känslomässigt upprörd, blir jag generad över att jag känner som jag gör.
- _____ 13) När jag blir känslomässigt upprörd, har jag svårt att få något arbete gjort.
- _____ 14) När jag blir känslomässigt upprörd, förlorar jag kontrollen.
- _____ 15) När jag blir känslomässigt upprörd, tror jag att det kommer att ta lång tid innan det går över.
- _____ 16) När jag blir känslomässigt upprörd, tror jag att det slutar med att jag blir deprimerad.
- _____ 17) När jag blir känslomässigt upprörd, betraktar jag mina känslor som berättigade och viktiga.
- _____ 18) När jag blir känslomässigt upprörd, har jag svårt att fokusera på andra saker.
- _____ 19) När jag blir känslomässigt upprörd, känner jag mig utom kontroll.
- _____ 20) När jag blir känslomässigt upprörd, kan jag ändå få saker gjorda.
- _____ 21) När jag blir känslomässigt upprörd, skäms jag över mig själv för att jag känner som jag gör.
- _____ 22) När jag blir känslomässigt upprörd, vet jag att jag kommer att hitta ett sätt att må bättre så småningom.
- _____ 23) När jag blir känslomässigt upprörd, känns det som att jag är svag.
- _____ 24) När jag blir känslomässigt upprörd, känner jag ändå att jag har kontroll över mitt beteende.
- _____ 25) När jag blir känslomässigt upprörd, får jag skuld-känslor för att jag känner som jag gör.
- _____ 26) När jag blir känslomässigt upprörd, har jag svårt att koncentrera mig.
- _____ 27) När jag blir känslomässigt upprörd, har jag svårt att kontrollera mitt beteende.
- _____ 28) När jag blir känslomässigt upprörd, tror jag inte att det finns något jag kan göra för att jag ska må bättre.
- _____ 29) När jag blir känslomässigt upprörd, blir jag irriterad på mig själv för att jag känner så.

- _____ 30) När jag blir känslomässigt upprörd, börjar jag tycka illa om mig själv.
- _____ 31) När jag blir känslomässigt upprörd, tror jag att det enda jag kan göra är att vältra mig i det.
- _____ 32) När jag blir känslomässigt upprörd, tappar jag kontrollen över mitt beteende.
- _____ 33) När jag blir känslomässigt upprörd, har jag svårt att tänka på något annat.
- _____ 34) När jag blir känslomässigt upprörd, tar jag mig tid att fundera ut vad jag verkligen känner.
- _____ 35) När jag blir känslomässigt upprörd, tar det lång tid innan jag känner mig bättre.
- _____ 36) När jag blir känslomässigt upprörd, upplever jag mina känslor som överväldigande.

Gratz & Roemer (2004)

Svensk översättning: Breitholtz, Friberg, & Lundh

Bilaga 2.

ENKÄT INFÖR DITT DELTAGANDE I GRUPPBEHANDLING MED UNIFIED PROTOCOL (UP)

Inför din behandling skulle vi uppskatta om du ville fylla i följande uppgifter. Uppgifterna kommer att hanteras i enlighet med det bifogade informerade samtycket.

Basfrågor

1	Kön:	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Annat
2	Ålder:	<input type="checkbox"/> -25	<input type="checkbox"/> 26-45	<input type="checkbox"/> 46-65
		<input type="checkbox"/> 65-		
3	Utbildning (var god markera högsta utbildningsnivå):	<input type="checkbox"/> Grundskoleutbildning	<input type="checkbox"/> Gymnasial utbildning	<input type="checkbox"/> Eftergymnasial utbildning (t.ex universitet eller högskola)
4	Vilken är din huvudsakliga sysselsättning (var god ange endast ett alternativ):	<input type="checkbox"/> Anställd/egen företagare	<input type="checkbox"/> Studerande	<input type="checkbox"/> Arbetsmarknadspolitisk åtgärd
		<input type="checkbox"/> Arbetslös	<input type="checkbox"/> Sjukskriven längre än 14 dagar	<input type="checkbox"/> Förtidspensionär
		<input type="checkbox"/> Ålderspensionär	<input type="checkbox"/> Annat	
5	Medicinerar du för närvarande för psykisk ohälsa?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
6	Vilka mediciner använder du?			

7	Hur många olika samtalsbehandlingar har du deltagit i det senaste året (var god ange behandlingen som helhet, ej antalet sessioner)?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4 eller fler <input type="checkbox"/> Annat/vet ej
8	Om du svarade ja på ovanstående fråga, vilken typ av behandling var det (flera svarsalternativ är möjliga)?	<input type="checkbox"/> Samtalsstöd/terapi enskilt <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/terapi i grupp
9	Har du vårdats ineliggande det senaste året pga av ditt psykiska mående?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10	Kommer du att ha någon annan behandling för ditt psykiska mående parallellt med din behandling med Unified Protocol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
11	Om du svarade ja på ovanstående fråga, vilken typ av behandling kommer du att erhålla?	<input type="checkbox"/> Samtalsstöd/terapi enskilt <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/terapi i grupp <input type="checkbox"/> Medicinering <input type="checkbox"/> Annat -----

Skattningsfrågor

		Skala 1 – 5						
		1	2	3	4	5		
12	Hur skattar du ditt psykiska mående just nu?	Dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bra
13	Hur skattar du dina förväntningar inför din kommande behandling (UP i gruppformat)?	Låga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Höga

Tack för din medverkan!

