



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

**En studie med case series design av Unified Protocol, en
transdiagnostisk och känslfokuserad KBT- behandling i
gruppformat**

Johanna Eriksson & Johannes Lundborg

Psykoterapeutexamensuppsats. 2015

Handledare: Martin Wolgast

Examinator: Mats Fridell

Tack till

Vår handledare Martin Wolgast samt vår kollega och ”extrahandledare” Olof Johansson för värdefulla idéer, kunskap och engagemang.

Tack också till våra patienter som med mod, beslutsamhet och hårt arbete deltagit i behandlingen samt ställt upp med testningar och intervjuer för vår uppsats. Tack!

Sammanfattning

Föreliggande studie syftade till att undersöka det transdiagnostiska och känslorokuserade KBT-behandlingsprogrammet Unified Protocol i gruppformat på en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Studien använde sig av case series design på tre patienter med en ångestproblematik som primärdiagnos. Studien följde förändringar i symtom av depression, ångest och upplevd livskvalitet samt känsloregleringsfärdigheter under tolv veckors behandling. Författarna ville även undersöka om stärkta känsloregleringsfärdigheter och symtomlindring sammanföll samt huruvida de förstnämnda föregick symtomlindring. För datainsamlingen har använts sex subskalor som mäter känsloregleringsfärdigheter i avsikt att matcha sex av behandlingsmodulerna i Unified Protocol. Dessa färdigheter var "Kognitiv omvärdering", "Icke-acceptans", "Mål", "Medvetenhet", "Aversion mot obehag" och "Uthärda obehag". Symtomförändringar har kontinuerligt mätts med testerna OASIS och ODSIS. Därtill skedde mätningar av depressionssymtom och ångestsymtom samt upplevd livskvalitet med BAI, BDI-II och WHOQOL-BREF. Författarna har undersökt om förändringar har skett i enlighet med Reliable Change index och klinisk signifikans. Resultaten visade på symtomlindring och förhöjd livskvalitet hos en patient. I det andra fallet skedde ingen förändring av symtom eller livskvalitet. I det tredje fallet skedde viss symtomlindring. Vissa känsloregleringsfärdigheter stärktes hos patienterna. Delvis sammanföll känsloregleringsfärdigheter och symtomlindring, men de förstnämnda föregick inte symtomlindring nära i tid. Studien visar att Unified Protocol är ett intressant behandlingsprogram för en allmänpsykiatrisk mottagning, men ytterligare forskning behövs för att fastställa om behandlingen i gruppformat är lika effektiv som en individualiserad behandling.

Nyckelord: Unified Protocol, gruppterapi, KBT, transdiagnostisk behandling, känsloregleringsfärdigheter, öppenvård psykiatri, ångest, depression, livskvalitet, case series design, reliable change index, klinisk signifikans, samvarians.

Abstract

The present study aimed to investigate the transdiagnostic and emotion-focused CBT treatment program Unified Protocol in a group format in a general psychiatric outpatient clinic. The study used case series design on three patients with anxiety problems as primary diagnosis. The study followed changes in symptoms of depression, anxiety and perceived quality of life and emotion regulation skills during the twelve weeks of treatment. The authors also wanted to examine the covariance between strengthened emotion regulation skills and symptom relief and whether the former preceded the symptoms. For data collection was used six subscales that measure emotion regulation skills in order to match six of the processing modules of the Unified Protocol. These skills were "Cognitive reappraisal", "Nonacceptance", "Goal", "Awareness", "Distress aversion" and "Aversion endurance". Symptom changes are continuously measured by tests OASIS and ODSIS. In addition, measurements were made of the symptoms of depression and anxiety symptoms, and perceived quality of life with BAI, BDI-II and WHOQOL-BREF. The authors have investigated whether changes have been made in accordance with the Reliable Change Index and clinical significance. The results showed symptom relief and increased quality of life of one patient. In the second case, there was no change of symptoms or quality of life. In the third case occurred some symptom relief. Some emotion regulation skills strengthened for the patients. Partly, there was a covariance between emotion regulation skills and symptom relief, but the former preceded not symptom close in time. The study shows that the Unified Protocol is an interesting treatment of a general psychiatric clinic, but further research is needed to determine if the treatment in a group format is as effective as an individualized therapy.

Keywords: Unified Protocol, CBT, transdiagnostic treatment, emotion regulation skills, outpatient psychiatry, anxiety, depression, quality of life, case series design, reliable change index, clinical significance, covariance.

INTRODUKTION	8
INLEDNING.....	8
DE VERKANSFULLA MEKANISMERNA I PSYKOTERAPI.....	8
Ett kvalitativt forskningsperspektiv.....	10
TRANSDIAGNOSTISK BEHANDLING I ETT KBT-PERSPEKTIV.....	11
TEORI OCH FORSKNING BAKOM UTVECKLANDET AV UNIFIED PROTOCOL.....	12
Komorbiditet.....	12
Underliggande struktur ”neuroticism” som förenar de känslomässiga störningarna.....	13
Affektiv neurovetenskap.....	13
Etiologi – den trefaldiga sårbarhetsteorin.....	14
TRANSDIAGNOSTISKA MEKANISMER VID KÄNSLÖMÄSSIG STÖRNING.....	14
Problematiska reaktioner på våra känslor.....	15
Känsloreglering.....	16
Maladaptiv känsloreglering.....	17
Specifika känsloregleringsfärdigheter vid ångestsyndrom.....	17
BESKRIVNING AV BEHANDLINGSPROGRAMMET UNIFIED PROTOCOL.....	18
TIDIGARE FORSKNING OM UNIFIED PROTOCOL.....	19
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING.....	20
Hypoteser.....	21
METOD	22
DELTAGARE.....	22
Rekrytering av deltagare.....	22
Inklusions- respektive exklusionskriterier.....	22
Diagnostisering.....	22
Beskrivning av sampel.....	23
INSTRUMENT.....	23
Frågebatteri vid samtliga sessioner.....	23
<i>The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)</i>	23
<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)</i>	24
<i>The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)</i>	25
<i>Overall Depression and Impairment Scale (ODSIS)</i>	25
<i>Overall Anxiety and Impairment Scale (OASIS)</i>	26
Frågebatteri vid för-, efter- och uppföljningsmätning.....	26
<i>The World Health Organisations Quality Of Life (WHOQOL-BREF)</i>	26

<i>Becks Depression Inventory – II (BDI-II)</i>	27
<i>Becks Anxiety Inventory (BAI)</i>	27
BEHANDLINGSMODULER OCH RELATERAD KÄNSLOREGLERINGSFÄRDIGHET.....	28
DESIGN.....	28
PROCEDUR.....	29
Testningar.....	29
Kvalitativa intervjuer.....	29
Behandlingen.....	30
DATAANALYS.....	32
Reliable change index och klinisk signifikans.....	33
ETIK.....	34
RESULTAT.....	36
PATIENTERNAS BEHANDLINGSRESULTAT.....	36
Patient S.....	36
Patient D.....	39
Patient P.....	41
Sammanfattning av självskattningstesterna.....	43
Sammanfattning av kvalitativa intervjuer.....	43
DISKUSSION.....	46
Förändringar av symtom och livskvalitet under behandlingens gång.....	46
Förändringar av känsloregleringsfärdigheter under behandlingens gång.....	47
Sammanfaller symtomlindring och stärkta känsloregleringsfärdigheter i tid?.....	49
Behandlingsförloppet.....	50
Studiens design.....	50
Intern validitet.....	51
Extern validitet.....	52
Begränsningar med studien.....	52
Fortsatt forskning.....	53
REFERENSER.....	55
BILAGOR.....	58
Grafer över resultat från självskattningstester.....	58

Introduktion

Inledning

Författarna till den här uppsatsen arbetar som psykologer vid en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning i Malmö. I vårt psykoterapeutiska arbete har vi intresserat oss för transdiagnostiska perspektiv på behandling, inte minst som våra patienter i regel har en samsjuklighet med blandad problematik där både ångest och depression hör till symtombilden. Författarna är särskilt intresserade av varför och hur transdiagnostiska behandlingar fungerar, d.v.s. vilka generella förändringsmekanismer och KBT-strategier som behandlingarna utgår ifrån. Författarna har därför valt att undersöka behandlingsmetoden Unified Protocol som är ett transdiagnostisk, känslorokuserat behandlingsprogram, utvecklad av David Barlow, byggd på evidensbaserade KBT-interventioner. Författarna genomförde hösten 2014 en behandlingsomgång för en grupp patienter på vår mottagning i syfte att samla in data till en studie. Eftersom upphovsmännen bakom Unified Protocol hävdar att behandlingen främjar underliggande känsloreglerande mekanismer som är oavhängiga diagnosen, har vi valt att i vår uppsats undersöka också denna aspekt. Författarna har valt att i inledningsdelen fördjupa sig i forskning om generella förändringsmekanismer och mediatorer i psykoterapi. Därefter har författarna fokuserat mot transdiagnostiska perspektiv och känsloreglerande mekanismer ur ett KBT-perspektiv för att sedan fördjupa sig i specifikt behandlingsmetoden Unified Protocol.

De verkansfulla mekanismerna i psykoterapi

Ett massivt forskningsstöd kan belägga att psykoterapi har effekt vid behandling av en rad psykiatriska tillstånd, men varför och hur psykoterapi fungerar är desto mer oklart. Det konstaterar ett flertal forskare som har valt att studera den terapeutiska processen (Crowe et al., 2012; Fentz et al., 2013; Johansson & Höglend 2007). I fördjupningen om forskningsfältet kring dessa frågor har författarna valt att studera vilka relevanta mediatorer och moderatorer som kan identifieras i specifika KBT-behandlingar.

Johansson och Höglend (2007) har gjort en omfattande metaanalys för att undersöka vilka mekanismer i den psykoterapeutiska processen som skapar förändring. De konstaterar att man här får börja med att åtskilja vad som är moderatorer och vad som är mediatorer. Johansson och Höglends enkla definition är att en moderator är något som avgör för vem en behandling fungerar och under vilka betingelser, d.v.s. faktorer som är etablerade innan behandlingen startar. En sådan faktor skulle exempelvis vara könstillhörighet. Mediatorer är de faktorer inom behandlingen, som alltså induceras efter behandlingens start, som ger en direkt påverkan på behandlingens utfall i form av t.ex. symtomlindring. De betonar att ett kausalt samband ska kunna konstateras, vilket inte nödvändigtvis föreligger bara för att en signifikant korrelation kan konstateras mellan utfallet och

den variabel man tror är mediator (Johansson & Höglend 2007). Johansson och Höglend har undersökt 61 studier med mediatoranalyser inom det psykoterapeutiska fältet, men hävdar att inga ger självklara bevis för att en specifik variabel är en mediator. Johansson och Höglend framför i sin artikel mycket kritik mot designen hos de studier man undersökt och kritiserar bla att man vanligtvis bara gjort mätningar före och efter fullgången behandlingen, men inte mätt under själva behandlingen (t.ex. efter varje session). Enligt Johansson och Höglend begränsar detta möjligheten att dra slutsatser om kausalitet, vilket ju förutsätter att mediators föregår behandlingseffekten i tid. Liknande tankar framför A.E. Kazdin som också hävdar att brister i den befintliga psykoterapiforskningens studieupplägg gör att det inte går att isolera enskilda mediatorer och statistiskt säkerställa deras validitet (Kazdin, 2007).

Johansson och Höglend framför själva uppfattningen att patientens förväntan på behandlingen har en medierande effekt. Dessvärre punkterar de själva möjligheten att fastställa om så är fallet, med resonemanget att en sådan förväntan inte går att isoleras från annan påverkan i form av t.ex. personlighetsdrag (Johansson & Höglend, 2007).

Webb, Auerbach och DeRubeis (2012) har undersökt de verksamma mekanismerna i KBT för depression hos vuxna genom att analysera befintliga artiklar om olika studier. Webb med flera har särskilt intresserat sig för tre möjliga mediatorer: Den terapeutiska alliansen; Terapeutens adherence och kompetens respektive Patientens förmåga till kognitiv omstrukturering. Webb med flera har intresserat sig för såväl individuella terapier som behandlingar i grupp och terapier för hela familjer. Webb med flera refererar bla till en metaanalys som Horvath gjort 2011 på 200 olika studier där Horvath med flera finner en statistisk signifikant korrelation på $r = 0.28$ mellan stark allians och ett gott behandlingsutfall (Horvath, 2004, refererad av Webb et al., 2012). Någon kausalitet har dock inte kunnat bekräftas i dessa studier, enligt Horvath, av samma design tekniska anledningar som Johansson och Höglend uppmärksammar. Beträffande sambandet mellan positivt behandlingsutfall och terapeutens adherence/kompetens har Webb med flera inte funnit någon studie som visar ens på statistisk säkerställd korrelation. Ett desto starkare samband finner Webb med flera när det gäller korrelation mellan kognitiv omstrukturering och symtomlindring i depressionsbehandling, även om kausalitet inte kan fastställas. I det sistnämnda fallet har Webb med flera således funnit intressanta samvarianser, även om de konstaterar att inte heller Kognitiv omstrukturering är en säkerställd mediator (Webb, Auerbach & DeRubeis, 2012).

Fentz et al. (2013) har studerat förändringsmekanismerna vid KBT för panikattacksyndrom i en studie med ett upplägg som har just det som författarna ovan saknar: Testningar och symtomskattningar vid varje session. Fentz med kollegor anser sig på så vis ha definierat en möjlig mediator. Studien omfattade 45 patienter som fick KBT en gång i veckan under 13 veckor. Varje session var 100 minuter lång och följdes av skattningar kring symtom, katastroftolkningar och panic

self-efficacy (upplevelsen att själv kunna hantera och reglera sina panikkänslor). Hypotesen var att där rådde ett kausalt samband mellan de två sistnämnda variablerna och symtomlindring. Resultatet och den statistiska bearbetningen visade ett statistiskt samband mellan panic self-efficacy och symtomlindring, där förhöjd panic self-efficacy i en session predicerade symtomlindring skattad i följande session. Det visade sig dock att också omvänt samband kunde konstateras: Symtomlindring i en session predicerade höjd panic self-efficacy i den följande. Fentz med flera tolkar detta som att både panic self-efficacy och upplevd symtomlindring har medierande kvaliteter, i ett ömsesidigt samspel som sammantaget gagnar den övergripande behandlingsutkomsten (Fentz et al., 2013).

Ett kvalitativt forskningsperspektiv. Crowe et al. (2012) genomförde en kvalitativ studie i avsikt att identifiera verksamma förändringsmekanismer i psykoterapi för depression. Hälften av patienterna fick KBT, hälften IPT (Interpersonell terapi) under 12 sessioner vardera och de depressiva symtomen skattades med instrumentet MADRS. I studien fördelade man genom randomiserad stratifiering 40 patienter ifrån en grupp av ursprungligen 150 patienter till fyra kategorier: Patienter som genomgått KBT och rapporterade symtomlindring; KBT-patienter som INTE rapporterade någon förbättring; Patienter som genomgått IPT och rapporterade symtomlindring respektive IPT-patienter som INTE rapporterade någon förbättring. Till respektive kategori sorterades således 10 patienter. Crowe med flera hade spelat in alla terapisesioner med samtliga patienter, och transkriberade sessioner med de 40 utvalda patienterna som genomförts i början av deras terapi, i mitten samt i slutet av terapin, d.v.s. totalt 120 sessioner. De gjorde en tematisk analys av materialet för att undersöka patienternas beskrivning av Vad psykoterapi är, Vad som hände under respektive session samt Förbättring/icke förbättring av sina depressiva symtom. När de analyserade det stora materialet av patientredogörelser vägledades de av några specifika frågor de ville ha besvarade, relaterade till ovan nämnda beskrivningar, såsom exempelvis "Vilka skeenden i psykoterapi korresponderar med förbättringar/icke-förbättringar hos patienten?".

När det gäller patienternas beskrivning av hur de upplevde sina problem valde Crowe med flera att sortera dessa i fyra kategorier (våra översättningar):

1. Handling (Doing). T.ex. "Andra gör mycket mer än jag. Jag är lat".
2. Tänkande (Thinking). T.ex. "Jag lägger all min tid på att oroa mig".
3. Ägande/Tillgång (Having). T.ex. "Jag skulle ha en perfekt make, ett perfekt hem och perfekta barn... men har det inte".
4. Relationer (Relating). T.ex. "Jag har ofta känt mig ensam och sökt mig till vem som helst".

När det gäller hur patienterna upplevde och beskrev själva psykoterapin ansåg Crowe med flera att de också här kunde skönja mönster och generella tendenser nog att dra vissa slutsatser.

När det gäller specifikt KBT fann de att de patienter som svarade bäst och uppskattade terapin var mer:

1. Engagerade i terapiprocessen. T.ex. "Jag ser fram emot att reda ut saker och ting"
2. Uppskattade terapeutiska utmaningar mer. T.ex. "Man måste medvetet göra ansträngning att förändra det [problemet] snarare än att stänga huvudet blodigt mot det".
3. Tillämpade strategier de lärt sig. T.ex. "Det verkar som att när jag säger kämpa med de stora sakerna, du kan inte kämpa med allt, och försöker sätta mig över det, då hjälper det verkligen".
4. Hade en större förmåga att se sin egen roll i problemet. T.ex. "Det är viktigt att fortsätta försöka."

Beträffande förbättring av de depressiva symtomen, d.v.s. en verkningsfull terapi, tyckte Crowe med flera sig kunna utmönstra ett förhållningssätt hos de patienter som framgångsrikt profiterade på behandlingen. Det som utmärkte denna patientgrupp var att de hade förmågan att omformulera sin bild av problemet genom att uppmärksamma och konstatera nya förhållningssätt hos sig själva. Dessa förhållningssätt utgjordes av såväl nya kognitioner och attityder som nya beteenden och strategier. Exempel på uttalanden från patienter som avspeglar detta presenteras med följande citat, tagna och översatta ur Crowe med fleras artikel:

"Jag tänker annorlunda"

"Jag fortsätter att ge mig själv bevis för att jag är en bra förälder"

"Jag behöver tala till mig själv med mer respekt"

"Jag kan se det från deras synvinkel nu"

(Crowe et al., 2012).

Transdiagnostisk behandling i ett KBT-perspektiv

Transdiagnostiska perspektiv förekommer inom flera psykoterapeutiska paradigmen, men författarna har i denna uppsats valt att avgränsa sig till de inom KBT-paradigmet. Forskning inom traditionell KBT av psykiatriska sjukdomar har genom åren dominerats av diagnosspecifik forskning (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2009). Forskningen har utgått från att förstå den specifika störningen, dess etiologi och vidmakthållande för att utifrån dessa utveckla effektiva strategier för behandling. Den här inriktningen på forskning har haft flera fördelar i utvecklandet av förståelse och kompetens inför att behandla flera psykiatriska tillstånd. Nackdelen har dock varit att forskningen på olika psykiatriska diagnoser har skett isolerat från varandra. Sedan mitten av 2000-talet har psykoterapiforskningen utvecklats i riktning mot perspektivskifte från fokus på diagnos till transdiagnostiska perspektiv. Med transdiagnostiskt perspektiv avses psykologiska processer och verksamma förändringsmekanismer som är gemensamma för olika psykiatriska

störningar (Harvey et al., 2009). Utifrån dessa mekanismer har man urskilt ett enhetligt förhållningssätt som går att praktisera på flera olika diagnoser (Barlow, 2011; Boswell, 2013; Harvey et al., 2009). Därmed har diagnosöverskridande behandlingar utvecklats där fokus ligger på de gemensamma nämnarna, istället för på diagnosspecifika symtom.

Craske (2012) identifierar två inriktningar av transdiagnostiska metoder inom KBT-paradigmet som har utvecklats på senare år. Den första med utgångspunkt i traditionell KBT, den andre med utgångspunkt i acceptansbaserade terapier. Acceptansbaserade terapier betonar upplevelsebaserat undvikande som en underliggande mekanism för känslomässiga störningar. Beträffande transdiagnostisk KBT betonas den gemensamma underliggande patologin ”neuroticism”/”negativ affekt” samt relaterade processer som sensitivitet till upplevda hot och ökad känslomässig reaktivitet. En av företrädarna för utvecklingen av traditionell transdiagnostisk KBT är David Barlow och hans forskarteam. Sedan mitten av 2000-talet har Barlow och hans kollegor börjat utveckla en modell för transdiagnostisk behandling, vilket utmynnade i behandlingsprogrammet Unified Protocol (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard, & Barlow, 2010). Fokus för den här uppsatsen är Barlows teorier och forskning om transdiagnostiska perspektiv, vilket kommer redogöras för nedan. Därefter kommer Barlows transdiagnostiska känslofokuserade behandlingsprogram Unified Protocol beskrivas.

