

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Transdiagnostisk gruppbehandling inom primärvården:
en effectiveness-studie**

Viktor Björklund

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
Höstterminen 2018

Handledare: Marie Kivi

Transdiagnostisk gruppbehandling inom primärvården: en effectiveness-studie

Viktor Björklund

Efterfrågan på psykologisk vård är stor i Sverige, särskilt inom primärvården. Transdiagnostiska gruppbehandlingar är ett sätt att möta efterfrågan och låta fler primärvårdspatienter ta del av evidensbaserad, psykologisk behandling. Fördelade på två grupper genomgick 13 deltagare med ångestproblematik gruppbehandlingen Ångesthjälpen. Efter behandlingen hade deltagarnas livskvalitet ökat. I den ena gruppen noterades även en minskning i ångestsymtom samt en ökning av deltagarnas psykologiska flexibilitet. Resultaten tyder på att transdiagnostisk gruppbehandling är en lovande terapiform för primärvården, men potentiella deltagare bör genomgå en standardiserad bedömning för att säkerställa att de är lämpliga kandidater för behandling i grupp.

Psykisk ohälsa är ett utbrett problem i Sverige, och ångestproblematik tycks vara särdeles vanligt. Enligt Folkhälsomyndighetens undersökning från 2016 besväras uppskattningsvis 36 procent av svenskarna av någon form av ångslan, oro eller ångest (Folkhälsomyndigheten, 2016). Merparten av dem uppger lätta besvär, vilket sannolikt innebär subkliniska besvär. Ångest är enligt en studie den sjätte vanligaste orsaken till nedsatt funktionsförmåga globalt sett, vilket inte bara innebär lidande för den enskilde utan även samhällsekonomiska förluster (Baxter, Vos, Scott, Ferrari & Whiteford, 2014). Majoriteten av alla som söker hjälp för ångestproblematik i Sverige söker och får behandling inom primärvården (Socialstyrelsen, 2013). Problemet är att primärvården i nuläget inte tycks vara rustad för att hantera psykisk ohälsa till den grad det behövs. I sin senaste lägesrapport för hälso- och sjukvården fastslår Socialstyrelsen att "tillgången till psykologisk behandling är otillräcklig i förhållande till befolkningens behov, framför allt inom primärvården" (Socialstyrelsen, 2017, s. 7). Ett exempel på detta står att finna i en undersökning som tidningen Göteborgs-Posten gjorde år 2015 (Björk & Svensson, 2015, 22 dec). Hos 14 av de 20 största vårdcentralerna i Göteborg var då väntetiden för att få träffa en psykolog en månad eller längre.

Vårdprocessen inom primärvården

Primärvård ingår i den så kallade *första linjens* vård. Med första linjen menas att det är här som patienten förväntas ha sin första kontakt med vården när hon söker hjälp (Socialstyrelsen, 2013). När en patient söker vård hos sin vårdcentral är det vanligt att hon först får träffa en läkare. I en undersökning av 31 psykologer anställda på vårdcentral uppgav samtliga att de mottar interna remisser från läkare (Hall & Carlin, 2017). Telefontriagering och egenremisser förekom också, men var inte lika vanligt som läkarremisser. Patienten kommer sedan till ett första bedömningssamtal hos psykolog som avgör huruvida patienten uppfyller kriterierna för att få hjälp inom primärvården.

Enligt ansvarsfördelningen har primärvården i Västra Götalandsregionen huvudansvaret för upptäckt och behandling av ångestsyndrom och unipolära depressioner (Västra Götalandsregionen, 2012). Det ser likadant ut i resten av landet, men med vissa lokala variationer (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). På grund av högt söktryck och långa kötider har flera vårdcentraler i Göteborg som rutin att hänvisa patienter till andra aktörer i området som erbjuder psykolog- eller kuratorskontakt, såsom Ungdomsmottagningen och Stadsmissionen. Detta framgår efter samtal med flera psykologkollegor som jobbar på olika vårdcentraler i Göteborgsområdet.

Ett sätt att erbjuda psykologkontakt till så många patienter som möjligt inom primärvården kan vara att erbjuda gruppterapier. En fördel med gruppbehandling är att det kan vara mer kostnadseffektivt än individualbehandling, men det vetenskapliga stödet för detta påstående är blandat. Efter sökningar i PsycInfo var en studie av Tucker och Oei (2007) den senaste metaanalysen som undersökt gruppbehandlingars kostnadseffektivitet. Tucker och Oei (2007) fann att det främst är gruppbehandling av depression och gruppbehandling för barn som tycks vara kostnadseffektivt. Artikelförfattarna konstaterar att stödet var svagare för att gruppbehandling skulle vara mer kostnadseffektiv än individualbehandling för vuxna med ångestdiagnoser. Men det ska tilläggas att relativt få studier har bedrivits på detta specifika område, och artikelförfattarna efterlyser mer forskning på området. I en senare studie fann Hedman et al. (2014) att gruppbehandling var lika kostnadseffektivt som internetbehandling. Det tycks alltså som att det inte finns något tydligt svar på frågan vilken terapiform som ger mest vård för pengarna.

Diagnosspecifika behandlingar

Oavsett om det är grupp- eller individualterapi som bedrivs så har de evidensbaserade behandlingarna fram till början av 2000-talet varit diagnosspecifika (Craske, 2012; Barlow, Allen & Choate, 2004). Ett problem med diagnosspecifika behandlingar, i grupp såväl som individuellt, är att det tar tid för behandlaren att lära sig dem alla (McHugh, Murray & Barlow, 2009). Det finns ett flertal olika evidensbaserade behandlingsmanualer som har visat på goda resultat vid behandling av specifika diagnoser såsom PTSD, GAD, OCD och social ångest (Norton & Price, 2007). Studier visar på bestående behandlingseffekter även vid uppföljningsmätningar (Norton & Price, 2007). Dessa resultat gäller dock för vetenskapliga studier, och för att uppnå likvärdiga resultat i den kliniska kontexten är det ofta en förutsättning att klinikern har fått träning i metoden som hon använder sig av (Shafran et al., 2009). För den yrkesverksamma klinikern kan det bli ett problem att få möjlighet till att sätta sig in i flera olika behandlingar då kostnaderna för upplärning i varje enskild manual ofta är höga (McHugh et al., 2009).

Ett annat problem med diagnosspecifika behandlingar i grupp kan vara att hitta tillräckligt med deltagare för att kunna starta gruppbehandlingen. Det sedvanliga tillvägagångssättet vid gruppbehandling är att samla deltagare som uppfyller kriterierna för en specifik diagnos, t ex panikångestsyndrom (Gros, Merrifield, Rowa, Szafranski, Young & McCabe, 2018). Deltagarna får sedan genomgå en manualiserad behandling inriktad på den specifika diagnosen. Men speciellt på mindre vårdcentraler, med lägre patientflöde, kan det ta tid innan tillräckligt många deltagare har tackat ja till gruppbehandling.

Transdiagnostiska behandlingar

Så vad kan en stressad primärvårdpsykiolog göra för att jobba evidensbaserat, men utan att behöva lära sig en behandlingsmanual för varje enskild diagnos? En lösning kan vara att lära sig *transdiagnostiska behandlingar* (TDB). Med transdiagnostisk menas att en behandling inriktas mot en psykologisk process som antas bidra till utvecklingen eller vidmakthållandet av flera separata diagnoser. Ett exempel på en transdiagnostisk process är ruminering, som antas bidra till utvecklandet av bland annat depression, OCD och GAD (Watkins, 2009).