Bilaga 3.

ENKÄT EFTER DITT DELTAGANDE I GRUPPBEHANDLING MED UNIFIED PROTOCOL (UP)

Tack för att du bidragit till vår studie och till forskningen om Unified Protocol! För att få ytterligare kunskap om i vilken grad den här behandlingen kan vara till nytta för personer med bipolär sjukdom ber vi dig att fylla i nedanstående enkät. Kryssa vid varje fråga för det alternativ som du bäst tycker stämmer överens med din erfarenhet av gruppbehandlingen. Uppgifterna kommer att hanteras i enlighet med det informerade samtycke du tidigare har tagit del av. Har du frågor är du självklart välkommen att kontakta oss.

Skattningsfrågor:

1. I vilken grad bedömer du att upplägget av gruppbehandlingen som helhet bidragit till att du fått ökad kunskap kring hur du kan hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt?

Inte alls I mycket hög grad

2. I vilken grad bedömer du att upplägget av gruppbehandlingen i din vardag konkret hjälper dig att hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt?

Inte alls I mycket hög grad

3. Gruppbehandlingen består av flera olika delar. I vilken grad bedömer du att innehållet i de olika sessionerna bidragit till din förmåga att i vardagen hantera känslor på ett mer hjälpsamt sätt?

	Sessionsnummer och innehåll. Kapitel i arbetsboken	Skala 1 – 5	1	2	3	4	5
a	Session 1: Introduktion, psykoedukation och motivation. Kapitel 1-4	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
b	Session 2: Känslomässig förståelse. Kapitel 4-6	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
c	Session 3-4: Känslomässig medvetenhet – mindfulness. Kapitel 7	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
d	Session 5: Kognitiv omvärdering och flexibilitet. Kapitel 8	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
e	Session 6: Känslomässigt undvikande och känslostyrda beteenden. Kapitel 9-10	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
f	Session 7: Tolerans för kroppsliga förmimmelser – interoceptiv exponering. Kapitel 11	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
g	Session 8: Introduktion till känslomässig exponering. Kapitel 12	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
h	Session 9 -12: Exponeringsarbete. Kapitel 12	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
i	Session 13: Utvärdering, återfallsprevention, framtida mål och avslut. Kapitel 15	Inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket

4. Ibland kan vår förmåga att tillgodogöra oss en behandling påverkas av olika livshändelser och förändringar och det kan vara både vara både sådant som vi uppfattar som negativt eller positivt. Nedan finns en förteckning på olika typer av livshändelser som kan påverka oss. Om du känner igen dig i att någon sådan faktor varit aktuell för dig i samband med behandlingen kryssar du för i vilken grad du påverkats. Om det inte varit aktuellt kryssar du bara i alternativet ”Inte aktuellt”.

	Livshändelse	Skala 1 – 5	1	2	3	4	5
a	Familjeproblem (t.ex anhörigs sjukdom eller död, skilsmässa)	Inte alls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		Inte aktuellt <input type="checkbox"/>					
b	Egen fysisk ohälsa	Inte alls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		Inte aktuellt <input type="checkbox"/>					
c	Medicinförändringar	Inte alls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		Inte aktuellt <input type="checkbox"/>					
d	Problem i arbete/ studier	Inte alls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		Inte aktuellt <input type="checkbox"/>					
e	Annat (ange gärna vad)	Inte alls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		Inte aktuellt <input type="checkbox"/>					

Uppföljningsfrågor:

		Skala 1 – 5	1	2	3	4	5
5	Hur skattar du ditt psykiska mående just nu?	Dåligt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bra <input type="checkbox"/>
6	Hur skattar du dina upplevelser av din behandling med UP i gruppformat?	Negativa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
7	Medicinerar du för närvarande för psykisk ohälsa?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej				
8	Har du vårdats ineliggande under din behandling med UP pga ditt psykiska mående?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej				
9	Har du haft någon annan behandling för ditt psykiska mående parallellt med din behandling med Unified Protocol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej				
10	Om du svarade ja på ovanstående fråga, vilken typ av behandling har du erhållit?	<input type="checkbox"/> Samtalsstöd/terapi enskilt					
		<input type="checkbox"/> Samtalsstöd/terapi i grupp					
		<input type="checkbox"/> Medicinering					
		<input type="checkbox"/> Annat: _____					

Tack för din medverkan!

