

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Några månaders skillnad – jämförelse mellan före och efter en
psykologisk gruppbehandling enligt metoden Unified Protocol**

Johannes Gerth

Examensarbete, 30 högskolepoäng
Psykologprogrammet
Höstterminen 2014
Handledare: Chris von Borgstede

Några månaders skillnad – jämförelse mellan före och efter en psykologisk gruppbehandling enligt metoden Unified Protocol

Johannes Gerth

Sammanfattning. Unified Protocol är en transdiagnostisk kognitiv beteendeterapi baserad på empiriskt stödda principer. Uppsatsens syfte var att kvalitativt beskriva gruppbehandlingsdeltagares vardagliga upplevelser ur ett psykologiskt perspektiv. Frågeställningen var om det fanns skillnader vid jämförelse mellan före och efter behandlingen och hur eventuella skillnader och likheter såg ut. Deltagargruppen var diagnostiskt heterogen. De sex informanterna, två män och fyra kvinnor, intervjuades enskilt. Följande huvudteman konstruerades: Tankar, beteenden, känslor och kroppsliga upplevelser. Gruppen uppgav skillnader i samtliga fyra huvudteman och i 18 underteman avseende art, grad eller både och. I fyra underteman beskrevs aspekter av utebliven skillnad. För- och eftermätningar av kliniska ångest- och depressionsnivåer genomfördes via självskattningsformulär och resultaten tydde på lägre nivåer efter avslutad behandling. Diskussionen innehåller möjliga förklaringar till resultaten.

Forskningsresultat från flera källor tycks ge stöd till idén om att de olika ångest- och förstämningssyndromen som beskrivs i DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) har större likheter än skillnader och verkar påverkas av samma bakomliggande mekanismer (se bl a Payne, Ellard, Farchione, Fairholme & Barlow, 2014; Wilamowska, Thompson-Hollands, Fairholme, Ellard, Farchione & Barlow, 2010; Brown, Chorpita & Barlow, 1998). En möjlig följd av forskningsfynden kan vara ett ökat intresse för transdiagnostiska gruppbehandlingsmetoder, det vill säga metoder som riktar sig till grupper vars deltagare har diagnostisk mångfald sinsemellan. En av behandlingsmetoderna är Unified Protocol, utvecklad av David Barlows forskargrupp vid Center for Anxiety and Related Disorders (CARD) i Boston (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen & Ehrenreich-May, 2013). Det är en användning av Unified Protocol i psykologiskt behandlingssyfte som ligger till grund för denna uppsats.

Unified Protocol: En kort beskrivning

Unified Protocol baseras på empiriskt stödda behandlingsprinciper inom området för kognitiv beteendeterapi (KBT) och fokuserar särskilt på upplevelsen och regleringen av känslor (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione & Barlow, 2010; Wilamowska et al, 2010). Anledningen till känslufokuset är att känsloreglering verkar spela en viktig roll vad gäller vidmakthållandet av många olika typer av känslomässiga störningar, vilket gör att målgruppen blir stor: Unified

Protocol riktar sig till personer med alla typer av ångestrelaterade och unipolära förstämningssyndrom (Barlow et al, 2013).

Målet med Unified Protocol är att klienterna skall tillgodogöra sig mentala redskap att använda i det vardagliga livet. Behandlingen består av följande åtta moduler: motivationsskapande; psykoedukation om känslor och kartläggning av känsloupplevelser; övningar i känslomässig medvetenhet; kognitiv värdering och omvärdering; känslomässigt undvikande och känslostyrda beteenden; medvetenhet om och tolerans för kroppsreaktioner; interoceptiv (inom en individ) och situationsbaserad känslomässig exponering; återfallsprevention. Arbetet sker gemensamt och klienterna förväntas delta aktivt med hjälp av en arbetsbok som tilldelas dem i början av behandlingen (Barlow et al, 2013).

Tidigare forskning

Ett antal studier har gjorts för att mäta effekten av Unified Protocol. I en randomiserad, kontrollerad studie (RCT) från 2012 av Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands, Carl, Gallagher & Barlow jämfördes en testgrupp med 26 deltagare som behandlades genom Unified Protocol med en väntelistekontrollgrupp à 11 deltagare. Kontrollgruppen uppvisade liten eller ingen förändring under de 16 veckorna på väntelista, medan testgruppen uppvisade signifikanta förbättringar vid mätningar av generella symptom på depressions-, ångest- och funktionsnivå. Resultaten kvarstod vid en eftermätning sex månader senare.

Liknande resultat har rapporterats av bland andra Sauer-Zavala, Boswell, Gallagher, Bentley, Ametaj & Barlow (2012), där mätningar efter Unified Protocol-behandlingen visade signifikant lägre frekvens av negativa emotioner, samt signifikant minskad ångest och rädsla inför känsloupplevelser.

Gallagher, Sauer-Zavala, Boswell, Carl, Bullis, Farchione & Barlow (2013) undersökte Unified Protocols effekt på bland annat livskvalitet i en RCT-studie med 37 deltagare och fann att deltagarna som behandlats med Unified Protocol rapporterade förbättringar som uppmättes till statistiskt signifikanta gällande livskvalitet i allmänhet och självförtroende i synnerhet.

Vidare visade McEvoy, Nathan & Norton (2009) i en översiktsartikel av publicerad forskning på transdiagnostiska gruppbehandlingar (tio behandlingsexperiment och en metaanalys) att dessa tycks vara likvärdiga diagnosspecifika behandlingar vad gäller behandlingsutfall, samt att transdiagnostiska behandlingar visar effekt på komorbida tillstånd. Deltagarna rapporterade generellt en hög grad av tillfredsställelse, positiva behandlingsförväntningar och god gruppssammanhållning.

I en longitudinell studie med syfte att utvärdera effektiviteten av en transdiagnostisk behandling på patienter med ångest- och förstämningssyndrom visades statistiskt signifikanta förbättringar på alla uppmätta variabler, inklusive ångest, depression och social förmåga (de Ornelas Maia, Azevedo Braga, Aparecida Nunes, Egidio Nardi & Cardoso Silva, 2013).