En fördel med TDB är att klinikern kan behandla flera diagnoser med samma behandlingsmanual. En metaanalys av 50 studier som undersökt TDB:s effektivitet fann mellanstora till stora effektstorlekar jämfört med kontrollgrupperna (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody & Dalgleish, 2015). Effektstorleken varierade dock beroende på vilken form av TDB som undersöktes, hur behandlingen genomfördes och vilken typ av kontrollgrupp som användes. Artikelförfattarna efterlyser fler studier som jämför TDB med ordinarie behandlingar, så kallade *treatment-as-usual*.

En annan anledning till att TDB kan vara att föredra framför diagnosspecifika behandlingar är att patienter i behandling ofta har mer än en diagnos. Nära hälften av de patienter som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos blir diagnostiserade med ytterligare psykiatriska diagnoser (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Om även subkliniska besvär tas med i beräkningarna finns det studier som tyder på att komorbiditeten ökar ytterligare (Tsao, Mystkowski, Zucker & Craske, 2005; Touchette et al., 2011). Vanligast är att ångestsyndrom och affektiva syndrom förekommer samtidigt (Kessler et al., 2005). Detta har lagts fram som ett argument för att ångestsyndrom och affektiva syndrom i själva verket inte är separata diagnoser, utan snarare olika uttryck för samma underliggande syndrom (Barlow et al., 2004; Eaton, South & Krueger, 2010).

Transdiagnostiska gruppbehandlingar

Det finns stöd för att även TDB i grupp kan vara effektivt. En nyligen publicerad studie undersökte hur transdiagnostisk gruppbehandling fungerade med en blandad patientgrupp där deltagarna hade en eller flera av följande diagnoser: social fobi; GAD; panikångestsyndrom; depression (Kristjánsdóttir et al., 2018). Resultatet visade att behandlingen hade signifikant effekt vid samtliga diagnoser. En metaanalys som undersökte 18 transdiagnostiska gruppbehandlingars effekt fann att terapin hade medelstora till stora effektstorlekar på depressiva symtom, ångest samt livskvalitet (Newby et al., 2015). Tillämpat i primärvården kan detta ge stora fördelar, då TDB i grupp skulle innebära att vårdgivaren har möjlighet att starta evidensbaserade gruppbehandlingar med heterogena patientgrupper. Detta skulle dels innebära att de anställda klinikerna kan fokusera på att lära sig ett fåtal behandlingsmanualer och dels att grupperna kan fyllas snabbare. Det i sin tur innebär att patienter kan få hjälp snabbare.

Acceptance and Commitment Therapy

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en relativt ny transdiagnostisk terapiform som tog form under början av 1990-talet (Kohlenber, Hayes & Tsai, 1993).

ACT bygger på Relational Frame Theory, som utgår från att människans lidande till stor del kan förklaras av att vår språkliga förmåga gör att vi kan komma i kontakt med lidande utan att den yttre källan till lidandet nödvändigtvis är närvarande. Exempel på detta kan vara en patient som plågas av minnen från sin barndom eller oroar sig för framtida katastrofscenarier, trots att varken minnena eller orostankarna utgör ett egentligt hot mot patienten.

Inom ACT är det övergripande målet att hjälpa patienten till ökad så kallad *psykologisk flexibilitet*, som kan definieras som förmågan att vara i kontakt med nuet och de tankar och känslor som det innebär (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Istället för att tillämpa försvarsmekanismer, såsom undvikande eller flyktbeteende, uppmanas patienten att utföra beteenden som tar henne närmare sina personliga mål och värderingar. Det är när patienten gör det som är viktigt för just henne i livet, även när det innebär obehagliga inre upplevelser, som hon anses gå i sin *värderade riktning*. Uttryckt på ett annat sätt handlar hon då i linje med sina värderingar. Ett exempel kan vara en person med social ångest som går på fest trots att detta innebär ökad ångest och att hon får tankar på att hon kommer att skämma ut sig. Hon går på festen eftersom hon värderar att ha ett aktivt socialt liv högre än hon värderar att undvika tillfälligt, intensivt obehag.

ACT utgår från premissen att lidande är en ofrånkomlig del av att vara människa, men att detta lidande förvärras då människor försöker undvika de inre, obehagliga upplevelser som är förknippade med lidandet. Exempel på inre, obehagliga upplevelser kan vara påträngande tankar om att vara värdelös, känslor av ångest och rädsla samt fysiologiska reaktioner såsom hjärtklappning och tryck över bröstet. På grund av att människor försöker undvika och kontrollera sådana upplevelser tenderar de att utföra beteenden som syftar till att minska det omedelbara lidandet, men som ofta leder till större lidande på sikt. Detta kallas för upplevelsemässigt undvikande (UMU) och definieras av ACT:s grundare som det fenomen som uppstår när

“en person är ovillig att vara i kontakt med vissa inre upplevelser (t.ex. kroppsliga förmimmelser, känslor, tankar, minnen, beteendemönster) och försöker förändra upplevelsernas form, frekvens eller hur lätt de aktiveras, trots att det inte omedelbart är nödvändigt” (Hayes et al., 2014, s. 94 – 95).

UMU utgör en stor del av *psykologisk inflexibilitet*, så stor att de två termerna ofta används som synonymier för varandra (Bond et al., 2011). Skillnaden är att psykologisk inflexibilitet är ett vidare begrepp och betyder att en person styrs av vissa rigida psykologiska processer snarare än att styras av vad den aktuella situationen kräver för att uppnå önskade mål. Ett exempel på UMU kan vara en man som dricker öl för att han inte står ut med de smärtsamma känslor och tankar som väcks när han känner sig ensam. Med alkoholens hjälp lindrar han sitt lidande på kort sikt genom undvikande, men drickandet leder till att han mår ännu sämre på lång sikt. Ett exempel på psykologisk inflexibilitet kan vara en kvinna som sitter och dagdrömmer om en kommande resa istället för att fokusera på sitt arbete som behöver slutföras inom kort. I det här fallet styrs inte kvinnan nödvändigtvis av UMU, men hon styrs av inre upplevelser som riskerar att hindra henne från att gå i sin värderade riktning.

Ett positivt samband mellan UMU och psykisk ohälsa har påvisats i flera studier. Monestès et al. (2016) fann en korrelation mellan UMU och depression ($r = .57$, $p < 0.01$) i en studie med 1161 deltagare från sju olika europeiska länder. Levin et al. (2014) fann högre nivåer av UMU hos amerikanska collegestudenter som uppgav att de någon gång i livet drabbats av depression, ångeststörningar, ätstörningar eller substansberoende.

Liknande samband har även identifierats bland tonåringar inom psykiatrisk slutenvård (Venta, Sharp, & Hart, 2012) och hos överlevare från Kosovokriget (Kashdan, Morina & Priebe, 2009). Sammantaget kan det konstateras att det finns klara indikationer på att UMU är förknippat med ett flertal psykologiska störningar i olika populationer.

