

Unified Protocol som gruppbehandling

– En utvärdering av metod och
patienters erfarenheter

Alex Law
Axel Vilhelmsson



FoU Kronobergs rapporter och skrifter

FoU Kronoberg är Region Kronobergs forsknings- och utvecklingsenhet. Verksamheten i Region Kronoberg ska bygga på aktuell och evidensbaserad kunskap. FoU Kronoberg är en verksamhet för kontinuerlig kunskapsutveckling inom regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Enheten är länets dialogpart i FoU-frågor både på nationell och på internationell nivå.

Det ligger ett stort värde i att arbeten som görs presenteras på ett lättillgängligt sätt. FoU Kronoberg publicerar därför, efter bedömning av ett redaktionsråd, rapporter och skrifter.

- En rapport är ett dokument där det ställs vetenskapliga krav på studiedesign, metod, presentation och tolkning/värdering på resultat.
- En skrift är enklare form av redovisning där det ställs mindre krav på vetenskaplig stringens men med tillfredsställande logik och struktur i presentationen.

Författarna ansvarar för innehållet i rapporten/skriften. Publikation i FoU Kronobergs rapport- och skriftserie behöver inte betyda att FoU Kronoberg och redaktionsrådet delar värderingar eller slutsatser som framförs i rapporten/skriften.

Vid frågor om våra publikationer kontakta FoU Kronoberg via e-post:

fou@kronoberg.se

eller telefon 0470-59 22 80

Sammanfattning

Bakgrund

Unified Protocol (UP) är en manualbaserad kognitiv beteendeterapeutisk metod (KBT) utvecklad för att behandla ångest- och depressionstillstånd. Metoden har gott vetenskapligt stöd vid individuell behandling, men för gruppbehandling finns bara enstaka studier. I ett tidigare utvecklingsprojekt vid Allmänpsykiatrienheten i Region Kronoberg 2019 sågs stort deltagarbortfall. Med utgångspunkt i projektet utvecklades ett något förändrat tillvägagångssätt av UP som gruppbehandling.

Syfte

Syftet med detta utvecklingsprojekt var att 1) utvärdera det förändrade tillvägagångssättet i UP som gruppbehandling 2) utvärdera deltagares erfarenheter och observerat utfall i symtomskattning av behandlingen samt 3) öka förståelse för erfarenheter hos deltagare som avbrutit behandlingen i förtid.

Metod

Fyra patienter som erbjöds UP som gruppbehandling tillfrågades om deltagande i projektet. Självskattningsformulär avseende symtom och psykisk hälsa samlades in före och efter behandling. Data presenterades deskriptivt och analyserades genom visuell analys. Efter behandling intervjuades deltagarna om sina erfarenheter utifrån en strukturerad intervju. På grund av pandemin justerades intervjufrågor för att undersöka deltagarnas erfarenheter av en kombination av individuell- och gruppbehandling. Intervjuerna transkriberades och sammanställdes.

Resultat och diskussion

Alla fyra deltagare fullföljde behandlingen. Genomgående uppskattades genomförda förändringar i behandlingsupplägget. Erfarenheterna av behandlingen berörde både övergripande, gemensamma faktorer i psykoterapi och reaktioner på mer behandlingsspecifika inslag. Deltagarnas skattningar av såväl psykisk hälsa som ångest- och depressionssymtom visade inga generella trender.

Konklusion

Erfarenheter från det aktuella och tidigare utvecklingsprojekt tyder på att UP som gruppbehandling är en genomförbar och uppskattad metod. Positiva erfarenheter av att bli förstådd, sedd och accepterad var centralt i deltagares beskrivningar av behandlingen. För att öka engagemang i behandlingen poängteras vikten av att förmedla hur behandlingen kan hjälpa patienten med sina problem i fråga. På grund av det låga deltagarantalet bör resultat och slutsatser tolkas med försiktighet. Sammantaget ses behandlingen som lämplig att erbjuda patienter med ångest- och depressionsproblematik i Region Kronoberg, men behöver fortsatt utvärderas i verksamheten.