Syfte och frågeställningar

Tidigare forskning på Unified Protocol och andra transdiagnostiska gruppbehandlingsmetoder har, som demonstrerats ovan, främst varit av kvantitativ art och därmed beskrivit förekomst av skillnader mellan mättilfällen. Syftet med denna uppsats är att i en kvalitativ ansats fånga Unified Protocol-deltagarnas upplevelser av sina beteenden, tankar och känslor och hur en eventuell förändring av dessa upplevelser under och efter behandlingen ser ut. Frågeställningar: Fanns det skillnader i vardagslivet för klienterna avseende beteenden, tankar, känslor och kroppsliga upplevelser i en jämförelse mellan före och efter den psykologiska gruppbehandlingen och hur upplevdes de eventuella skillnaderna eller likheterna?

Metod

Deltagare

Den psykologiska terapimetod som låg till grund för denna uppsats användes av två studentterapeuter under handledning på Psykologiska institutionen i Göteborg. Behandlingen sträckte sig över cirka fyra månader från mitten av januari till mitten av maj och bestod av ett inledande intervjutillfälle (för den enskilde klienten) och 15 terapisesioner (i gruppformat). De behandlingsförberedande intervjuernas syfte var att kartlägga problemområden samt att samtala om möjligheter för den enskilde klienten att kunna tillgodogöra sig behandlingsformen. Klienterna tillfrågades av studentterapeuterna gällande deltagande i aktuell studie. Samtliga sex klienter valde att delta, vilket gav de informanter som redovisas i Tabell 1. Diagnoserna ställdes av studentterapeuterna tillsammans med deras handledare.

Tabell 1

Redovisning av informanter ordnade efter antal sessioners närvaro i Unified Protocol-behandlingen.

Kön	Ålder	Diagnos	Närvaro
Kvinna	32 år	Generaliserat ångestsyndrom	15 terapisesioner
Man	38 år	Utmattningsdepression med psykosomatiska symptom	13 terapisesioner
Kvinna	39 år	Utmattningssyndrom	13 terapisesioner
Man	41 år	Panikångest och sömnsvärigheter	13 terapisesioner
Kvinna	31 år	Social fobi och svag självkänsla	11 terapisesioner
Kvinna	37 år	Egentlig depression och panikångest	11 terapisesioner

Tillvägagångssätt

Formulären för mätning av vardaglig ångest och depression distribuerades under inledningen av första behandlingstillfället (förmätning) och i slutet av sista behandlingstillfället (eftermätning). Informationsinsamlingen var en del i det kvalitetssäkringsarbete som studentterapeuterna genomförde. Det innebar ett dubbelt syfte: Kliniskt, för att kunna bedöma behandlingsarbetet, och forskningsmässigt, för att kunna bidra till bedömningen av intervjumaterialet avseende likheter och skillnader. Klienterna informerades av studentterapeuterna om att en uppsats skulle skrivas med hjälp av materialet och samtliga deltagare godkände de dubbla användningsområdena.

För det kvalitativa syftet intervjuades informanterna enskilt i slutet av maj av undertecknad (som ej har haft en terapeutroll i sammanhanget) på Psykologiska institutionen i Göteborg. En semistrukturerad intervjumall hade konstruerats på förhand vilken syftade till att täcka de ämnesområden som definierats i Unified Protocols utvärderingsdel: *ångest och depression* (oro, rädsla, nedstämdhet); *medveten närvaro* (observerande och accepterande av tankar och känslor); *destruktiva tankeprocesser* (negativa automatiska tankar, katastroftankar, förhastade slutsatser och övervärderande tankar); *fysiskt obehag* (psykosomatiska besvär); *undvikanden* (overta och koverta beteenden av dysfunktionell art); *känslostyrda beteenden* (av dysfunktionell art). Frågorna ställdes på så vis att det var öppet för informanten att precisera huruvida det hade varit en skillnad eller inte vid jämförelse mellan före och efter den psykologiska behandlingen avseende de nämnda fenomenen i en vardaglig mening. Klienterna informerades om att intervjun skulle handla om det vardagliga livet ur ett psykologiskt perspektiv; att underlaget skulle komma att användas i en vetenskaplig uppsats; att textresultatet skulle avpersonifieras, det vill säga att det inte skulle vara möjligt att se vilka informanterna var eller vem som hade sagt vad. Det forskningsetiska samtyckeskravet tillgodosågs då samtliga klienter accepterade ett deltagande efter emottagande av informationen om uppsatsens syfte och tillvägagångssätt.

Att ha en semistrukturerad intervjumall bedömdes vara det mest effektiva sättet att samla in upplevelseinformation med, istället för till exempel genom en egenhändigt skriven utvärdering, eftersom svaren i en intervju förväntades vara mer uttömmande och möjligheter till förtydligande och fördjupning är större. Att intervjua informanterna enskilt istället för i grupp antas vara mer givande eftersom behandlingsmålen är individuella och inte gruppbaserade.

Intervjuerna var mellan 20 och 70 minuter långa.

Instrument

För det kvantitativa syftet fick informanterna fylla i två formulär för mätning av upplevelse av vardaglig ångest och depression – Beck Anxiety Inventory (BAI) samt Beck Depression Inventory (BDI-II). Skalstegen för bedömning av klinisk nivå är baserade på respektive manual och redovisas i Tabell 2 och Tabell 3.

Tabell 2

Skalsteg för bedömning av klinisk nivå av ångest.

Ångestnivå	Skalsteg BAI (Beck & Steer, 2005)
Minimal ångest	0-7
Lindrig ångest	8-15
Måttlig ångest	16-25
Svår ångest	26-63

Tabell 3

Skalsteg för bedömning av klinisk nivå av depression.

Depressionsnivå	Skalsteg BDI-II (Beck, Steer & Brown, 2005)
Minimal depression	0-13
Lindrig depression	14-19
Måttlig depression	20-28
Svår depression	29-63

Dataanalys

Skattningsskalor. Studentterapeuterna sammanställde summorna av ångest- och depressionsmätningarna för det kliniska syftet. Sifferkontroll genomfördes av undertecknad. De enskilda informanternas resultat registrerades och granskades i ett numeriskt dataprogram. Medel- och medianvärde beräknades för samtliga deltagare. Siffrorna jämfördes med skalstegen i Carlbrings (2014) sammanställning av kliniska nivåer (se Tabell 2 och Tabell 3).

