

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Effekterna av kognitiv beteendeterapi levererad av studenter
vid en universitetsbaserad utbildningsklinik**

Kajsa Levin

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Hösttermin 2017

Handledare: Kristina Berglund

Effekterna av kognitiv beteendeterapi levererad av studenter vid en universitetsbaserad utbildningsklinik

Kajsa Levin

Sammanfattning. Kunskapen är begränsad om hur väl studentledd kognitiv beteendeterapi fungerar i kliniska miljöer. Följande uppsats är en effectiveness-studie som undersöker behandlingsutfallet av ångest- och depressionssymtom på utbildningskliniken på Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet. Vid behandlingens start och avslut fick patienterna registrera självskattningsformulären *Beck Anxiety Inventory* och *Beck depression inventory-II*. På gruppnivå minskade ångest- och depressionssymtom signifikant med måttliga effekter. I den kliniska populationen var vid behandlingens avslut 32,4 % återställda, 18,3 % förbättrade, 46,5 % oförändrade och 2,8 % försämrade gällande ångestsymtom och 50 % återställda, 18,3 % förbättrade, 26,7 % oförändrade och 5 % försämrade gällande depressionssymtom. Studentledd kognitiv beteendeterapi på Göteborgs universitet har behandlingseffekter man kan förvänta sig utifrån tidigare studier och indikerar att studentledd kognitiv beteendeterapi är effektivt.

För att undersöka effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) är den sedvanliga metoden randomiserade kontrollerade studier (RCT) (Forand, Evans, Haglin & Fishman, 2011). KBT har visat sig effektivt vad gäller behandling av flertalet olika psykiatriska diagnoser (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Ibland har dock kritik framförts att RCT-studier som görs i KBT skiljer sig från hur terapi ser ut i verkligheten där exempelvis patientgruppen är betydligt mer heterogen (Western, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). KBT i RCT-studier innefattar bland annat snäva inklusions- och exklusionskriterier och specialiserad träning för terapeuterna, något som kan tänkas påverka hur generaliserbara resultaten är (Western et al., 2004). Så kallade effectiveness-studier studerar behandling i dess verkliga miljö och har utvecklats som en alternativ metod att undersöka effekten av KBT. Dock finns det fortfarande få effectiveness-studier som har undersökt studentledd behandling utförd i kliniska miljöer (Brunnbauer, Simpson & Balfour, 2016; Forand, et al., 2011).

Varje år tar psykologstudenter vid utbildningskliniken på psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet (GU) emot cirka 400 patienter. Ungefär 55 % av dessa får behandling i KBT och får vid inledning och avslutning av terapin skatta sina ångest- och depressionssymtom med skattningsskalorna *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) och *Beck Depression Inventory second edition* (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996). Föreliggande undersökning kommer att undersöka behandlingsutfallet av studentledd KBT-behandling vid psykologiska institutionen vid GU. En effectiveness-studie som undersöker behandlingsutfallet av ångestsymtom och depressionssymtom vid KBT-behandling utförd av psykologstudenter på Psykologiska institutionen vid GU skulle ge information om behandlingsutfallet på institutionen. Den skulle dessutom bidra till ytterligare kunskap

om hur effektiv studentledd KBT-behandling är på universitetsbaserade psykoterapimottagningar.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en etablerad terapiform vars utveckling ofta beskrivs i tre faser (Kåver, 2016). Den första fasen, i början av 1900-talet, fokuserade på beteende och baserades på forskning från inlärningsteorin. Ivan Petrovitj Pavlov studerade hundars beteenden och upptäckte att de började salivera vid ljudet av en ringsignal efter att detta ljud vid ett antal tillfällen hade presenterats när mat serverades vilken framkallade salivering. En teori om klassisk betingning växte fram, vilken ansågs kunna förklara många av människans beteenden. Även John Broadus Watson bidrog till utvecklingen av teorin om klassisk betingning genom att med sina experiment bekräfta Pavlovs fynd på en människa. På 1950- och 1960-talet accelererade utvecklingen med hjälp av Joseph Wolpe, Arnold Lazarsus och Burrhus Frederic Skinner. De två förstnämnda ägnade sig också åt klassisk betingning medan Skinner jobbade utifrån så kallad operant betingning. Operant betingning innebär att människans beteenden styrs utav konsekvenserna som följer beteendena (Kåver, 2016).

I den andra fasen hamnade fokus på tankar och föreställningar och den kognitiva terapin utvecklades i vilken Aaron Temkin Beck var pionjär (Kåver, 2016). Beck (1970) menar att den kognitiva terapin är utvecklad för att förändra maladaptiva tankar. På 1980-talet sammanfogades dessa två faser till KBT (Kåver, 2016).

I den tredje fasen, som startade i början av 1990-talet, lägger man vikt vid människans inställning till tankar, känslor och upplevelser (Kåver, 2016). Kanske har också en fjärde fas påbörjats med fokus på känslor (Kåver, 2016). Idag finns åtminstone tio olika skolor samlade under begreppet KBT (David & Szentagotai, 2006). KBT anses idag vara förstahandsvalet för flertalet problem och symtom (Farmer & Chapman, 2006).

Tidigare psykoterapiforskning

En genomgång av psykoterapiforskning visar att effekten av psykoterapi generellt rör sig mellan måttliga och stora effektstorlekar på gruppnivå (Lambert, 2013). Dessa visar också att psykoterapi normalt sett brukar visa på en kliniskt signifikant förbättring där patienten är återställd och har återgått från klinisk population till normalpopulation för runt 50 % av patienterna efter 20 sessioner och för 75 % efter 50 sessioner då man ser till patienter som inledningsvis tillhör klinisk population (Lambert, 2013). En signifikant förbättring utan att återgå till normalpopulation ses generellt för 50 % efter åtta sessioner och för 75 % efter 14 sessioner (Lambert, 2013). I dessa översikter ser man också att 5-10 % av alla patienter brukar lämna behandlingen i sämre skick än de startade (Lambert, 2013).