En metaanalys från 2007 gick igenom 28 studier av UMU och dess samband med psykopatologi (Chawla & Ostafin, 2007). Artikelförfattarna fann att UMU tycks öka risken för återfall i substansmissbruk, predicerar svårare symtom vid vissa diagnoser som GAD och trichotrillomani samt fungerar som en mediator mellan traumatiska livshändelser och psykologisk problematik. Vidare fann de att insatser riktade mot att minska UMU tycks leda till förbättringar hos patienter med ångestproblematik.

Ångesthjälpen

Ångesthjälpen är en transdiagnostisk gruppbehandling som bygger på ACT och KBT (Psykologpartners, 2018). Det grundläggande målet med behandlingen är att deltagarna skall få hjälp att minska sitt UMU, öka sin psykologiska flexibilitet och lära sig att ta konkreta steg i sin värderade riktning. Ångesthjälpen har hittills utvärderats i två examensuppsatser av studenter på psykoterapeutprogram i Uppsala och Stockholm (Ek, 2017; Hjalmarsson, 2013). I en studie, som involverade patienter inom primärvården, intervjuades sju deltagare sex månader efter avslutad behandling (Ek, 2017). Flera deltagare uppgav att de upplevde att det efter att ha genomgått behandlingsprogrammet var lättare för dem att hantera och uttrycka sina känslor. Andra teman som framkom vid flera intervjuer var subjektivt minskad nedstämdhet, ökat lugn och en ökad känsla av agens i sina liv. Deltagarna skattade även sin livskvalitet högre efter behandlingens slut på skattningsformuläret Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ), men det framgår inte huruvida det var en statistiskt signifikant förbättring. Hjalmarsson (2013) undersökte Ångesthjälpens effekt på patienter inom psykiatrisk öppenvård och vid eftermätningen fann artikelförfattaren statistiskt signifikanta förbättringar för depressiva symtom ($d = 0.63$, $p < .001$) ångest ($d = 0.78$, $p < .01$), psykologisk flexibilitet ($d = .50$, $p \leq .05$) samt funktionspåverkan ($d = 1.05$, $p < .01$).

Studierna av Hjalmarsson (2013) och Ek (2017) tyder på att Ångesthjälpen tycks ha potential att förbättra patienternas psykiska hälsa genom att minska depressiva symtom och ångestsymtom. Detta är någonting som kan anses vara önskvärt, då ökade ångest- och depressionssymtom korrelerar med sämre funktion inom flera domäner i livet, såsom upplevd psykisk och fysisk hälsa samt social funktion (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006). Ångesthjälpen tycks även ha potential att öka patienters livskvalitet. Eftersom Ångesthjälpen bygger på ACT så finns det skäl att anta att även den psykologiska flexibiliteten kan komma att öka. Detta skedde också i Hjalmarssons (2013) studie.

Problemformulering

Vårdcentralen Närhälsan Kungshöjd är placerad i centrala Göteborg, har 12 377 patienter listade, och en legitimerad psykolog (100% tjänstgöring). Kungshöjd erbjuder alltså psykologkontakt, både KBT och PDT, till sina patienter. Under våren (25 maj 2018) hade vårdcentralen 140 patienter på väntelista för att få träffa psykolog. Väntelistan ökade

dessutom med nya patienter varje vecka. Mot bakgrund av detta beslutade Närhälsan Kungshöjd att införa och utvärdera behandlingsprogrammet Ångesthjälpen. Behandlingsprogrammet hade ännu inte testats inom primärvården i Västra Götalandsregionen, och syftet med den här studien blev således att undersöka om Ångesthjälpen kan vara ett effektivt alternativ till individuell terapi. Ett urval av patienter listade på Kungshöjds Vårdcentral erbjöds därför att delta i behandlingsprogrammet. Behandlingen utvärderades med avseende på skattad ångest, depressiva symtom, psykologiska flexibilitet samt livskvalitet hos deltagarna. Vid sista sessionen förväntades deltagarnas ångestsymtom samt depressiva symtom ha minskat och deras psykologiska flexibilitet samt livskvalitet förväntades ha ökat.

Metod

Deltagare

Samtliga deltagare i studien var patienter listade på Närhälsan Kungshöjds vårdcentral och stod alla på väntelista till psykolog efter egenremiss eller remiss från läkare eller sjuksköterska. Journalerna för alla patienter på väntelistan granskades och lämpliga patienter kallades till ett bedömningssamtal. Detta gjordes via brevklick eller telefonsamtal. Inklusionskriterierna för att kallas till bedömningssamtal var att patienten hade minst en ångestdiagnos registrerad i sin journal, att patienten beskrevs av en behandlare som besvärad av ångest, oro eller ängslan eller att patienten själv beskrev sig som ångestfylld, ängslig eller orolig när hon sökte kontakt med vårdcentralen. Exklusionskriterierna var, efter rekommendationer från Westrup och Wrights (2017) bok om ACT i grupp, följande: pågående missbruk av alkohol, droger eller läkemedel; självskattade koncentrationssvårigheter; svårigheter att förstå talad svenska; svårare neuropsykiatrisk problematik; psykosjukdom.

Totalt 65 patienter kallades till bedömningssamtal. 4 av dessa uteblev från sin bokade tid. Under bedömningssamtalet tillämpades samma exklusionskriterier som vid journalgranskningen, och utöver dessa var exklusionskriterierna även intervjuarens uppfattning av potentiellt terapeutiskt beteenden såsom underskott av interpersonella färdigheter. Personer som inte talade flytande svenska exkluderades också på grund av behandlingens tidvis komplicerade språkliga innehåll. De patienter som ansågs lämpliga tillfrågades under slutet av bedömningssamtalet om de önskade delta i gruppbehandlingen. Av de 61 patienter som kom till bedömningssamtalen erbjöds totalt 27 stycken att påbörja gruppbehandling. 17 av dessa tackade ja. 2 patienter hoppade av behandlingen innan den hann starta. Totalt påbörjade 15 patienter behandlingen. Patienterna fördelades i två grupper, Grupp A och Grupp B. Första gruppen, Grupp A, påbörjades under vecka 33 och avslutades under vecka 40. Grupp B påbörjades under vecka 34 och avslutades under vecka 41.

Patienterna tillfrågades vilken grupp de föredrog att ingå i, vilket innebar att fördelningen till de olika grupperna inte var slumpmässig. De patienter som inte föredrog en speciell grupp fördelades slumpmässigt till någon av grupperna. Av de 15 deltagare som påbörjade behandlingen var 12 stycken (80 %) kvinnor. Samtliga deltagare förvärvsarbetade eller studerade. Den yngsta deltagaren var 23 år och den äldsta 53 år.

Medelåldern var 28 år i Grupp A och 35 år i Grupp B. I båda grupperna var varje deltagare närvarande vid i genomsnitt 7 av 8 sessioner.

Gruppdeltagarna fick ett brev hemskickat med information om gruppbehandlingen och vilka tider som de förväntades närvara. Brevens skickades i de flesta fall minst en månad innan uppstart för att patienterna skulle få tillräckligt med tid för att planera för att delta vid samtliga sessioner. Två patienter kallades till bedömningsamtal när gruppbehandlingen redan hade påbörjats och fick därför inte lika mycket tid att förbereda sig för att delta. Dessa patienter fick inloggningsuppgifter för att gå igenom det första avsnittet hemma och påbörjade gruppbehandlingen vid andra sessionen. En av dem började i Grupp A och den andra i Grupp B. Två deltagare, en från varje grupp, valde att avbryta behandlingen efter att ha deltagit på 3 respektive 4 gruppsessioner. Den ena patienten uppgav tidsbrist och stress som orsak, den andra patienten uppgav att behandlingen inte passade henne. Ingen bortfallsanalys gjordes på avhoppet.