Intervjuer. Intervjuerna sparades genom inspelning på ett portabelt, digitalt "fickminne". Därefter transkriberades intervjuerna manuellt i ett dataprogram. Den transkriberade texten lästes flera gånger varpå den tematiserades genom följande procedur: Ett påstående från informanten tolkades på den semantiska nivån och den nya meningen placerades i en kolumn till höger om den transkriberade texten. Därefter kodades tolkningen i en ny kolumn som antingen "skillnad" eller "likhet" med efterföljande definition. Om tolkningen inte innehöll några data som kunde definieras enligt dikotomin så lämnades ingen kod. När alla transkript var bearbetade på detta vis ordnades ämnesområden med definition avseende likhet och skillnad samt art och grad:

Transkriberad text. *"Det har också blivit mycket bättre. Just att jag 'spinner' inte vidare på en sådan situation utan jag håller mig till 'här och nu' och så att man tar det lugnt och inte drar förhastade slutsatser som när jag inte hittade henne."*

Semantisk tolkning. *"Upplevda skillnader i problematiska situationer, ej eskalerande i katastroftankar utan handlingsutrymmet har i stället ökat såsom ökad medveten närvaro, metodiskt agerande och resonerande."*

Kodning. *"Skillnad i grad av upptagenhet med katastroftankar, ökat handlingsutrymme i form av medveten närvaro, metodiskt beteende och resonerande."*

Tematisering. *"Katastroftankar (skillnad, lägre grad av); Beteenderepertoar (skillnad, större); Sannolikhetsvärderande tankebeteenden (skillnad, högre grad av)"*

Även om en fenomenbeskrivning endast rapporterats från en informant så har uppgiften bedömts som tillräcklig för omnämnande i resultatdelen. Frekvensen av fenomen informanter emellan har ej beaktats, däremot har grad angetts. I vissa fall har ett fenomen rapporterats som uteblivet av informanter (till exempel "ältande") medan andra inte nämnt samma fenomen vilket inte renderat i en resultatangivelse (som vardagligt kvarstående) då tolkningsförfarandet haft ett semantiskt fokus. Det innebär att det som sagts har noterats medan sådant som kanske kunde "läsas mellan raderna" har utelämnats eftersom det i så fall skulle ha varit latent tolkningar. Övergripande teman konstruerades utifrån intervjumallen, som i sin tur var baserad på de begrepp som förekommer i Unified Protocols utvärderingsdel. Metoden kan sägas vara teoretisk snarare än induktiv såsom beskriven i Braun & Clarke (2006).

Citat har använts i den löpande resultattexten. På vissa ställen har förtydliganden angående innehåll alternativt tillägg för mer hållbar grammatisk konstruktion gjorts av

undertecknad. Markeringarna har blivit placerade inom hakparenteser såsom till exempel [ångest]. Alla deltagare har minst ett citat med i resultatdelen.

Resultat

Skattningsskalorna för mätning av ångest- och depressionsnivåer (BAI och BDI-II) användes som komplement till intervjuerna. Följande framkom: En av sex deltagare skattade vad som skulle motsvara oförändrade kliniska nivåer av ångest efter behandling, övriga minst ett skalstegs skillnad. Samtliga deltagare med initiala kliniska nivåer av depression skattade minst ett skalstegs skillnad efter behandling. Gällande både ångest- och depressionsnivåer utgjorde den skillnaden minst ett skalsteg, bortsett från det som skulle motsvara subkliniskt minimala nivåer, avseende hela gruppens medel- och medianvärde. Detaljerade sifferresultat av skattningsskalorna redovisas i Tabell 4.

Tabell 4

Sammanställning av de sex informanternas poäng och motsvarande kliniska nivåer av ångest och depression vid för- och eftermätningar med Beck Anxiety Inventory (BAI) och Beck Depression Inventory (BDI-II), samt gruppens medel- och medianvärde vid respektive mätning.

Informant	Förmätning BAI	Eftermätning BAI	Förmätning BDI-II	Eftermätning BDI-II
1.	22 – måttlig	7 – minimal	31 – svår	23 – måttlig
2.	29 – svår	18 – måttlig	34 – svår	22 – måttlig
3.	19 – måttlig	10 – mild	6 – minimal	7 – minimal
4.	23 – måttlig	4 – minimal	10 – minimal	0 – minimal
5.	33 – svår	20 – måttlig	43 – svår	25 – måttlig
6.	37 – svår	36 – svår	23 – måttlig	13 – minimal
Medelvärde	27,2 – svår	15,8 – måttlig	24,5 – måttlig	15 – lindrig
Medianvärde	26 – svår	14 – lindrig	27 – måttlig	17,5 – lindrig

Intervjuernas syfte var att registrera informanternas uppfattningar om skillnader och likheter i vardagslivet avseende tankar, beteenden, känslor och kroppsliga upplevelser vid jämförelse av före och efter Unified Protocol-behandlingen och därefter analysera materialet. I Tabell 5 redovisas en översikt av rapporterade skillnader i de underteman som konstruerats utifrån materialet. Dessa resultat presenteras mer djupgående i följande avsnitt.

Tabell 5

Översikt av förekomst av skillnader i art och grad avseende de underteman som konstruerats ur intervjumaterialet.

Huvudtema	Undertema	Skillnad art	Skillnad grad	Ingen skillnad
1. Tankar	1:1. Ältande	X		
	1:2. Katastroftankar		X	
	1:3. Önskade tankar		X	
	1:4. Psykologisk kunskap	X		
2. Beteenden	2:1. Observerande tankebeteenden	X	X	
	2:2. Accepterande tankebeteenden	X	X	
	2:3. Medveten närvaro-beteenden		X	X
	2:4. Sannolikhetsvärderande tankebeteenden	X	X	X
	2:5. Exponeringsbeteenden	X	X	
	2:6. Beteenderepertoar	X	X	
	2:7. Automatiska beteenden	X	X	X
3. Känslor	3:1. Stämningslägesstabilitet		X	
	3:2. Stämningslägesvariation	X	X	
	3:3. Oro	X		
	3:4. Ångest		X	
	3:5. Rädsla	X		
	3:6. Hopplöshetskänslor	X	X	
4. Kroppsliga upplevelser	4:1. Somatiska problem	X	X	X

1. Tankar

I temat "1. Tankar" ingick både automatiserade tankeprocesser och information, det vill säga tankar som krävde bearbetning för att generera beteenden. När tankar har lett till ett intrapsykiskt beteende så har dessa kategoriserats med närmare specifikation under "2. Beteenden".