Innehåll

Förord	3
Bakgrund.....	4
Syfte	5
Metod	6
Genomförande.....	6
Förändrat upplägg av behandlingen.....	6
Urval	7
Material/instrument	7
Datainsamling.....	8
Etiska överväganden.....	8
Dataanalys	8
Resultat.....	9
Intervjuer.....	9
Erfarenheter av behandling.....	9
Bemötande från terapeuter	9
Erfarenheter av individuella sessioner.....	9
Erfarenheter av gruppsessioner	9
Upplevelsen av exponeringsbehandling.....	10
Förändringar i behandlingsupplägg.....	10
Telefonsamtalet efter första sessionen	10
Exponeringsmomentet på stan	10
Förändring av psykisk hälsa och ångest- och depressionssymtom.....	11
Diskussion	12
Konklusion	13
Referenser.....	14
Bilaga	16

Förord

Denna rapport har skrivits av Axel Vilhelmsson, leg. psykolog och Alex Law, leg. psykolog. Handledare har varit Karin Pernebo, leg. psykolog, leg. psykoterapeut och fil.dr. De tre är verksamma i Region Kronoberg där Axel och Alex arbetar på Allmänpsykiatrienheten och Karin inom Verksamhetsområde Psykiatri samt som FoU-handledare på FoU Kronoberg. Projektet har genomförts inom ramen för den ordinarie verksamheten som en del av att utveckla vården på kliniken.

Bakgrund

Unified Protocol (UP) är en evidensbaserad, kognitiv beteendeterapeutisk behandling som syftar till att behandla ångesttillstånd, affektiva tillstånd och andra relaterade tillstånd (exempelvis depression, social fobi, specifik fobi, hälsoångest, tvångstankar, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), generaliserat ångestsyndrom (GAD). Behandlingen går ut på att patienter tränar flera olika färdigheter för att sedan genomgå exponering (Barlow & Stalby, 2013). En fördel med ett gemensamt protokoll för olika känslomässiga tillstånd är att behandlare inte behöver lära sig olika diagnos-specifika behandlingsmanualer för att effektivt behandla flera vanligt förekommande psykiatriska diagnoser (Barlow et al., 2017).

Fokus i UP är att behandla underliggande emotionella processer som leder till dysfunktionell känsloreglering hos personer med ångest- och depressionstillstånd. Detta görs genom att patienterna tränar på fem kärnmoduler där målen är att:

- a) öka medvetenhet om känslor i nuet
 - b) träna kognitiv flexibilitet,
 - c) utveckla förmåga att identifiera och förhindra känslomässigt undvikande och känslostyrda beteenden,
 - d) öka medvetenhet och tolerans för känslorelaterade fysiska förnimmelser, och
 - e) exponering för ångestframkallande situationer som undviks av patienten vilket leder till lidande.
- (Farchione et al., 2012; Barlow et al., 2017).

UP som individuell behandling har gott vetenskapligt stöd (Farchione et al., 2012, Barlow & Stalby, 2013; Bullis et al., 2014; Barlow et al., 2017) och har en stabil effekt vid behandling av ångest- och depressionstillstånd. Farchione et al. (2012) belyser att såväl huvuddiagnoser som samsjuklighet, vilka är ett resultat av patientens dysfunktionella känsloreglering, kan behandlas framgångsrikt med UP.