Etik

Samtliga deltagare fick vid bedömningsamtalet skriftlig och muntlig information om studiens syfte, tillvägagångssätt, sekretess, hur insamlad data skulle hanteras, att deras deltagande var frivilligt samt att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien utan att det skulle påverka deras vidare kontakter med vårdcentralen. De fick även möjligheter att ställa frågor till gruppbehandlaren om studien.

Instrument

AAQ-II (se bilaga 1). För att mäta psykologisk flexibilitet, där upplevelsemässigt undvikande (UMU) ingår, användes en svensk översättning av Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) som validerats av Lundgren och Parling (2017). Den svenska versionen består av sex påstående som undersöker deltagarens förhållningssätt till inre upplevelser. Exempel: Mina smärtsamma minnen hindrar mig från att ha ett meningsfullt och tillfredställande liv. Deltagaren skattar påståendena på en 7-gradig likertskala, från *Aldrig sant* (1 p) till *Alltid sant* (7 p). Ju lägre värde, desto högre flexibilitet. Den första versionen, AAQ-I, är ett beprövat skattningsformulär. I en metaanalys av 32 studier där AAQ-I använts fann forskarna att skattningsformuläret predicerade utfall inom en rad olika områden, såsom ångestsymtom, depression, allmän psykisk hälsa samt frånvaro från arbetet (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Korrelationen mellan AAQ-I och AAQ-II är hög men AAQ-II har visat på bättre test-retestreliabilitet (3 månader = .81, 12 månader = .79) och bättre intern konsistens (Cronbachs $\alpha = .84$) (Bond et al, 2011).

BBQ (se bilaga 2). Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ) är en nyutvecklad skattningskala designad för att mäta självupplevd livskvalitet (Frykheden, 2014). Instrumentet består utav totalt 12 frågor inom 6 olika livsområden. Dessa livsområden är Fritid, Syn på livet, Kreativitet, Lärande, Vänner och vänskap samt Syn på sig själv. Deltagaren får skatta på en 5-gradig likertskala hur mycket hon instämmer i påståenden om varje livsområde. Påståendena handlar om hur nöjd deltagaren är med respektive livsområde samt hur viktigt det är för deltagaren att vara nöjd med dessa områden. Exempel: Deltagaren skattar först *Jag är nöjd med mitt lärande: jag har*

möjlighet och lust att lära mig nya spännande saker och färdigheter som intresserar mig och sedan Lärande är viktigt för min livskvalitet. Poängen för dessa två frågor multipliceras sedan för att få fram ett värde på mellan 0 och 16 för livsområdet Lärande. Ju högre värde, desto högre livskvalitet. BBQ har visat sig ha god test-retestreliabilitet (ICC = .82), tillfredsställande inre konsistens (Cronbachs α = .76) samt god förmåga att diskriminera mellan kliniska och icke-kliniska grupper (Lindner et al, 2016).

GAD-7 (se bilaga 3). Generalised Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) utvecklades ursprungligen för att screena patienter för generaliserat ångestsyndrom (GAD) och även ge en uppfattning om symtomens allvarlighetsgrad (Spitzer et al., 2006). Deltagaren svarar på sju frågor om hur ofta hon besvärats av symtom relaterade till GAD under de senaste 14 dagarna, från *Inte alls* (0 p) till *Nästan varje dag* (3 p). Ju lägre värde, desto mindre ångest. Formuläret kan även användas för att undersöka nivån av ångest och oro hos patienter som inte misstänks lida av GAD. Skattningsformuläret har god test-retestreliabilitet (ICC=.83), och utmärkt inre konsistens (Cronbachs α =.93) (Spitzer et al., 2006) Det har även god sensitivitet (89%) och specificitet (82%).

PHQ-9 (se bilaga 4). Skattningsformuläret Patient Health Questionnaire (PHQ) togs fram för att snabbt kunna identifiera de patienter inom primärvården som lider av någon av de åtta vanligaste psykologiska störningarna (Spitzer, Kroenke, Williams & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, 1999). Depressionsmodulen i PHQ (PHQ-9) består av 9 items som överensstämmer med de nio diagnoskriterierna för egentlig depression i DSM-5 (American Psychological Association, 2013). Deltagaren får skatta på en 4-gradig likertskala hur ofta hon besvärats av de depressiva symtomen under de senaste två veckorna, från *Inte alls* (0 p) till *Nästan varje dag* (3 p). Ju lägre värde, desto mindre depressiva symtom. PHQ-9 är ett välanvänt instrument för att diagnostisera depression och uppskatta symtomens svårighetsgrad, och det har också visat sig vara känsligt för förändring i depressiva symtom (Löwe, Kroenke, Herzog & Gräfe, 2004).

Administrering av formulär

Under rasten vid den första gruppträffen fick deltagarna i Grupp B fylla de fyra skattningsformulären på papper, se beskrivning ovan under rubriken Instrument. Deltagarna i Grupp A fick istället en unik internetlänk skickade till sig via SMS dagen efter första sessionen som tog dem till sidan www.screener.se. Där kunde de fylla i formulären på sin mobiltelefon. Samtliga svar från Grupp A hade inkommit efter fem dagar. Under den åttonde och sista gruppsessionen fick båda grupperna återigen fylla i samma skattningsformulär. Båda grupperna fyllde då i på papper. En deltagare från vardera gruppen var frånvarande vid den sista sessionen och fick en länk till skattningsformuläret skickad till sina mobiltelefoner. Svaren inkom efter en dag.

Vid poängsammanställningen upptäcktes att några patienter hade fyllt i flera värden på frågor där de endast ombads fylla i ett enda värde. Vid dessa tillfällen valdes då det lägsta ifyllda värdet på BBQ och det högsta ifyllda värdet på AAQ, GAD-7 samt PHQ-9. Dvs för alla skalor valdes vid tvetydiga svar det värde som indikerar sämre mående. Detta för att minska risken att effekterna av behandlingen överdrevs vid resultatsammanställningen.

Behandlingsprogram - Ångesthjälpen

Ångesthjälpen är en manualiserad, transdiagnostisk gruppbehandling som förmedlas via text, berättarröst, animationer, filmer och upplevelsebaserade övningar för en grupp på upp till 10 personer. Behandlingen var från början ett internetbaserat självhjälpsprogram framtaget av Psykologpartners. Sedan 2012 har programmet även använts som material för gruppbehandling på Psykologpartners mottagning i Helsingborg (Psykologpartners, 2018). Målet med behandlingen är kortfattat att patienterna ska lära sig att utföra handlingar som leder till långsiktigt önskvärda konsekvenser och samtidigt kunna stå ut med det upplevelsemässiga obehag som dessa handlingar kan leda till. Behandlingen är uppdelad i åtta sessioner, se Figur 1. Alla deltagare fick ett eget användarkonto och inloggningsuppgifter och kunde alltså logga in hemifrån om de ville repetera det som sagts under sessionen eller om de behövde ta igen något som de missat.