Teori och forskning bakom utvecklandet av Unified Protocol

Barlow (2011) har tagit fasta på senare års forskning och ny förståelse om känslomässiga störningar, som pekar på att det förekommer fler likheter än skillnader mellan ångest- och förstämningssyndrom (Wilamowska et al., 2010). Gruppen känslomässiga störningar omfattas av gruppen ångestsyndrom, unipolär depression och liknade tillstånd med en stark emotionell komponent såsom somatoforma och dissociativa syndrom. Barlow har engagerat sig i forskning och teorier kring etiologi och vidmakthållande mekanismer som är gemensamma för dessa känslomässiga störningar. Barlow med flera har utgått från fyra forskningsområden, som stödjer utvecklingen av transdiagnostisk behandling och som ligger till grund för konstruerandet av sin behandlingsmodell (Wilamowska et al., 2010). Dessa områden redogörs för nedan.

Komorbiditet. För det första visar forskning att komorbiditet och överlapp av känslomässiga störningar är vanligt förekommande. I en studie hade 55 % av de som diagnostiserats med en primär ångestdiagnos samtidigt minst en annan diagnos av depression eller annan typ av ångestdiagnos. Siffran ökade till 76 % vid beaktande av livstidsprevalens för att utveckla annan diagnos (Brown & Barlow, 2009). Enligt Kessler et al., (1994), som undersökte komorbiditet i stor epidemiologisk studie framkom att psykiatriska patienter i genomsnitt uppfyllde kriterierna för 2,1

diagnoser. Dessutom förekommer stöd för att psykologisk behandling av en specifik ångestdiagnos även bidrar till förbättringar i annan ångest- eller förstämningssyndrom utan att den diagnosen specifikt berörts i behandlingen (Wilamowska et al., 2010).

Underliggande struktur ”neuroticism” som förenar de känslomässiga störningarna.

För det andra utgår Barlow och hans teori från forskning, vilken visar att variationer i diagnosspecifika symtom är manifestationer av en gemensam underliggande faktor, vars benämning är ”neuroticism” (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis, & Ellard, 2014; Brown & Barlow, 2009). Den här faktorn skulle kunna beskrivas som en dimensionell temperamentsfaktor, vilken har sin grund både i genetik och i uppväxtmiljö. Det går att skilja ut två dimensioner hos temperament som är gemensamma för de känslomässiga störningarna: dels ”neuroticism”, dels ”extraversion”. ”Neuroticism” har i litteraturen fått olika benämningar, inkluderat ”negativ affektivitet” och ”beteendemässig inhibering”. ”Extraversion” har fått benämningar som ”positiv affektivitet” och ”beteendemässig aktivering”. ”Neuroticism” definieras som en benägenhet att uppleva frekventa och starka negativa känslor som en respons på stressfyllda stimuli, vilket ofta bidrar till föreställningar om att världen är hotfull och upplevelsen att inte ha förmågan att hantera utmanande och negativa händelser (Barlow et al., 2014). Dessa uppfattningar manifesteras i att ha en ökad fokus på kritik från sig själv och/eller andra samt en generell inadekvat känsla av att inte ha kontroll. Extraversion karaktäriseras av en öppenhet och ett självförtroende att engagera sig i sin omgivning (Barlow et al., 2014). Framförallt ”neuroticism” har betydelse för sårbarhet, debut och vidmakthållande av samtliga känslomässiga störningar, inklusive depression, generaliserat ångestsyndrom, social ångest, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom (Brown & Barlow, 2009). Låg grad av extraversion förefaller ha större relevans för specifikt depression och social ångest (Brown & Barlow, 2009). Barlow et al. (2014) argumenterar för att den vanligt förekommande komorbiditeten av olika ångestsyndrom och mellan ångest och depression delvis skulle kunna förklaras av den här underliggande faktorn avseende ”neuroticism”. Barlow och hans teori utgår från att ”neuroticism”, är förknippad med utveckling och vidmakthållande av känslomässiga störningar (Wilamowska et al., 2010).

Affektiv neurovetenskap. Det tredje forskningsområdet som stödjer likheter mellan ångestsyndrom och depression, och därmed stödjer utvecklingen av Barlows modell, härrör från affektiv neurovetenskap. Barlow och hans forskarteam hänvisar till flera studier som visar att gemensamt för ångest- och förstämningssyndrom är en ökad aktivitet i amygdala i samband med konfrontation av ett hotfullt stimuli. Samtidigt har det påvisats en dysreglering av kortikal inhibering av amygdalas responser (Barlow et al., 2014); (Wilamowska et al., 2010). Detta kan

förklara varför personer med ångest- och förstämningssyndrom upplever ökad förekomst och intensitet av negativa känsloupplevelser i jämförelse med personer med god hälsa (Wilamowska et al., 2010).

Etiologi – den trefaldiga sårbarhetsteorin. Det fjärde området utgår från den trefaldiga sårbarhetsteorin, vilken har utvecklats av David Barlow (Barlow, 2011). Teorin utgår från att det förekommer samverkande faktorer av sårbarheter bakom uppkomsten av en känslomässig störning. Enligt Barlow och hans teori kan medfött temperament medföra en ”generell biologisk sårbarhet” men den kan fortsätta att vara vilande om den inte aktiveras av miljöfaktorer (Wilamowska et al., 2010). En ”generell psykologisk sårbarhet” kan uppstå från stressfyllda barndomserfarenheter och/eller från en specifik föräldrastil som ger upphov till en känsla av bristande kontroll och oförutsägbarhet över livshändelser med påföljande förhöjd arousal i sympatiska nervsystemet (Wilamowska et al., 2010). Detta innebär att barnet inhiberas i sin utveckling av effektiva copingstrategier och ”self-efficacy” (Brown & Barlow, 2009). En tredje sårbarhet relateras till en ”specifik psykologisk sårbarhet” och utgörs av att en specifik yttre situation, ett föremål eller ett inre kroppsligt tillstånd får ett särskilt fokus för ångest och förknippas med ett hot utan att de objektivt sett är det (Wilamowska et al., 2010). Den här sårbarheten aktiveras genom stress och inläring. Dessa specifika ångestfokus företräds av diagnosspecifika symtom (Wilamowska et al., 2010).

Sammanfattningsvis har Barlows transdiagnostiska modell utvecklats med utgångspunkt i ovan beskrivna forskningsområden. Modellen vilar på dessa bakomliggande fundamentet av underliggande gemensamma processer och en gemensam psykopatologi istället för på diagnosspecifika symtom. Barlow resonerar att fokus på dessa gemensamma psykologiska processer i behandlingen är ett mer effektivt sätt att behandla den psykiatriska störningen på. Därutav förväntas all komorbiditet hos en patient som genomgår behandlingen att reduceras. Ett ytterligare argument för transdiagnostiska behandlingar är att de är användarvänliga och kostnadseffektiva. Kliniker kan utbilda sig i ett behandlingsprotokoll, vilken kan användas till ett stort antal patienter (Norton & Philipp, 2008)

Transdiagnostiska mekanismer vid känslomässig störning

I utvecklandet av behandlingsmetoden Unified protocol utgår Barlow från forskning och teorier om transdiagnostiska mekanismer beträffande problematiska reaktioner på våra känslor och maladaptiv känsloreglering.

Problematiska reaktioner på våra känslor. Som beskrivits tidigare finns det en stark koppling mellan känslomässiga störningar (som definierats ovan) och ”neuroticism”. Enligt Barlow et al. (2014) är det kombinationen av den generella biologiska och generella psykologiska sårbarheten som utgör grunden för ”neuroticism” och riskerar resultera i ångest- och förstämningssyndrom. Att ha benägenheten att reagera starkt och negativt på känsloupplevelser ökar risken för att använda sig av kognitiva och beteendemässiga strategier för att undvika att konfronteras med negativa känslor eller för att dämpa intensiteten i en obehaglig känsla. Det är alltså både neuroticism och sättet att reagera negativt på känslomässiga upplevelser som tycks utgöra grunden för patologin i den känslomässiga störningen, enligt Barlow et al. (2014); Sauer-Zavala et al. (2012). Campbell-Sills, Ellard & Barlow (2014) argumenterar för att individer med en känslomässig störning tillämpar en tidig uppmärksamhetsbias gentemot hot och negativ information, men är därefter snabba på att rikta bort uppmärksamheten genom att undertrycka eller undvika den negativa känsloupplevelsen. Enligt ”hypervigilans-undvikande” modellen leder ökad uppmärksamhetsbias till minskad informationsprocessande av hotet d.v.s. kognitivt undvikande och ökad undvikanderespons (Campbell-Sills et al., 2014).

Vidare har individer med en känslomässig störning en lägre tolerans för att stå ut med tvetydighet och osäkerhet (Boswell, 2013). Svårigheter att tolerera osäkerhet leder till starkare negativa reaktioner och att känslor lättare upplevs som okontrollerbara och outhärdliga, vilket i sin tur bidrar till intensiva försök att kontrollera sina känslor. Flera studier visar att användandet av kontrollstrategier i syfte att dämpa känslan, tvärtom leder till ökad aktivitet i sympatiska nervsystemet och därmed ökad kroppslig och känslomässig aktivering (Barlow et al., 2014). Detta sätt att tolka och reagera på känslan bidrar till att öka och vidmakthålla de negativa känslorna och symtomen. Således, den negativa känslomässiga reaktionen i sig samt sättet att hantera och dämpa känslan på utgör grunden för den känslomässiga störningen. (Barlow et al., 2014).

Barlow et al. (2014) identifierar tre transdiagnostiska mekanismer som sammantaget fångar problematiska reaktioner på våra känslor, vilka han menar bidrar till att den känslomässiga störningen utvecklas och vidmakthålls:

För det första ”*Anxiety sensitivity*”, vilket innebär att kognitivt värdera ångestrelaterade fysiska symtom som potentiellt farliga och att de förknippas med negativa somatiska, kognitiva och sociala konsekvenser. ”*Anxiety sensitivity*” representerar individens sätt att värdera och reagera på den negativa känslan och är skild från frekvensen och intensiteten av den ångestfyllda känslan (Barlow et al., 2014).

För det andra ”*experiential avoidance*” (upplevelsemässigt undvikande), som utgörs av att inte vilja ha kontakt med inre obehagliga upplevelser (tankar, känslor, fysiologiska sensationer, minnen mm) genom att undvika, undertrycka eller fly. Flera maladaptiva beteenden är förknippade

med undvikande och flykt från negativa starka känslor. (Barlow et al., 2014). Exempelvis *undvikande av aktiviteter* är utmärkande för social ångest, paniksyndrom, PTSD och depression. *Subtillt undvikande* är karaktäristiskt för GAD och tvångssyndrom, som ägnar sig åt ältande och säkerhetsbeteende respektive tvång för att undvika konfronteras med obehaget som är förknippat med ångesten. Vid paniksyndrom är det även vanligt förekommande med subtillt undvikande t ex genom att undvika aktiviteter som skapar ångestliknande somatiska sensationer. Beträffande social ångest är undvikande av ögonkontakt ett frekvent subtillt undvikande. *Kognitivt undvikande* utgörs av att emotionellt undertrycka och att ruminera, vilket är förekommande vid samtliga känslomässiga störningar (Barlow et al., 2014). Att emotionellt undertrycka innebär att intensivt kontrollera och trycka bort obehagliga tankar och upplevelser, vilket paradoxalt får en motsatt effekt, med ökad fysiologisk aktivering. Rumination d v s att repetitivt fokusera på de negativa känslorna och dess orsak, mening och konsekvenser leder ofta till mer rumination och intensifierar negativa känslor (Barlow et al., 2014).

För det tredje ”*deficits in mindfulness*”, vilket utgörs av begränsningar i förmågan att kunna rikta uppmärksamheten till den nuvarande känsloupplevelsen och situationen på ett accepterande sätt utan att kontrollera eller ändra på känslan. Studier har visat att personer med ångest som accepterade känslan upplevde mindre intensiv rädsla, färre katastroftankar och högre villighet att genomgå nya utmaningar till skillnad mot de patienter som i studien som kämpade med att undertrycka känslan (Campbell-Sills et al., 2014). Vidare har studier visat att ha en accepterande hållning till känslor minskar hjärtfrekvens och minskar den subjektiva stressen till skillnad mot att försöka undertrycka känslan (Campbell-Sills et al., 2014). Acceptans och mindfulness bidrar till att öka medvetenheten kring känsloupplevelsen och impulsen att vanemässigt vilja undvika eller kontrollera känslan, vilket möjliggör att kunna välja sina reaktioner på ett adaptivt sätt (Campbell-Sills et al., 2014).

Känsloreglering. Unified Protocol är en transdiagnostisk känslor fokuserad behandling, vilket innebär att behandlingen har utvecklats för att kunna tillämpas hos individer med en känslomässig problematik. Behandlingen betonar det adaptiva och funktionella med känslor samt har fokus på reglering av känsloupplevelser.

Barlow med kollegor har definierat känslor och känsloreglering utifrån Gross (2014) definition, enligt följande. Känslor betraktas som en multimodal företeelse, vilken involverar förändringar i subjektiv upplevelse, fysiologisk reaktion och i handlingsberedskap. Känslor uppstår som en reaktion på ett inre eller yttre stimuli, som har betydelse för människans överlevnad och välmående.

Känsloreglering innefattar den process, som påverkar en känslas upplevelse, varaktighet,

intensitet och uttryck. Den här processen kan befrämja en upp- respektive nedreglering av positiva eller negativa känslor, samt kan finnas på ett kontinuum från att vara automatisk och omedveten till att vara en medveten kraftansträngning (Campbell-Sills et al., 2014). Känsloreglering fyller en viktig funktion. Oreglerade intensiva känslor kan hindra oss från att fokusera på dagliga aktiviteter eller att t ex uppträda socialt accepterat. Målet med känsloreglering är vanligtvis att öka positiva känslor och minska på negativa känslor, men beror på sammanhanget där de förekommer.

Maladaptiv känsloreglering. Barlow skiljer på adaptiv och maladaptiv känsloreglering (Campbell-Sills et al., 2014). Maladaptiv känsloreglering innebär att känsloregleringsstrategin leder till ett misslyckat försök att minska på den oönskade känslan och att det visar sig i ett subjektivt upplevande, i fysiologisk arousal eller i ett oönskat beteende. En maladaptiv känsloreglering uppstår även när den negativa konsekvensen blir större än den kortsiktiga lindringen av den akuta känslan genom negativ förstärkning. Adaptiv känsloreglering befrämjar tvärtom minskat subjektivt obehag samt förmågan att kunna fullfölja kortsiktiga och långsiktiga mål. Effektiv känsloreglering består i att flexibelt kunna välja känsloregleringsstrategier som är relevanta för det sammanhang där känslan förekommer. Barlow argumenterar för att maladaptiv känsloreglering utgör en viktig komponent i uppkomst och vidmakthållande av känslomässiga störningar såsom ångest- och förstämningssyndrom.

Specifika känsloregleringsfärdigheter vid ångestsyndrom. Campbell-Sills et al. (2014) redogör för tre känsloregleringsstrategier, vilka är relevanta vid ångestsyndrom. Dessa är undertryckande (suppression), kognitiv omvärdering och acceptans. Undertryckande är en responsfokuserad känsloregleringsfärdighet som inträffar sent i känsloregleringsprocessen som beskrivits ovan. Studier har visat att undertrycka den subjektiva känslan eller att beteendemässigt inhibera att uttrycka känslan ökar såväl det sympatiska nervsystemets arousal som obehaget av känsloupplevelsen (Campbell-Sills et al., 2014). Att oflexibelt och vanemässigt använda sig av suppression som känsloregleringsstrategi är maladaptivt enligt Campbell-Sills et al. (2014).

Kognitiv omvärdering är en antecedent-fokuserad strategi och används innan den känslomässiga responsen har uppstått. Kognitiv omvärdering innefattar ett aktivt sätt att förändra värderingen av en situation eller förmågan att hantera situationen på ett mer gynnsamt sätt, vilket minskar den negativa känslans intensitet och ökar positiva känslor.

Acceptans är en känsloregleringsstrategi som tillåter känsloupplevelsen utan att försöka ändra eller undertrycka den. På sätt och vis är acceptans inte en känsloregleringsstrategi per definition eftersom den inte syftar till att förändra känslan, utan snarare är en attityd till känslan. Acceptans och mindfulness syftar till att öka medvetenheten kring känsloupplevelsen och den

vanemässiga impulsen att vilja undvika eller undertrycka, vilket skapar förutsättningar för att reagera på ett mer adaptivt sätt.

Sammanfattningsvis tycks individer med ångeststörning i större utsträckning använda sig av maladaptiva strategier som undertryckande (suppression) och mindre av adaptiva strategier som kognitiv omvärdering och acceptans (Campbell-Sills et al., 2014). Unified Protocol som föreliggande studie inriktar sig på är utarbetad i syfte att reducera maladaptiva känsloregleringsstrategier, som har beskrivits i stycket ovan, öka adaptiva känsloregleringsstrategier och att frambringa utsläckning av obehagsreaktioner på intensiva negativa känslor (Barlow, 2011).

Beskrivning av behandlingsprogrammet Unified Protocol

Unified protocol är en transdiagnostisk känslufokuserad behandling. David Barlow (2011) och hans team har utvecklat ett behandlingsprogram som är utformat för att kunna användas effektivt vid känslomässiga störningar, som i stora drag består av alla ångeststörningar och depression. Fokus ligger på de gemensamma underliggande transdiagnostiska mekanismerna, som motiveras av aktuell kunskap från emotionsforskning och neurovetenskap, som beskrivits ovan. Utgångspunkten är hur patienter med känslomässiga störningar processar och hanterar känsloupplevelser. Barlow förenar denna aktuella kunskap med befintlig evidensbaserad KBT vid känslomässiga störningar. Behandlingsprogrammet utgår från en uppsättning terapeutiska principer inom KBT med god evidens. Dessa är: utsläckning; förhindra användandet av kognitiva och beteendemässiga undvikandestrategier; beteendemässig, känslomässig och interoceptiv exponering; identifiering och modifiering av maladaptiva kognitioner. Mindfulness och acceptans av inre känslomässiga upplevelser är betydelsefulla inslag i behandlingen.

Unified Protocol fokuserar på dels interaktionen av tankar, kroppsliga reaktioner och beteenden och hur dessa tillsammans genererar känsloupplevelser, dels på problematiska reaktioner och regleringsstrategier av dessa känsloupplevelser. Syftet med behandlingen är att lära patienten att identifiera maladaptiva strategier för känsloreglering, såsom att undvika eller undertrycka känsloupplevelser och att utveckla mer adaptiva strategier. Behandlingsarbetet utgörs av omvärdering av maladaptiva kognitiva värderingar, förändra känslostyrda problematiska beteenden, förhindra känslomässigt undvikande och exponering av känslomässiga upplevelser. Unified Protocol betonar det adaptiva och funktionella med känslor. Målet med behandlingen är att lära patienten bättre möta och uppleva obehagliga känslor för att kunna förstå vilka aspekter av upplevelsen som är funktionell och finns där för att förmedla viktig information och vilka aspekter som är värderingar av eller negativa reaktioner på en upplevelse. Ett grundläggande mål är att öka toleransen för känslor och att lära sig agera ändamålsenligt.

Behandlingen är manualbaserad och består av fem grundläggande behandlingsmoduler som riktar in sig på olika strategier från KBT med fokus på att utveckla fem olika centrala adaptiva strategier för reglering av känsloupplevelser. Utöver dessa fem huvudmoduler föregås en modul som är inriktad på att öka motivationen och engagemanget för behandlingen samt viljan att förändras, samt en modul som ökar förståelsen för vad känslor är. En sista modul handlar om att vidmakthålla framstegen och återfallsprevention. Modulerna bygger på varandra och arbetas igenom steg för steg. En ingående redogörelse för innehållet i respektive modul presenteras i metodavsnittet i avsnittet beträffande behandling. Nedan redovisas en översikt av behandlingens åtta moduler.

Modul 1: Öka motivation för engagemang i behandlingen

Modul 2: Förstå känslor. Känn igen och kartlägg känsloupplevelser

Modul 3: Övning i känslomässig medvetenhet: att lära sig att observera upplevelser

Modul 4: Kognitiv värdering och omvärdering

Modul 5: Känslomässigt undvikande. Känslostyrda beteenden

Modul 6: Medvetenhet om och tolerans för kroppsliga förmimmelser

Modul 7: Interoceptiv och situationsbaserad känslomässig exponering

Modul 8: Resultat, vidmakthållande och återfallsprevention

Tidigare forskning om Unified Protocol

Reinholt och Krogh (2014) har i en metaanalys undersökt effektiviteten av transdiagnostisk kognitiv beteendeterapi (TCBT) av ångeststörningar. Resultatet från 11 TBCT studier gav positiva resultat. TBCT-patienterna gjorde bättre ifrån sig i jämförelse med väntelista och treatment-as-usual. Förbättringen kvarstod vid uppföljning. Resultaten visade sig ha en moderat effekt. Endast en studie jämfördes gentemot en diagnosspecifik behandling. Författarna menar att de positiva resultaten stödjer fördelarna med behandlingen i synnerhet för patienter med komorbiditet.