KBT har visat sig effektivt vid behandling av flertalet olika psykiatriska diagnoser. Exempelvis rapporterar Butler et al. (2006) på stora effektstorlekar för KBT vid egentlig depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och ångestsyndrom vid en litteraturöversikt av sexton stora metaanalyser av RCT-studier. Resultat från studier på KBT-behandling i dess naturliga miljö, så

kallade effectiveness-studier, har hittills visat lovande resultat (Forand et al., 2011). Till exempel har effectiveness-studier på KBT vid depression och ångest utförda av erfarna terapeuter visat på resultat som är jämförbara med RCT-studier (Gibbons et al., 2010; Persons, Roberts, Zalecki & Brechwald, 2006; Westbrook & Kirsk, 2005). Gibbons et al. (2010) studie visade en signifikant förbättring hos drygt 60 % av patienterna och att knappt hälften av dessa var återställda.

Som tidigare nämnt vet man endast lite om hur väl behandling ledd av studentterapeuter fungerar i klinisk miljö (Brunnbauer et al., 2016; Forand et al., 2011). Haaga, DeRubies, Stewart och Beck (1991) fann att kognitiv terapi ledd av studenter och erfarna terapeuter på ett universitet i Pennsylvania visade på likartade resultat som metastudier för depression, men studien fokuserade förutom på studenter också på erfarna terapeuter. Forand et al. (2011) effectiveness-studie är enligt dem själva den första studie som utvärderar effectiveness vid KBT utförd i en klinisk miljö av endast studenter. De fann att KBT ledd av studenter på ett medicinskt akademiskt center i New York är lika effektiv som KBT som ges av erfarna terapeuter i en klinisk miljö. Deltagarna i studien hade främst affektiva syndrom och ångestsyndrom och alla tillhörde klinisk population. I den studentledda terapin kunde en signifikant minskning av både depressionssymtom och ångestsymtom, uppmätta med BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) och BAI (Beck et al., 1988), ses på gruppnivå vid avslut. Effektstyrkan var stor för depressionssymtomen och måttlig för ångestsymtomen. En signifikant förbättring sågs hos 66,7 % av patienterna gällande depressionssymtom och mer än 60 % av dessa var återställda medan 10,7 % av patienterna var signifikant försämrade. Gällande ångestsymtomen var 41,8 % signifikant förbättrade och 79,7 % av dessa återställda vid behandlingens slut medan 5,5 % var signifikant försämrade. O'Keeffe, Watson och Linke (2016) undersökte studentledd KBT-behandling av ångestsyndrom på ett Universitet i London. Bland annat användes utfallsmåtten BAI (Beck et al., 1988), och BDI-II (Beck et al., 1996). För patienterna som genomförde hela behandlingen sågs på gruppnivå en signifikant skillnad och måttliga effektstyrkor både vad gäller ångest- och depressionssymtom.

I Sverige finns ett fåtal effectiveness-studier av studentledd terapi, bland annat från Stockholm och Karlstad universitet. Öst, Karlstedt och Wilén (2012) har i en studie tittat på depressionssymtom och ångestsymtom med utfallsmåtten BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) och BAI (Beck et al., 1988) vid KBT-behandling av klienter med främst ångestrelaterade problem, men också andra diagnoser eller symtom. I studien ingick både patienter som tillhörde normal- och klinisk population, men gällande den kliniska signifikansen inkluderades endast patienter i den kliniska populationen. Behandlingen genomfördes av psykologstudenter vid Stockholms universitet och slutsatsen från studien var att öppenvårdspatienter i samhället som primärt lider av ångest- eller depressiva syndrom kan behandlas effektivt av erfarna studentterapeuter med noggrann tillsyn av erfarna handledare enligt Öst et al. (2012). För alla diagnostiska grupper förutom posttraumatiskt stressyndrom sågs en signifikant sänkning av ångestsymtom vid behandlingens avslut på gruppnivå. Gruppen som helhet visade en signifikant minskning av ångestsymtom och effektstorleken var stor. Vid behandlingens avslut var 63,2 % återställda, 18,6 % signifikant förbättrade och 1,1 % försämrade avseende ångestsymtom. Hälften av de diagnostiska grupperna hade en signifikant sänkning av depressionssymtom vid avslut jämfört med uppstarten vilket även gruppen som helhet hade tillsammans med en stor effektstyrka. Vid avslut var 60 % återhämtade, 11 % signifikant förbättrade och 1,3 % signifikant försämrade. Hiltunen,

Kocys och Perrin-Wallqvist (2013) undersökte symtomförändring i terapin hos klienter vid ett psykoterapiträningscenter vid Karlstad universitet. De använde dock skattningsinstrumenten *Symptoms Checklist* (SCL-90; Derogatis & Cleary, 1977) och *Montgomery-Åsbergs Depression Rating Scale* (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979) som även innefattar annat än depressions- och ångestsymtom. Resultaten från studien visade att terapi utförd av mindre erfarna studentterapeuter är effektiv. De flesta delskalor visade en signifikant symtomreduktion på gruppnivå både på SCL-90 och MADRS vid avslut av behandlingen. I en examensuppsats undersökte Lööf och Rosendahl (2010) symtomförändringen vid KBT- och PDT-behandling på psykoterapimottagningen vid Lunds universitet där deltagare sökte för ångest- och eller depressionsproblematik. De användes sig av skattningsinstrumentet SCL-90 (Derogatis & Savitz, 1998). En signifikant förbättring på gruppnivå sågs för alla delskalor i KBTn liksom för skalan som skall sammanfatta måttet. Effekterna varierade mellan små och måttliga för de olika delskalorna och var stor för den sammanfattande skalan. Hos 61 % av KBT-patienterna, normal- och klinisk population, sågs en signifikant förbättring vid behandlingens avslut, varav 31 % var återhämtade, 28,1 % oförändrade och 8,5 % signifikant försämrade varav 7 % insjuknade och hade gått från normalpopulation till klinisk population.

Även utanför Sverige finns ett antal studier med andra utfallsmått än BAI, BDI och BDI-II. Brunnbauer (et al., 2016) har studerat effektiviteten av studentledd behandling för patienter med blandade diagnoser vid en studentklinik i södra Australien genom att analysera det kliniska utfallsmåttet *Clinical Outcomes Routine Evaluation 10 items* (CORE -10; Core System Groups, 1998), som mäter psykisk hälsa. Vid jämförelser före och efter behandling kunde en måttlig effektstorlek ses på gruppnivå hos patienter som togs emot via video och en stor effektstorlek hos patienter som togs emot ansikte-mot-ansikte. Bados, Balaguer och Saldaña (2007) utvärderade hur studentledd KBT-behandling fungerade för patienter med olika ångestsyndrom på ett privat universitet i Barcelona. För de 59 patienterna som genomförde behandlingen såg man en signifikant förbättring vad gäller *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) som bland annat mäter ångest- och depressionssymtom. Effektstyrkan var stor. Hos 61 % sågs en signifikant förbättring och 52,5% återhämtade sig. De menar att KBT utförd av studenter i klinisk miljö är effektiv.