Bullis et al. (2015) beskriver flera fördelar med att behandla patienter med UP i grupp:

- 1) Det är tidseffektivt då man hinner behandla fler patienter under samma sessionstid;
 - 2) Gruppbehandling underlättar vid utbildning av nya terapeuter då en mer erfaren terapeut kan hålla i behandling tillsammans med en som är mindre erfaren;
 - 3) Problemen patienterna upplever normaliseras genom att andra patienter berättar om liknande problem. Detta kan upplevas som mer validerande än då en terapeut säger att patienternas problem är vanligt förekommande;
 - 4) Gruppsituationen är fördelaktig vid in-vivo exponering, då patienter kan motivera varandra och den stödjande gruppatmosfären kan göra att enskilda patienter vågar mer än vad de hade gjort på egen hand;
 - 5) Patienter får utöver arbetet med egna behandlingsmål även möjlighet att förstärka sin förståelse om kärnmodulernas innehåll genom att se hur färdigheter som lärs ut i behandlingen kan appliceras på andra patienters svårigheter;
 - 6) Patienter med flera olika psykiatriska diagnoser kan behandlas i samma grupp.
- (Bullis et al., 2015).

En studie av Bullis et al. (2014) tyder på att UP är effektivt och med fördel kan ges som gruppbehandling. Dessa slutsatser stöds ytterligare i en studie av Reinholt et al. (2021) där UP i grupp för patienter i dansk öppenvård med ångest- och depressionsdiagnoser jämfördes med diagnosspecifik manualbaserad individuell kognitiv beteendeterapi (KBT). Sammantaget talade resultatet för att UP i grupp fungerade likvärdigt med de syndromspecifika behandlingarna vad gäller symtomreduktion och förbättring av upplevd livskvalitet. Även ett spanskt forskarlag (Osma et al., 2021) har gjort liknande fynd där UP i grupp visat sig ha effekt avseende lindring av patienters symtombild och ökad rapporterad livskvalitet jämfört med kontrollgrupp som fick ta del av utbudet i redan existerande behandlingsverksamhet. Ovan nämnda studier ger således stöd för att UP i grupp kan vara ett komplement till existerande behandlingsutbud. Ännu finns inga forskningsstudier eller kunskapssammanställningar om UP som gruppbehandling i svensk kontext.

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd (2020) om evidensbaserad praktik är vetenskaplig kunskap inte den enda komponenten som bör vägleda val av insats. I de fall vetenskaplig kunskap om insatsers nytta i en särskild kontext är bristfällig eller saknas, anses det vara god evidensbaserad praktik att också stödja sig på annan kunskap. Till exempel kan sådan kunskap vara systematiska utvärderingar om nyttan med insatser som bedrivs i den egna verksamheten. År 2019 genomfördes en pilotstudie på Allmänpsykiatrienheten i Växjö för att undersöka genomförbarheten av UP som gruppbehandling i lokal kontext, och resultatet pekade på att metoden var verksam (Vilhelmsson, 2020). De 10 deltagare som deltog i projektet visade utifrån resultat på självskattningar en förbättrad psykisk hälsa och ökad förmåga till emotionell reglering. Det framkom dock att det i behandlingen var ett stort bortfall (9 av totalt 20 deltagare avbröt behandlingen i förtid), något som antogs bero på bristande rutiner för bedömning av lämplighet för inklusion i behandlingen. I pilotstudien framkom även att gruppformatet upplevdes av deltagarna som utmanande och samtidigt givande. Med utgångspunkt i erfarenheterna från pilotstudien 2019 har detta projekt initierats för att undersöka om förändringar i bedömningsförfarandet och ett behandlingsupplägg med mer fokus på att facilitera trygg grupp känsla kan motverka bortfall från behandlingen.

Syfte

Syftet med utvecklingsprojektet var att utvärdera det förändrade tillvägagångssättet i UP som gruppbehandling, undersöka deltagares erfarenheter och observerat utfall av behandlingen samt öka förståelse för erfarenheter hos deltagare som avbrutit behandlingen i förtid.

Frågeställningarna var:

- Hur beskriver deltagare erfarenheten av att gå i gruppbehandling?
- Hur upplevs förändringar i upplägget för UP som gruppbehandling av gruppdeltagare?
- Hur beskriver deltagare som avbrutit behandlingen i förtid sina erfarenheter?
- Hur påverkar behandlingen deltagarnas självskattade psykiska mående avseende depression, ångest och psykisk hälsa?