Beträffande studier på Unified Protocol utvärderades den senaste versionen av behandlingsprogrammet i en öppen pilotstudie 2010 (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow, 2010). Patienterna var diagnostiserade med ett ångest- eller förstämningssyndrom. Resultaten visade att 73 % svarade på behandlingen och 60 % uppnådde i slutet av behandlingen en hög funktionsnivå. Resultaten förbättrades vid en uppföljning efter sex månader, då ansågs 85 % ha svarat på behandlingen och 69 % hade uppnått en hög funktionsnivå. Behandlingen med UP reducerade frekvensen och styrkan av symtomen av både huvuddiagnosen och de komorbida diagnoserna.

En randomiserad kontrollerad studie av Unified Protocol genomfördes 2012 (Farchione et al., 2012). En diagnostiskt heterogen grupp av ångeststörningar som huvuddiagnos (37 patienter)

deltog i 18 sessioner av behandlingen samt vid ett uppföljningstillfälle sex månader efter avslutad behandling. Resultaten visade på en signifikant förbättring i såväl ångest- som depressionssymtom, nivå av positiva och negativa känslor samt förhöjd funktionsnivå. Förbättringen kvarstod vid uppföljningen. Resultatet från den här RCT-studien gav ytterligare evidensbaserat stöd för behandling av en ångeststörning med komorbiditet av såväl annan ångestsjukdom som av depression. Studien var dock relativt liten och en större randomiserad kontrollerad studie uppges ha påbörjats nyligen med ett sampel på 250 patienter (Barlow et al., 2014). Studien syftar till att jämföra Unified Protocol med fyra väletablerade behandlingsmanualer för generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom, social ångest och paniksyndrom med eller utan agorafobi (Barlow et al., 2014).

Det har genomförts ett par studier i vilka man undersökt förändringsmekanismer i Unified Protocol. Boswell et al. (2013) undersökte förekomsten av ”anxiety sensitivity” (AS) hos känslomässiga störningar samt om AS förändrades i samband med att den transdiagnostiska interventionen interoceptiv exponering, introducerades. Studien visade att AS existerade i samtliga diagnoser vid förmätningen samt att AS minskade vid eftermätning i samtliga diagnoskategorier. Vidare framkom att minskningen inträffade i samband med introducerandet av modulen med interoceptiv exponering.

I en studie av Boswell, Anderson, & Barlow (2014) undersöktes tre transdiagnostiska förändringsmekanismer; mindfulness, kognitiv omvärdering och upplevelsemässigt undvikande i Unified Protocol samt relationen till introducerandet av specifika transdiagnostiska interventioner. Studien var en singel-case studie av en kvinnlig patient med depression som huvuddiagnos och generaliserat ångestsyndrom som komorbid diagnos. Studien visade en signifikant förbättring i såväl icke-värderande medveten närvaro och kognitiv omvärdering som minskning i depression och ångest från förmätning till eftermätning. Modulen som hade temat öka icke-värderande medveten närvaro hade störst påverkan på att öka mindfulnessfärdigheter, som i sin tur föregick minskning i depression och ångest. Modulen som hade temat att känna igen och kartlägga känslor hade störst påverkan på kognitiv omvärdering även om efterföljande moduler också hade inverkan. Förändringar i förmågan till kognitiv omvärdering associerades med minskning av depression och förändring i kognitiv omvärdering föregick förändring av depression (Boswell et al., 2014).

Syfte och frågeställningar

Författarna tänker undersöka ett antal olika aspekter av en behandling med Unified Protocol i gruppformat. Av intresse är frågan om symptomen minskar hos patienterna under behandlingen, om de meddelar upplevd förhöjd livskvalitet samt om känsloregleringsfärdigheter stärks. Syftet är vidare att undersöka om färdigheter i känsloreglering sammanfaller och även föregår en eventuell

symtomlindring.

Våra frågeställningar är:

- a) Sker någon symtomlindring och upplevt förändrad livskvalitet under behandlingens gång? Märks en symtomlindring av både ångest och depression, eftersom det antas vara underliggande känsloreglerande mekanismer som påverkas av behandlingen?
- b) Stärks specifika känsloregleringsfärdigheter under behandlingens gång? Sker det i så fall inpå introducerandet av behandlingsmodulen som aktualiserar denna färdighet?
- c) Sammanfaller symtomlindring med ökade färdigheter i känsloreglering? I sådana fall föregår ökade känsloregleringsfärdigheter symtomlindring?

Hypoteser. Patienterna i studien förväntas uppnå symtomlindring vad beträffar såväl ångest som depression samt uppleva förhöjd livskvalitet. Patienterna förväntas därtill stärka sina känsloregleringsfärdigheter under behandlingens gång. En ytterligare hypotes är att symtomlindring och stärkta känsloregleringsfärdigheter sammanfaller och att de sistnämnda föregår symtomlindring i tid.

Metod

Deltagare

Rekrytering av patienter. Patienterna i studien rekryterades på en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning i Malmö där båda författarna arbetade som psykologer vid tillfället för behandlingen. Hela mottagningens vårdgivare informerades i god tid om att författarna skulle starta en gruppbehandling utifrån KBT enligt Unified Protocol och uppmanades att hänvisa patienter med ångestproblematik till oss. Sålunda tillhörde patienterna en befintlig grupp patienter som var aktualiserade som patienter inom specialistpsykiatri.

Författarna kallade merparten av de patienter som hänvisades till oss via journalsystemet Melior för bedömningssamtal. Den patient som inte kallades uppfyllde våra exklusionskriterier i form av en diagnostiserad svår ätstörning. De som kom på bedömningssamtal intervjuades och informerades om behandlingen och dess förutsättningar. Patienterna informerades också om att behandlingen ingick i ett forskningsprojekt inom ramarna för vår utbildning och de informerades om de specifika omständigheterna med extra testningar samt sekretessaspekter.

Av de patienter som uppfyllde inklusionskriterierna tackade 8 personer ja och inkluderades i behandlingen. Sex personer infanns sig till första sessionen. Tre personer genomförde hela behandlingen.

Inklusions- respektive exklusionskriterier. Inklusionskriterierna var att patienterna skulle vara aktualiserade för psykoterapeutisk behandling på mottagning samt fått primärdiagnos ångeststörning enligt ICD 10-systemet av mottagningens läkare. Till ångeststörningar hör exempelvis Generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom med eller utan agorafobi, social fobi och tvångssyndrom. Komorbida tillstånd som annan känslomässig störning, exempelvis depression, godtogs men var inget inklusionskriterie.

De exklusionskriterier vi uppställde var aktivt missbruk; psykosjukdom; uttalad suicidalitet eller kända parasuicidala beteenden; svårare personlighetsstörning, PTSD, OCD, BDD eller ätstörning; begränsad förmåga i svenska.

Diagnostisering. Samtliga av de kallade hade ångeststörning av blandad typ som diagnos, ställd efter ICD 10-systemet. Av de tre patienter som genomförde hela behandlingen hade samtliga också förstämningssymtom. Två hade tilläggsdiagnos egentlig depression med återkommande episod, en egentlig depression med enstaka period. Alla stod på medicinering med stämningsstabiliserande medicin av SSRI-typ.

Beskrivning av sampel. Den ursprungliga gruppen av åtta patienter, som kallades till det första behandlingstillfället utgjordes av sex kvinnor och två män i åldrarna 21 till 56 år. En patient uteblev från första behandlingstillfället, två patienter avbröt behandlingen efter första gången och ytterligare två uteblev så många gånger under behandlingens första sex tillfällen att de avslutades efter halva behandlingen. Någon avhopsanalys är inte gjord, men spontana kommentarer från några av avhopparna vittnade om att motivationen påverkades av exempelvis gruppkontexten, hemuppgifter samt egna studier som krävde närvaro parallellt vid behandlingstillfällena.

De återstående tre personer som genomförde hela behandlingen var kvinnor; en 21 år gammal med diagnos paniksyndrom, social fobi och depressiv episod; en 32 år med diagnos GAD och recidiverande depressioner; en 56 år med paniksyndrom, GAD och depressiv episod. Den 32-åriga kvinnan deltog i samtliga behandlingstillfällena, den 56-åriga i alla utom en och den 21-åriga i alla utan fyra.

Instrument

Frågebatteri vid samtliga sessioner. Det förekommer flera självskattningsinstrument för att mäta olika aspekter av känsloregleringsstrategier. Författarna i föreliggande studie har valt ut subskalor från olika självskattningsformulär i syfte att försöka hitta subskalor som passar för de känsloregleringsstrategier som lärs ut i respektive huvudmodul i Unified Protocol. Med anledning av att patienterna skulle skatta sig själva i samband med samtliga sessioner valdes subskalor ut för att begränsa antalet frågor. Författarna ansåg inte att något av de befintliga självskattningsinstrumenten i sin helhet kunde fånga upp samtliga färdigheter från sex olika modulerna varpå subskalor från tre olika test valdes ut, vilka presenteras nedan. Dessutom besvarade respondenterna vid samtliga sessionstillfällen på Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) och Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS), vilka ingår i behandlingsprogrammet i syfte att mäta fortlöpande symtom på ångest- och depressionsstyrka och funktionsnedsättning. Dessa tester är inte standardiserade efter svenska förutsättningar, vilket författarna tar hänsyn till i dataanalysen.

The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). ERQ utvecklades av Gross och John (2003) och bygger på Gross känsloreglerings modell (Gross, 2014). Instrumentet är ett självskattningsformulär och mäter känsloregleringsprocesser. ERQ fokuserar på två strategier för känsloreglering: kognitiv omvärdering och expressivt undertryckande (suppression) av känslan.

ERQ består av 10 items där respondenterna får gradera i vilken utsträckning de tänker eller

beter sig på ett visst sätt i situationer för att påverka och reglera sina känslor. Respondenten graderar sig på en 7-gradig likertskala, där 1 innebär ”instämmer absolut inte”, 4 ”neutral” och 7 innebär ”instämmer helt och hållet”. ERQ består av två skalor; kognitiv omvärdering med 6 items och expressivt undertryckande med 4 items.

Intern konsistensen är hög för båda skalorna. Cronbach's alfa anges ligga på 0,79 för skalan ”kognitiv omvärdering” och 0,73 för skalan ”expressivt undertryckande”. Test-retest reliabiliteten är 0,69.

I den här studien används enbart skalan kognitiv omvärdering med syftet att fånga regleringsstrategier som lärs ut i modul 4 (kognitiv värdering och omvärdering) i Unified Protocol (se tabell 1).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). DERS är ett självskattningsformulär som mäter känsloregleringsstrategier. Skalan består av sex subskalor med sammanlagt 36 items. Alla items poängsätts på en femgradig skala från 1 (nästan aldrig) till 5 (nästan alltid). Instrumentet utvecklades av Gratz och Roemer (2004) i syfte att tillverka ett instrument för att mäta känsloreglering och dysfunktionell reglering. De ville utvidga begreppet känsloreglering till att inte bara innefatta modulering av känslor arousal utan även medvetenhet och förståelse av känsloupplevelsen, såväl som acceptans av känslan samt förmågan att agera i önskvärd riktning trots stark känslopåverkan. Genom faktoranalys framkom sex faktorer som samtliga återspeglar sex separata dimensioner av känsloreglering:

- Faktor 1: ICKE-ACCEPTANS (icke-acceptans av känslorrespons.)
- Faktor 2: MÅL (svårigheter att engagera sig i mål-inriktat beteende vid upplevelse av negativa känslor.)
- Faktor 3: IMPULSIVITET (svårigheter att kontrollera impulser i samband med negativa känslor.)
- Faktor 4: MEDVETENHET (brist på känslomässig medvetenhet.)
- Faktor 5: STRATEGIER (bristande tillgång till effektiva regleringsstrategier.)
- Faktor 6: KLARHET (brist på förståelse för den känslomässiga responsen.)

Testet som helhet har god reliabilitet och validitet. Intern konsistensen mättes med Cronbach's alfa och var 0,93 för testet som helhet och samtliga subskalor hade Cronbach över 0,80. Test-retest reliabilitet är $r = 0,88$ (på 4 veckor), samt konstruktvaliditeten var god (Gratz & Roemer, 2004).

I föreliggande studie används subskalorna ”icke-acceptans”, ”mål” och ”medvetenhet”. Subskalan ”medvetenhet” är tänkt att mäta regleringsstrategier som lärs ut i modul 2 (Förstå

känslor) och subskalan ”icke-acceptans” är tänkt att mäta modul 3 (Icke-värderande känslomässig medvetenhet). Subskalan ”Mål” är tänkt att fånga upp regleringsfärdigheter som lärs ut i modul 5 (känslomässigt undvikande och känslostyrt beteende) (se tabell 1).

The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). MEAQ är ett självskattningsformulär bestående av 62 items fördelade på sex subskalor (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero & Watson, 2011). Testet mäter upplevelsemässigt undvikande och har associationer med psykopatologi av depression- och ångesttillstånd samt livskvalitet. Upplevelsemässigt undvikande definieras som en ovillighet att bibehålla kontakt med obehagliga tankar, känslor, minnen och kroppsliga sensationer. Genom faktoranalys framkom sex robusta faktorer med god intern konsistens med Cronbach´s alfas över 0,83. Cronbach´s alfa för hela MEAQ är 0,91-0,92. De sex subskalorna är:

- Undvikandebeteenden (11 items) Undvika situationer som skapar fysiologiskt obehag och stress.
- Aversion mot obehag (13 items) Negativa bedömningar och attityder gentemot obehag, att inte acceptera obehag.
- Prokrastinering (7 items) Skjuter upp uppgifter som skapar obehag.
- Distraction/Suppression (7 items) Försök att ignorera eller undertrycka obehag.
- Repression/förnekande (13 items) Distansera och dissociera sig bort från obehag, vilket innebär att inte vara medveten om obehaget.
- Uthärda obehag (11 items) Villighet att agera effektivt trots obehag.

Föreliggande studie har valt ut subskalorna ”Aversion mot obehag” och ”Uthärda obehag”. Subskalan ”Aversion mot obehag” är tänkt att fånga upp regleringsfärdigheter i modul 6 (medvetenhet och tolerans för kroppsliga förnimmelser.) Subskalan ”Uthärda obehag” är vald i syfte att fånga upp färdigheter som lärs ut i modul 7 (interoceptiv och situationsbaserad känslomässig exponering).

ODSIS (Overall depression and impairment scale). ODSIS är ett självskattningstest avsett att mäta depressiva symtom och relaterad funktionsnedsättning obundet till specifik diagnos, framtaget som ett tillbehör till Unified Protocol av upphovsmännen bakom behandlingen (Bentley, Gallagher & Barlow, 2014). Testet består av fem items som graderas på en skala 0-4, följaktligen kan testpersonens resultat bli max 20 poäng och som minst 0 poäng. Barlow med kollegor har konstruerat testet för att det ska administreras vid varje behandlingssession tillsammans med motsvarande testet OASIS vilket mäter ångestsymtom. I behandlingsmaterialet medföljer en graf

med symtomstyrka längs den vertikala axeln och tidsförloppet med antalet sessioner längs den horisontella. Syftet är att testresultaten från ODSIS respektive OASIS ska införas varje vecka i grafen för att man ska få en överskådlig bild över stämningslägets variationer över tid och hur patienten påverkas av behandlingen.

Testets fem items avser att täcka fem aspekter av patientens depressiva tillstånd: symtomens frekvens; symtomens intensitet; symtomens inverkan på jobb eller skola; symtomens inverkan på socialt liv relationer; symtomens koppling till passivitet.

Testet har god validitet och reliabilitet, enligt upphovsmännen som utprovat det på 800 testpersoner uppdelade på tre sampels utgjorda av psykiatriska öppenvårdspatienter, studenter och slumpvist utvalda vuxna personer i kommunen. Testets interna konsistens mättes med Cronbach Alfa och var 0,94 för testet som helhet, hos ett sampel öppenvårdspatienter, 0,91 för ett sampel studenter och 0,92 för ett sampel lokalpopulation. Test-retest reliabiliteten går inte att konstatera då upphovsmännen inte har undersökt detta (Bentley et al., 2014).

OASIS (Overall anxiety and impairment scale). OASIS är ett test som avser att mäta ångestsymtom och relaterad funktionsnedsättning på motsvarande vis som ODSIS. Det bygger på samma struktur som ODSIS med fem items kopplade till ångestens motsvarande intensitet, frekvens och påverkan på aktivitet och socialt liv. Testets item skattas också på motsvarande skala 0-4.

Detta test är dock inte framtaget av Barlow med kollegor, utan av Noman, Cissel, Means-Christensen och Stein (2006). Upphovsmännen utprovade det på drygt 700 psykologstudenter i Kalifornien. Internkonsistensen hos OASIS uppges vara 0,80 och Standardavvikelsen är 3,05. Test-retestvaliabiliteten över en månad är 0,82.

Frågebatteri vid för-, efter- och uppföljningsmätning. Patienterna i föreliggande studie har fått fylla i tre självskattningsformulär, som presenteras i kommande stycke. Patienterna har svarat på frågorna vid tre tillfällen; vid session 1 (första behandlingstillfället) och session 12 (sista behandlingstillfället) samt vid uppföljning två månader efter avslutad behandling.

The World Health Organisations quality of life (WHOQOL-BREF). WHOQOL-BREF består av 26 items och har utvecklats som en kort version av WHOQOL-100. Instrumentet har utvecklats av WHO för att användas vid epidemiologiska studier och vid kliniska undersökningar. WHOQOL-BREF är ett internationellt instrument, vilken har utformats för att fånga en individs uppfattning av livskvalitet i fyra olika aspekter av livet; fysisk hälsa, psykisk hälsa, sociala relationer, omgivning och miljö. Respondenterna graderar på en femgradig likertskala, någon av dessa aspekter - upplevd intensitet, kapacitet, frekvens, värdering kopplat till ett item. Med andra

ord items frågar efter t ex ”hur ofta”, ”hur bra” eller ”hur tillfredsställd” respondenten känt sig i olika domäner de två senaste veckorna. Instrumentets psykometriska egenskaper undersöktes i en omfattande studie med patienter från 23 länder (Skevington, Lofty, & O’Connell, 2004). Resultaten visade att WHOQOL-BREF har goda till excellenta psykometriska kvalitéer av reliabilitet och god validitet. Test-retest reliabiliteten är 0,75.

Becks Depression Inventory-II (BDI-II). BDI är ett självskattningsformulär som mäter grad av depressivitet och stämmer bra överens med diagnosmanualen DSM-VI. Instrumentet baserades ursprungligen på kliniska observationer och frekvent förekomna besvär som beskrevs av psykiatripatienter. Instrumentet uppgraderades 1996 av Beck, Steer & Brown (2005). Den interna reliabiliteten har visat sig vara hög 0,91 och test-retest reliabiliteten var 0,93. (Beck et al., 2005). Inventoriet består av 21 items avsedda att mäta 21 olika symtom och attityder. Respondenten får gradera svårighetsgrad av depression de senaste två veckorna på en fyrgradig skala. I tolkningen förekommer cut-off-gränser för fyra olika svårighetsgrader av depression baserat på antal sammanlagda skattade poäng: Minimal: 0-13, lindrig: 14-19, måttlig: 20-28, svår: 29-63.

Becks Anxiety Inventory (BAI). BAI är ett välanvänt självskattningsformulär som mäter grad av ångestsymtom. Inventoriet består av 21 items och respondenten ska gradera hur ofta symtomet har förekommit under den senaste veckan på en fyrgradig skala. I tolkningen förekommer cut-off-gränser för fyra olika svårighetsgrader av ångest baserat på antal sammanlagda skattade poäng: (Minimal: 0-7, lindrig: 8-15, måttlig: 16-25, svår: 26-63). Instrumentet har en god diskriminativ validitet med sin förmåga att skilja ångest från depression. Reliabiliteten mätt i Cronbachs alfa är 0,92 och test-retest reliabiliteten på en vecka är 0,75 (Beck & Steer, 2005).

Redovisning av behandlingsmoduler och relaterade känsloregleringsfärdigheter

Tabell 1. Redovisning för när behandlingsmodulerna introduceras samt relaterad känslohanteringsfärdighet som mäts med utvald subskala.