Utbildningskliniken

Psykologiska institutionen vid GU tar varje år emot cirka 400 patienter. På institutionens psykoterapimottagning gör studenterna på psykologprogrammet en del av sin kliniska praktik under termin 8-10. Psykoterapi drivs i tre olika former, KBT, PDT (Psykodynamisk terapi) och BDT (Psykodynamisk korttidsterapi). Ungefär 55 % av patienterna genomgår KBT. I KBT träffar patienterna vanligtvis sin terapeut en gång per vecka. En session är normalt sett 45-60 minuter lång, men längre sessioner förekommer efter behov. Behandlingens längd kan variera mellan 10-20 sessioner. Utbildningskliniken tar emot patienter från 18 år och uppåt.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att studera behandlingsutfall för klienter som genomgått studentledd behandling i KBT på Psykologiska institutionen vid GU. Utfallsmått i studien var förändring av ångest och depressionssymtom mätt med skattningsskalorna BAI (Beck, et al., 1988) och BDI-II (Beck, et al., 1996) vid start och avslut av behandling. Studiens syfte undersöktes utifrån följande frågeställningar:

1. Finns det signifikanta skillnader mellan patienternas självskattade ångest- och depressionssymtom vid inledning och avslutning av behandling?
2. Hur stor andel kliniskt signifikanta skillnader och reliabla skillnader finns det mellan patienternas självskattade ångest- och depressionssymtom vid inledning och avslutning av behandling och i vilken riktning är dessa?

Hypoteser

- Depressionssymtom mätt med BDI-II har minskat signifikant vid behandlingens avslut jämfört med inledningen av behandlingen och effektstorleken förväntas vara måttlig till stor.
- Ångestsymtom mätt med BAI har minskat signifikant vid behandlingens avslut jämfört med inledning av behandlingen och effektstorleken förväntas vara måttlig till stor.

Metod

Deltagare

I studien ingick 148 patienter som under hösterminen 2016 och vårterminen 2017 deltagit i KBT-behandling på psykotераpimottagningen på Psykologiska institutionen vid GU. Patienterna fick vid första mötet med studentterapeuten och vid avslutningssessionen av terapin fylla i självskattningsskalorna BAI och BDI-II, alltså en initialregistrering och en avslutningsregistrering. Patienter som saknade data från avslutningsregistreringen för båda självskattningsskalorna var 39 stycken och exkluderades ur analysen. Det totala antalet deltagare uppgick därmed till 109 patienter. Ett internt bortfall på två personer förekom gällande BDI-II, vilka saknade data för denna skattningsskala. Andelen kvinnor som ingick i studien uppgick till 74,5 % och 25,5 % var män. Medelåldern var $32,7 \pm 9,6$ år. Den yngsta personen av deltagarna var 18 år och den äldsta 65 år. Bakgrundsdata saknades för sju av deltagarna. Se tabell 1 för ytterligare information om deltagarnas bakgrundsvariabler. Det fanns inga signifikanta skillnader vad gäller bakgrundsvariabler mellan de personer som exkluderades i studien på grund av att de saknade data i självskattningsskalorna ($n = 39$) och de personer som deltog i studien ($n = 109$).

Tabell 1

Bakgrundsvariabler för deltagare. Data presenteras som procent (frekvens) eller som medelvärde (\pm standardavvikelse).

	% (n)
Ålder	32,7 (9,6)
Kön	
<i>Kvinna</i>	74,5 % (76)
<i>Man</i>	25,5 % (26)
Högsta utbildning	
<i>Gymnasium</i>	22,5 % (23)
<i>Universitet/högskola</i>	71,6 % (73)
<i>Annat</i>	5,9 % (6)
Boende/Levnadsförhållande	
<i>Med partner</i>	38,2 % (39)
<i>Med partner och barn</i>	28,4 % (29)
<i>Ensam</i>	20,6 % (21)
<i>Annat</i>	12,7 % (13)
Huvudsaklig sysselsättning	
<i>Förvärvsarbete</i>	70,6 % (72)
<i>Studier</i>	19,6 % (20)
<i>Annat</i>	9,8 % (10)
Född i Sverige	
<i>Ja</i>	97,1 % (99)
<i>Nej</i>	2,9 % (3)

Instrument

Beck Anxiety Inventory. BAI är en självskattningsskala som mäter svårighetsgraden av ångest samt diskriminerar grupper som är diagnostiserade med ångest, såsom generaliserat ångestsyndrom, från grupper som inte är det, exempelvis egentlig depression (Beck et al., 1988). Skalan utvecklades då tidigare självskattningsskalor inte diskriminerade ångest från depression (Beck, et al., 1988).

BAI är en självskattningsskala som listar 21 vanliga ångestsymtom så som exempelvis "Domningar eller stickningar", "Nervositet/Oro" och "Svimmingskänsla". Patienten svarar på en fyrgradig skala hur mycket hen har besvärats av varje enskilt symtom den senaste veckan, inklusive idag. Svaren "Inte alls", "Lite - Har inte besvärat mig mycket", "Delvis - Har varit väldigt obehagligt, men jag kunde uthärda det" och "Mycket - Jag har knappt stått ut" poängsätts mellan 0 och 3 och adderas till en totalsumma. Rekommenderat poängintervall för bedömning av allvarlighetsgrad av ångest är 0 – 7 = minimal, 8 – 15 = lindrig, 16 – 25 = måttlig och 26 – 63 = svår (Beck & Steer, 2012)

Validitetsdata stöder lämpligheten för BAI som kriterie- och utfallsmått i psykiatriska populationer, samtidig validitet och diskriminativ validitet är god (Beck et al., 1988). Även den interna reliabiliteten är god (Beck et al., 1988; Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993). Den är bland annat testad på psykiatriska öppenvårdspatienter i Philadelphia (Cronbachs alpha = .92) (Beck et al., 1988) och på icke-kliniska grupper i Norge (Cronbachs alpha = .88) (Nordhagen, 2001). Reliabiliteten över tid (test-retest) var 0,75 (Beck & Epstein et al., 1988).