Session	Avsnitt	Innehåll	Hemuppgifter
1	Introduktion till ångest	Introduktion till programmet, ångest, tankar och upplevelsemässigt undvikande	Läsa om ångestdiagnoser, kartlägga inre obehag
2	Situationsanalyser	Introduktion till situationsanalyser, fokus på funktionella samband mellan inre reaktioner och undvikandebeteenden	Göra situationsanalyser, kartlägga undvikanden
3	Värderingar, mål och hinder	Värderingar, att välja riktning, hinder och inre påverkan, kostnader med upplevelsemässigt undvikande	Göra situationsanalyser, utforska värderingar, mål, hinder och undvikanden
4	Att hantera hinder	Acceptans, rent och smutsigt obehag, funktionell hantering, exponering	Beskriva rent och smutsigt obehag, aktivering i värderad riktning
5	Tankar och känslor	Kognitiv fusion och distansiering, verbala regler och antaganden, observera vs. kontrollera tankar och känslor	Utforska tankemässiga regler, träna fokusering, värderad aktivering
6	Medveten närvaro i vardagen	Medveten närvaro, här och nu färdigheter	Värderad aktivering, träna medveten närvaro
7	Värderad riktning	Värderat handlande och åtagande, acceptans och exponering	Värderad aktivering, träna acceptans medveten närvaro
8	Agerande som fungerar	Uppföljning och repetition av delarna i behandlingen, vidmakthållande	Fortsätta agera i värderad riktning med större acceptans

Figur 1: Översikt över det centrala innehållet i de åtta sessionerna. Bilden är tagen direkt från Ångesthjälpens behandlingsmanual (Psykologpartners, 2018).

Tillvägagångssätt

De båda gruppbehandlingarna leddes av en psykologstudent som gick termin 9 på psykologprogrammet på Göteborgs Universitet. Behandlaren var anställd som psykologassistent på vårdcentralen och hade handledning från två legitimerade psykologer, varav en hade lång erfarenhet av att utföra gruppbehandling med Ångesthjälpen.

Som tidigare nämnts gick det en vecka mellan gruppernas uppstartstider. Anledningen till detta var för att behandlaren skulle få tid för handledning från Psykologpartners för att kunna lära av sina misstag. Handledningen ledde till att behandlaren gjorde vissa mindre justeringar vid nästkommande sessioner, t ex genom att

använda andra metaforer när han förklarade något för gruppen. Skillnaderna i behandlarens beteende gentemot de båda grupperna bedömdes dock som små.

Varje gruppssession var två timmar lång, från kl. 16 till kl. 18. Första timmen ägnades åt att gå igenom patienternas hemuppgifter som de tilldelades föregående session. Andra timmen ägnades åt att presentera nytt material och nya hemuppgifter. Materialet presenterades genom att gruppleadaren kopplade datorn till en projektor, loggade in på behandlingsprogrammets hemsida, valde dagens avsnitt i menyn och gick sedan igenom avsnittet sida för sida med berättarrösten på. Gruppleadaren stannade vid varje sida för att diskutera innehållet eller fråga om deltagarna hade några frågor. Upplägget för behandlingen var att första avsnittet gick igenom under den första gruppssessionen, andra avsnittet under den andra gruppssessionen, och så vidare till åttonde och sista gruppssessionen. Se figur 1 för mer information kring upplägget.

Statistisk analys

När samtliga svar hade inkommit anonymiserades dessa. Svaren fördes sedan in i programmet Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics, version 25 för Windows, Chicago, USA). I alla test som utfördes sattes signifikansnivån till $p = .05$.

För att undersöka om det förelåg några statistiskt signifikanta skillnader i ålder eller nivå av självskattning mellan de båda grupperna vid första mättillfället (baslinje) användes oberoende t-test. För att avgöra om några statistiskt signifikanta skillnader förelåg mellan för- och eftermätning användes beroende t-test på förändringen (delta-värden), först för alla patienter tillsammans och sedan de två grupperna var för sig. Behandlingseffekt utvärderades genom att beräkna Cohens d .

I samtliga test inkluderades endast patienter med både för- och eftermätning. De två avhopparna är alltså inte med i analyserna.

Resultat

Baselinj jämförelse

Vid förmätningen fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna vad det gällde ålder eller nivå av självskattning.

Analys på hela materialet

Av de fyra skattningsskalorna så var det enbart BBQ som visade på en signifikant förändring mellan för- och eftermätning ($p < .05$). Effektstorleken för poängökningen var medelstor ($d = .62$). Poängminskningen på GAD-7 var nära signifikans ($p = .062$).

Resultatet kan tolkas som att Ångesthjälpen kan bidra till en märkbart ökad livskvalitet hos de deltagare som slutför behandlingen. Se tabell 1 för utförlig statistik.

Tabell 1

Genomsnittlig förändring i självskattad poäng vid session 8.

Variabel	Förändring	SD	Signifikans	Cohens <i>d</i>
AAQ	-2.31	7.06	.262	0.33
BBQ	11.15	17.93	.045	0.62
GAD-7	-2.85	5.00	.062	0.57
PHQ-9	-0.23	4.60	.860	0.05

Not. BBQ är den enda skalan där en poängökning ses som en förbättring. AAQ, GAD-7 samt PHQ-9 anses förbättrade när poängen minskar.

Analyser per behandlingsgrupp

Deltagarna i Grupp A uppvisade statistiskt signifikanta förbättringar på tre av fyra mått, se tabell 2. PHQ-9 var nära signifikans ($p = .062$). Effektstorlekarna för förbättringarna på AAQ, BBQ och GAD-7 var stora ($d > 1$).

Det verkar alltså som att behandlingen har bidragit till att öka psykologisk flexibilitet och livskvalitet hos deltagarna, samt minska deras upplevda ångestbesvär.

Grupp B däremot uppvisade inga signifikanta förändringar överhuvudtaget i självskattad poäng vid eftermätningen.

Tabell 2

Genomsnittlig förändring i självskattad poäng vid session 8.

Variabel	Förändring	SD	Signifikans	Cohens <i>d</i>
Grupp A				
AAQ	-5.86	5.61	.033	1.04
BBQ	20.43	9.81	.002	2.08
GAD-7	-4.86	4.01	.019	1.21
PHQ-9	-1.57	1.81	.062	0.87
Grupp B				
AAQ	1.83	6.61	.527	0.28
BBQ	-0.33	19.89	.969	0.02
GAD-7	0.33	5.05	.878	0.07
PHQ-9	1.33	6.44	.634	0.21

Not. BBQ är den enda skalan där en poängökning ses som en förbättring. AAQ, GAD-7 samt PHQ-9 anses förbättrade när poängen minskar.

Diskussion

Syftet med den här studien var att undersöka om transdiagnostisk gruppbehandling kan vara ett verksamt alternativ till individualterapi inom primärvården. När samtliga deltagare tas med i beräkningarna visar det sig att behandlingen ledde till en signifikant ökning i livskvalitet ($d = 0.62$; medelstor effekt), men inga andra signifikanta förändringar kunde påvisas vid eftermätningen. I Grupp A påvisades dock en signifikant ökning av deltagarnas psykologiska flexibilitet ($d = 1.04$; stor effekt) och en signifikant minskning av deras ångestsymtom ($d = 1.21$; stor effekt) i tillägg till en signifikant ökning av deras livskvalitet ($d = 2.08$; mycket stor effekt). I Grupp B kunde ingen signifikant förändring påvisas vid eftermätningen.