Behandlingsmodul	Relaterad känsloregleringsfärdighet
1. Öka motivation för engagemang för behandlingen (Session 1)	
2. Förstå känslor. Känn igen och kartlägg känsloupplevelser (Session 2)	”Medvetenhet” mäts med subskala DERSc
3. Övning i icke-värderande känslomässig medvetenhet (Session 3)	”Icke-acceptans”, mäts med subskala DERSa samt ”Medvetenhet” mäts med subskala DERSc
4. Kognitiv värdering och omvärdering (session 4)	”Kognitiv omvärdering”, mäts med subskala ERQ
5. Känslomässigt undvikande och känslostyrda beteenden (Session 5)	”Mål”, mäts med subskala DERSb
6. Medvetenhet om och tolerans för kroppsliga förnimmelser (session 6)	”Aversion mot obehag”, mäts med subskala MEAQa
7. Interoceptiv och situationsbaserad känslomässig exponering (session 7 - 11)	”Uthärda obehag”, mäts med subskala MEAQb
8. Resultat, vidmakthållande och återfallsprevention (Session 12),	

Design

Vår studie är upplagd som en deskriptiv single case series design. Detta är en deskriptiv design som används för att följa en eller flera patienter som t.ex. genomgår samma terapeutiska behandling under jämförbar tidsrymd i form av fallstudier (Kooistra, Dijkman, Einhorn & Bhandari, 2009). Författarna valde denna design då syftet var att beskriva förändringar under behandlingens gång. På grund av det låga antalet patienter har vi inte gjort några statistiska beräkningar eller jämförelser på gruppnivå.

Under studiens gång har patienterna fått göra självskattningar vid inledningen av respektive behandlingssession, vilka var sammanlagt tolv stycken. Därtill gjordes självskattningar vid en uppföljning två månader efter att behandlingen avslutats. De självskattningar som gjordes var OASIS och ODSIS samt det frågeinventarium för skattning av känsloregleringsfärdigheter som författarna satt ihop enligt tidigare beskrivning. Studiens upplägg byggde på avsikten att

kontinuerligt följa patienternas variationer i stämningsläge och förmåga till känsloreglering under behandlingens framskridande samt studera om eventuella förändringar sammanföll. En risk med detta upplägg är dock att en s.k. testeffekt kan uppträda, d.v.s. att patienterna i upprepad skattning med samma test tenderar att svara mer sanningsenligt och positivt efterhand (Shadish, Cook & Campbell, 2002).

Utöver dessa skattningar testades patienterna före och efter avslutad behandling samt vid uppföljningen två månader senare med BDI-II (Becks depression Inventorium, BAI (Becks Anxiety Inventorium) och WHOQOL-BREF (WHO Quality of life BREF) vilket avser att mäta livskvalitet.

Procedur

Efter att ha arbetat med Unified Protocol som individualbehandling på varsin hand valde vi ett behandlingsupplägg i gruppformat omfattande 12 sessioner som Barlow tagit fram (verksampsykologi.com).

När vi bestämt datum för behandlingstarten informerade vi muntligen och skriftligen våra kolleger på den allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagning i Malmö där vi jobbar att vi riktade oss till patienter med ångest som primärdiagnos i vår behandling. Våra kollegors selektering av potentiellt lämpliga patienter skedde under konferenser i mottagningens två basteam.

När en patient bevakats till oss via journalsystemet kallades hon till ett bedömningsamtal enligt beskrivning ovan. Utöver intervju och information om behandlingen upplystes patienten om studien och dess förutsättningar och hon fick med sig en samtyckesblankett att signera hemma och skicka in till mottagningen ifall hon ville delta.

Testningar. Varje session sträckte sig över 90 minuter behandling. Sessionerna inleddes dock med en tilläggstid av 15 minuter då patienterna fick ägna sig åt självskattningar.

Vid inledningen till den första sessionen fick patienterna fylla i BAI II, BDI-II, WHOQOL samt OASIS, ODSIS och det inventorium för känsloregleringsfärdigheter vi har satt ihop. Vid session 2-11 fyllde patienterna endast i de tre sistnämnda testerna. Vid session tolv fyllde patienterna återigen i samtliga tester, d.v.s. samma som vid session ett. Två månader efter behandlingsavslut kallades de tre patienter som genomfört behandlingen för uppföljning. De fick då återigen fylla i samtliga tester och blev därtill intervjuade om sin subjektiva upplevelse av behandlingen och dess resultat samt hur de använde sina känsloregleringsfärdigheter efter avslutad behandling.

Kvalitativa intervjuer. De intervjuer som gjordes vid uppföljningstillfället två månader efter avslutad behandling utgick från följande frågeställningar:

1. Vilka färdigheter har du utvecklat och vilken nytta har du haft av behandlingen?
2. Hur mår du generellt och hur fungerar din vardag idag?
3. Hur reflekterar du kring att testresultaten var så fluktuerande?
4. Vad var problematiskt med terapin och vad saknades? Vad berodde avhoppet på, tror du?

Behandlingen. Inför behandlingen försågs patienterna med en arbetsbok innehållande illustrationer, övningar och hemuppgifter. Sessionerna inleddes med genomgång av hemuppgifter och repetition av förgående session. Därefter genomfördes psykoedukation av centrala begrepp och övningar för att träna på de färdigheter som lärdes ut. I slutet av sessionen fick klienterna sammanfatta de viktigaste lärdomarna under sessionen och slutligen fick klienterna nya hemuppgifter. En viktig del av behandlingen var att klienterna övade på sina nya känsloregleringsfärdigheter mellan sessionerna, för att skapa nya erfarenheter som genererade nyinläring och automatisering. Genomgående betonades att behandlingsresultatet vid behandlingens slut berodde på det engagemang klienten lade ner på att utföra hemuppgifter samt upprepade exponeringsövningar. Således utgjorde hemuppgifterna en central roll i behandlingen. Behandlingen byggde på de moduler och den struktur som redovisas i uppsatsens inledningsdel. Den omfattade 12 sessioner om vardera 90 minuter. Behandlingen är ursprungligen utformad för individualterapi och beräknas då sträcka sig över 12 till 18 sessioner om 50-60 minuter. Vi har använt oss av en struktur för gruppbehandling som behandlingens upphovsman David Barlow tagit fram, vilken anger under vilka sessioner respektive behandlingsmodul ska introduceras (verksampsykologi.se). Nedan redogörs innehållet för de åtta modulerna som arbetas igenom steg för steg:

1. *Öka motivationen för behandlingen*

Den här första modulen syftar till att öka patientens villighet och motivation till behandlingen. Patienten får beskriva för- och nackdelar med att förändras mot att fortsätta som tidigare. Den här "beslutsbalansen" kan sedan användas under behandlingens gång när motivation sviktar för att stärka motivationen och engagemanget som krävs för att genomföra exponeringar. I den här modulen får även patienten sätta upp mål för behandlingen som bryts ner i konkreta delmål.

2. *Förstå känslor*

I den här modulen ligger fokus på psykoedukation kring känslors natur och att förstå det adaptiva med känslor. Patienten får lära sig att känna igen tre komponenter av känsloupplevelser: kroppsliga reaktioner, tankar och beteende. Genom att observera och kartlägga sina känsloupplevelser lär patienten att känna igen faktorer som vidmakthåller.

3. *Öka känslomässig medvetenhet i nuet (grundläggande färdighet)*

Den första grundläggande färdigheten omfattar dels att förstå vad det är som händer under en känsloupplevelse genom att lära sig att observera sig själv och dels att öva på en icke-värderande medvetenhet om sina känsloupplevelser i nuet. I den här modulen fördjupas känslomedvetenheten ytterligare. En ökad icke-värderande självmedvetenhet bidrar ofta till att känslor ”bromsar in” och känslorna upplevs som mer hanterbara. Patienten kommer att lära sig att uppmärksamma växelverkan av tre komponenter: tankar, kroppsliga reaktioner och beteenden, som bidrar till själva känsloupplevelsen och obehaget. Att förstå vilket sammanhang känslor uppstår är betydelsefullt, att bli medveten om vad som utlöser obehagskänslor, sina reaktioner på dessa känslor och vad reaktionerna får för konsekvenser. Genom att sätta känsloupplevelsen i relationen till den pågående situationen går det att upptäcka om den känslomässiga reaktionen stämmer överens med situationen som orsakade den eller om känslorna är överdrivna och resultatet av t ex negativa bedömningar, katastroftankar och dysfunktionella handlingsimpulser. I den här modulen utvecklas färdigheten genom övningar i medveten närvaro i nuet/mindfulness och i att framkalla känslor.

4. *Öka kognitiv flexibilitet (grundläggande färdighet)*

Den andra grundläggande färdigheten utgörs av att utmana negativa och ångestfyllda bedömningar av situationer och kroppsliga sensationer. Att förstå hur tankar påverkar känslor och att upptäcka två grundläggande missbedömningar: den ena att överskatta sannolikheten att något negativt ska hända (eller att dra förhastade slutsatser) och för det andra katastroftankar (eller att tro det värsta). Tyngdpunkten ligger inte på att undertrycka negativa tankar och ersätta de med mer adaptiva eller realistiska värderingar, utan att öka den kognitiva flexibiliteten i hur patienten värderar olika situationer, som en adaptiv strategi för att reglera känslor.

5. *Motverka känslomässigt undvikande och känslostyrda beteenden (grundläggande färdighet)*

I den här modulen ligger fokus på att förstå på vilket sätt vårt beteende bidrar till känsloupplevelsen. En tredje färdighet är att identifiera och motverka undvikande och känslostyrda beteenden som ofta leder till en kortsiktig lindring genom negativ förstärkning, men som förvärrar känslomässigt obehag på lång sikt. Att upptäcka mönster och förstå hur vårt beteende vidmakthåller obehag möjliggör att arbeta med att förändra nuvarande känslomässiga maladaptiva reaktionsmönster. Minskning av undvikande och känslostyrt beteende möjliggör full aktivering av känsloupplevelsen, vilket skapar förutsättningar för habituering, utsläckning, känna kompetens att hantera situationer samt nyinlärning d.v.s. att befintliga föreställningar om den fruktade situationen och sin förmåga att tolerera negativa känslor utmanas och omvärderas.

6. *Öka medvetenheten om och toleransen för fysiska förnimmelser som är förknippade med starka känslor (grundläggande färdighet)*

Syftet med den här modulen är att öka medvetenheten om vilken roll kroppsliga sensationer spelar för känsloupplevelser. Fysiska symtom kan signalera att känslan är starkare än vad den egentligen är. Patienten får lära sig att bli uppmärksam om hur fysiska sensationer påverkar tankar och beteende samt hur tankar och beteenden kan påverka de fysiska sensationerna. Den fjärde grundläggande färdigheten tränas på genom interoceptiv exponering d.v.s. att i övningar aktivt framkalla och ”vara kvar” i fysiska kroppsreaktioner som påminner om ångest och obehag. Syftet är att öka toleransen för kroppsliga förnimmelser

7. *Interoceptiv och situationsbaserad känslomässig exponering (grundläggande färdighet)*

Den sista färdigheten innefattar att exponera sig för obehagliga känsloupplevelser och problematiska situationer som är förknippade med patientens problematik. Exponeringen kan ske i förhållande till tankar, minnen eller kroppsliga sensationer eller i samband med situationer som är förknippade med obehag och undvikande. I den här modulen får patienten möjlighet att träna på de strategier och färdigheter som patienten har lärt sig i behandlingen. Patienten får upprätta en hierarki för känslomässigt undvikande som patienten stegvis ska konfronteras med och modifiera sina reaktioner på känslorna. Exponeringen syftar till att frambringa utsläckning och nyinläring. Målet är att öka toleransen för känslor. Den här modulen upplevs ofta som den mest krävande delen för patienten.

8. *Resultat, vidmakthållande och återfallsprevention*

Behandlingen avslutas med genomgång och diskussion av behandlingsresultaten och hur patienten kan vidmakthålla sina nya färdigheter samt att ta fram strategier för återfallsprevention.

Dataanalys

Eftersom vi endast har data från tre patienter i vår studie har vi inga möjligheter att mäta någon statistisk signifikans på gruppnivå beträffande behandlingseffekt. Istället har vi bearbetat data på individnivå i form av en serie fallstudier, där vi undersökt om mätningarna på de olika subskalorna uppfyller kriterierna för reliabel förändring respektive klinisk signifikant förändring.

Vi har också undersökt om ökade färdigheter i känsloreglering sammanfaller med symtomlindring samt förändrad livskvalité hos respektive patient under behandlingens fortskridande.

Reliable change index och Klinisk signifikans. När man undersöker klinisk signifikans enligt Jacobsons och Truax modell (1991) försöker man fastställa om patienten har påverkats av behandlingen i klinisk bemärkelse, dvs om hon vid eftermätningen skattas till en subklinisk population istället för en patientpopulation som vid förmätningen. Tester som normerats på erforderligt vis anger ofta detta med en cut offgräns. Vid klinisk signifikans enligt Jacobsons och Truax modell måste det därtill konstateras att en statistiskt signifikant förändring föreligger mellan de olika mättillfällena (Lambert och Ogles, 2009). Beräkningen som ska säkerställa att denna förändring är reliabel och inte beror på slumpen eller inneboende egenskaper hos testinstrumentet kallas Reliable change index (RCI) och är framtagen av Jacobson och Truax 1991. Den beräknas enligt följande (Lambert och Ogles, 2009):

Skillnaden mellan test och retest divideras med standardfelet för denna skillnad.

Standardfelet (SE) är ett värde som räknas fram när man reliabilitetstestar det aktuella testet, genom beräkningen:

$$SE = SD \sqrt{1-r}$$

SD avser standardavvikelsen och r utgör testets reliabilitet. Ju högre tillförlitlighet i bemärkelsen reteststabilitet ett test har desto högre är reliabilitet, vilket avspeglar sig i att standardfelet blir proportionerligt mindre.

Formeln för hur man räknar fram RCI för t.ex. ett givet test, enligt Lambert och Ogles (2009):

$$RCI = \frac{X_{post} - X_{pre}}{\sqrt{2(SE)^2}}$$

I ekvationen står X_{post} för förmätningen och X_{pre} för eftermätningen, differensen utgör därmed skillnad mellan för- och eftermätning. SE står för denna skillnads standardfel.

Utifrån ovanstående beräknades RCI för alla symtomskattningstest och samtliga subskalor hos de test som mäter känslösheter respektive livskvalité som vi har använt i vår studie. Författarna har använt sig av de värden (t.ex. test-retestreliabilitet) som anges i manualer och artiklar om respektive test. De RCI-värden som räknades fram har vi använt som referens när vi

analyserat patienternas individuella skattningar. RCI-värdena redovisas i tabeller och har använts som referens när författarna undersökt huruvida en reliabel förändring uppstått vid mätningarna på respektive skala. Därefter har författarna räknat ut om patienterna har förändrats så mycket mellan förmätning och efterföljande mätningar att skillnaden vid något mättillfälle motsvarar eller överstiger den aktuella skalans specifika RCI-värde. När så sker anges att RCI föreligger samt vid vilket mättillfälle (vid vilken session) som denna förändring skattats. Detta innebär att RCI kan föreligga i såväl positiv som negativ riktning, d.v.s. förbättring eller försämring.

Två av de tester som används i föreliggande studie anger någon form av cut off-värden: BDI-II och BAI. Dessa tester delar in testresultaten i fyra olika kategorier (minimal; lindrig; måttlig; svår) som anger omfattningen av patientens depression respektive ångestproblematik. I vår redovisning har vi konstaterat huruvida en kliniskt signifikant förbättring eller försämring skett för patienten genom att ange dels om RCI föreligger och dels om patienten har ändrats från en symtomkategori till en annan enligt BDI-II och BAI.

Enligt upphovsmännen till BDI-II (Beck et al., 2005) har man beräknat att cutoff-gränsen för frisk/återställd dras mellan kategorin minimal och lindrig depression, dvs vid 13 poäng. Någon liknande beräkning har inte gjorts för BAI, där kategoriseringen synbarligen är mer godtycklig.

För resterande självskattningstester som mäter symtom, livskvalité respektive känslöhanteringsfärdigheter har vi enbart beräknat om en förändring föreligger enligt RCI-formeln, då några cut off-värden mellan olika kategorier eller populationer inte anges för dessa test och subskalor. Testen är dessutom inte standardiserade efter svenska förutsättningar, vilket begränsar möjligheterna att dra några slutsatser om klinisk signifikans hos vår patientgrupp. Genom att ange när i tid eventuell RCI infaller för testens olika subskalor går det att se om förändringar hos respektive patient samvarierar, dvs ifall de infaller i samma behandlingsfas, eller i samband med att en ny behandlingsmodul har introducerats.

Etik

Innan studien påbörjades lämnades en etikansökan in till Psykologiska institutionen vid Lunds universitet, som godkändes. I samband med första bedömningssamtalet innan behandlingen påbörjades informerades patienterna om studien. Inför att ta ställning till ett deltagande informerades de såväl muntligt som skriftligt om; studiens syfte, vad ett deltagande skulle innebära t ex att besvara självskattningsformulär vid samtliga sessionstillfällen, att data från mätningarna skulle avkodas och sparas konfidentiellt i ett låst skåp, att studiens resultat skulle bearbetas och utmytna i en skriftlig uppsats samt att patienternas identitet skulle anonymiseras. Patienterna informerades om att deltagandet var frivilligt och att om de avböjde att delta i studien skulle de erbjudas annan kvalificerad behandling. Vidare informerades patienterna om att deras deltagande

kunde avbrytas när som helst under behandlingen utan att deras möjlighet till fortsatt kvalitativ vård skulle påverkas. Samtliga patienter i studien gav ett muntligt och skriftligt samtycke till deltagande i studien.

Vid behandlingens första session ingick patienterna och vi behandlare ett avtal om sekretess med innebörden att ingen i patientgruppen skulle prata om de andra patienterna utanför behandlingsrummet. Då studien utformades som en case series design med en kompletterande intervju förekom ett etiskt dilemma, beträffande att undvika identifikation av de medverkande i studien. Etiska övervägande gjordes kring vilken detaljnivå på information som skulle delges i studien för att å ena sidan kunna belysa resultaten, föra intressanta resonemang och generera nya hypoteser, å andra sidan inte avslöja patienternas identitet. I databearbetning och föreliggande uppsats anges ingen identifierande information om de tre patienter som ingår i studien, utöver ålder, primär diagnos samt behandlingstillfälle.

Resultat

Efter avslutad behandling och uppföljande tester bearbetade författarna all data statistiskt och räknade fram Reliable Change Index (RCI), d.v.s. om en reliabel förändring uppstått hos känsloregleringsfärdigheter, mätt med respektive subskala. En förändring kan avspegla antingen att man har förstärkts (reliabel förändring i positiv riktning) eller försvagats (reliabel förändring i negativ riktning) i färdigheten. På motsvarande vis har vi räknat fram RCI vid skattning av ångest och depression samt livskvalitet. Vi förde in RCI för respektive patient i tre separata tabeller vilka redovisas nedan (tabell 1-3). Utöver RCI anger vi också om klinisk signifikant förändring uppstår beträffande depression respektive ångest så som de skattas med instrumenten BDI-II och BAI, d.v.s. förflyttar sig patienten över cut-off-gränsen från en symtomkategori till en annan på respektive test. En patient kan exempelvis vara kliniskt signifikant förbättrad beträffande depression utan att ha uppnått motsvarande förbättring av ångestsymtomen. En patient kan också bli kliniskt signifikant förändrad i negativ riktning, d.v.s. försämras. När RCI föreligger på en skala anges också när så sker i tid (vid vilken session). Detta ger en överskådlig bild av huruvida RCI på symtomnivå föregås av RCI på en viss känsloregleringsfärdighet. När RCI sker för en känsloregleringsfärdighet anges om förändringen föregås av introducerandet av relevant modul. Vi har dessutom presenterat våra data i ett antal grafer, där respektive graf beskriver skattningen på en skala längs en kronologisk axel från förmätning till uppföljning. De tre patienternas skattningsvariationer har förts in i varje graf i form av tre linjer. Graferna presenteras i form av en bilaga. Värden som presenteras i graferna utgörs av rådata och är således inte beräknad likt de värden som presenteras i tabellerna.

Av ursprungligen åtta kallade patienter hoppade fem av, således återstod tre. Endast en av dessa återstående patienter deltog vid alla 12 sessioner (patient S). En annan var frånvarande vid ett tillfälle (patient P) och den tredje patienten var frånvarande vid fyra tillfällen (patient D). Samtliga patienter fyllde dock i förmätning, eftermätning och uppföljning. Samtliga fyllde också i alla skattningar vid de tillfällen då de var närvarande.

Nedan följer en genomgång av testresultaten som beräknats utifrån respektive patient. Vi utgår i denna redogörelse från de data som presenteras i tabellerna för respektive patient.

Avslutningsvis följer en sammanfattning av de kvalitativa intervjuer vi har gjort med patienterna.

Patienternas resultat

Patient S. En reliabel förändring enligt RCI inträffade hos tre känsloregleringsfärdigheter hos patient S. Dessa var: ”Mål”, ”Aversion mot obehag” och ”Uthärda obehag”.

Förändringen på ”mål” mättes vid session 4 och kvarstod vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling.

Förändringen på ”Aversion mot obehag” mättes vid session 5 och kvarstod vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling.

Förändringen på ”Uthärda obehag” mättes vid session 5 och kvarstod INTE vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling.

När det gäller subskalorna som mätte känsloregleringsfärdigheterna ovan, så föregicks inte reliabel förändring enligt RCI av att relevant behandlingsmodul hade introducerats strax innan i något fall. Med andra ord förelåg reliabel förbättring redan *innan* att de behandlingsmoduler som aktualiserade respektive färdighet introducerades i behandlingen.