Beck Depression Inventory second edition. Beck depression inventory second edition (BDI-II) är en självskattningsskala som är avsedd att mäta graden av depression hos personer från 13 år och uppåt (Beck, Steer & Brown, 2012). Den skall inte användas till att ställa diagnos med, utan har utvecklats som en indikator på depressiva symtom enligt kriterier i *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) (Beck et al., 2012).

BDI-II är en självskattningsskala med 21 symtom på depression som stämmer överens med kriterier för depression i (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) (Beck et al., 2012). Exempel på symtom är "Nedstämdhet", "Skuldkänslor" och "Förlust av intresse". Varje symtom har fyra svarsalternativ, förutom fråga 16 och 18 som har sju. Patienten svarar det alternativ som bäst beskriver hur hen känt sig under de två senaste veckorna, inklusive idag. Varje svarsalternativ ger en poäng från 0 till 3. Svarsalternativ på symtomet "Nedstämdhet" är "Jag känner mig varken ledsen eller nedstämd", "Jag känner mig ofta ledsen och nedstämd", "Jag känner mig ledsen och nedstämd hela tiden" och "Jag är så ledsen och olycklig att jag inte står ut". Svaren på alla frågor adderas till en totalsumma. För patienter med diagnosen egentlig depression föreslås gränsvärdena 0 – 13 = minimal, 14 – 19 = lindrig, 20 – 28 = måttlig och 29 – 63 = svår (Beck et al., 2012).

Den interna reliabiliteten gällande BDI-II är hög (Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998). Hos öppenvårdspatienter inom psykiatrisk vård i Amerika och hos högskolestudenter i Kanada var den interna reliabiliteten hög och Cronbachs alpha uppgick till 0,92 respektive 0,93 (Beck et al., 2012). Även i en studie på högskolestudenter och normalpopulation i Norge visade sig den interna reliabiliteten hög och alphakoefficienten uppgick till 0,86 respektive 0,91 (Aasens, 2001). Hos öppenvårdspatienter inom psykiatrisk vård i Philadelphia i USA uppmättes test-retestkorrelationen till 0,93 (Beck et al., 2012). Aasens (2001), uppmätte test-retestkorrelationen hos normalpopulation i Norge till 0,77. Ser man till innehållsvaliditeten har BDI-II utvecklats för att kunna mäta depressiva symtom utifrån DSM-IV, och symtomen i BDI-II har därför skrivits om gentemot BDI (Beck et al., 2012). En adekvat validitet (innehållsvaliditet och faktoriell) har kunnat visas liksom en diagnostisk diskriminering (Beck et al., 2012).

Tillvägagångssätt

Patienter som önskar gå i psykoterapi på utbildningskliniken på Psykologiska institutionen vid GU söker sig till terapi via ett webformulär på institutionens hemsida, samt önskar vilken form av terapi de är intresserade utav, KBT eller PDT. Patienterna kan inte bli remitterade till utbildningskliniken. I KBT tar utbildningskliniken emot patienter som har problem med paniksyndrom med eller utan agorafobi, specifika

fobier, social ångest, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom, posttraumatisk stressyndrom (PTSD), stressrelaterade problem, sömnstörningar, hälsoångest, lätta till måttliga depressioner och andra avgränsade problem till exempel trichotillomani, BDD och lättare ätstörningar enligt Psykologiska institutionen vid GUs webbsida (2017). Utbildningskliniken behandlar inte kriser, missbruk, svåra depressioner, psykossjukdomar, neuropsykiatriska diagnoser, bipolära syndrom, anorexi eller långvariga psykiatriska problem. Endast enskilda individer behandlas. En legitimerad psykolog väljer sedan ut lämpliga patienter som kallas till en första bedömning hos en legitimerad psykolog. Om patienten bedöms lämplig delas patienten ut till en psykologstudent på termin 8-10 beroende av problematik.

Patienten kallas sedan till en bedömning hos psykologstudenten. I samband med första tillfället hos studentterapeuten delas skattningsformulären BAI (Beck et al., 1988) och BDI-II (Beck et al., 1996) ut till patienterna som antingen ombeds fylla i dem under sessionen, alternativt någon gång samma dag som första sessionen. Denna registrering kallas för initialregistrering. Även vid den avslutande sessionen blir patienten tilldelad ovanstående självskattningsskalor och ombedd att fylla i dem, alternativt får hen med sig skattningsskalorna hem sessionen före avslutningssessionen, för att fylla i dem samma dag som avslutningssessionen och lämna in dem under avslutningssessionen. Denna registrering kallas för avslutningsregistrering.

Statistiska analyser och databearbetning

Statistiska analyser och databearbetning utfördes i SPSS 25 och Excel 2010. Svaren från alla frågor i utfallsmåtten summerades till en totalsumma för BAI och en för BDI-II. Med hjälp av beroende t-test i SPSS 25 jämfördes totalsummorna vid initialregistreringen och avslutningsregistreringen för att undersöka behandlingsutfallet för BAI och BDI-II. Signifikansnivån sattes till 0,05. Effektstorlekarna uppmättes med Cohens d och riktlinjerna liten $\geq 0,2$, måttlig $\geq 0,5$ och stor $\geq 0,8$ användes (Cohen, 1988).

För att mäta utfallet av terapin undersöktes även kliniskt signifikant förbättring (*Clinically significant improvement*; CSI). Statistiska analyser och statistisk signifikans visar om magnituden av medelskillnaden mellan mätningarna är så stor att den med stor sannolikhet inte beror slumpen, men de synliga skillnaderna behöver trots detta inte vara kliniskt relevanta (Lambert & Ogles, 2009). Test som mäter klinisk signifikans beaktar skillnader på individuell nivå (Lambert & Ogles, 2009). Enligt Öst (2012) handlar klinisk signifikans om behandlingsutfallet gör verklig skillnad för klienten. Lambert och Ogles (2009) och Bauer, Lambert och Nielsen (2004) rekommenderar att man om det är möjligt använder sig av Jacobson och Truax (1991) metod för att beräkna klinisk signifikans i all forskning som tittar på behandlingsutfall för att lättare kunna tolka en bredd av studier.