1:1. Ältande. Tankar av automatiserad, cyklisk karaktär med få eller inga variationer i innehåll, vilka informanterna har uppgett som uteblivna. Med andra ord innebär det att en tvångsmässig tankefixering vid vissa fenomen eller händelser ej har rapporterats som förekommande.

"Negativa tankar har jag ältat tidigare men nu kommer inte de negativa tankarna ens upp på det sättet, så det är stor skillnad på [det]."

1:2. Katastroftankar. Tänkta "värsta möjliga"-scenarion har uppfattats av informanterna som förekommande i lägre grad. Katastroftankar kan beskrivas som tvångsmässiga föreställningar om att något hemskt har hänt eller kommer att hända, alternativt att betydelsen av något som inträffat är större än vad som objektivt ter sig rimligt.

"Jag kunde vakna på natten när min dotter hade ont i magen och då tänkte jag direkt att det kunde vara något allvarligt som cancer, och då blev jag ofta väldigt nedstämd efter för att jag blev så orolig. Det blir jag inte heller idag, utan jag tänker mycket på 'här och nu' och är det så, så får man ta det då."

1:3. Oönskade tankar. I allmänhet har lägre grad av oönskade tankar rapporterats som förekommande, i synnerhet färre överklighetstankar, färre självkritiska tankar och mer realistiska tankar avseende den egna prestationen. Med överklighetstankar menas i det av här fallet upplevelser av att vara kroppsligt närvarande men mentalt distanserad från verkligheten, med litet handlingsutrymme och få kontrollmöjligheter i olika situationer. Dessa upplevelser har dock inte varit i så hög grad att de har kunnat klassas som psykotiska eller dissociativa i psykiatrisk mening.

"Saker och ting går enklare att göra, saker blir inte lika stora som de var innan, det blir inte lika stora problem. Det är lättare att få en bild av det och inte tänka att 'det här blir skitjobbigt, usch och blå!' utan är mer okej."

1:4. Psykologisk kunskap. Ny kunskap har uppfattats som tillägnad, kunskap som handlat om hanterandet av egna psykiska problem och möjligheter att förändra situationer och lösa problem. Psykologisk kunskap har tyckts leda till adekvata beteenden.

“Jag har fått verktygen jag behöver för att kunna gå framåt med mina problem. Innan [terapi] så kände jag att jag hade börjat arbeta med mig själv men jag kände att jag inte hade verktygen.”

2. Beteenden

I kategorin “Beteenden” ingick både *overta* och *koverta* beteenden. Overta beteenden var extrapsykiska, det vill säga sådana som var observerbara utifrån; koverta beteenden var intrapsykiska, det vill säga sådana som förekom inom en individ.

2:1. Observerande tankebeteenden. Det intrapsykiska observerandet av obehagliga och automatiska tankar har lett till konstaterande av tidigare tankeundvikanden. Detta är koverta beteenden, alltså inomindividsbeteenden. Dessa har delvis funnits vara nya av informanterna, det vill säga artskilda från tidigare, men även ökade i grad.

“Jag har åtminstone konfronterats lite med de tankarna som jag undvek och upptäckt att jag undvek dem för det visste jag inte ens om innan.”

Medvetandegörandet av självkritiska automatiska tankar har upplevts ge en lägre grad av obehag i förhållande till självbilden. Uppfattningen att negativa tankar inte har förekommit efter terapins slut har även rapporterats.

2:2. Accepterande tankebeteenden. Acceptanstankar har sagts vara ökade i grad och flera nya beteenden har definierats som accepterande; av obehagliga tankar och kroppsliga upplevelser; av hur verkligheten sett ut istället för att ha hamnat i en ältandecykel; av ångestpåslag som fått komma och gå som alternativ till hindrandeförsök av ångestökningen; av hur besvikelse har upplevts.

“På något sätt så låter jag [ångesten] komma, det blir inte så skrämmande, inte som förut. Då var det mer ‘Stanna, stanna, kom inte!’ Självklart eskalerar det då. Men nu observerar jag den lite mer. [...] Jag låter det vara obehagligt, jag behöver inte göra något åt det.”

Undvikande av tankar och känslor har angetts vara i lägre grad men acceptans av upplevt obehag uppgavs som ett svårutfört beteende.

2:3. Medveten närvaro-beteenden. Tillgång och grad av beteendet medveten närvaro har rapporterats som ökade via identifierande och observerande av känslor och tankar. Att vara medvetet närvarande kan med andra ord beskrivas som tydlig fokusering på ”nuet”.

“Det är också mycket med det att man lever här och nu och man undviker inte vissa hemska tankar utan man tänker att ‘Det är en tanke’ och man låter den passera.”

Förekomst av säkerhetsbeteenden har meddelats som kvarstående när användning av medveten närvaro ej kunnat tillämpas. Avledande beteenden har i dylika fall meddelats som förekommande med syftet att försöka undvika.

2:4. Sannolikhetsvärderande tankebeteenden. Fler sannolikhetsstankar har uppfattats, alltså bedömningar av hur troligt det är att olika framtida scenarion ska inträffa. Värderande av sannolikhet har ersatt katastroftankar, och upplevelser av välbehag och insikt kopplat till sannolikhetsstänkande har redovisats av informanterna. Sannolikhetsstänkandet har även sagts vara använt i samtal med andra, det vill säga icke-klienter, och har resulterat i upplevelse av att kunna hjälpa den mottagande parten. Övervärderande av risker, det vill säga tolkande av något som farligare än det är i realiteten, har bedömts som förekommande även efter terapins slut.