Någon reliabel förändring enligt RCI förelåg inte på OASIS eller ODSIS som mäter symtom på ångest respektive depression. De enda reliabla förändringar som sammanföll i tid skedde hos subskalorna MEAQa och MEAQb, där RCI uppmättes samtidigt.

Patienten uppnådde ingen reliabel förändring av symtom eller livskvalitet mätt med BDI-II, BAI respektive WHOQOL-BREF, varken vid eftermätningen eller vid uppföljningen. I BAI ökade symtomen från kategorin minimal ångest vid förmätningen till måttlig ångest vid eftermätningen. Vid uppföljningen hade dock symtomen minskat och återgått till kategorin minimal ångest. Beträffande BDI-II låg patienten stabilt på kategori minimal depression vid förmätning, eftermätning samt uppföljning.

Tabell 2. Reliable change index, relevant behandlingsmodul och förändring av symtomkategori för patient S

	Reliabe change Index (RCI)	Föreligger RCI? I vilken riktning	När Infaller RCI?	Föregås RCI av introducerandet av relevant modul	Symtom-kategori förmätning	Symtom-kategori eftermätning	Symtom-kategori uppföljning	Kvarstår RCI vid uppföljning?
ERQ "Kogn omvärdering"	1.45	Nej		*	*	*		
DERSa "Icke-acceptans"	4.43	Nej		*	*	*		
DERSb "Mål"	4.75	Ja positiv	Session 4	Nej	*	*	*	Ja
DERSc "Medvetenhet"	4.42	Nej		*	*	*		
MEAQa "Aversion mot obehag"	8.11	Ja positiv	Session 5	Nej	*	*	*	Ja
MEAQb "Uthärda obehag"	8.11	Ja positiv	Session 5	Nej	*	*	*	Nej
OASIS	3.32	Nej		*	*	*	*	
ODSIS	3.42	Nej		*	*	*	*	
BAI	16.55	Nej		*	Minimal Ångest	Måttlig Ångest	Minimal Ångest	
BDI-II	7.67	Nej		*	Minimal Depression	Minimal Depression	Minimal Depression	
WHOQOL-BREF	21.2	Nej		*	*	*	*	

Patient D. I den veckovisa skattningen med test av känsloregleringsfärdigheter samt OASIS och ODSIS uppnådde patienten en reliabel förbättring på samtliga mått. Dessa förbättringar kvarstod vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling.

Förstärkning i färdigheterna ”Kognitiv omvärdering” och färdigheten ”Icke-acceptans” uppnåddes vid session 8.

Förstärkning i färdigheten ”Mål” inträffade vid session 5.

Patienten uppnådde en reliabel förstärkning av färdigheten ”Medvetenhet” först vid uppföljningen två månader efter behandlingen, vilket innebar att hela behandlingen föregick förstärkningen i ökad känslomässig medvetenhet.

Färdigheten ”Aversion mot obehag” förbättrades vid session 4.

Patienten uppnådde en förbättring i färdigheten ”Uthärda obehag” i samband med uppföljningen.

När det gäller subskalorna ovan, så föregicks inte reliabel förändring av att relevant behandlingsmodul hade introducerats strax innan i något fall. I tre fall (”Kognitiv omvärdering”, ”Icke-acceptans” och ”Medvetenhet”) hade de behandlingsmoduler som aktualiserade respektive färdighet förvisso redan introducerats i behandlingen, men flertalet sessioner tidigare.

Patienten uppnådde en reliabel förbättring beträffande minskade symtom på depression och ångest i ODSIS och OASIS, i samband med skattningar vid session 4.

I skattningarna av BDI-II, BAI och WHOQOL-BREF uppnåddes en reliabel minskning av depressions- och ångestsymtom och en reliabel ökning av livskvalitet från inledningen av behandlingen (förmätning vid session 1) till uppföljning, två månader efter avslutad behandling. Det inträffade dock ingen reliabel förändring från förmätning till eftermätningen (session 12). Patientens symtombild på BAI håller sig konstant beträffande svår ångest såväl i förmätningen, som i eftermätningen. Däremot sker en reliabel förbättring från eftermätning till uppföljningstillfället, i vilken patienten hamnar i kategorin måttlig ångest. Trots den reliabla förbättringen kan patienten inte betraktas som kliniskt signifikant återställd vad gäller ångest.

Patientens skattningar på BDI-II ökade över cut-off-gränserna från ”måttlig depression” till ”svår depression” från förmätning till eftermätning. Från eftermätningen till uppföljningen skedde en reliabel förbättring av de depressiva symtomen, då patienten förändrades över cut-off-gränserna från ”svår depression” till ”minimal depression”. Således kan patienten klassas som kliniskt signifikant återställd beträffande depression enligt BDI-II. Vidare framkom att patienten uppvisade en reliabel förbättring i livskvalitet och att den förbättringen mättes vid uppföljningen.

Tabell 3. Reliable change index, relevant behandlingsmodul och förändring av symtomkategori för patient D

	Reliabe change Index (RCI)	Föreligger RCI? I vilken riktning	När Infaller RCI?	Föregås RCI av Introducerandet av relevant modul	Symtom-kategori förmätning	Symtom-kategori eftermätning	Symtom-kategori uppföljning	Kvarstår RCI vid uppföljn?
ERQ "Kogn omvärdering"	1.45	Ja positiv	Session 8	Nej	*	*	*	Ja
DERSa "Icke-acceptans"	4.43	Ja positiv	Session 8	Nej	*	*	*	Ja
DERSb "Mål"	4.75	Ja positiv	Session 5	Nej	*	*	*	Ja
DERSc "Medvetenhet"	4.42	Ja positiv	Uppföljning	Nej	*	*	*	Ja
MEAQa "Aversion mot obehag"	8.11	Ja positiv	Session 4	Nej	*	*	*	Ja
MEAQb "Uthärda obehag"	8.11	Ja positiv	Uppföljning	Nej	*	*	*	Ja
OASIS	3.32	Ja positiv	Session 4	*	*	*	*	Ja
ODSIS	3.42	Ja positiv	Session 4	*	*	*	*	Ja
BAI	16.55	Ja positiv	Uppföljning	*	Svår ångest	Svår ångest	Måttlig ångest	Ja
BDI-II	7.67	Ja positiv	Uppföljning	*	Måttlig depression	Svår depression	Minimal depression	Ja
WHOQOL-BREF	21.2	Ja positiv	Uppföljning	*	*	*	*	Ja

Patient P. Beträffande den veckovisa skattningen stärkte patienten tre av sex känsloregleringsfärdigheter under behandlingens gång: ”Känslomässig medvetenhet”, ”Aversion mot obehag” och ”Uthärda obehag”.

Färdigheten ”Känslomässig medvetenhet” ökade reliabelt vid session 5. Vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling kvarstod den reliabla förbättringen.

Färdigheterna ”Aversion mot obehag” och ”Uthärda obehag” ökade reliabelt vid session 2. Vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling kvarstod den reliabla förbättringen.

När det gäller subskalorna ovan, så föregicks RCI av att relevant behandlingsmodul hade introducerats strax innan i ett fall (med fördröjning av en session). Detta gällde färdighet ”Medvetenhet”. I två fall hade relevant behandlingsmodul ännu inte introducerats när RCI uppstod för relaterad färdighet.

Patienten uppnådde en förbättring mellan förmätning (session 1) och session 3 på OASIS. Vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling kvarstod den reliabla förbättringen.

Patienten uppnådde en förbättring mellan förmätning (session 1) och session 5 på ODSIS. Vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling kvarstod den reliabla förbättringen.

Patienten uppnådde ingen reliabel förändring av symtom eller livskvalitet, mätt med BDI-II, BAI eller WHOQOL-BREF varken vid eftermätningen eller vid uppföljningen. I BAI ökade symtomen från kategorin lindrig ångest vid förmätningen till svår ångest vid eftermätningen. Vid uppföljningen hade dock symtomen minskat och återgått till kategorin lindrig ångest. Samma mönster gäller för BDI, där patienten ökade symtom på depression från minimal depression vid förmätning till måttlig depression vid behandlingens avslut. Vid uppföljningen hade ånyo symtomskattningen återgått till lindrig depression.

Tabell 4. Reliable change index, relevant behandlingsmodul och förändring av symtomkategori för patient P

	Reliabe change Index (RCI)	Föreligger RCI? I vilken riktning	När Infaller RCI?	Föregås RCI av introducerandet av relevant modul	Symtom-kategori förmätning	Symtom-kategori eftermätning	Symtom-kategori uppföljning	Kvarstår RCI vid uppföljning?
ERQ "Kogn omvärdering"	1.45	Nej			*	*	*	
DERSa "Icke-acceptans"	4.43	Nej			*	*	*	
DERSb "Mål"	4.75	Nej			*	*	*	
DERSc "Medvetenhet"	4.42	Ja positiv	Session 5	Ja	*	*	*	Ja
MEAQa "Aversion mot obehag"	8.11	Ja positiv	Session 2	Nej	*	*	*	Ja
MEAQb "Uthärda obehag"	8.11	Ja positiv	Session 2	Nej	*	*	*	Ja
OASIS	3.32	Ja positiv	Session 3	*	*	*	*	Ja
ODSIS	3.42	Ja positiv	Session 5	*	*	*	*	Nej
BAI	16.55	Nej			Lindrig Ångest	Svår Ångest	Lindrig Ångest	
BDI-II	7.67	Nej			Minimal Depression	Måttlig Depression	Lindrig Depression	
WHOQOL- BREF	21.2	Nej			*	*	*	

Sammanfattning av självskattningstesterna. För alla tre patienter infaller reliabel förbättring på subskalan MEAQa (Färdighet ”Aversion mot obehag”) och subskalan MEAQb (Färdighet ”Uthärda obehag”).

För två patienter infaller reliabel förbättring på subskalan DERSc (Färdighet ”Känslomässig medvetenhet”).

För två patienter infaller reliabel förbättring på OASIS och ODSIS.

För samtliga patienter gäller tendensen att BDI-II och BAI *ökar* till eftermätningen, för att åter falla vid uppföljningen.

När det gäller subskalorna DERSa (Färdighet ”Icke-acceptans”) respektive subskala ERQ (Färdighet ”Kognitiv omvärdering”) inföll reliabel förbättring endast hos en patient.

För en patient (D) gäller att subskalan MEAQa (Färdighet ”Aversion mot obehag”) och symtomlindring på OASIS och ODSIS sammanfaller i tid.

För en patient (P) sammanföll reliabel förbättring på subskalorna MEAQa (Färdighet ”Aversion mot obehag”) och MEAQb (Färdighet ”Uthärda obehag”) med reliabel förbättring på OASIS. Reliabel förbättring på subskalan DERSc (Färdighet ”Känslomässig medvetenhet”) sammanföll med reliabel förbättring på ODSIS hos denna patient.

Graferna beskriver testvärden tillhörande respektive subskala, till skillnad från tabellerna ovan som presenterar data på patientnivå. Vid beaktandet av graferna kan man konstatera att testvärdena från subskalorna OASIS och ODSIS fluktuerar påfallande under behandlingens gång från session till session. Rent grafiskt uppfattas en samvarians råda mellan dessa två subskalor, vilka mäter symptom på depression respektive ångest. Denna synbarliga samvarians uppfattas gälla för alla tre patienter.

Sammanfattning av de kvalitativa intervjuerna med patienterna

1. ”Vilka färdigheter har du utvecklat och vilken nytta har du haft av behandlingen?”.

De olika testpersonerna beskrev insikter och nya färdigheter de tillägnat sig som vinsten med behandlingen. Patienten P upplevde modulen Ickevärderande känslomässig medvetenhet som hjälpsam. Patienten P ansåg att hon lärt sig analysera och förstå sitt mående i stunden på ett nytt vis, vilket hon upplevde som underlättande för att tänka i nya banor och andra perspektiv. ”Jag hittar lättare svar nu och det gör det lättare att göra något åt min situation”. Patienten P uppfattade även färdigheter hon lärt sig från modulen Kognitiv värdering och omvärdering som värdefulla. Patienten P exemplifierade med att hon nu kunde omvärdera sina katastroftankar på ett objektiva och resonera vis.

Patienten S ansåg att hon fått verktyg att förhålla sig till sin oro på ett nytt vis, något som

neutraliserade hennes meta-oro ("Oro för oron"). Genom att förstå att känslor är naturliga, funktionella och kommer och går upplevdes det inte lika påfrestande vid känslopådrag. Patienten S upplevde att det framförallt var modulen Ickevärderande känslomässig medvetenhet som skapat nya förhållningssätt men även den mer konkreta modulen "Undvikande och känslostyrda beteenden". Patienten säger: "Det funkar bra att göra tvärtom, istället för att göra som känslan säger".

Patienten D ansåg att hon haft betydande nytta av behandlingen och att hon tillägnat sig flera nya färdigheter. Modulen Känslomässig medvetenhet i nuet, har inneburit (citater): "jag har mer självinsikt, kring triggers och mina reaktioner, och vad konsekvenserna blir" "Jag spinner inte iväg på samma sätt längre". "När jag får panikångest förankrar jag mig i nuet". Patienten D beskriver att hon har lättare för att lägga märke till negativa tankar och omvärdera katastroftankar inför situationer, vilket är färdigheter som lärs ut i modulen Kognitiv värdering och omvärdering. "Jag tänker, vad är det värsta som kan hända och jag spinner inte iväg i mina tankar på samma sätt". "Men det är svårt att tänka logiskt när jag väl är i en stark känsla". Från modulen som berör Känslomässigt undvikande och Känslostyrda beteende beskriver patienten D att hon försökt släppa på säkerhetsbeteenden och att hon blivit bättre på att se den negativa konsekvensen av sitt känslostyrda beteende. "Jag kan se min egen del och de negativa konsekvenserna av mina reaktioner och jag är bättre på att hålla tillbaka känslostyrt beteende" Beträffande modulen Medvetenhet om och tolerans för fysiska förnimmelser upplever patienten D att hon är mindre rädd för kroppsliga signaler. Patienten D upplever att hon har lättare för att ta sig an utmaningar med hjälp av sina nya färdigheter. "Det har hjälpt mig".

2. "Hur mår du och hur fungerar din vardag idag?"

Testpersonerna beskrev att det egentligen mårde som förut, i bemärkelsen att ångest och andra påfrestande känslor triggades igång i vissa kontexter. En gemensam upplevelse var att de dock hade en ny beredskap nu vid pådrag av påfrestande känslor; att kunde stanna upp och agera på ett nytt och mer medvetet sätt samt förhålla sig annorlunda till upplevelsen. De beskrev den metakognitiva och medvetet närvarande förmågan att analysera sin upplevelse i nutid och tillämpa nya adaptiva strategier. Till dessa hörde att nyansera/omvärdera automatiska tankar, att omvärdera kroppsliga signaler av obehag som mindre farliga samt att exponera sig för jobbiga situationer trots upplevt känslomässigt obehag.

Exempel på citat från patienterna:

Patienten S: "Jag tror inte att jag mår bättre egentligen, men jag spinner inte vidare och skapar nya problem längre".

Patienten S: "Jag mår inte alltid så bra, men jag gör det jag ska ändå numera"

Patienten D: "Jag har lättare för att behålla fokus och inte spinna iväg när jag får ångest".

Patienten D:s upplevelser skiljer sig något från de andra, då hon överlag upplever ett förbättrat mående. ”Jag har ett bättre självförtroende och känner mig mer självständig”. ”Jag upplever att jag är öppnare med mina känslor, att jag bråkar mindre och att mina relationer har förbättrats”

3. ”Hur reflekterar patienterna kring att testresultaten var så fluktuerande?”

En genomgående uppfattning hos testpersonerna var att de snabba variationerna berodde på den egna personens konstitution. ”Det är ju sådan jag är”, sa patienten S och menade att hon alltid svänger i humör och stämningsläge. ”Allmänt sett går mitt humör går upp och ner, men jag påverkas också mer om något händer utanför”, sa patienten D. Testpersonerna ansåg också att externa faktorer i vardagen ständigt triggade deras känslor och så skedde också under behandlingen. En patient skulle t ex göra en påfrestande resa och en annan stressades under ett par veckor av kontakten med en hjälpsökande kamrat. En annan flyttade, vilket skapade både oro och positiva känslor. Testpersonerna resonerade också kring att vissa teman i terapin påverkade deras stämningsläge och ”Påminde om jobbiga saker” (Patienten P). Vissa övningar satte också igång processer som påverkade det temporära stämningsläget, menade testpersonerna. ”Särskilt exponeringsövningarna ökade ju först oron”, sa patienten S. ”Att utmana sig i exponeringar var jobbigt, sedan hjälpte det”, sa patienten D.

4. ”Vad var problematiskt med terapin och vad saknades? Vad berodde avhoppet på?”

Testpersonerna sade sig inte uppleva att någonting specifikt saknades i behandlingen. De konstaterade dock att den stundom var krävande och tog en del tid i anspråk. Beträffande avhoppet och terapins allmänna lämplighet var uppfattningen att UP möjligtvis passar vissa bättre än andra beroende på personlighet. ”Man får nog inte ge upp för lätt. Jag är nog en sån som kämpar på och inte ger mig”, sa patienten P. En patient resonerade kring att måendet vid introduktionen kanske spelade in, t ex en alltför stark ångest kanske gör deltagandet i behandlingen för svårt (Patient S). Patient D reflekterade kring att man måste ge behandlingen en chans eftersom den inte ger snabba resultat.

Motivation var något som det allmänt reflekterades kring. En gemensam upplevelse var att man måste tycka det vara lönt att gå behandlingen p.g.a. att man upplever stort behov av att förändra sitt liv och mående.

Diskussion

Vår ambition har varit att undersöka hur symtom samt känslöfärdigheter utvecklas under en gruppbehandling i Unified Protocol. Författarna har intresserat sig både för om patienterna stärker sina känsloregleringsfärdigheter och huruvida symtomlindring sker avseende ångest och depression samt om upplevd livskvalitet ökar. Därtill undersöker studien om dessa variabler sammanfaller i tid och huruvida stärkta färdigheter i så fall föregår minskade symtom. Författarna har dessutom intresserat sig för om stärkta känsloregleringsfärdigheter infaller i samband med att en behandlingsmodul som anknyter till samma färdighet har introducerats.

Nedan följer en diskussion med avstamp från våra frågeställningar och hypoteser.

Förändringar av symtom och livskvalitet under behandlingens gång. I studien mättes ångest och depression med två typer av mätningar: dels vid varje session med OASIS respektive ODSIS. Och dels endast vid förmätning, eftermätning och uppföljning med de mer övergripande testen BAI och BDI II. Endast för Patient D skedde en reliabel förbättring av ångest och depression utifrån den mer övergripande skattningen. Förändringarna skedde dock inte vid eftermätningen i behandlingens avslut, utan vid uppföljningen två månader senare, då patienten skattas som kliniskt *återställd* i sin depression utifrån cut-off-värden för BDI II. Beträffande patient S och P skedde ingen reliabel förbättring av ångest och depression utifrån samma tester. En gemensam nämnare för alla patienter var att de faktiskt skattade som högst vid eftermätningen i slutet av behandlingen, för att sedan skatta lägre vid uppföljningen två månader efter avslutad behandling. Detta skulle kunna tolkas som att behandlingen försämrade patienterna, vars symtom sen lindrades när behandlingen avslutades. Författarnas teori är dock att det tar en tid av att praktiskt ha tillämpat behandlingsmetoder och strategier på egen hand, innan påverkan sker på upplevda symtom. De låga ingångsvärdena för patient S och P som påverkar förutsättningarna för reliabel förbättring skulle enligt författarna kunna bero på förväntningar och hopp inför denna studies behandlingsstart, vilket har avspeglat sig i föreliggande låga skattningar. Att de uttryckligen undvek specifika stressorer i sin vardag vid tiden innan behandlingen, kan också ha bidragit till tillfälligt lägre symtom på ångest och depression. I behandlingens hemuppgifter ingick exponering för dessa stressorer i avsikt att uppnå långsiktiga mål, vilket kan ha drivit upp ångestsymtomen under särskilt behandlingens senare del. Denna villighet till exponering med tillfälligt ökad ångest motsvarar en sådan adaptiv känsloregleringsfärdighet som Barlow med flera identifierat i sin forskning och som behandlingsmodellen Unified Protocol bygger på (Campbells-Sills et al., 2014). Denna tolkning av författarna överensstämmer således med tidigare forskning.