CSI beräknades i Excel 10. För att beräkna klinisk signifikans (CSI) med Jacobsons och Truax (1991) metod beräknar man först *Reliable change index* (RCI) för att avgöra om varje individs förändring är statistiskt reliabel. RCI beräknas med hjälp av individens differens mellan initialregistrering och avslutningsregistrering som divideras med standardfelet (S_{diff}) av differensen mellan de två testpoängen. Standardfelet (S_{diff}) beräknas utifrån standardfelet (SE) för måttet. Standardfelet (SE) påverkas av reliabiliteten i måttet (Jacobsson & Truax, 1991). Jacobson och Traux (1991) använder

sig av test-retest-reliabiliteten. Senare rekommendationer är dock att istället använda den interna konsistensen (Cronbachs α) (Lamber & Oglers, 2009), vilket användes i denna studie, från norsk icke-klinisk populationen (Aasens, 2001; Nordhagen, 2001). Det beräknade RCI-värdet skall sedan vara större än att det med viss sannolikhet beror på slumpen (Jacobson & Truax, 1991). I denna studie användes 10 procent signifikansnivå för att en förändring skall ses som statistisk reliabel då det numera föreslås av Burgiss, Pirkis & Coombs (2009).

Här näst beräknas ett gränsvärde som skall skilja den kliniska populationen från normalpopulationen (Jacobson & Truax, 2009). I denna studie användes gränsvärdet 10 för både BAI och BDI-II (Westbrook & Kirk, 2005). De som skattade > 10 vid initialregistreringen tillhör den kliniska populationen och deltagare som skattade ≤ 10 tillhör normalpopulation. Därefter kategoriseras patienterna enligt följande kategorier (Bauer, Lambert & Nielsen, 2004; Öst, 2012): *Insjuknade* (CS Detoriorated; RCI indikerar på en signifikant försämring samt att gränsvärdet från normalpopulation till klinisk population har passerats), *Försämrade* (Detoriorated; RCI indikerar på en signifikant försämring utan att gränsvärdet har passerats), *Oförändrade* (Unchanged; RCI indikerar ingen signifikant förändring oavsett om gränsvärdet har passerats eller inte), *Förbättrade* (Improved; RCI indikerar på en signifikant förbättring utan att gränsvärdet har passerats och *Återställda* (Recovered; RCI indikerar på en signifikant förbättring samt att gränsvärdet från klinisk population till normal population har passerats). Denna kategorisering användes då den är användbar för patienter som tillhör den kliniska populationen eller normalpopulationen vid inledningsregistreringen, till skillnad från Jacobson och Truax (1991) kategorisering som endast kategoriserar patienter som vid inledningsregistreringen befinner sig i den kliniska populationen, och alltså saknar kategorin insjuknade. Metoden innebär att patienter som vid behandlingens inledningsregistrering befinner sig i normalpopulationen inte kan återställas och att patienten som vid samma tillfälle befinner sig i den kliniska populationen inte kan insjukna vid avslutningsregistreringen (Lambert, Hansen & Bauer, 2008).

Resultat

Resultaten nedan syftar att besvara följande frågeställningar: Finns det signifikanta skillnader mellan patienternas självskattade ångestsymtom och depressionssymtom vid inledning och avslutning av behandling? Hur stor andel kliniskt signifikanta skillnader och reliabla skillnader finns det mellan patienternas självskattade ångest- och depressionssymtom vid inledning och avslutning av behandling och i vilken riktning är dessa?

Gruppens behandlingsutfall

Deltagargruppens ($n = 109$) medelvärden av totalsumman på BAI ($n = 109$) och BDI-II ($n = 107$) jämfördes för inledande och avslutande registrering. Signifikanta förbättringar framgick för BAI och BDI-II och effekten var måttlig för båda självskattningsskalorna, se tabell 2.

Tabell 2

Patienternas ångest- och depressionssymtom vid initial- och avslutningsregistrering mätt med BAI och BDI-II. Beroende t-test. Medelvärden och (standardavvikelser).

		Före	Efter		Effekt
	n	M (s)	M (s)	t	Cohens d
BAI	109	14,83 (9,40)	9,85*** (7,10)	5,71	0,55
BDI-II	107	13,41 (9,79)	7,53*** (7,54)	7,53	0,73

*** $p < .001$

Klinisk signifikans

Vid inledningsregistreringen skattade 71 patienter (65 %) över gränsvärdet (> 10) på BAI och tillhörde den kliniska populationen. Resterande 38 patienter (35 %) skattade under gränsvärdet (≤ 10) och tillhörde normalpopulationen. Tabell 3 redovisar klinisk signifikans för patienterna som vid initialregistreringen tillhörde den kliniska populationen. Utav patienter som vid inledningsregistreringen tillhörde den kliniska populationen på BAI var 32,4 % återställda vid avslutningsregistreringen och ytterligare 18,3 % förbättrade utan att ha passerat gränsvärdet till normalpopulationen vid avslutningsregistreringen. Ytterligare 46,5 % var oförändrade och 2,8 % försämrade.

Vid inledningsregistreringen av BDI-II skattade 60 patienter (56 %) över gränsvärdet (> 10) och tillhörde den kliniska populationen. Resterande 47 personer (44 %) skattade under gränsvärdet (≤ 10). Tabell 3 redovisar beräkningar av klinisk signifikans för patienterna som vid initialregistreringen tillhörde den kliniska populationen. Utav patienterna som vid inledningsregistreringen tillhörde den kliniska populationen på BDI-II var hälften (50,0 %) återställda vid avslutningsregistreringen och 18,3 % förbättrade utan att ha passerat gränsvärdet. Ytterligare 26,7 % var oförändrade och 5 % försämrade.

Tabell 3

Behandlingsutfallet av BAI och BDI-II i frekvens (och procent) beräknat med RCI, klinisk population.