2:5. Exponeringsbeteenden. Informanterna har beskrivit en ökad grad av adekvata beteenden i förhållande till mål, med specificering gällande mötande av hindrande objekt som uppfattats som obehagliga. Det har med andra ord varit exponeringar; för “värsta möjliga scenario”-tankar; för situationer som tidigare undvikits; för situationer som inducerat obehag. Exponeringen har haft som syfte att motverka beteenderigiditet eller med andra ord att ha ökat fokuseringen på långsiktiga mål som ersättning för inriktningen på korttidsmål såsom omedelbar ångestreducering.

“Jag försöker i princip exponera mig för allting! Att ta varje tillfälle att göra någonting annorlunda och så vidare, så att jag inte blir fast i mina mönster och rigid, och har en avslappnad inställning till det. Jag exponerar mig på alla möjliga sätt! Så fort jag upptäcker någonting så ser jag till att ta med det. Det här är en pågående process.”

2:6. Beteenderepertoar. Agensen har uppfattats som utökad, det vill säga att handlingsmöjligheterna har blivit fler för informanterna, främst i situationer som tidigare bedömts som svårare att hantera; beteendestrategier har upplevts som tillgängliga; de enskilda metoderna i strategierna har uppfattats som kompetent använda; ett aktivt handlande i påfrestande situationer har sagts kunnat genomföras; metoderna från terapin har meddelats vara använda i vardagen.

“Jag har mycket lättare att hantera de flesta olika situationer egentligen. Saker som kunde vara besvärliga och jobbigare tidigare kan jag hantera och gå vidare på ett helt annat sätt.”

2:7. Automatiska beteenden. Beteenden av ofrivillig vanekaraktär, alltså värderat som ovanor, har delvis minskat: Säkerhetsbeteenden, alltså beteenden som syftat till att undvika ångest, i situationer av hög press har rapporterats av informanterna som kvarstående i lägre grad. Försök att få försäkrande påståenden, det vill säga att be om information i syftet att minska oro eller ångest, har definierats som frånvarande.

Stressutlösande situationer har sagts generera undvikande, främst vid upplevd mental resurssvaghet. Dessutom har passivitet vid uttröttnings upplevts.

“Men det är samma som i den svarta perioden att ‘Så här är det nu!’ och så kanske jag går och lägger mig istället för att försöka ha kvar känslan och jobba mig igenom det. Det är ett känslomässigt undvikande. Det är det givetvis för att jag inte orkar ta i det då. Men det är betydligt bättre än det var innan.”

3. Känslor

I temat “Känslor” ingick de fenomen vilka kunde definieras som emotionell information avseende upplevelser i vardagen. De beteenden som definierats som känslodrivna i Unified Protocol placerades i kategorin “2. Beteenden”.

3:1. Stämninglägesstabilitet. Den emotionella fluktuationen har bedömts som minskad; stabiliteten förefaller ha blivit mer dominant.

“Just när jag började hade jag ganska mycket [ångest] men det har varit väldigt mycket upp och ner när det kommer till oro och ångest. Allting känns bättre, på alla plan. Jag känner mig mer och mer stabil för varje dag.”

3:2. Stämninglägesvariation. De depressiva stämninglägena har rapporterats som uteblivna eller minskade i grad under och efter terapin; stämninglägesgraderna har uppgetts som inom normalvariationen; stämninglägena har bedömts ligga på en högre lägstanivå.

“Det är en ganska stor skillnad, måste jag säga. Hela tillvaron kan man säga är mycket mer medveten och även om jag inte så att säga är helt frisk så säger jag ändå att min lägstanivå har stigit drastiskt, alltså jag sjunker inte lika lågt längre när jag känner av symptom.”

3:3. Oro. Starkare känslainformation än reell risk har inte registrerats efter terapin när det gäller oro. Informanterna har uppgett att känslolivet blivit kalibrerat till verkligheten i detta avseende.

3:4. Ångest. Förekomst av ångest har uppgetts som obefintlig, i lägre grad eller i svagare kvalitet av informanterna; specifikationen somatiserad ångest har uppgetts vara i lägre grad; stressupplevelsena har rapporterats som färre och ångesten svagare vid förekomst.

3:5. Rädsla. Respons vid konfrontation med stimuli som tidigare genererat rädsla har meddelats som utebliven och lugn (i både känsla och handling) har infunnit sig i situationer som tidigare utlöst panik, enligt utsaga.

“När jag har varit orolig har jag blivit rädd och då har jag blivit darrig i benen. Jag har inte lidit av ångest på det sättet. Men eftersom jag inte blir rädd längre för sådana saker som jag blev förr så har jag inte de fysiska symptomen heller.”

3:6. Hopplöshetskänslor. Känslor av hopp har i stort sett helt ersatt hopplöshetskänslor, enligt utsaga.

“Men jag hade mer hopplöshetskänslor, att jag inte kommer att bli bra, innan jag började [i terapin]. Hopplöshetskänslorna är färre nu - de dyker inte upp överhuvudtaget.”

4. Kroppsliga upplevelser

I kategorin “Kroppsliga upplevelser” ingick de fenomen som kunde definieras som perceptiv information av den egna kroppens status och organiska funktioner. Det enda tema som berörts i informanternas svar har varit “Somatiska problem” och kunde definieras som fenomen vilka har uteblivit eller kvarstått – inget svar innehöll information avseende “nya” salutogena, kroppsliga upplevelser.

4:1. Somatiska problem. Upplevelser av ofrivillig muskeltonus har minskat i grad; yrsel har uppfattats som kvarstående men i lägre grad; tinnitus har upplevts som kvarstående men i lägre grad; stickningar och avdomningar har rapporterats som uteblivna.

Samtidigt har magsymptom upplevts som kvarstående (vid exponering för stressande miljöer). Grad av orkeslöshet har rapporterats som lägre men ännu utanför upplevd normalvariation, det vill säga att orkeslösheten har definierats som klinisk; psykisk och somatisk utmattning vid upplevt ansträngande situationer har kvarstått.

Diskussion

Studiesyftet var att undersöka om och på vilka sätt klienter i gruppterapi enligt Unified Protocol har upplevt skillnader eller likheter i vardagslivet efter genomgången behandling. Det kvalitativa resultatet talar för en tydlig vardaglig skillnad i de fyra domäner som huvudtemana utgör (tankar, känslor, beteenden och kroppsliga upplevelser). Skillnaderna tycks påvisas också i den kvantitativa delen, dock utan att ha blivit statistiskt signifikansprövad.