Jenny Evertsson och Ulrika Gardelin

Bilaga 4. Samtycke grupp P

**INFORMATION OM STUDIE KRING UNIFIED PROTOCOL FÖR PERSONER MED
BIPOLÄR SJUKDOM
Affektivt centrum, Malmö i samarbete med Institutionen för psykologi, Lunds universitet
2014-2015**

Syftet med studien är att undersöka hur måendet påverkas hos klienter som deltar i gruppbehandling med Unified Protocol på Affektivt Centrum i Malmö.

Att delta i undersökningen innebär

- att du besvarar de tre frågeformulär som ingår i behandlingen vid första och sista behandlingstillfället samt att du ger ditt medgivande till att resultaten av dessa används i studien.
- att alla dina svar behandlas konfidentiellt, och att du därför inte ska skriva ditt namn någonstans på något frågeformulär.
- att det kommer att stå ett kodnummer på de frågeformulär du besvarar – detta behövs för att det ska vara möjligt att koppla samman dina svar på de olika frågeformulären.
- att du lämnar in dina formulär till din behandlare i samband med första och sista behandlingstillfället.
- att eventuellt kan det tillkomma en intervju med någon av oss efter avslutad behandling för att kunna få ytterligare kunskap om hur behandlingen kan påverka måendet hos personer med bipolär sjukdom.

Undersökningen genomförs av Jenny Evertsson och Ulrika Gardelin, legitimerade psykologer och studenter på psykoterapiprogrammet vid Institutionen för psykologi. Resultaten kommer att sammanställas i en psykoterapiuppsats.

Ditt deltagande bidrar till att vi får bättre kunskaper om hur gruppbehandling med Unified Protocol kan påverka måendet hos personer med bipolär sjukdom.

Ditt deltagande är frivilligt, och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande om du skulle vilja det. Det tar ingen extra tid att besvara frågorna, de ingår som en del i din behandling, men ditt medgivande behövs för att de ska kunna användas i studien. Vi hoppas att du ska tycka att det känns meningsfullt för dig att medverka!

Har du frågor om studien är du välkommen att kontakta:

Jenny Evertsson, leg. psykolog, telefon XXX-XXX XX XX

Ulrika Gardelin, leg. psykolog, telefon XXX-XXX XX XX

Jag samtycker till att delta i denna undersökning

Datum _____

Namn _____

Namnförtydligande.....

Bilaga 5. Samtycke grupp E

INFORMATION OM STUDIE AVSEENDE EFFEKTUTFALL OCH EMOTIONSREGLERING

Affektivt centrum, Malmö i samarbete med Institutionen för psykologi, Lunds universitet 2014-2015

Syftet med studien är att undersöka behandlingsutfall och emotionsreglering hos klienter som deltar i gruppbehandling med Unified Protocol på Affektivt Centrum i Malmö, före, under och efter behandlingen.

Att delta i undersökningen innebär

- att du besvarar de tre frågeformulär, vilka ingår i behandlingen, inför varje session samt att du ger ditt medgivande till att resultaten av dessa används i studien.
- att du besvarar de tre frågeformulären vid ett tillfälle innan du påbörjat behandlingen samt vid ett tillfälle efter att du avslutat behandlingen samt ger ditt medgivande till att resultaten av dessa används i studien.
- att du innan behandlingsstart fyller i en enkät samt ger ditt medgivande till att denna information används i uppsatsen. Informationen kommer att användas på ett sådant sätt att den inte går att knyta till någon specifik person.
- att du ger medgivande till att din/dina gruppbehandlare informerar oss om vilken diagnos du behandlas för.
- att alla dina svar behandlas konfidentiellt, och att du därför inte ska skriva ditt namn någonstans på något frågeformulär.
- att det kommer att stå ett kodnummer på de frågeformulär du besvarar – detta behövs för att det ska vara möjligt att koppla samman dina svar på de olika frågeformulären.
- att du lämnar in dina formulär till mottagningens reception i ett slutet kuvert inför varje session, samt före behandlingen i samband med bedömningssamtalet och efter behandlingen.

Undersökningen genomförs av Jenny Evertsson och Ulrika Gardelin, båda legitimerade psykologer och studenter på psykoterapiprogrammet vid Institutionen för psykologi och resultaten kommer att sammanställas i en psykoterapiuppsats.

Ditt deltagande bidrar till att vi får bättre kunskaper om hur gruppbehandling med Unified Protocol kan påverka behandlingsutfall och emotionsreglering hos personer med bipolär sjukdom.

Ditt deltagande är frivilligt, och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande om du skulle vilja det. Det tar ingen extra tid att besvara frågorna, de ingår som en del i din behandling, men ditt medgivande behövs för att de ska kunna används i studien. Vi hoppas att du ska tycka att det känns meningsfullt för dig att medverka!

Har du frågor om studien är du välkommen att kontakta:

Jenny Evertsson, leg. psykolog, telefon XXX-XXX XX XX

Ulrika Gardelin, leg. psykolog, telefon, XXX-XXX XX XX

Jag samtycker till att delta i denna undersökning

Datum _____

Namn _____

Namnförtydligande.....