Behandlingsprogrammets transdiagnostiska fokus är att hjälpa patienterna att minska sitt upplevelsemässiga undvikande (UMU) och därmed öka deras psykologiska flexibilitet. Det kan vara så att en ökning i psykologisk flexibilitet möjliggjorde en ökad livskvalitet för deltagarna. En sådan tolkning ligger även i linje med ett grundläggande antagande inom ACT, nämligen att när deltagarna börjar gå i sin värderade riktning är det naturligt att livet börjar kännas mer meningsfullt. Behandlingens uttalade syfte är ju att hjälpa deltagarna gå i sin värderade riktning. Deltagarna uppmanas i behandlingen att utföra handlingar som syftar till att hjälpa dem leva det liv de vill leva, trots att det även kan innebära kortsiktigt obehag. Om deltagare genom ändrat handlingsmönster lyckas komma närmare det liv de verkligen vill leva borde detta leda till en högre upplevd livskvalitet. Resultaten är inte entydiga, men det verkar som att Ångesthjälpen kan bidra till att öka människors livskvalitet.

Förbättrad livskvalitet eller ökad psykologisk flexibilitet är dock sällan uttalade önskemål från patienter när de söker hjälp i vården, de vill oftast att behandlaren skall minska eller ta bort deras problematiska symtom. Den här studiens resultat kan inte entydigt visa att Ångesthjälpen, trots sitt namn, effektivt kan hjälpa deltagarna att minska sina ångestsymtom. En förklaring till den uteblivna effekten på ångestsymtom kan vara behandlingens upplägg i kombination med skattningsformulärens utformning. Patienterna uppmanas från och med session 4 att ta små steg i sin värderade riktning, och vid session 7 får de i hemuppgift att utföra två konkreta handlingar varje dag under en vecka. Detta var något som väckte stark ångest hos flera patienter i behandlingen. När de sedan veckan efter ombads fylla i GAD-7 svarade de på hur ofta de hade upplevt ångestsymtom under de senaste 14 dagarna. Det är då möjligt att de ångestväckande hemuppgifterna påverkade deltagarnas svar. Hade uppföljande mätningar gjorts 3, 6 eller 12 månader efter behandlingens slut hade detta hjälpt till att säkerställa att enkätsvaren inte påverkades av att patienternas hemuppgifter de senaste två veckorna hade varit ångestframkallande. Eftermätningar skulle också kunnat ge indikationer på vilken effekt behandlingsprogrammet har över tid.

Ingen av grupperna, varken var för sig eller sammanslagna, visade på någon förändring i depressiva symtom. Det fanns dock en tendens till signifikans i Grupp A ($p = .062$). Detta kan tyda på att insatser för att minska upplevelsemässigt undvikande (UMU) inte är direkt korrelerade med minskning av depressiva symtom. En möjlig förklaring till det kan vara att när deltagare börjar minska sitt UMU innebär detta att de kommer i kontakt med de inre upplevelser de försökt undvika under lång tid. Detta kan initialt innebära att deltagarna inte blir positivt förstärkta när de väljer att ta steg i värderad riktning, vilket i sin tur kan innebära att deras depressiva symtom förblir oförändrade. En

annan möjlig förklaring är att både UMU och depressiva symtom båda påverkas av en tredje, hittills okänd variabel.

En förklaring till att förbättringar kunde påvisas i Grupp A men inte i Grupp B kan vara att de två grupperna skilde sig åt från varandra i deltagarnas personlighet och gruppammansättning. En faktor som kan ha haft inverkan på resultatet var att det i Grupp B fanns några deltagare som tycktes ha en lägre grad av insikt i sin problematik och som uppvisade en högre grad av rigida försvarsmekanismer för att undvika att komma i kontakt med obehagliga inre upplevelser. Detta upptäcktes inte under bedömningssamtalet, men blev tydligt för behandlaren när gruppbehandlingen väl startat. Under behandlingens gång, framför allt under arbetet med funktionella analyser (ABC) och när deltagarna började ta steg i sin värderade riktning, blev detta också mera uppenbart för deltagarna själva. När deltagarna sedan åter fick fylla i formulären är det möjligt att de läste frågorna med en djupare förståelse för hur deras inre upplevelser faktiskt påverkar dem (t ex "Ängslan står i vägen för min framgång" i AAQ) eller i vilken grad de faktiskt lever i linje med vad de anser är viktigt (t ex "Jag är nöjd med min fritid: jag har möjlighet att göra det jag vill för att slappna av och roa mig" i BBQ).

En annan förklaring till de olika resultaten kan vara att gruppklimatet skilde sig åt mellan de två grupperna. Gruppklimatet uppfattades som mer gynnsamt i Grupp A och detta kan tänkas ha inverkat på deltagarnas förmåga att ta till sig behandlingen. Det stöds även av tidigare forskning som konstaterat att ett gott gruppklimate tycks ha en positiv effekt på behandlingsutfallet (Ogrodniczuk & Piper, 2003; Ryum, Hagen, Nordahl, Vogel & Stiles, 2009). I sin bok om ACT i grupp skriver Westrup och Wright (2017) att ju mer olika deltagarnas problem är, desto mer lika bör deltagarna vara varandra för att säkra ett gott gruppklimate. Det kan handla om likheter i ålder, utbildningsnivå eller livssituation. Transdiagnostiska behandlingar innebär en högre sannolikhet att deltagarna i gruppen kommer att ha olika problem som de söker hjälp för. Om deltagare med olika diagnoser såsom social fobi, OCD och PTSD ska ingå i samma grupp, så som Ångesthjälpens behandlingsmanual (Psykologpartners, 2018) föreslår att de ska göra, så är det antagligen en fördel om deltagarna kan identifiera sig med varandra på annat sätt. Det är möjligt att deltagarna i Grupp B i lägre grad identifierade sig med övriga deltagare i gruppen, och att detta kan ha varit en bidragande orsak till att gruppklimatet upplevdes som mindre gynnsamt.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att Ångesthjälpen var en mycket effektiv behandling för Grupp A, och om resultatet från den gruppen kan replikeras så betyder det att effekterna kan vara jämförbara eller till och med bättre än effekterna av individualterapi (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010; Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose, & Craske, 2012).

Huruvida Ångesthjälpen är mer kostnadseffektiv än individualterapi har inte studerats. Resultaten från den här och tidigare studier av Ek (2017) och Hjalmarsson (2013) tyder dock på att behandlingen är tillräckligt lovande för att undersöka dess kostnadseffektivitet. Om gruppstorleken är 8 deltagare och behandlaren lägger 1 timma/vecka på förberedelser och 2 timmar/vecka på gruppssessioner innebär det att behandlaren lägger ungefär 23 minuter/vecka på varje patient. Detta är självklart en grovt förenklad överslagsräkning, men behandlaren uppfattning är att detta är ett realistiskt scenario under förutsättning att behandlaren är väl förtrogen med Ångesthjälpen. Dessa siffror kan jämföras med de 45-60 minuter/session, exklusive för- och efterarbete, som är den vanliga längden på individualterapi inom primärvården (Socialstyrelsen, 2007).