Frånvaro av skillnad

Då deltagargruppen var diagnostiskt heterogen skulle en förväntning kunna vara varierande resultat klienterna emellan, men resultaten förefaller vid en jämförelse som relativt sammanhållna. I samtliga 18 underteman förekom skillnader i art eller grad eller både och, men i fyra underteman saknades det skillnad i vissa aspekter. De bakomliggande orsakerna till att inga skillnader uppstått i dessa aspekter förefaller samvariera med påtaglig närvaro av ångest eller mental uttröttnings, det vill säga resurssvaghet. Dessa variabler behandlas nedan.

Ångest. I vissa fall tycks höga ångestnivåer påverka beteenderepertoaren i negativ bemärkelse, det vill säga att verktyg som skulle varit adekvata inte längre finns tillgängliga. Detta ligger i linje med vad som framkommer i en artikel från 2008 av Suárez, Bennet, Goldstein & Barlow, nämligen att aktivering av det sympatiska nervsystemet är kroppens sätt att motverka den hjälplöshet som infinner sig när individen bedömer sin kapacitet som otillräcklig för att hantera det upplevda hotet. Då kroppens signaler om fara ökar, förstärks även upplevelsen av att inte kunna hantera situationen, vilket leder till att hotet upplevs som större. Även om informanternas beteenderepertoarer har utvidgats så kan stark ångest fortfarande göra det svårt att agera adekvat.

Mental uttröttnings. Exponering för obehag är ansträngande och det är därför inte förvånande att säkerhetsbeteenden eller andra undvikanden har kvarstått i situationer av upplevd resurssvaghet. På samma vis som ångest "konsumerar" resurser genom ökad aktivering av det sympatiska nervsystemet, så får situationer eller livsförhållanden som försvårar återhämtning konsekvenser. Det är eventuellt så att det finns ett kritiskt gränsvärde av resurstillgångar vilket inte kan passeras utan att beteenderepertoaren minskar. Priset för användandet av säkerhetsbeteenden eller andra undvikanden i syftet att slippa uppleva påfrestande känslor är att habituering eller lärande av situationsbetingade, konstruktiva strategier uteblir (Campbell-Sills & Barlow, 2006).

Närvaro av skillnad

Informantgruppens sammanlagda frånvaro under Unified Protocol-behandlingen beräknades till 15,6%, vilket kan tänkas vara ett frånfälle stort nog att påverka terapieresultatet. Trots detta tycks skillnaderna efter behandlingen vara betydande för informanternas vardagliga liv. Som nämnts ovan har tidigare forskning på Unified Protocol visat att behandlingen kan vara

effektiv för att reducera ångest- och depressionssymptom (se exempelvis Farchione et al, 2012; Sauer-Zavala et al, 2012), vilket även föreliggande kvalitativa fynd med stöd av de kliniska siffrorna tyder på. I följande avsnitt diskuteras de variabler som verkar vara av särskild vikt för de skillnader som uppgetts av informanterna.

Unified Protocol är uppbyggt kring idén om att maladaptiv känsloreglering spelar en viktig roll i vidmakthållandet av känslomässiga störningar (Barlow et al, 2013). Konsekvenserna av maladaptiv känsloreglering presenteras i Campbell-Sills & Barlow (2006), som menar att försök att dölja eller inhibera obehagliga känsloupplevelser eller tankar har begränsad effekt (se även Gross & Levenson, 1997) och ofta leder till en ökning av desamma. Återkommande utsagor av informanterna har gällt förmågan att kunna definiera, observera och godkänna sina tankars och känslors existens utan åtgärdsförsök, vilket kan sammanfattas som förmåga till medveten närvaro och acceptans.

Att medveten närvaro kan påverka den psykiska hälsan har visats av Kiken & Shook (2012) som presenterade att medveten närvaro kunde minska psykiskt lidande genom att reducera frekvensen av negativa tankar. Brown, Ryan & Creswell (2007) fann att medveten närvaro ledde till större öppenhet för och mindre känslomässig bindning till tankar, vilket i sin tur ledde till minskat åltande och vidare till minskat psykiskt lidande. Även Coffey, Hartman & Fredrickson (2010) fann att medveten närvaro ledde till minskat åltande, samt att detta ledde till mer adaptiv känsloreglering och större chans till situationsadekvata beteenden.

När det gäller acceptans har det i tidigare studier framkommit resultat som tyder på att ett sådant förhållningssätt kan förändra livskvaliteten hos personer med till exempel utmattningssyndrom (Brooks, Rimes & Chalder, 2011; Poppe, Petrovic, Vogelaers & Crombez, 2013). Brooks et al (2011) fann även att låg grad av acceptans var den faktor som bäst predicerade försämring i fysisk funktion och social förmåga hos 259 personer med utmattningssyndrom. Då två av informanterna i föreliggande studie hade diagnosen utmattningssyndrom och en tredje social fobi är det möjligt att en initial upplevelse av framgång med verktyget fick en normbildande effekt och kan ha förstärkt möjligheterna att våga närma sig problematiska fenomen på ett situationsadekvat vis.

Aspekter av gruppbehandling och multidiagnostik

Informantgruppen kännetecknas av ett antal aspekter som tillför dynamik och är värda att ytterligare nämnas i förhållande till behandlingsupplägget och denna studies frågeställning.

Att behandlas i grupp. Den första aspekten är att det handlar om en grupp av personer. I en gruppterapi behöver deltagarens förhållningssätt vara på ett annat sätt än i en individuell terapi: Deltagaren måste förhålla sig till terapeuten, till de andra deltagarna och till gruppens gemensamma normer och attribut (Chamberlain & Norton, 2013). Samtidigt finns det fler tillfällen till social inlärning och utbyte av erfarenheter och upplevelser än vad det gör i individuell terapi (de Ornelas Maia et al, 2013). Forskning som jämfört KBT-gruppbehandling och individuell KBT-behandling har fått delvis motstridiga resultat: Moreno, Gili, Magallón, Balizá, Roca, Lopez Del Hoyo & Garcia-Campayo (2013) fann till exempel att individuell KBT-

behandling för patienter med somatoforma störningar (kroppsliga symptom till följd av mentala processer) hade större effekt än motsvarande gruppbehandling. Å andra sidan visade Norton, Barrera, Mathew, Chamberlain, Szafranski, Reddy & Smith (2013) att transdiagnostiska gruppbehandlingar för ångeststörningar hade större effekt vad gäller att reducera komorbiditet än motsvarande individuella behandlingar.