	Försämrade	Oförändrade	Förbättrade	Återställda	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
BAI	2 (2,8)	33 (46,5)	13 (18,3)	23 (32,4)	71 (100)
BDI-II	3 (5)	16 (26,7)	11 (18,3)	30 (50,0)	60 (100)

Z-krit. 1.65 ($p < .10$)

I tabell 4 redovisas resultaten gällande klinisk signifikans för patienterna som på BAI och BDI-II tillhörde normalpopulationen ($BAI \leq 10$, $BDI-II \leq 10$) vid initialregistreringen. Vid avslutningsregistreringen gällande BAI var 2,6 % förbättrade, 81,6 oförändrade, 1 % försämrade utan att ha passerat gränsvärdet och 13,2 % insjuknade och tillhörde den kliniska populationen. Utav de patienter som vid

inledningsregistreringen tillhörde normalpopulationen på BDI (≤ 10) var 10,6 % förbättrade vid avslutningsregistreringen, 85,1 % oförändrade och 4,3 % insjuknade.

Tabell 4

Behandlingsutfallet av BAI och BDI-II i frekvens (och procent) beräknat med RCI, normalpopulation.

	Insjuknade	Försämrade	Oförändrade	Förbättrade	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
BAI	5 (13,2)	1 (2,6)	31 (81,6)	1 (2,6)	38 (100)
BDI-II	2 (4,3)	0 (0)	40 (85,1)	5 (10,6)	47 (100)

Z-krit. 1.65 ($p < .10$)

Diskussion

Syftet med studien var att studera behandlingsutfall för klienter som genomgått studentledd behandling i KBT på Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet genom att besvara följande frågeställningar: Finns det signifikanta skillnader mellan patienternas självskattade ångestsymtom och depressionssymtom vid inledning och avslutning av behandling? Hur stor andel kliniskt signifikanta skillnader och reliabla skillnader finns det mellan patienternas självskattade ångest- och depressionssymtom vid inledning och avslutning av behandling och i vilken riktning är dessa?

Gruppens behandlingsutfall

En signifikant minskning av ångestsymtom och depressionssymtom uppmätta med BAI och BDI-II kunde ses för hela gruppen vid avslutningsregistreringen jämfört med inledningsregistreringen liksom hypoteserna antog. Effektstorlekarna var måttliga. Gruppens behandlingsutfall följer förutom studiens hypoteser även tidigare forskning om hur studentterapeuter fungerar i klinisk miljö, både den som har bedrivits med samma utfallsmått (Forand et al., 2011; O’Keeffe et al., 2016; Öst et al., 2012), men också studier med andra utfallsmått (Bados et al., 2007; Brunnbauer et al., 2016; Hiltunen et al., 2013; Löf & Rosendahl, 2010). En variation i effektstorlek finns dock där några studier hade stor effektstorlek till skillnad från måttlig. Studentledd KBT på Psykologiska institutionen vid GU har alltså effekter gällande behandlingsutfallet av ångest- och depressionssymtom på en nivå man kan förvänta sig utifrån tidigare forskning av studentledd KBT när man ser till gruppens behandlingsutfall.

Vissa svårigheter med att jämföra resultaten finns dock. I de olika studierna ingick till exempel olika patientgrupper, behandlingens längd varierade och andra utfallsmått användes i några studier. I denna studie saknas insyn i hur många sessioner varje patient har gått i KBT eller om patienten har avbrutit behandlingen i förtid. Effektstorlekarna i studien nådde dock upp till samma storlekar som översiktlig psykoterapiforskning har visat i psykoterapi generellt, måttliga till stora (Lambert, 2013), något som också talar för att KBT på Psykologiska institutionen vid GU har effekter likt tidigare forskning, trots olika förutsättningar. Då data i denna studie inte var kopplad till patienternas eventuella diagnoser kan man inte heller se om vissa

diagnosgrupper svarade sämre eller bättre på studentledd KBT-behandling eller om behandlingsutfallet för gruppen skiljde sig åt mellan patienter som har hoppat av behandlingen i förtid eller patienter som har fullföljt behandling.

Behandlingsutfall utifrån klinisk signifikans

Då man ser till de patienter som vid inledningsregistreringen tillhörde den kliniska populationen på BAI var 32,4 % återställda vid avslutningsregistreringen. Ytterligare 18,3 % var förbättrade, 46,5 % oförändrade och 2,8 % försämrade. Utav patienterna som vid inledningsregistreringen tillhörde den kliniska populationen på BDI-II var totalt hälften återställda vid avslutningsregistreringen. Ytterligare 18,3 % var förbättrade, 26,7 % oförändrade och 5 % försämrade. Utav patienter som vid initialregistreringen av BAI tillhörde normalpopulationen var 2,6 % förbättrade vid avslutningsregistreringen, 81,6 % oförändrade, 1 % försämrade utan att ha passerat gränsvärdet och 13,2 % insjuknade och hade förflyttats till den kliniska populationen. Utav de patienter som vid inledningsregistreringen tillhörde normalpopulationen på BDI-II var 10,6 % förbättrade vid avslutningsregistreringen, 85,1 % oförändrade och 4,3 % insjuknade.

Då man granskar resultaten gällande klinisk signifikans för depressionssymtom kan man se att resultaten för den kliniska populationen i jämförelse med annan studentledd KBT med samma utfallsmått ligger något högre än Forand (et al., 2011) då man ser till andelen återställda, men likartat om man slår samman återställda och förbättrade. I jämförelse med Öst (et al., 2012) är dock andelen återställda något mindre, samtidigt som andelen återställda och förbättrade tillsammans är likvärdiga. Ser man till andelen försämrade är den knappt hälften så stor som i Forand et als. (2011) studie, 5 % jämfört med 10,7 %, men något högre än i Öst et als. (2012) studie (1,3 %).

Vad gäller ångestsymtomen i den kliniska populationen ligger antalet återställda på samma nivå som Forand (et al. 2011), men slår man samman återställda och förbättrade är resultaten i denna studie något högre. Resultaten för andelen återställda är dock lägre än för Öst (et al., 2012) liksom för återställda och förbättrade tillsammans. Andelen försämrade låg på liknande nivå som i Forands et als. (2011) studie (5 % jämfört med 5,5 %), men något högre än i Öst et als. (2012) studie (1,1 %). Både Forand et al. (2011) och Öst et al. (2012) använder sig dock av en striktare signifikansnivå.