När det gäller symtom på ångest och depression som mättes veckovis (varje session) kan en reliabel förbättring konstateras hos två patienter, patient D respektive P. Dessa veckovisa testresultat fluktuerar dock påfallande under testets gång för samtliga patienter och liksom vid de mer övergripande testningarna ökar patienternas symtom under behandlingens senare del och klingar av till uppföljningen. Författarna resonerar att också de veckovisa skattningarna påverkas av att de i den senare behandlingsfasen exponerar sig för påfrestande känsloupplevelser som de tidigare har undvikit. Författarna spekulerar om att den tidiga symtomlindringen som sker hos patient D och P antyder att behandlingen hade påverkan redan efter några sessioner. I denna del utsätts patienterna ännu inte för exponering för påfrestande känsloupplevelser, men förlänas teoretisk kunskap och nya perspektiv gällande känslor som möjligtvis bidrar till temporär symtomlindring. Hit hör psykoedukation om känslors övergående natur och att syftet med känsloreglering är att lära sig förstå, möta och uthärda en känsla istället för att undvika den, i syfte att agera mer ändamålsenligt och konstruktivt än tidigare. Vår teori om att nya upplevelser och en accepterande attityd kring känslor är gynnsamma, även utan faktisk exponering, är i enlighet med Barlows forskning som tidigare redogjorts för i studien (Campbell-Sills et al., 2014).

Patient S skattar extremt lågt på ångest och depression vid förmätningen också på de test som administrerades veckovis. Författarna resonerar att skälet troligtvis är detsamma som att hon skattar låga ingångsvärden på de mer övergripande testen (BAI och BDI II). Beträffande patient S och P tror författarna att ett annat testförfarande kring förmätningarna hade kunnat ge allmänt mer adekvata mätresultat inför behandlingen.

När det gäller upplevd livskvalité uppvisar endast patient D någon reliabel förändring enligt RCI och den infaller också först vid uppföljningen. Eftersom detta testresultat är relativt konsistent med resultaten från skattningarna av ångest och depression som uppmättes vid samma tillfälle spekulerar författarna om en möjlig korrelation, något som en annan design än vid föreliggande studie hade kunnat ge tydligare svar på.

Resonemangen i de kvalitativa intervjuerna följer i stort sett testresultaten ovan, i bemärkelsen att endast patient D uttrycker att hon upplever sig må bättre efter behandlingen. Hon exemplifierar detta med bättre självförtroende, förbättrade relationer och upplevelsen av att vara mer självständig.

Förändringar av känsloregleringsfärdigheter under behandlingens gång. I studien uppstår en reliabel förbättring av färdigheterna ”Aversion mot obehag” respektive ”Uthärda obehag” för alla patienter. För två patienter, D och P, uppstår dessutom reliabel förbättring av färdigheten ”Medvetenhet”. Vår slutsats är att i just denna studie är det förmågan att på ett accepterande vis möta och tolerera påfrestande känslor, utan att tillgripa undvikandebeteenden, som

främjas under behandlingens gång. Detta är ett centralt och återkommande tema i Unified Protocol vilket patienterna tycks ha tagit till sig och praktiserar. När det gäller färdigheten ”Aversion mot obehag” sker förbättringen redan efter de första fyra sessionerna för samtliga patienter. Författarna hade förväntat sig att en effekt skulle märkas först efter session 6, då behandlingsmodul Medvetenhet och tolerans för kroppsliga förnimmelser är förlagd. I denna modul får patienten nämligen träna på att exponera sig och öka toleransen för kroppsliga symtom som liknar ångest och obehag. Författarna resonerar att eftersom subskalan mäter *attityden till* ens påfrestande känslor, så kanske den tidiga förändringen snarare hänger ihop med den mer teoretiska aspekten av känsloupplevelser, vilken avhandlas i de inledande modulerna. Vår slutsats är att kunskap och förståelse för känslors adaptiva funktion har en betydelse för denna känsloregleringsfärdighet. Detta överensstämmer med Barlows teorier om ”anxiety sensitivity”, d.v.s. den transdiagnostiska betydelsen av huruvida man upplever och värderar känslor som potentiellt hotfulla eller inte (Barlow et al., 2014). Den här färdigheten håller i sig till uppföljningen hos alla patienter och de säger också i den kvalitativa intervjun att de efter behandlingen är mer villiga att agera i riktning mot sina mål trots påfrestande känslor.

Färdigheten ”Medvetenhet” handlar om att beakta och förstå sin känsloupplevelse i nuet på ett ickevärderande vis, något som också är ett ständigt återkommande tema i behandlingen. Det skulle kunna förväntas att alla patienter tidigt skattar reliabel förändring på denna skala eftersom behandlingen redan vid session två introducerar nya perspektiv på känsloupplevelser och administrerar hemuppgifter med konsekventa syftet att patienten ska observera och analysera sin känsloupplevelse. Att förändringen sker först senare för patienterna skulle kunna bero på att färdigheten kräver tid och träning innan förmågan ökar.

Patient D skattar som enda testperson reliabel förändring för känsloregleringsfärdigheterna ”Kognitiv omvärdering”, ”Icke-acceptans” och ”Mål”. Det skulle kunna tolkas som att dessa färdigheter är svårast att tillägna sig. Det här väcker också en generell fråga om huruvida gruppformatet om 12 sessioner inte är tillräckligt långt och flexibelt för vissa patienter, i det här fallet patient P och patient S, som inte stärkts i aktuella färdigheter. Det är nämligen ett intryck att färdigheterna ”Kognitiv omvärdering” och ”Mål” inte berörs lika frekvent och återkommande som andra färdigheter i behandlingen. En annan förklaring kan vara att terapeuterna brustit i förmågan att implementera dessa begrepp och färdigheter.

När man utgår från svaren i de kvalitativa intervjuerna bryter dessa av från testresultaten beträffande vissa känsloregleringsfärdigheter. Patient P säger t.ex. att hon nu upplever sig skickligare på att omvärdera katastroftänkar, vilket inte märks i hennes skattningar. Denna diskrepans skulle kunna beror på att testen inte är helt valida och träffsäkra, eller att patienterna relaterar till frågorna på ett annat vis än vad som avses.

Författarna tolkar patienternas kvalitativa svar som att de tillägnat sig mer av de aktuella känsloregleringsfärdigheterna än vad som märks i testresultaten. En annan tolkning skulle kunna vara att patienterna vill vara tillmötesgående i intervjuerna och därmed överdriver vad de tillägnat sig beträffande dessa färdigheter.

Sammanfaller symtomlindring och stärkta känsloregleringsfärdigheter i tid? När det gäller de mer övergripande tester som vi använde vid förmätning, eftermätning och uppföljning uppstod reliabel förändring av symtom och livskvalité endast för en patient (D). Frågan är då huruvida stärkta känsloregleringsfärdigheter föregår symtomlindring på ett intressant vis hos patienten. Fyra av sex känsloregleringsfärdigheter genomgår reliabel förbättring innan symtomlindring för patienten. Förändringarna infaller dock inte nära i tid. I två fall uppstår förändringarna *samtidigt* som symtomlindring, nämligen vid uppföljningen. Författarna spekulerar kring att stärkta färdigheter i känsloreglering kanske delvis bidrar till symtomlindring för denna patient. Att symptomen ändras först efter några veckor skulle återigen kunna bero på att patienten måste tillämpa sina färdigheter i upprepade situationer under överskådlig tid. Även om kausalitet skulle föreligga kan vi likväl inte bekräfta någon sådan med föreliggande studiedesign (Kooistra et al., 2009), vilket naturligtvis gäller för samtliga liknande tendenser författarna resonerar kring.

När det gäller den veckovisa symtomskattningen sammanfaller reliabel förbättring med motsvarande förbättring av färdigheterna ”Aversion mot obehag” respektive ”Mål”. Men som tidigare konstaterats är testresultaten från veckovisa skattningen mycket fluktuerande under behandlingens gång. Författarnas uppfattning är att det därför inte är särskilt relevant att resonera kring huruvida färdighet föregår symtomlindring i detta fall.

Beträffande patient P föregås lindrade symtom som skattats veckovis av stärkta känsloregleringsfärdigheterna ”Aversion mot obehag”, ”Uthärda obehag” och ”Medvetenhet”. Men Liksom i fallet med patient D gör fluktuerade testvärden under behandlingens gång det mindre intressant att resonera kring möjliga samband.

När det gäller patient S uppstår det ingen reliabel förändring på någon skala som mäter symtom, varför stärkta känsloregleringsfärdigheter och lindrade symtom följaktligen inte sammanfaller i tid.

Vid betraktande av graferna kan man konstatera en synbarlig samvarians mellan ångestsymtom och depressionssymtom i de veckovisa skattningarna. Detta tolkar författarna som antydningar om att förändringar av depression och ångest samvarierar sinsemellan, möjligen på grund av gemensamt underliggande faktorer, i enlighet med teorierna om en gemensam patologi bakom känslomässiga störningar som författarna redogjort för tidigare (Barlow, 2011; Campbell-Sills et al., 2014; Wilamowska et al., 2010). För att analysera eventuell korrelation krävs dock en

helt annan design än den som använts i föreliggande studie (Kooistra et al., 2009).

När det gäller frågan om huruvida det uppstår reliabel förbättring av en känsloregleringsfärdighet i samband med att relaterad behandlingsmodul introduceras, skedde detta i ett enda fall (patient D). Författarna resonerar kring olika möjliga förklaringar till att så inte skedde oftare. Det har framförts uppfattning att det kräver tid och övning innan en färdighet stärkts på mätbart vis. Det faktum att behandlingsmodulerna överlappar varandra, i bemärkelsen att olika teman repeteras kontinuerligt, gör det därtill svårt att isolera dem från varandra. Det kan också vara så att studiens val av subskalor inte var adekvat matchade mot vad som uppfattas som relaterad behandlingsmodul.

Behandlingsförloppet. Behandlingen sträckte sig över tolv sessioner. En av patienterna var frånvarande under fyra sessioner, vilket berodde på att patienten då befann sig på annan ort. Å ena sidan begränsar naturligtvis detta datainsamlingen. Å andra sidan inföll frånvaron framförallt under behandlingens slutfas, då behandlingen byggde på känslomässiga och situationsbaserade exponeringar i patientens naturliga miljö utifrån de strategier och färdigheter som utgör behandlingens tidigare del. I den kvalitativa intervjun säger patienten också att hon under denna frånvaroperiod praktiserade de färdigheter som tillhandahållits under behandlingen.

Vid betraktande av graferna framträder en påtaglig variation hos den veckovisa skattningen av ångestsymtom respektive depressionssymtom, där patienternas skattningar fluktuerar påfallande mellan höga och låga värden. Detta kan bero på behandlingen i sig i enlighet med tidigare resonemang, eller bero på faktorer utanför behandlingen. Barlow konstaterar som tidigare nämnts att en generell, transdiagnostisk faktor hos patienter med känslomässiga störningar är den underliggande strukturen neuroticism, vilket innebär en ökad benägenhet att reagera med starka negativa känslor vid en påfrestning (Barlow et al., 2014; Brown och Barlow, 2009). Patienterna berättar om påfrestande händelser utanför behandlingen som påverkat dem känslomässigt parallellt med behandlingen. Kombinationen av neuroticism och händelser av denna typ skulle således ha kunnat avspeglats i de fluktuerande testresultaten, oavhängigt vad som vid motsvarande tidpunkt skedde i behandlingen. Denna tolkning överensstämmer således med Barlows teorier och forskning. Författarna hade förmodat att denna fluktuation som avspeglar en känslomässig instabilitet hade minskat under behandlingens gång. Åter igen spekulerar författarna att detta skulle kunna antyda att det kräver tid och upprepning av nya känsloregleringsfärdigheter innan en eventuell ökad stabilitet uppträder.

Studiens design. En styrka hos studien upplevs vara valet av case series design, eftersom denna som Yin (2007) framhåller fokuserar på förändringar hos den individuella patienten, vilket

ofta maskeras vid större experimentella gruppstudier. En fördel med designen är att resultatdelen inrymmer mer information om varje individ samt ger en god överblick av resultaten vilket underlättar både bearbetning och presentation av data. En svaghet är dock att det inte går att dra några slutsatser om orsakssamband i studien på grund av denna design.

En annan styrka med föreliggande studie är att författarna valt att komplettera data från självskattningar med en kvalitativ intervju i samband med uppföljningen. Detta skapar möjlighet att förstå och tolka resultatet från självskattningarna i ett fördjupat perspektiv, t.ex. vilka känsloregleringsfärdigheter som patienterna själva upplever att de tillägnat sig och hur behandlingen påverkat patienternas liv och mående.

Intern validitet. Studiens upplägg med upprepade testningar med samma testinventorium är en faktor som kan påverka den interna validiteten, eftersom forskning visat att testpersoner tenderar att svara mer ärligt och positivt efterhand vid upprepad testning (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Om så är fallet är ju inte mätningarna konsekvent tillförlitliga. Huruvida någon dylik testeffekt föreligger vet författarna inte, men konstaterar att det är något av ett observandum att t.ex. patient S skattar mycket lågt på ångest- respektive depressionsskattningarna i inledningen av behandlingen. Författarnas uppfattning är som tidigare nämnts att ett annat testförfarande i behandlingens början hade gett mer valida ingångsvärden.

En annan faktor är valet av testinstrument. Är t.ex. de subskalor som har valts ut de optimala för att mäta det vi avser att mäta, d.v.s. känsloregleringsfärdigheter? Författarna tror sig ha lyckats relativt väl med detta, eftersom subskalor har plockats från tre olika tester av känsloregleringsfärdigheter (ERQ, DERS och MEAQ), i syfte att mäta en önskvärd bredd av färdigheter. Författarna har därtill ansträngt sig för att matcha subskalor till de behandlingsmoduler som utgör Unified Protocols behandling, vilka i sin tur är framtagna utifrån en omfattande forskning om känsloreglering och effektiva KBT-strategier vid känslomässig störning (Barlow, 2011). Upphovsmännen bakom Unified Protocol har valt ut OASIS och ODSIS för att mäta behandlingseffekt under behandlingens gång, vilket innebar att dessa test var ett naturligt val för författarna utöver testerna BDI-II och BAI som har god reliabilitet och validitet (Beck & Steer, 2005). En stor nackdel med testerna som använts i de veckovisa skattningarna är dock att det till skillnad från BAI och BDI II inte är normerade och standardiserade utifrån svenska förhållanden.

Ytterligare en faktor att beakta i sammanhanget är terapeuternas kompetens. Har de utövat behandlingen Unified Protocol på ett korrekt vis? Författarna är förvisso nybörjare på denna specifika metod, men har å andra sidan stor psykoterapeutisk vana efter många år som anställda inom allmänpsykiatri med kontinuerlig handledning. Det är dock ett observandum att den här studien bygger på en behandling i grupp och möjligtvis hade effekten blivit en annan om de tre

patienterna istället hade fått behandlingen individuellt.

Extern validitet. En viktig fråga är om det går att generalisera studiens resultat till en större population och andra betingelser. Enligt Kooistra et al. (2009) är möjligheten till extern validitet god hos en case serie design eftersom designen öppnar upp för en bredd av tydliga inklusionskriterier. Något som därtill hade kunnat stärka den externa validiteten i föreliggande studie är att rekryteringen av patienterna har skett naturligt på en allmänpsykiatrisk mottagning där de redan var patienter. Dessvärre hoppade sex av de nio patienter som ursprungligen var aktuella av behandlingen och därför anser författarna att den externa validiteten är mycket låg i föreliggande studie.

Begränsningar med studien

Den här studien bygger på en gruppbehandling med en fast struktur om 12 sessioner med begränsat utrymme för respektive modul och specifik känsloregleringsfärdighet. Detta upplevs som en begränsning, inte minst som den individualbaserade behandlingen rekommenderas sträcka sig över 12-18 sessioner, med flexibelt fokus efter patientens behov och svårigheter. Detta har sannolikt påverkat behandlingens utfall, jämfört med ett mer flexibelt upplägg, t.ex. i form av fler sessioner per modul. Ett alternativt studieupplägg hade kunnat basera sig på 3-4 parallella individualterapierna istället.

En annan faktor är själva testförfarandet. Förslagsvis hade förmätningar istället gjorts vid bedömningssamtalet i samband med rekryteringen, en gång två veckor innan behandlingsstart och slutligen en gång i samband med behandlingsstart. Med mer valida ingångsvärden hade troligtvis mer reliabla förändringar enligt RCI uppträtt hos de olika subskalorna.

Beträffande subskalorna upplever författarna olika komplikationer. I vår strävan att ha en komplex och heltäckande bild av känsloregleringsfärdigheterna så har författarna tagit fram sex subskalor från tre tester. Syftet var att varje behandlingsmodul skulle representeras av en specifik subskala. En begränsning gäller huruvida respektive skala faktiskt mäter den aktuella färdigheten som ska tränas av respektive modul. En begränsning med studien är att vi inte har konverterat resultaten från de olika subskalorna till jämförbara t-värden. Detta har begränsat överskådligheten och möjligheten att jämföra information från olika test och subskalor med varandra.

En reflektion kring det faktum att sex av nio ursprungliga patienter hoppade av behandlingen, är huruvida rekryteringen och bedömningarna kunde ha hanterats annorlunda. Författarnas uppfattning är att rekryteringsförfarandet är korrekt, eftersom patienterna var representativt utvalda ur den aktuella populationen, d.v.s. patienterna på en allmänpsykiatrisk mottagning.

Fortsatt forskning

Unified Protocol i gruppformat tycks kunna ha en gynnsam påverkan på depressiva symtom och ångestsymtom samt kunna stärka känsloreglerande färdigheter. Vid en fortsatt forskning kring samma frågor rekommenderas dock fler förmätningar av deltagarna. Antydningar till samvarianser mellan känsloreglerande färdigheter och symtomlindring som sker i nära tid är få i denna studie. Vår tolkning att upprepad träning ger stärkta känsloregleringsfärdigheter är ett intressant område för fortsatt forskning, menar författarna. Studien indikerar samvarianser mellan lindring av ångest- respektive depressionssymtom vilket också hade varit intressant som fokus för fortsatt forskning.

Författarna anser att Unified Protocol är intressant som behandlingsmodell för allmänpsykiatrisk verksamhet, men den höga avhopsfrekvensen upplevs problematisk. Ett intressant ämne för fortsatt forskning är en avhopsanalys. Finns det generella, transdiagnostiska faktorer som förklarar avhopp respektive upprätthållen behandlingsmotivation? Går dessa faktorer att mäta? Kan en dylik forskning identifiera intressanta prediktorer av värde i ett bedömningsförfarande kring huruvida en patient är matchad för just Unified Protocol? Ytterligare forskning hade också kunnat ge värdefull information om hur terapeuten bäst stärker motivationen hos patienterna att ta sig an krävande moment i behandlingen, exempelvis de senare exponeringsfaserna.

Författarna upplever att den komprimerade behandlingsstrukturen om 12 sessioner kan ha varit begränsande för studien. Ytterligare forskning skulle förslagsvis undersöka effektivitet hos behandlingen i just gruppformat samt optimal struktur och längd.

En ytterligare fundering rör huruvida ytterligare forskning kan bestämma vilka behandlingsmoduler som har mest effekt, i en variant av faktoranalys. Detta hade kunnat belysa behandlingens egentliga mediatorer och var man som terapeut ska lägga särskilt mycket tyngd under behandlingen. I nuvarande studie har vi funnit obefintligt med antydningar om behandlingens egentliga mediatorer.

Andra transdiagnostiska faktorer av intresse är Self-efficacy, där ytterligare forskning om kognitioners betydelse för underliggande känsloregleringsfärdigheter hade varit intressant. När det gäller färdigheten ”Kognitiv omvärdering” visades liten påverkan av behandlingen i testningen i föreliggande studie. Kanske hade denna färdighet kunnat stärkas med ytterligare interventioner utifrån utvidgad forskning.

Avslutningsvis ger studien författarna en förstärkt upplevelse av att Unified Protocol är en effektiv behandlingsmetod med transdiagnostiska kvaliteter med fokus på känslor och känsloreglering. Behandlingen tycks kunna förändra attityden gentemot obehag och stärka förmågan att uthärda påfrestande känslor. Unified Protocol upplevs intressant för en

allmänpsykiatrisk verksamhet. Flertalet patienter inom allmänpsykiatrin har komplex och komorbid problematik och är därför betjänta av en bred behandling som fokuserar på gemensamma underliggande förändringsmekanismer. Det är dock en komplicerande faktor att två tredjedelar av patienterna hoppade av behandlingen och studien. I denna fråga vill författarna betona betydelsen av fler studier på området.