Diagnostisk heterogenitet. Den andra aspekten är att gruppen var diagnostiskt heterogen. I ljuset av vad som beskrivits i stycket ovan skulle en hypotes kunna vara att diagnostisk heterogenitet till exempel kan försvåra deltagarens förmåga att känna samhörighet med andra deltagare och därmed begränsa inläringstillfället till den grad att eventuella vinster med gruppbehandling skulle mistas. Studier har dock indikerat att heterogenitet i terapigruppen inte påverkar individens behandlingsresultat (Chamberlain & Norton, 2013; Norton & Barrera, 2012). Ett fokus på de processer och mekanismer som är gemensamma för de olika diagnoserna verkar vara en tillgång för behandlingsarbetet (Norton & Barrera, 2012) och blir ett ofta använt arbetssätt i en diagnostiskt heterogen grupp.

Komorbiditet. Den tredje aspekten är att flera deltagare i den diagnostiskt heterogena gruppen hade komorbida diagnoser. Studier har gjorts på effekten av komorbiditet på behandlingsutfall, bland annat Norton et al (2013) som fann att de som hade komorbida diagnoser även bedömdes ha en högre allvarlighetsgrad i sin primära diagnos än de som saknade komorbiditet. I samma studie visades det dock att komorbida diagnoser inte hade något samband med behandlingsutfall avseende den primära diagnosen. Beutel, Bleichner, von Heymann, Tritt & Hardt (2011) presenterade resultatet från en kartläggning av totalt 5022 patienter med ångestdiagnos som behandlats inom slutenvården och där det framkom att komorbiditet hade ett negativt samband med behandlingseffekt. Detta gällde dock inte för depressionskomorbiditet. Avslutningsvis kan nämnas att Brown, Antony & Barlow (1995) fann att komorbiditet varken predicerade avhopp från behandlingen eller kortsiktigt behandlingsutfall, däremot fann man att den omedelbara reduktionen i komorbiditet som mättes upp efter behandling inte längre infann sig vid eftermätningarna 24 månader senare.

Det kan vara så att gruppen som studerats i den studie som diskuteras här har kunnat dra nytta av de synergieffekter som har möjlighet att uppstå när ens problem sätts under ett annat, fast välbekant, ljus. Tack vare att andra klienter i gruppen pratar om sina problem vilka har gemensamma nämnare med de egna så kan den enskilde klienten få en mer mångsidig bild av sin problematik och förhoppningsvis ökade möjligheter till adekvat intervenering. Ett litet perspektivskifte skulle i så fall bidra med en större skillnad. När det gäller komorbiditeten förefaller det som om osäkerhetsgraden avseende en permanent förbättring är en realitet om den ovan nämnda forskningen har lyckats "fånga" verkligheten i sina studier. En gynnande faktor för gruppen i den här studien kan vara att deltagarna verkar ha kunnat tillgodose sig flera olika verktyg och därmed möjligheterna att agera flexibelt även i framtiden.

Begränsningar och konstruktioner

Även om ambitionen i detta vetenskapliga arbete har varit att synkronisera textresultatet med den konkreta verkligheten så är det mer en teoretisk möjlighet än en praktisk sådan. Ett antal fenomen försvårar en korrekt spegling av realiteten – vissa mer än andra. Samtidigt så har flera ansatser tagits i försök att ge så god validitet som möjligt, att försöka leverera en bild som motsvarar informanternas upplevelser. I följande stycken behandlas metodologiska svårigheter och försök till verklighetsmotsvarande mentaliseringskonstruktioner som har uppstått i arbetet med denna studie eller med andra ord att titta på tingens ordning från olika håll.

I och med ett utgående från Unified Protocol-manualens terminologi finns en begreppsbias som kan ha placerat verkligheten i orden istället för att forma orden efter verkligheten. Datan har alltså sorterats i vedertagna begrepp vilket gör det lättare att förstå och eventuellt ökar reliabiliteten – men har någon grad av validitet gått förlorad i och med detta val? Tolkningstillvägagångssättet har som nämnts i metoddelen befunnit sig på den semantiska nivån med syftet att vara så språkligt informationstrogen som möjligt för att kompensera gentemot en eventuell begreppsbias.

Samtidigt kan konstruktionen bygga in ett annat problem, av reliabilitetskaraktär, nämligen att ett fenomen “endast behöver nämnas för att inkluderas”. Det skulle kunna vara så att vissa saker övervärderas då de kan ha sagts i förbifarten eller bara ha råkat associeras till av en enskild informant och mer vara en vardaglig kuriositet. Ansatsen ger ingen uppfattning om hur svarsfrekvensen har sett ut.

Det är också svårt att bedöma hur mycket enskilda informanter lyckats exemplifiera från sina liv. Mycket hänger på deltagarens verbala förmåga och möjligheter till att kunna generalisera vardagliga upplevelser och göra dem till mönsterkunskaper.

Genom att ställa frågor utifrån utvärderingssystemet riktar det informanternas uppmärksamhet gentemot vissa fenomen vilket ger en viss bias avseende ett skillnadssvar. Det har dock inte framkommit några indikationer på missnöje och åsikter om felriktade interventioner vilket talar emot att skillnadsfokuset skulle ha missat målet, det vill säga att det som ställts frågor om har varit irrelevant alternativt att det som har varit relevant gått förlorat. Frågorna var ställda utifrån ett vardagligt perspektiv för att försöka få tillgång till så konkreta data som möjligt.

Vidare kan konstateras att informanterna har gett utförliga svar på samtliga frågor samtidigt som frågeställningen gjort det möjligt att avgränsa svarsinnehållet. En medföljande konsekvens av den snäva ansatsen är att det inte går att säga något om kausalsamband. Även om informanterna själva har uppfattningar om vilka interventioner och verktyg som har lett till resultat så har denna studie endast fokuserat på skillnaden och därmed kanske genererat mindre kunskap än vad som hade varit möjligt med en alternativ ansats.