Att jämföra resultaten med forskning på studentledd KBT med andra utfallsmått (Bados et al., 2007; Lööf & Rosendahl, 2010) är problematiskt då denna studie endast tittar på depressions- och ångestsymtom jämfört med exempelvis utfallsmåttet SCL-90 (Derogatis & Cleary, 1977) som innefattar även andra aspekter. Ser man istället till den kliniska signifikansen i jämförelse med psykoterapi i generell bemärkelse är det också svårt att göra en fullständig jämförelse då det i denna studie saknas information om hur många sessioner varje patient har gått även om en behandling normalt sätt skall vara mellan 10-20 sessioner. Vad gäller depressionssymtom i denna studie är 50 % av patienterna i den kliniska populationen återställda vid avslutningsregistreringen, vilket kan jämföras med att 50 % av patienterna i den kliniska populationen i psykoterapi generellt är återställda efter 20 sessioner (Lambert, 2013). Det kan tänkas ligga i linje med eller bättre än i psykoterapi generellt sett vid antagandet om att få eller inga behandlingar överstigit 20 sessioner. För ångestsymtom var andelen förbättrade i den

kliniska populationen 32,4 % i denna studie. Då antalet sessioner är oklart är det vanskligt att bedöma om resultaten är sämre än eller likvärdiga med psykoterapi i generell bemärkelse. Vad gäller alla patienter, normalpopulation och klinisk population, som lämnade behandlingen i sämre skick än de kom och antingen försämrades eller insjuknade ligger resultaten i nivå med vad de gör i tidigare forskning generellt sett i psykoterapi (Lambert, 2013). Totalt 7,3 % försämrades eller insjuknade gällande BAI och 6,5 % gällande BDI-II i denna studie jämfört med 5-10 % generellt sett i psykoterapi. Sammanfattningsvis har studentledd KBT på Psykologiska institutionen vid GU en effekt man kan förvänta sig utifrån tidigare studier av både studentledd behandling och psykoterapi generellt.

Anmärkningsvärt är att drygt 80 % av patienterna som i inledningen av studien tillhörde normalpopulationen på BAI eller BDI-II var oförändrade vid behandlingens avslut. Om detta är en hög eller låg andel är dock oklart då andra effectiveness-studier av studentledda terapier i klinisk miljö inte har fokuserat på detta. Andelen insjuknade patienter som vid inledningen av behandlingen tillhörde normalpopulationen och vid avslutningen tillhörde den kliniska populationen gällande BAI var 13,2 % vid avslutningsregistreringen. Anledningarna kan man endast spekulera kring. Är terapi inte effektivt för patienter i normalpopulationen? Kommer patienter i normalpopulationen till terapin med problematik där BAI och BDI-II inte är ett relevant mått? Har normalpopulationen så pass låga symtom vid inledning och avslut av behandling att det är svårt att uppnå en förbättring? Kan man tänka sig att en del patienter med ångestproblematik har undvikit många situationer som väcker ångest och under behandlingens gång har brutit undvikandet och därför skattar högre vid avslutningen? Har en del kommit till insikt med problem i terapin som till en början leder till mer symtom? Roth & Fonagy (2005) menar att det inte går att ha kontroll över vad som händer i patienternas liv, och att dessa händelser påverkar patienternas psykiska hälsa. Händelser utanför terapin skulle därför kunna vara en del som påverkar utfallet. Messer och Wampold (2002) beskriver att terapeutens egen tro på att behandlingen är effektiv är en viktig faktor som påverkar behandlingens effektivitet. Kanske kan en osäkerhet över behandlingens effektivitet hos studentterapeuterna ha påverkat behandlingsutfallet. Enligt common factors-teorin finns det ett antal faktorer som har större betydelse för terapins utfall än vad den teoretiska grunden har (Laska, Gurman & Wampold, 2013). Exempel är att terapin sker i en förtroendeingivande miljö och att terapeuten kan ge patienten en förklaring till sin problematik med ursprung ur psykologin som är förenlig med kulturen och att den erbjuder lösningsalternativ (Laska et al., 2013). Anledningarna till att en så stor andel av patienterna i normalpopulationen är oförändrade vid behandlingens avslut och att en del insjuknar är okänd.

Något att beakta är också att individer som inte blivit återställda eller förbättrade gällande depressionssymtom istället kan ha blivit det gällande ångestsymtom och vice versa. En frånvaro av förbättring på ett självskattningsformulär behöver inte nödvändigtvis innebära ett uteblivande av förbättring på andra plan.

Studiens begränsningar

En väsentlig begränsning i denna studie är avsaknaden av en kontrollgrupp, vilket innebär att det finns en möjlighet att andra faktorer än den studentledda KBT-behandlingen har påverkat behandlingsutfallet. I studien fanns också ett bortfall som

uppgick till en andel av 26 %. Orsaken till bortfallet är okänd och även hur dessa patienter skulle ha påverkat resultatet som deltagare. Det är endast möjligt att spekulera kring detta. Kan man tänka sig att patienter är mindre benägna att fylla i självskattningsformulären ju mer depressions- och ångestsymtom de har på grund av energibrist eller oro? Är patienter mindre benägna att fylla i formulären ju mindre symtom de har då det inte upplevs relevant? Andra orsaker skulle också kunna vara att studentterapeuten inte har lämnat självskattningsformulären till patienten eller registrerat svaren.

Andra begränsningar är att det saknas svenska studier över validitet och reliabilitet av de svenska versionerna av skattningsformulären som används i studien. Det är också väsentligt att fundera kring om det för alla patienter är depressions- och ångestsymtom som är det relevanta att mäta? Finns det andra symtom som i vissa fall är mer relevanta att mäta och att följa upp i terapi? Under många omständigheter kan symtom på ångest och depression tänkas vara adekvata symtom utifrån situationen. Att under sådana omständigheter i stunden sträva efter en nedgång av dessa symtom skulle kanske kunna tänkas öka symtomen på grund av tankar om misslyckande och oro över en utebliven symtomreduktion. I andra fall kanske ångestsymtom eller depressionssymtom knappt är förekommande vid behandlingens start för patienten och andra mål för patienten kan tänkas mer intressanta att mäta.

Som ovan nämnt finns också begränsningen att studiens data över ångest- och depressionssymtom saknar koppling till vilken diagnos eller problematik patienterna behandlas för. Detta gör det omöjligt att utläsa om studentledd KBT på utbildningskliniken fungerar bättre för vissa diagnosgrupper än andra. Även antalet sessioner varje patient har gått är okänd och det saknas information om patienten har avslutat behandlingen i förtid. Det innebär exempelvis att det inte är möjligt att se om de finns några skillnader i behandlingsutfallet mellan patienter som slutför behandlingen och de som avbryter behandlingen i förtid. Möjligheten att jämföra resultaten med andra studier är också begränsad, särskilt vad gäller den kliniska signifikansen då variationen i studierna är stor. Exempelvis används olika signifikansnivå och det skiljer sig åt om man tittar på endast den kliniska populationen eller både normal- och klinisk population. Vissa studier använde sig också av andra utfallsmått.