Referenser

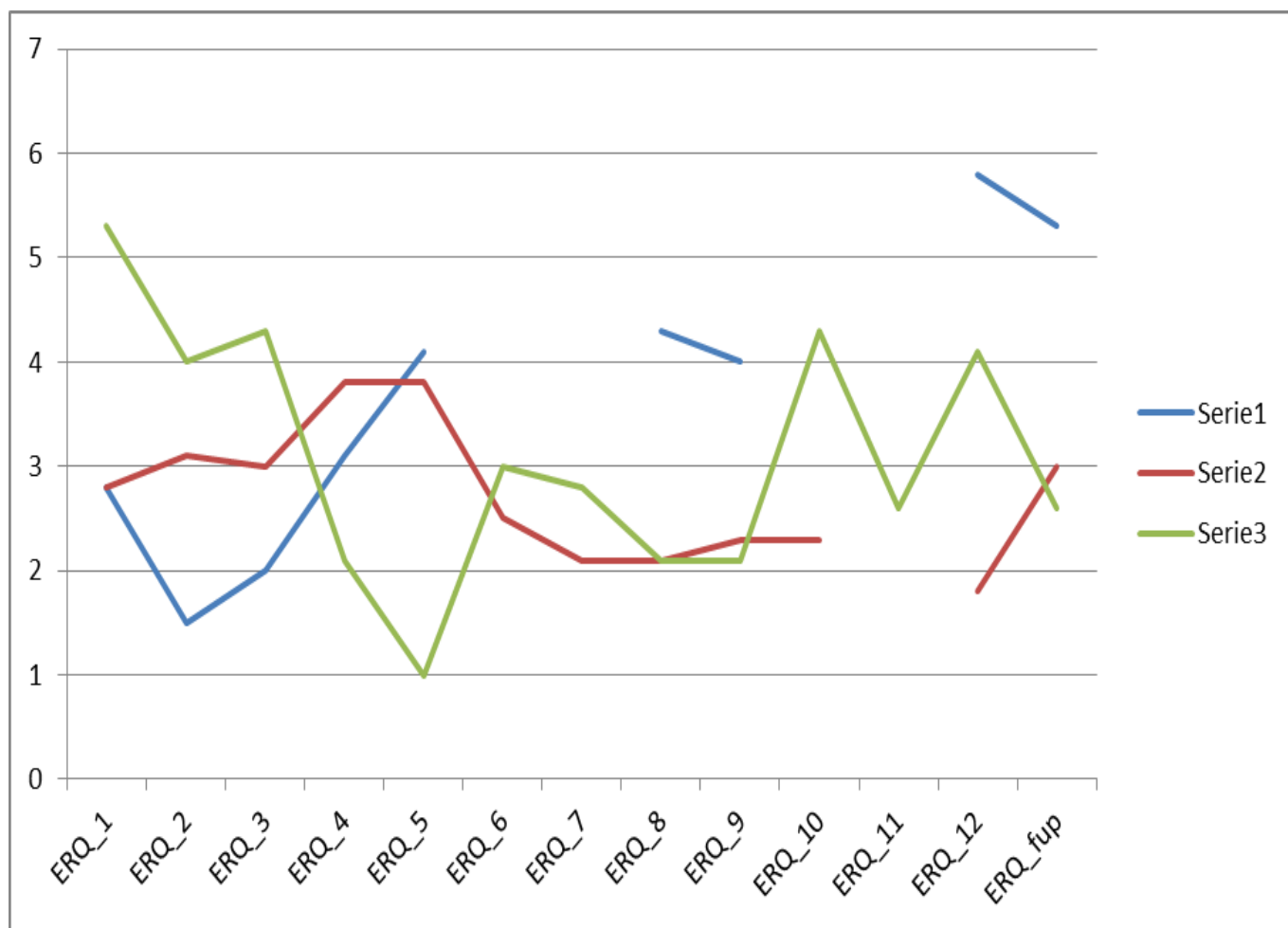
- Barlow, D.H. (2011). *Unified Protocol. Diagnosöverskridande behandling. Terapeutmanual*. Stockholm: Natur & kultur.
- Barlow, D.H., Sauer-Zavala S., Carl, J.R., Bullis, J.R., & Ellard K.K. (2014). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. doi:10.1177/2167702613505532
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (2005). BAI Beck anxiety inventory Manual. USA: Harcourt assesment.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (2005). BDI-II Beck depression inventory – second edition Manual. USA: Harcourt assesment.
- Bentley, K.H., Carl, M.W., Gallagher, J.R., & Barlow, D.H., (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological assessments*, 26, no.3, 815-830.
- Boisseau, C.L., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., & 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, 102-113.
- Boswell, J.F., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Murray, H.W., Fortune, M.R., & Barlow, D.H. (2013). Anxiety Sensitivity and Interceptive Exposure: A Transdiagnostic Construct and Change Strategy. *Behavior Therapy*, 44, 417-431.
- Boswell, J.B., Anderson L.M., & Barlow D.H. (2014). An Idographic Analysis of Change Processes in the Unified Transdiagnostic Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1060-1071. doi:10.1037/a0037403
- Brown T.A., & Barlow, D.H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *American Psychological Association*, 21(3), 256-271. doi:10.1037/a0016608
- Campbell-Sills, L., Ellard, K.K., & Barlow, D.H. (2014). Emotion Regulation in Anxiety Disorders. In J.J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation*. (2nd rev. ed.). New York: Guilford Press.
- Craske, M.G. (2012) Transdiagnostic Treatment for Anxiety and Depression. *Depression and Anxiety*, 29, 749-753. doi:10.1002/da.21992
- Crowe, M., Whitehead, L., Carlyle, D., McIntosh, V., Jordan, J., Joyce, P., Carter, J. The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to reformulate the problem (2012). *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19, 681-689.

- 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.
- 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.
- Fentz, H.N., Hoffart, A., Jensen, M.B., Arendt, M., O'Toole, M.S., Rosenberg, N.K., Hougaard, E. Mechanisms of change in cognitive behavior therapy for panic disorder: the role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations (2013). *Behaviour research and therapy, 51*, 579-587.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment, 23*(3), 692-713.
- 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 Behavioural Assessment, 26*(1), 41-54.
- Grawe, K. Research-informed psychotherapy (1997). *Psychotherapy research 7* (1), 1-19.
- Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In J. J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation*. (2nd rev. ed.). New York: Guilford Press.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348-362.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran R. (2009). *Cognitive Behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University press.
- 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.
- Johansson, P., Höglend, P. Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome (2007). *Clinical psychology and psychotherapy, 14*, 1-9.
- Kazdin, A.E. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research (2007). *Annual review of clinical psychology, 3*, 1-27.

- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Huges, M. Eshleman, S., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kooistra, B., Dijkman, B., Einhorn, T. & Bhandari, M. (2009). How to design a good case series. *The journal of bone and joint surgery*, 91 (3), 21-26. Doi: 10.2106/JBJS.H.01573
- 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
- Norman, S.B., Cissel, 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.
- Norton, P. J., & Philipp, L.M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 214-226.
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A systematic Review and Meta-Analysis of Published Outcome Studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 171-184. doi: 10.1080/166506073.2014.897367
- Sauer_Zavala, S., Boswell, J.F., Gallagher, M.H., Bentley, K.H., Ametaj, A., & Barlow, D.H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 551-557. Doi:10.1016/j.brat.2012.05.005
- Shadish, W.R., Cook, T.D. & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs of generalised casual inference*. Boston: Houghton Mifflin company.
- Skevington, S.M., Lofty, M., & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Webb, C.A., Auerbach, R.P., DeRubeis, R.J. Processes of change in CBT of adolescent depression: review and recommendations (2012). *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 41 (5), 654-665.
- Wiliamowska, Z.A.,Thompson-Hollands, J., Fairholme C.P., Ellard, K.K., Farchione T.J., & Barlow D.H. (2010). Conceptual background, Development and Preliminary data from the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882-890. doi:10.1002/da.20735
- Yin, R.K. (2007). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber AB.

Bilaga

Grafer över skalorna

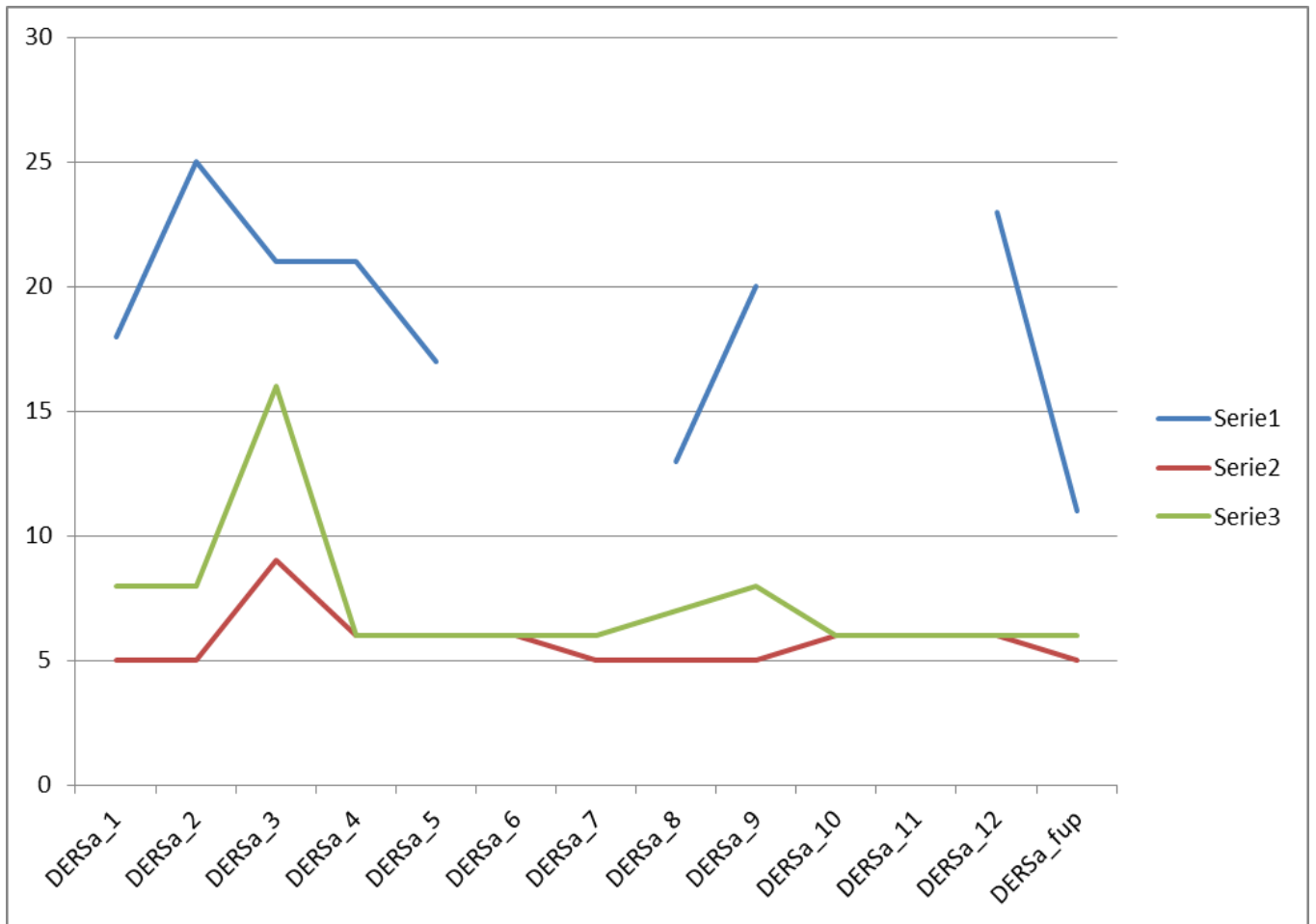


Figur 1. Graf över ERQ. (Mäter "Kognitiv omvärdering". Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng. Högt värde motsvarar stark färdighet).

Linje 1: Patient D

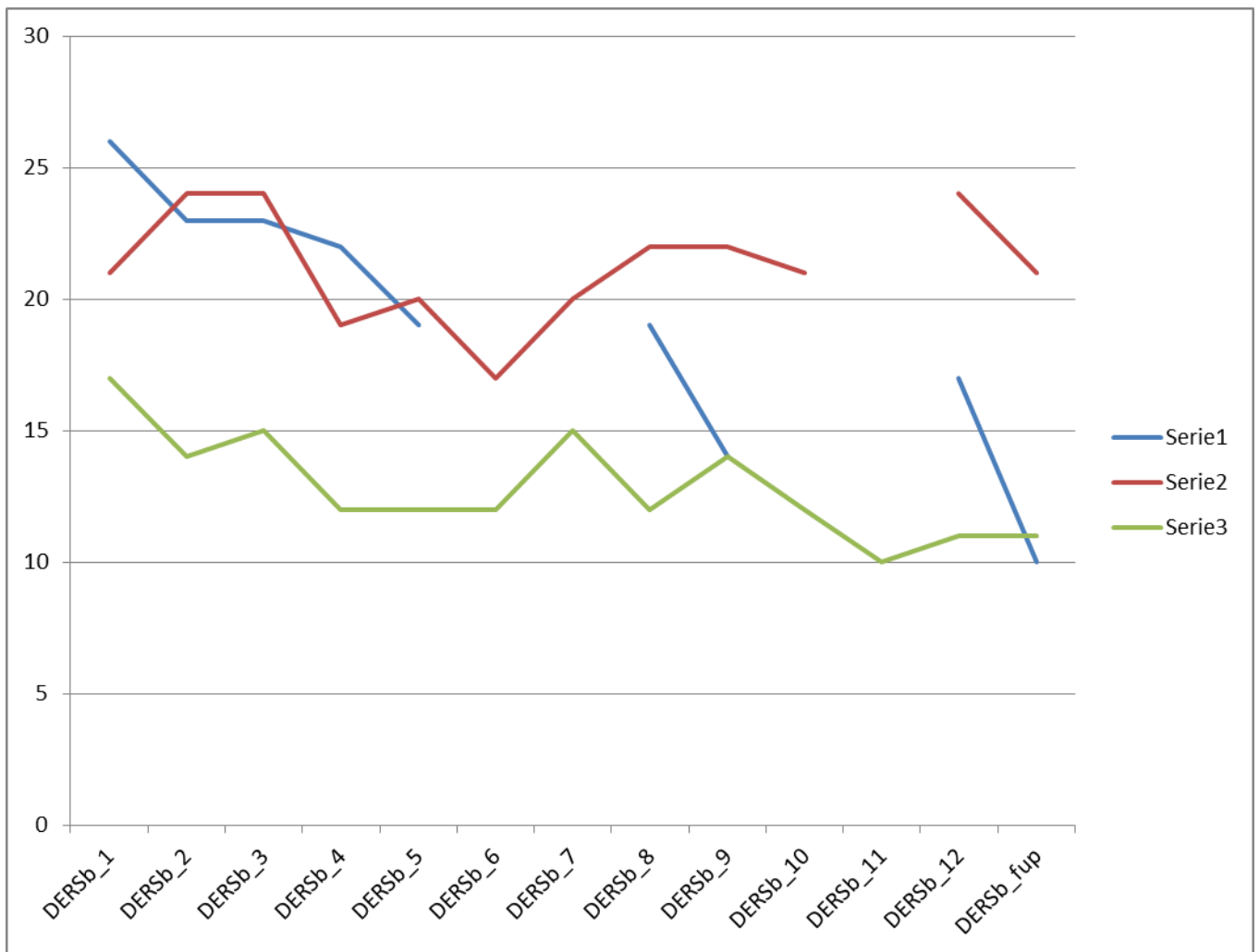
Linje 2: Patient P

Linje 3: Patient S



Figur 2. Graf över DERSa (Mäter "Icke-acceptans". Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng. Lågt värde motsvarar stark färdighet).

Linje 1: Patient D
 Linje 2: Patient P
 Linje 3: Patient S

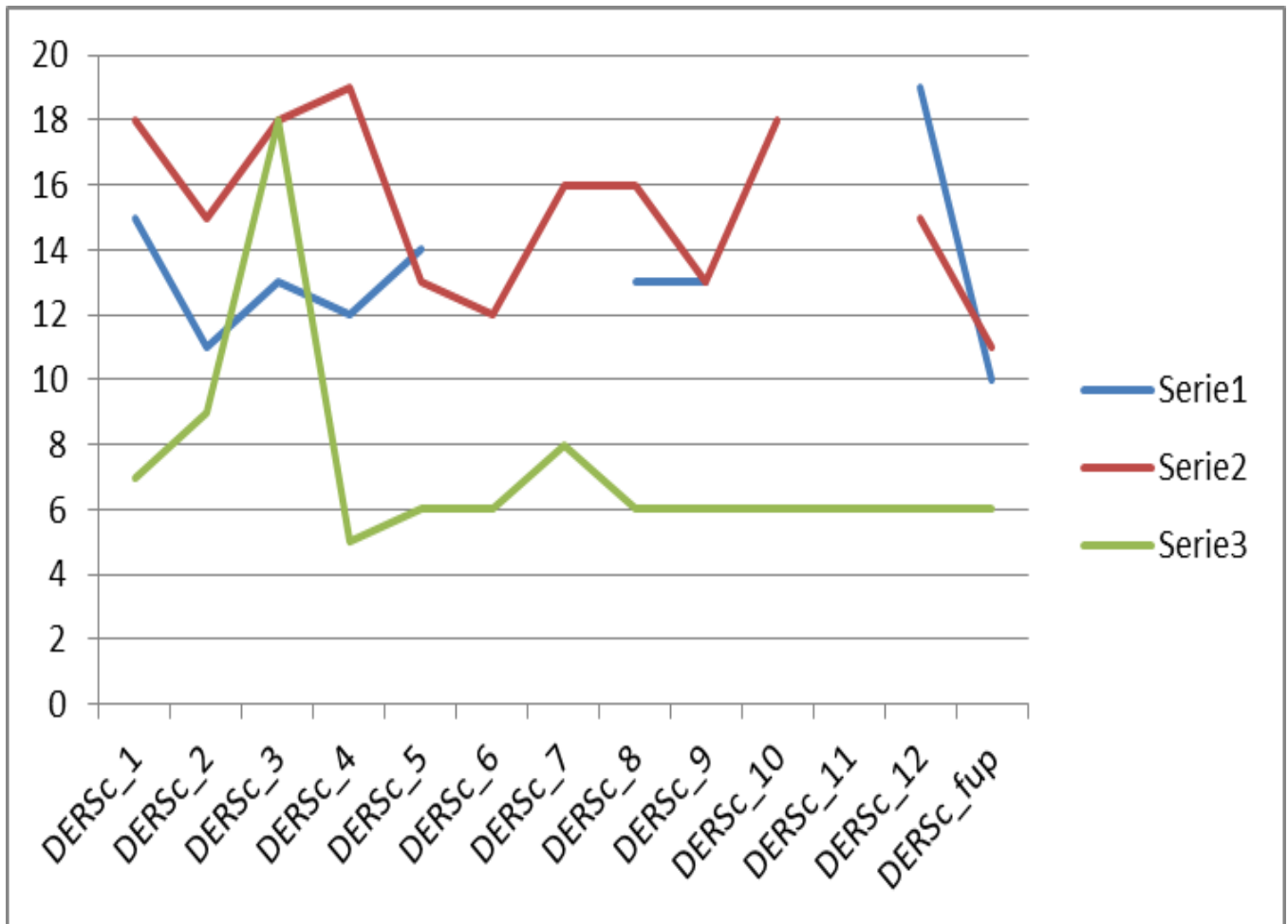


Figur 3. Graf över DERSb (Mäter "Mål". Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng. Lågt värde motsvarar stark färdighet).