Om det även hade genomförts en intervju med forskningssyfte innan klienterna påbörjat gruppbehandlingen så hade detta kanske gett fördjupade resultat men framförallt kunde

reliabiliteten ökat då möjlighet till jämförelser mellan utsagor hade kunnat göras. En för- och efterintervju skulle kunna vara ett möjligt upplägg för en liknande kvalitativ studie.

Användandet av skattningsskalor har fungerat som stöttning av de kvalitativa resultaten. Det som skulle ha kunnat vara en kvantitativ vinst har därmed blivit kvalitativa siffror som egentligen inte bidrar med så mycket forskningsmässigt utan mer ger en indikation på att behandlingen kan klassas som "lyckad".

Slutsatser

Studiesyftet var att undersöka om och på vilka sätt klienter i gruppterapi enligt Unified Protocol har upplevt skillnader eller likheter i vardagslivet efter genomgången behandling. Det kvalitativa resultatet talar för tydliga vardaglig skillnader i de fyra domäner som huvudtemana utgör (tankar, känslor, beteenden och kroppsliga upplevelser), men i fyra av arton underteman rapporterades även frånvaro av skillnader i vissa aspekter. Skillnaderna tycks påvisas också i den kvantitativa delen, i form av lägre nivåer av ångest och depression, dock utan att ha blivit statistiskt signifikansprövade.

Referenser

- Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L. & Ehrenreich-May, J. (2013). *Unified Protocol: Diagnosöverskridande psykologisk behandling. Terapeutmanual*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Beutel, M., Bleichner, F., von Heymann, F., Tritt, K. & Hardt, J. (2011). Inpatient psychosomatic treatment of anxiety disorders: Comorbidities, predictors, and outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11:3, 443-457.
- Beck, A. & Steer, R. (2005). *BAI. Beck Anxiety Inventory. Manual, svensk version*. Sandviken: Psykologiförlaget AB.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2005). *BDI-II. Beck Depression Inventory, second edition. Manual, svensk version*. Sandviken: Psykologiförlaget AB.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brooks, S., Rimes, K. & Chalder, T. (2011). The Role of Acceptance in Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 411-415.
- Brown, K., Ryan, R. & Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237.
- Brown, T., Antony, M. & Barlow, D. (1995). Diagnostic Comorbidity in Panic Disorder: Effect on Treatment Outcome and Course of Comorbid Diagnoses Following Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63:3, 408-418.
- Brown, T., Chorpita, B. & Barlow, D. (1998). Structural Relationships Among Dimensions of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders and Dimensions of Negative Affect, Positive Affect, and Autonomic Arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Campbell-Sills, L. & Barlow, D. (2006). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. I Gross, J. (red). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Publications.
- Chamberlain, L. & Norton, P. (2013). An Evaluation of the Effects of Diagnostic Composition on Individual Treatment Outcome Within Transdiagnostic Cognitive–Behavioral Group Therapy for Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42:1, 56-63
- Coffey, K., Hartman, M. & Fredrickson, B. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness*, 1:4, 235–253.
- de Ornelas Maia, A. C., Azevedo Braga, A., Aparecida Nunes, C., Egidio Nardi, A. & Cardoso Silva, A. (2013). Transdiagnostic Treatment Using a Unified Protocol: Application for Patients with a Range of Comorbid Mood and Anxiety Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35:2, 134-140.
- Ellard, K., Fairholme, C., Boisseau, C., Farchione, T. & Barlow, D. (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., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Thompson-Hollands, J., Carl, J., Gallagher, M. & Barlow, D. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy, 43:3*, 666-678.
- Gallagher, M., Sauer-Zavala, S., Boswell, J., Carl, J., Bullis, J., Farchione, T. & Barlow, D. (2013). The Impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on Quality of Life. *International Journal of Cognitive Therapy, 6:1*, 57-72.
- Gross, J. & Levenson, R. (1997). Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 105:1*, 95-105.
- Kiken, L. & Shook, N. (2012). Mindfulness and Emotional Distress: The Role of Negatively Biased Cognition. *Personality and Individual Differences, 52*, 329-333
- McEvoy, P., Nathan, P. & Norton, P. (2009). Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A Review of Published Outcome Studies and Future Research Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23:1*, 20-33.
- Moreno, S., Gili, M., Magallón, R., Balizá, N., Roca, M., Lopez Del Hoyo, Y., Garcia-Campayo, J. (2013). Effectiveness of Group Versus Individual Cognitive-Behavioral Therapy in Patients With Abridged Somatization Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine, 75*, 600-608.
- Norton, P. & Barrera, T. (2012). Transdiagnostic Versus Diagnosis-Specific CBT for Anxiety Disorders: A Preliminary Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Depression and Anxiety, 29*, 847-882.
- Norton, P., Barrera, T., Mathew, A., Chamberlain, L., Szafranski, D., Reddy, R. & Smith, A. (2013). Effects of Transdiagnostic CBT for Anxiety Disorders on Comorbid Diagnoses. *Depression and Anxiety, 30*, 168-173.
- Payne, L., Ellard, K., Farchione, T., Fairholme, C. & Barlow, D. (2014). Emotional Disorders: A Unified Transdiagnostic Protocol. I Barlow, D. (red). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. (5 ed). New York: Guilford Press.
- Poppe, C., Petrovic, M., Vogelaers, D. & Crombez, G. (2013). Cognitive Behavior Therapy in Patients with Chronic Fatigue Syndrome: The Role of Illness Acceptance and Neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research, 74*, 367-372.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J., Gallagher, M., Bentley, K., Ametaj, A. & Barlow, D. (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. *Behavior Research and Therapy, 50:9*, 551-557.
- Suárez, L., Bennett, S., Goldstein, C. & Barlow, D. (2008). Understanding Anxiety Disorders from a “Triple Vulnerability” Framework. I Antony, M. & Stein, M. (red:er). *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilamowska, Z., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C., Ellard, K., Farchione, T. & Barlow, D. (2010). Conceptual Background, Development, and Preliminary Data from the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Depression and Anxiety, 27*, 882-890.