Den här studien var en effectiveness-studie, vilket innebär att den utfördes med samma förutsättningar som andra ordinarie gruppbehandlingar som erbjuds patienter inom primärvården. Detta skiljer sig från efficacy-studier, som utförs i mer kontrollerade labbmiljöer. I den här studien fanns det med andra ord begränsade möjligheter att kontrollera för olika faktorer som kunde påverka utfallet av behandlingen, t ex deltagarnas medicinering.

De flesta deltagarna hade inte träffat vårdcentralens psykolog innan de kallades till bedömningssamtalet med gruppbehandlaren. Detta innebär att flera av dem blivit diagnostiserade med psykiska störningar enligt ICD-10 av vårdpersonal utan psykologisk kompetens. Det tycktes inte heller finnas något standardiserat förfarande för att säkerställa att samtliga patienter på vårdcentralen får en likvärdig första bedömning vid psykiska besvär. Detta kan ha medfört att några patienter hade allvarigare problematik än vad som framgick av deras journal, och att de av den anledningen var mindre lämpade för att delta i behandlingen. För exempelvis personer som lider av ADHD så är det ofta avgörande att KBT-behandling innehåller specifik färdighetsträning, något som saknas helt i Ångesthjälpen (Knouse & Safren, 2010). Ett annat exempel är personer med emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPD). Verksamma behandlingar för EIPD lägger ofta fokus på att skapa en stark terapeutisk relation med patienten, något som det inte finns utrymme för att göra i Ångesthjälpen (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007). Risken finns därför att behandlingen blir verkningslös för vissa om potentiella deltagare inte är korrekt diagnostiserade vid bedömningssamtalet. I framtida studier och/eller reguljära behandlingar bör deltagarna genomgå en standardiserad bedömningsfas för att säkerställa både att behandlingen passar deltagarna och att deltagarna är lämpliga för att ingå i en grupp.

Även om behandlaren i studien hade regelbunden handledning var han dock relativt oerfaren som terapeut och hade aldrig tidigare bedrivit gruppterapi. Detta kan naturligtvis ha påverkat utfallet negativt. Tidigare forskning har påvisat att erfarna terapeuter får bättre resultat och färre avhopp vid individualterapi (Stein & Lambert, 1995; Weertman & Arntz, 2007). Det är möjligt att detta också gäller terapeuter som bedriver gruppterapi.

En annan begränsning med den här studien var att behandlaren var samma person som höll i bedömningssamtalen, samlade in och utvärderade resultaten samt författade den här artikeln. En möjlig effekt av detta kan ha varit att deltagarnas personliga relation till behandlaren påverkade deras svar vid mätningarna. Det finns också en risk för bias i tolkningen av resultaten, då behandlaren rimligtvis inte kan anses ha haft distans till sin egeninsamlade data.

På grund av ett lågt antal patienter som tackade ja till gruppbehandling i studien var det inte möjligt att randomisera patienterna till de båda grupperna, då det sannolikt hade inneburit fler avhopp om patienterna inte hade fått möjlighet att välja vilken dag de ville gå i behandling. Detta ökade naturligtvis risken för att skillnader skulle uppstå mellan grupperna. Grupp B startade en vecka senare än Grupp A och avslutades därmed också en vecka senare. Grupp A fick fylla i förmätningen digitalt, medan Grupp B fyllde i den på papper. Sammanfattningsvis finns det alltså ett flertal faktorer som medfört att grupperna inte har haft exakt samma förutsättningar, något som kan ha påverkat behandlingsutfallet.

Resultaten i den här studien kan tolkas som att Ångesthjälpen har potential att hjälpa människor att må bättre och bli mer nöjda med sina liv. Resultaten kan också ses som indikationer på att behandlingsprogrammet innebär en möjlighet att nå ut till fler

patienter som är i behov av psykologisk behandling. Fler undersökningar krävs dock för att avgöra om Ångesthjälpen, och andra transdiagnostiska gruppbehandlingar, kan utgöra evidensbaserade alternativ till individuell psykologkontakt inom primärvården.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 750.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*(2), 205-230.
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine, 44*(11), 2363-2374.
- Bergmark Hall, C. & Carlin, S. (2017). *Psykolog i första linjen – kartläggning och analys av psykologfunktionen vid SUS vårdcentraler 2015-2016*. Malmö: Skånes universitets-sjukvård
- Björk, E. & Svensson, P. (2015, 22 december). Kötid till psykolog varierar kraftigt. *Göteborgs-Posten*, s.6
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine, 8*(1), 38.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 871-890.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 922-928.
- Eaton, N. R., South, S. C., & Krueger, R. F. (2010). The meaning of comorbidity among common mental disorders. In T. Millon, R. F. Krueger & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11; contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 223-241, Chapter xvii, 622 Pages) Guilford Press, New York, NY.
- Ek, P. (2017). *Patienters upplevelser av ångestbehandling i grupp på en vårdcentral*. (Magisteruppsats) Stockholm: Svenska institutet för kognitiv psykoterapi
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Halmstad: ISY Information Systems

- Frykheden, O. (2014). *Effektiv mätning av livskvalitet-Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ): en psykometrisk utvärdering* (Examensarbete). Stockholm: Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:774417/FULLTEXT01.pdf>
- Gros, D. F., Merrifield, C., Rowa, K., Szafranski, D. D., Young, L., & McCabe, R. E. (2018). A Naturalistic Comparison of Group Transdiagnostic Behaviour Therapy (TBT) and Disorder-Specific Cognitive Behavioural Therapy Groups for the Affective Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-13.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.uu.se/10.1007/BF03392677>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *ACT i teori och tillämpning*. Stockholm: Natur & Kultur
- Hedman, E., El Alaoui, S., Lindefors, N., Andersson, E., Rück, C., Ghaderi, A., ... & Ljótsson, B. (2014). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of Internet-vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-year follow-up of a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 20-29.
- Hjalmarsson, E. (2013). *Transdiagnostisk gruppbehandling inom specialistpsykiatrisk vård – en klinisk effektstudie* (Magisteruppsats) Uppsala: Institutionen för psykologi, Uppsala.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 185-196.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.uu.se/10.1001/archpsyc.62.6.61>
- Knouse, L. E., & Safren, S. A. (2010). Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 497-509.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592.
- Kristjánadóttir, H., Sigurðsson, B. H., Salkovskis, P., Sigurðsson, E., Sighvatsson, M. B., & Sigurðsson, J. F. (2018). Effects of a Brief Transdiagnostic Cognitive Behavioural Group Therapy on Disorder Specific Symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-15.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756.

- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163.
- Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., ... & Carlbring, P. (2016). The Brunnsvikens Brief Quality of life scale (BBQ): Development and psychometric evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(3), 182-195.
- Lundgren, T., & Parling, T. (2017). Swedish Acceptance and Action Questionnaire (SAAQ): a psychometric evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(4), 315-326.
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61-66.
- McHugh, R. K., Murray, H. W., & Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 946-953.
- Monestès, J. L., Karekla, M., Jacobs, N., Michaelides, M. P., Hooper, N., Kleen, M., ... & Villatte, M. (2016). Experiential Avoidance as a Common Psychological Process in European Cultures. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(4), 247-257.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531.
- Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (2003). The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 64.
- Psykologförbundet. (2016). *Vårdcentralsundersökning 2015*. Hämtad 2018-11-04 från <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/forbundet-tycker/vc-undersokning/vardcentralsundersokning-2015-uppdaterad.pdf>
- Psykologpartners. (2018). *Gruppbehandling med Ångesthjälpen - Behandlingsmanual*.
- Ryum, T., Hagen, R., Nordahl, H. M., Vogel, P. A., & Stiles, T. C. (2009). Perceived group climate as a predictor of long-term outcome in a randomized controlled trial of cognitive-behavioural group therapy for patients with comorbid psychiatric disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 497-510.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., ... & Salkovskis, P. M. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902-909.
- Socialstyrelsen. (2007). *Psykosocial kompetens i primärvården. Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2017). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-och sjukvård. Lägesrapport 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama* 282(18), 1737-1744.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Vuxenpsykiatri*. Hämtad 2018-11-01 från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/primarvard/samarbete-mellan-primarvard-och-psykiatri/vuxenpsykiatri/>
- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N. T., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2011). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Research*, 185(1-2), 185-192.
- Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 959-970.
- Tucker, M., & Oei, T. P. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 77-91.
- Venta, A., Sharp, C., & Hart, J. (2012). The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychological Assessment*, 24(1), 240.
- Västra Götalandsregionen. (2012). *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)*. Hämtad 2018-11-01 från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/8368?a=false&guest=true>
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(3), 160-175.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2133-2143.
- Westrup, D., & Wright, M. J. (2017). *Learning ACT for group treatment: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. Oakland, CA: Context Press.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 786.

Bilaga 1

SAAQ Swedish Acceptance and Action Questionnaire

Nedan finns en lista med påståenden. Var vänlig skatta hur sant varje påstående är för dig genom att ringa in ett av de nummer som finns bredvid påståendet. Använd skalan nedan för att göra ditt val.

1	2	3	4	5	6	7
Aldrig sant	Mycket sällan sant	Sällan Sant	Ibland sant	Ofta sant	Nästan alltid sant	Alltid sant

1. Mina smärtsamma erfarenheter och minnen gör det svårt för mig att leva ett liv som jag skulle sätta värde på 1 2 3 4 5 6 7
2. Jag är rädd för mina känslor 1 2 3 4 5 6 7
3. Jag oroar mig för att inte kunna kontrollera mina bekymmer och känslor 1 2 3 4 5 6 7
4. Mina smärtsamma minnen hindrar mig från att ha ett meningsfullt och tillfredställande liv 1 2 3 4 5 6 7
5. Det verkar som att de flesta människor hanterar sina liv bättre än jag gör 1 2 3 4 5 6 7
6. Ängslan står i vägen för min framgång 1 2 3 4 5 6 7

Översatt & utvecklat av Tobias Lundgren & Thomas Parling; Fri att använda. Vid all publikation ange:
Lundgren, T., & Parling, T. (in press). Swedish Acceptance and Action Questionnaire (SAAQ): a
psychometric evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1–12.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1250228>

Bilaga 2

Brunnsviken Brief Quality of life scale (BBQ)

Nedan följer 12 frågor om hur du upplever din livskvalitet. Vi undrar dels hur nöjd du är med olika områden av livet, samt hur viktigt respektive livsområde är. Ringa in den siffran som bäst överensstämmer med din upplevelse.

	Instämmer inte alls			Instämmer fullständigt		
1	Jag är nöjd med min fritid : jag har möjlighet att göra det jag vill för att slappna av och roa mig.					
	0	1	2	3	4	
2	Min fritid är viktig för min livskvalitet.					
	0	1	2	3	4	
3	Jag är nöjd med hur jag ser på livet : jag vet vad som betyder mycket för mig, vad jag tror på och vad jag vill göra med mitt liv.					
	0	1	2	3	4	
4	Hur jag ser på livet är viktigt för min livskvalitet					
	0	1	2	3	4	
5	Jag är nöjd med mina möjligheter att få vara aktiv : att få använda min fantasi i vardagen, inom en hobby, på jobbet eller i studier.					
	0	1	2	3	4	
6	Att få vara aktiv är viktigt för min livskvalitet.					
	0	1	2	3	4	
7	Jag är nöjd med mitt lärande : jag har möjlighet och lust att lära mig nya spännande saker och färdigheter som intresserar mig.					
	0	1	2	3	4	
8	Lärande är viktigt för min livskvalitet.					
	0	1	2	3	4	
9	Jag är nöjd med vänner och vänskap : jag har vänner som jag umgås med och som stöttar mig (så många vänner som jag vill ha och behöver).					
	0	1	2	3	4	
10	Vänner och vänskap är viktigt för min livskvalitet.					
	0	1	2	3	4	
11	Jag är nöjd med mig själv som individ : jag tycker om och respekterar mig själv.					
	0	1	2	3	4	
12	Att jag är nöjd med mig själv som individ är viktigt för min livskvalitet.					
	0	1	2	3	4	

BBQ får användas fritt och utan kostnad av forskare och kliniker.
För mer information, besök www.bbqscale.com

Bilaga 3

GAD-7

Under de senaste 14 dagarna, hur ofta har du du besvärats av följande problem?

(Sätt en bock "✓" bredvid ditt svar)

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
1. Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	0	1	2	3
2. Inte kunnat sluta oro dig eller kontrollera din oro	0	1	2	3
3. Oroat dig för mycket för olika saker	0	1	2	3
4. Haft svårt att slappna av	0	1	2	3
5. Varit så rastlös att du har haft svårt att sitta still	0	1	2	3
6. Blivit lätt irriterad eller retlig	0	1	2	3
7. Känt dig rädd för att något hemskt skulle hända	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

Framtagen av läkarna Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke och kollegor, med ett utbildningsanslag från Pfizer Inc. Ingen tillåtelse krävs för att reproducera, översätta, visa eller distribuera.

Bilaga 4

FORMULÄR FÖR PATIENTHÄLSA-9 (PHQ-9)

Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något/några av följande problem?
(Sätt en bock "✓" bredvid ditt svar)

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
1. Lite intresse eller glädje av att göra saker	0	1	2	3
2. Känt dig nedstämd, deprimerad eller upplevt känsla av hopplöshet	0	1	2	3
3. Svårigheter att somna eller få en sammanhängande sömn, eller sovit för mycket	0	1	2	3
4. Känt dig trött eller haft för lite energi	0	1	2	3
5. Dålig aptit eller ätit för mycket	0	1	2	3
6. Tycker illa om dig själv – eller att du känt dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj	0	1	2	3
7. Svårigheter att koncentrera dig på saker, till exempel att läsa tidningen eller att titta på TV	0	1	2	3
8. Att du rört dig eller talat så långsamt att andra människor märkt det? Eller motsatsen – att du varit så nervös eller rastlös att du rört dig mer än vanligt	0	1	2	3
9. Tankar att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Om du svarat att du haft något av dessa problem, hur svårt har dessa problem gjort det för dig att utföra ditt arbete, ta hand om saker hemma, eller att komma överens med andra människor?

Inte alls svårt	Lite svårt	Mycket svårt	Extremt svårt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Framtagen av läkarna Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke och kollegor, med ett utvecklingsanslag från Pfizer Inc. Ingen tillåtelse krävs för att reproducera, översätta, visa eller distribuera.