Linje 1: Patient D

Linje 2: Patient P

Linje 3: Patient S

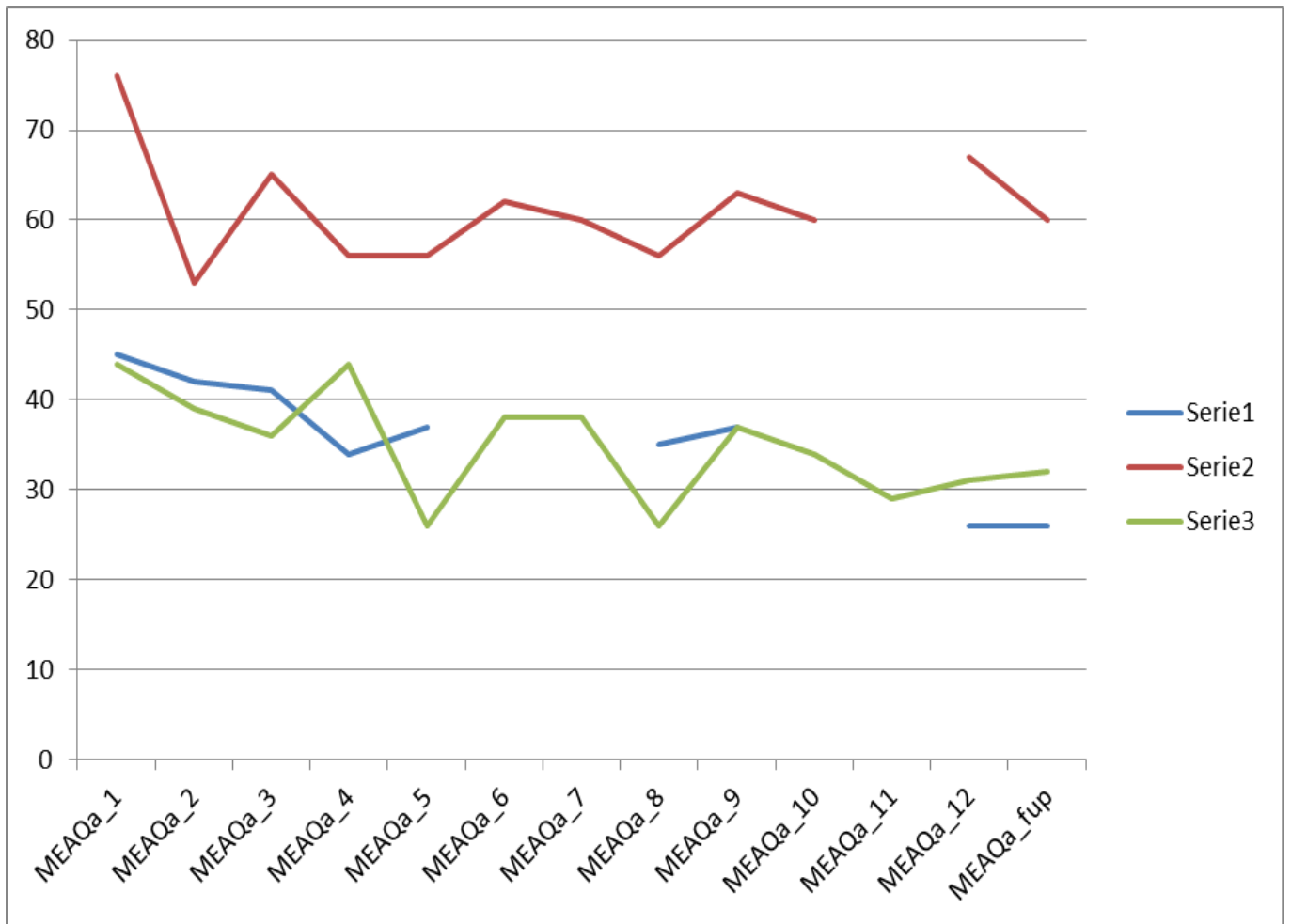


Figur 4. Graf över DERSc (Mäter "Medvetenhet"). Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng. Lågt värde motsvarar stark färdighet).

Linje 1: Patient D

Linje 2: Patient P

Linje 3: Patient S

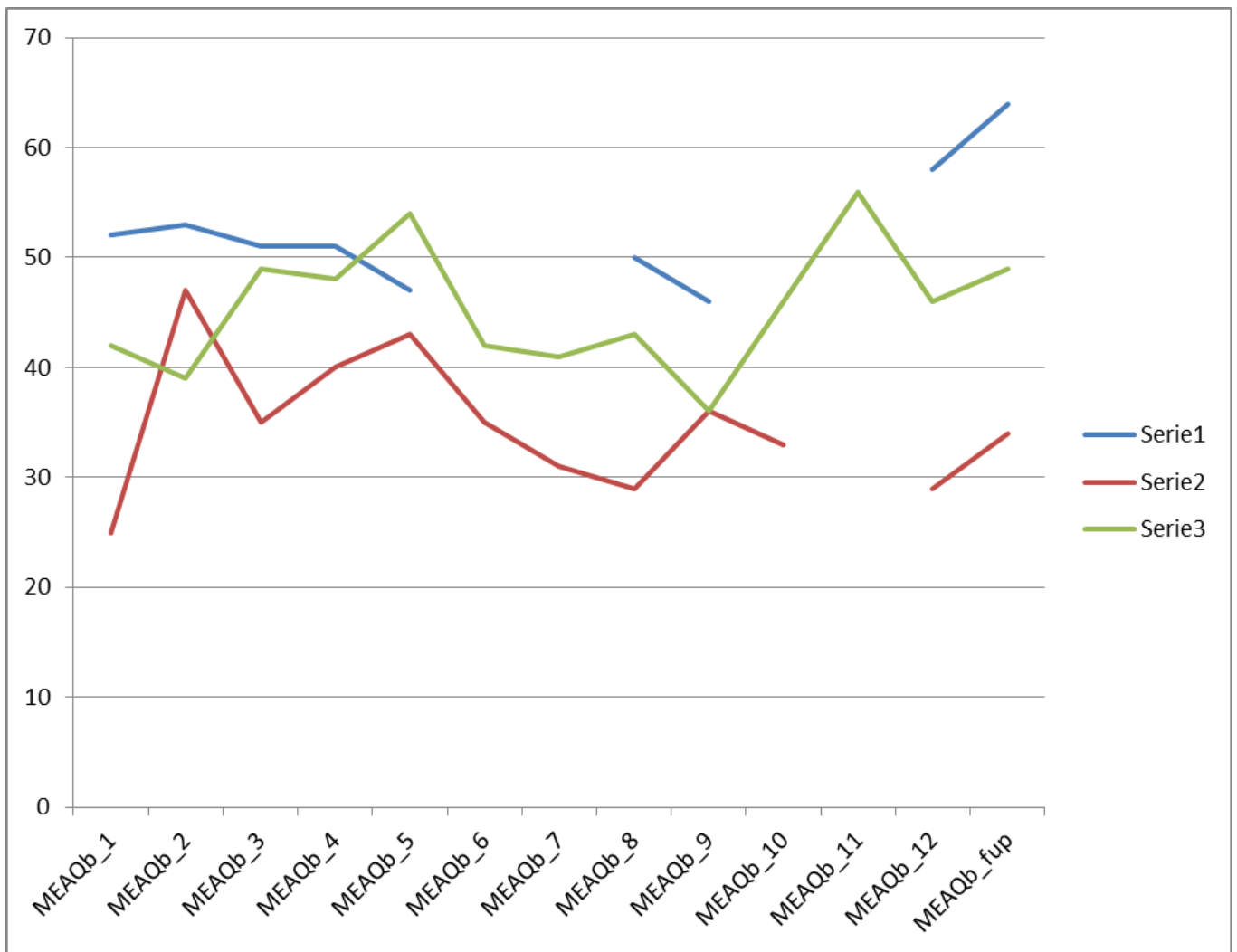


Figur 5. Graf över MEAQa (Mäter "Aversion mot obehag". Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng. Lågt värde motsvarar stark färdighet).

Linje 1: Patient D

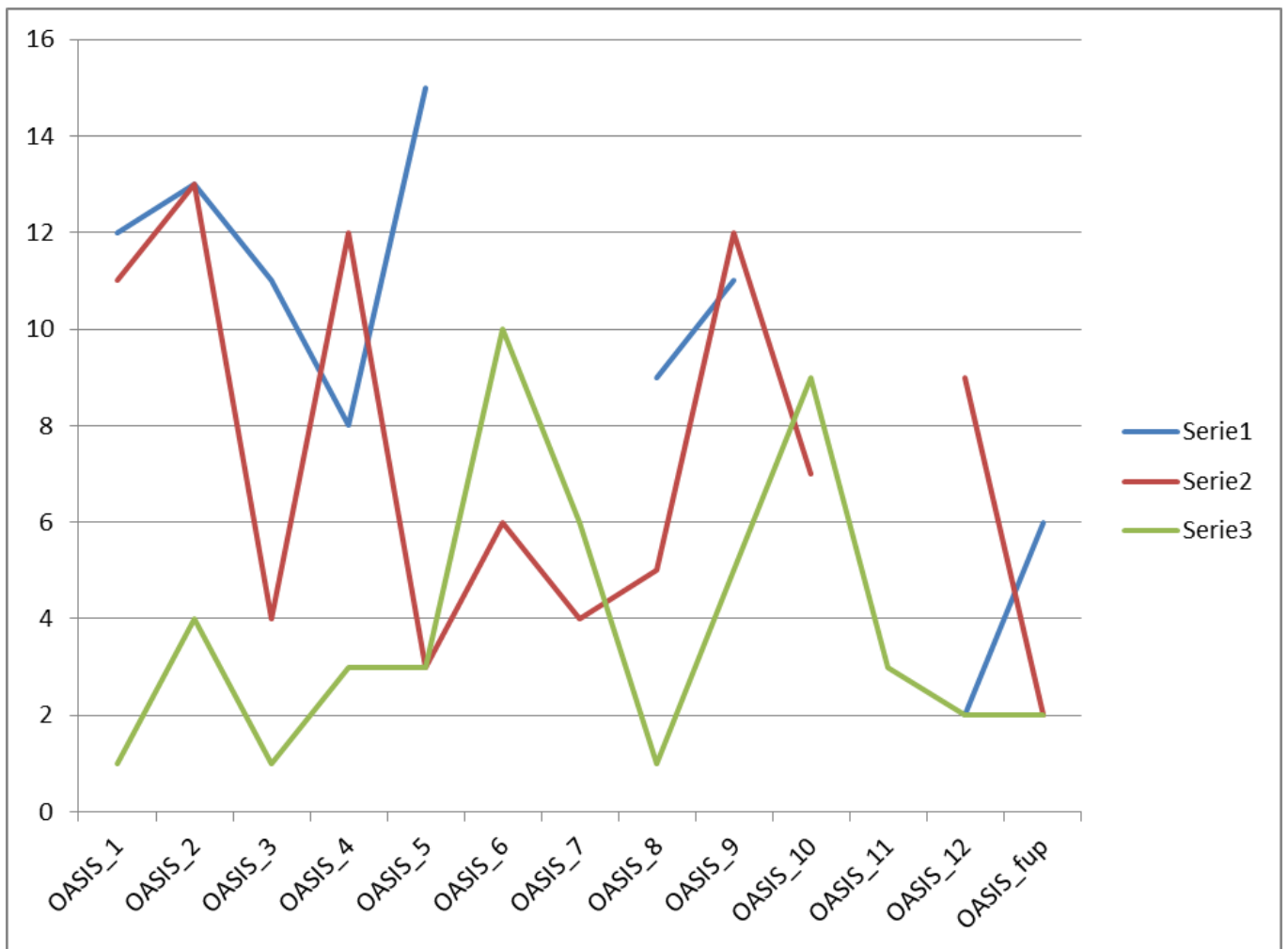
Linje 2: Patient P

Linje 3: Patient S



Figur 6. Graf över MEAQb (Mäter "Uthärda obehag". Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng. Högt värde motsvarar stark färdighet).

Linje 1: Patient D
 Linje 2: Patient P
 Linje 3: Patient S

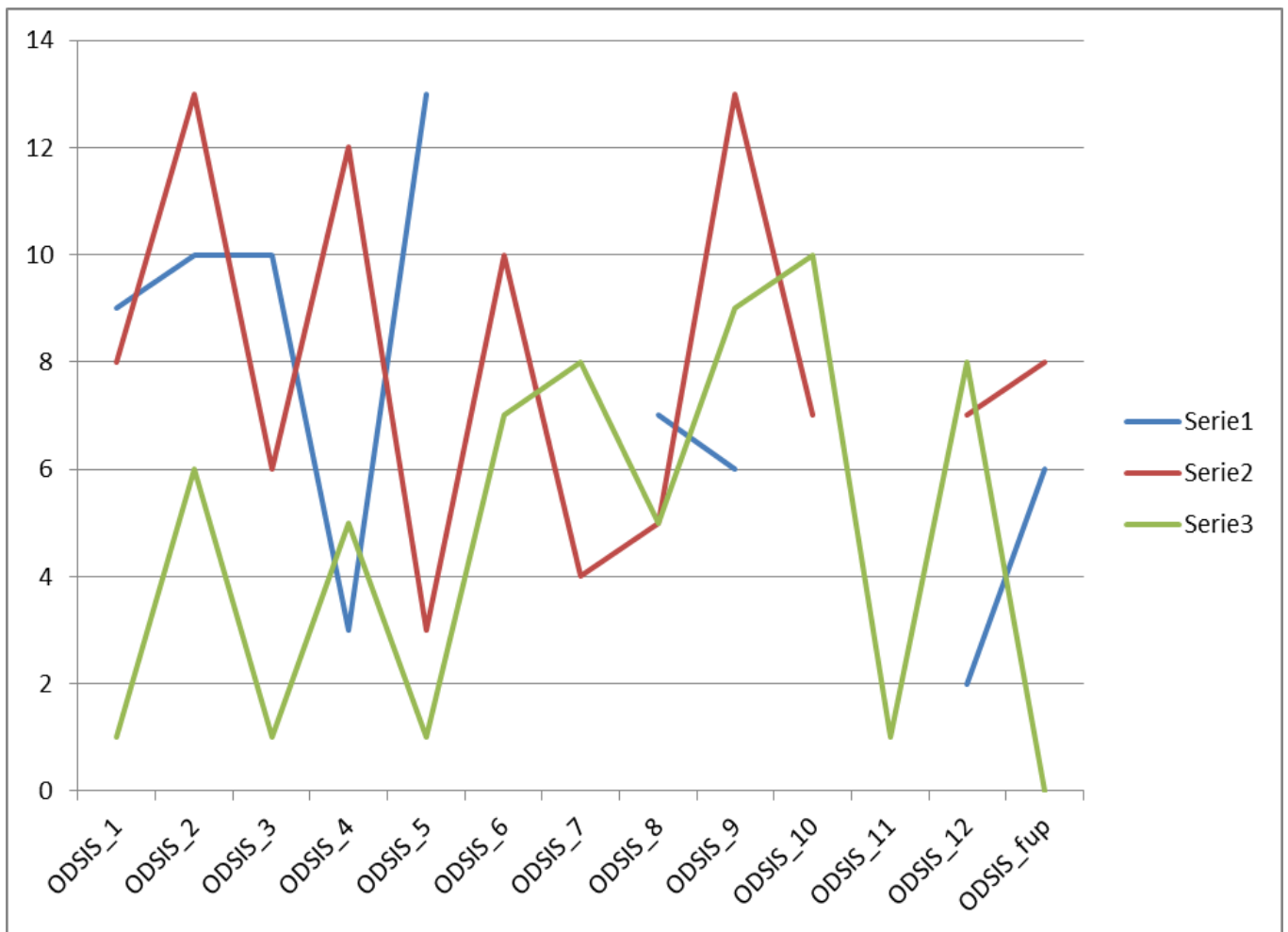


Figur 7. Graf över OASIS (Mäter ångestsymtom. Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng).

Linje 1: Patient D

Linje 2: Patient P

Linje 3: Patient S

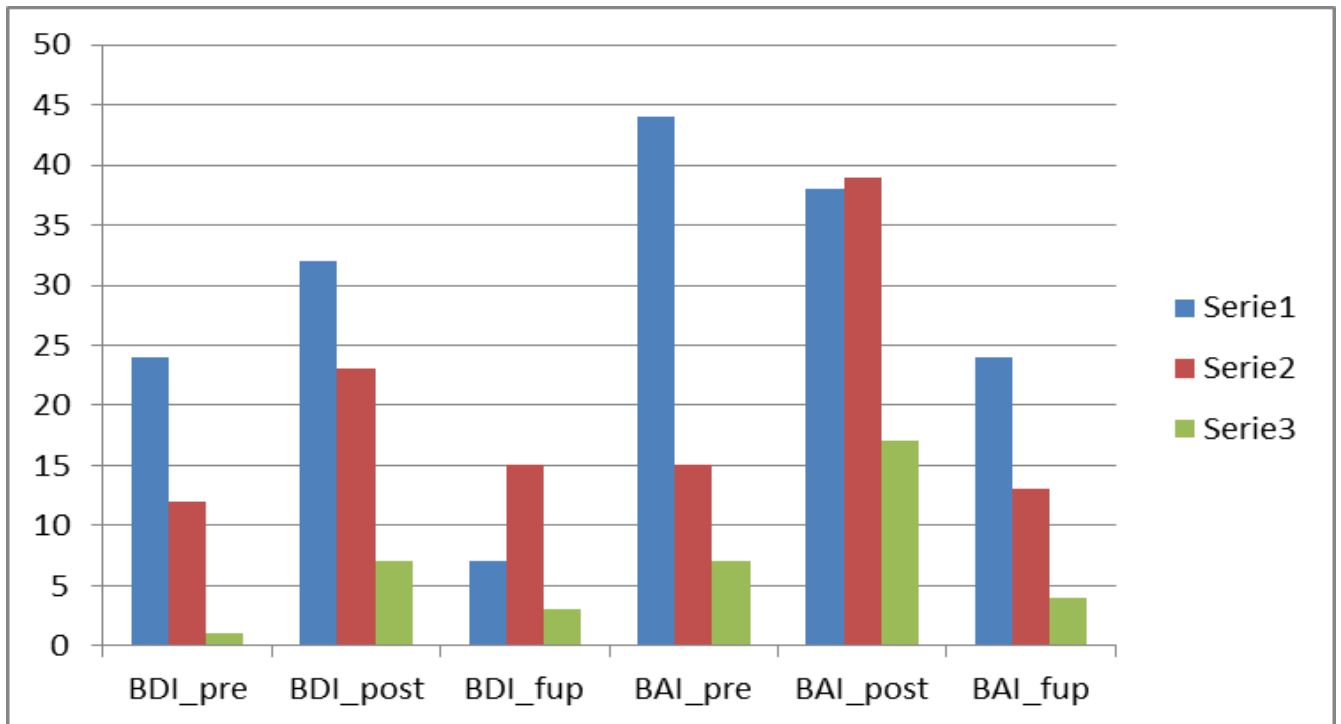


Figur 8. Graf över ODSIS (Mäter depressionssymtom. Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng).

Linje 1: Patient D

Linje 2: Patient P

Linje 3: Patient S

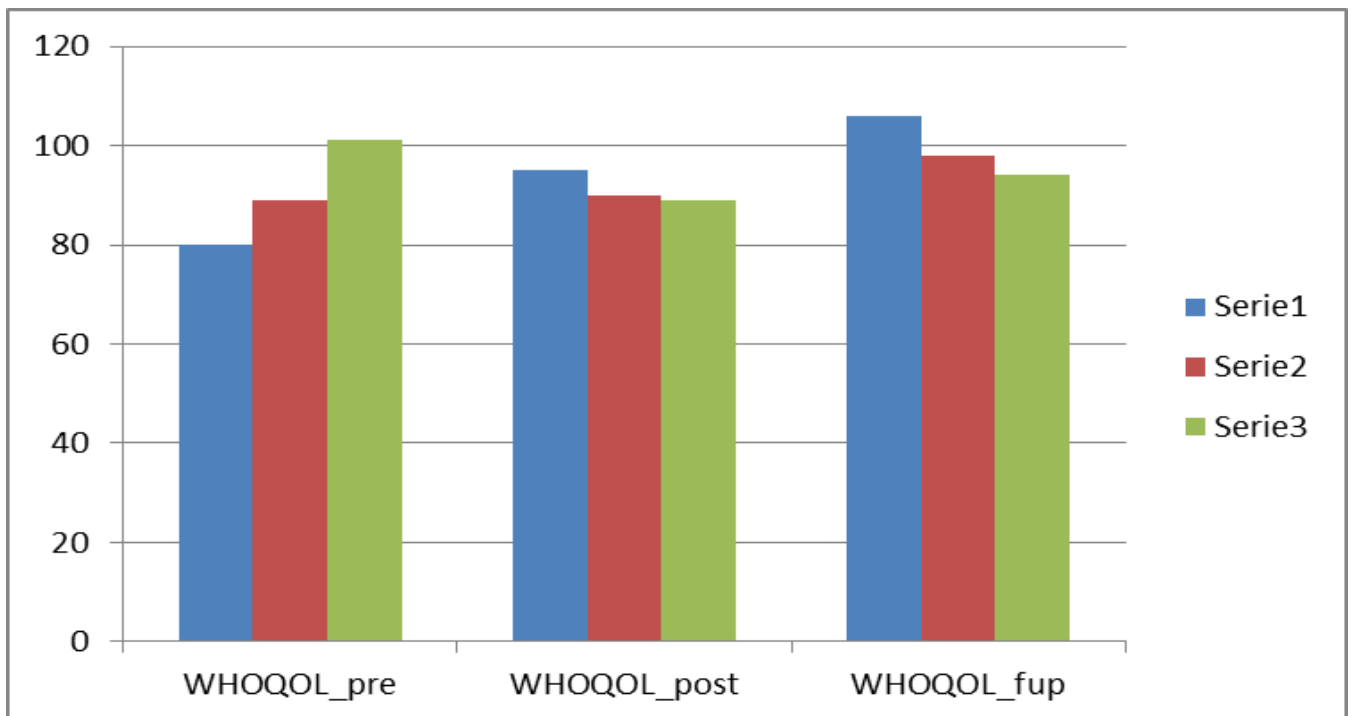


Figur 9. Graf över BDI II respektive BAI (Mäter depressionssymtom resp ångestsymtom). Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng.

Stapel 1: Patient D

Stapel 2: Patient P

Stapel 3: Patient S



Figur 10. Graf över WHOQOL-BREF. (Höga värden motsvarar hög upplevd livskvalitet). Y-axeln motsvarar testresultat i råpoäng.

Stapel 1: Patient D

Stapel 2: Patient P

Stapel 3: Patient S