Implikationer och förslag på vidare forskning

Studien visar att patienters självskattade ångest- och depressionssymtom minskar signifikant vid studentledd KBT på utbildningskliniken på Psykologiska institutionen vid GU på gruppnivå och minskar signifikant för majoriteten av patienterna i den kliniska populationen och indikerar liksom andra effectiveness-studier att studentledd KBT är effektivt även om mer forskning behövs. För patienter som tillhör normalpopulation i studien är dock behandlingens utfall mycket tveksamt gällande ångest- och depressionssymtom med avseende på den kliniska signifikansen då majoriteten är oförändrade vid behandlingens avslut. Varför så många patienter är oförändrade efter behandling är något som behöver undersökas vidare. Kommer dessa patienter exempelvis med problem som inte innefattar ångest- och depressionssymtom? Har irrelevanta behandlingsmanualer eller metoder använts? Hos en viss andel av patienterna ökar också ångest- och depressionssymtom, något som vore av intresse att

undersöka orsakerna till. Beror det exempelvis på att patienterna är feldiagnostiserade och att behandlingen inte passar eller på omständigheter utanför behandlingen?

En annan viktig aspekt som studien inte belyser är om förändringen av ångest- och depressionssymtom kvarstår på sikt. En uppföljningsmätning 12 månader efter avslutningsregistreringen skulle kunna bidra till ytterligare information om detta. Vidare skulle det också vara intressant att undersöka hur behandlingsutfallet ser ut för varje diagnosgrupp.

Referenser

- Aasen, H. (2001). *An empirical investigation of depression symptoms: Norms, psychometric characteristics and factor structure of the beck depression inventory-II*. Opublicerad masteruppsats, Universitetet i Bergen: Institutionen för psykosocial vetenskap, Bergen, Norge. Hämtad från: <https://bora.uib.no/handle/1956/1773>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4:e upplagan). Washington, DC: Author.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435. doi:10.1348./014466507X209961
- Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment*, 82, 60-70. doi:10.1207/s15327752jpa8201_11
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200. doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A.T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory* (2:a upplagan). Sant Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2012). *BDI: Beck depression inventory – second edition. Manual svensk version*. Bromma: Pearson Assessment.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (2012). *BAI: Beck anxiety inventory. Manual svensk version*. Bromma: Pearson Assessment.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brunnbauer, L., Simpson, S., & Balfour, C. (2016). Exploration of client profile and clinical outcome in an university psychology clinic. *Australian Psychologist*, 51, 442-452. doi:10.1111/ap.12143
- Burgess, P., Pirkis, J., & Coombs, T. (2009). Modelling candidate effectiveness indicators for mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 531-538.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Core System Group (1998). *CORE system (information management) handbook*. Leeds: Core System Group.

- David, D., & Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psycho-therapies: Towards an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 26, 284-298.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981–989. doi:10.1002/10974679(197710)33:4<981::AIDJCLP2270330412>3.0.CO;2-0
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1998). SCL-90-R, The brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. I M E, Maruish (red). The use of psychological testing for treatment, planning and outcome assessments. (ss. 679-724). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the beck depression inventory. *Psychological Assessment*, 10, 83-99.
- Farmer, R. F., & Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Forand, N.R., Evans, S., Haglin, G., & Fishman, B. (2011). Cognitive behavioral therapy in practice: Treatment delivered by trainees at an outpatient clinic is clinically effective. *Behavior Therapy*, 42, 612-623.
- Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders*, 125, 169-176. doi:10.1016/j.jad.2009.12.030
- Haaga, D. A F., DeRubies, R. J., Stewart, B. L., & Beck, A. T., (1991). Relationship of intelligence with cognitive therapy outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 277-281. doi: 10.1016/0005-7967(91)90118-M.
- Hiltunen, A. J., Kocys, E., & Perrin-Wallqvist, R. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy: An evaluation of therapies provided by trainees at a university psychotherapy training center. *PsyCH Journal*, 2, 101-112. doi: 10.1002/pchj.23
- Jacobsson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling (2:a upplagan)*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In I M Lambert (red.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change* (6te upplagan). (ss. 169-218). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Bauer, S. (2008) Assessing the clinical significance of outcome results. I A M. Nezu & C M. Nezu (red:er.) *Evidence-based outcome research*. Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19, 493-501.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2013). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51, 467-481. doi: 10.1037/a0036604
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- Lööf, A., & Rosendahl, V. (2010). *Symtomförändring och tillfredsställelse i samband med psykoterapi: En utvärdering och undersökande studie på en utbildningspsykoterapimottagning*. Opublicerat examensarbete, Lunds universitet: Institutionen för psykologi, Lund.

- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25. doi: 10.1093/clipsy/9.1.21
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382-329. doi:10.1192/bjp.134.4.382
- Nordhagen, T. (2001). *Beck Anxiety Inventory: translation and validation of a Norwegian version*. Opublicerad masteruppsats, Universitetet i Bergen: Institutt for klinisk psykologi, Bergen, Norge.
- O'Keeffe, F., Watson, S., & Linke, S. (2016). Training novice clinical psychologist trainees to implement effective CBT for anxiety disorders: training model and clinical outcomes. *The Cognitive Behavior Therapist*, 9, 1-14. doi: 10.1017/S1754470X16000246.
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041-1051. doi:10.1016/j.brat.2005.08.005
- Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet (2017). Hämtad från: <http://psy.gu.se/psykoterapimottagning/KBT>
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Beck, A. T., & Clark, D. (1993). Further evidence for the validity of the beck anxiety inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders* 7, 195-205.
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261. doi:10.1016/j.brat.2004.09.006
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in randomized controlled trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631.
- Öst, L-G. (2012). Klinisk signifikans. I K. Sundell (red.) *Att göra effektutvärderingar*. Stockholm: Gothia förlag.
- Öst, L-G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy*, 43, 160-173.