Metod

Genomförande

Patienter som erbjöds UP-gruppbehandling september 2021 vid Allmänpsykiatrienheten i Växjö informerades och tillfrågades om deltagande i projektet. Under det inledande bedömningsamtalet informerades potentiella deltagare om utvecklingsprojektet och tillfrågades om samtycke att delta.

Deltagarna i projektet fick före och efter utförd behandling fylla i ett självskattningsformulär som avsåg mäta psykisk hälsa. Resultaten oidentifierades och jämfördes för att undersöka förändringar i självskattad psykisk hälsa och depressions- och ångestsymtom före och efter behandling.

Efter behandlingen intervjuades deltagarna utifrån en strukturerad telefonintervju (se Bilaga Intervjuguide) med fokus på inslag de funnit mer eller mindre hjälpsamma under behandlingens gång. Intervjuerna tog cirka 10 minuter. Gruppdeltagare som avbröt behandlingen i förväg skulle kontaktats via telefon för kort strukturerad intervju för att lära mer om avhopparens erfarenheter. Detta gjordes inte då samtliga deltagare fullföljde behandlingen.

Behandlingen inleddes med en individuell bedömnings-session där deltagarna tillfrågades om intresse av att delta i behandlingen. Sedan genomfördes en individuell inledande session med fokus på motivation och målsättning. Därefter påbörjades gruppbehandlingen som pågick i 12 sessioner. Då behandlingen genomfördes hösten 2021 – 2022 under COVID-19 pandemin gjordes anpassningar i behandlingsupplägget utifrån rådande smittskyddsriktlinjer. Två gruppbehandlingstillfällen fick ställas in på grund av förkylningssymtom hos terapeuterna. Dessutom infördes nya smittskyddsriktlinjer 7 sessioner in i gruppbehandlingen som omöjliggjorde gruppsammankomster, och därför träffade terapeuterna deltagarna individuellt under 4 sessioner, för att sedan avsluta med en gemensam session som genomfördes via videosamtal.

Förändrat upplägg av behandlingen

Jämfört med det behandlingsupplägg som användes under det tidigare pilotprojektet (Vilhelmsson, 2020) har följande förändringar i bedömningsförfarandet och behandlingsupplägget gjorts i syfte att försöka motverka bortfall från behandlingen.

Under det individuella samtalet i bedömningsfasen beskrevs behandlingens ramar och dess fokus på exponering noggrant för patienterna. Efter att denna information delgetts tillfrågades de om intresse av att delta i behandlingen. Patienter som inte önskade genomgå grupp- eller exponeringsbehandling exkluderades.

Den första modulen i behandlingen, Motivation och målsättning, genomfördes individuellt istället för i grupp. Detta för att ge bättre förutsättningar för deltagarna att definiera avgränsade och mätbara mål som kunde följas upp under behandlingens gång.

Efter den första gruppsessionen ringde terapeuterna upp deltagarna för en kort avstämning där eventuell oro och problem avhandlades för att förebygga tidiga avhopp.

Gruppbehandlingen hade ett tydligare fokus på att främja sammanhållning mellan deltagarna för att skapa en positiv, stödjande och motiverande atmosfär i gruppen. Sammanhållningen främjades genom att deltagare i större utsträckning än vid tidigare upplägg delades in i par under sessionerna för att diskutera olika terapeutiska uppgifter, exempelvis hur veckans hemuppgifter gått eller vilka undvikandebeteenden som kunde identifieras.

Färdigheter lärdes i större utsträckning ut genom att deltagarnas egna exempel användes och därigenom kunde mer formell psykoedukation tas bort. Exempelvis uppmärksammade terapeuterna under gruppstillfället om medveten närvaro när deltagare var dömande under sessionen och bjöd istället in till ett accepterande förhållningssätt. Likaså kategoriserade terapeuterna tillsammans med deltagarna problemsituationer från deltagarnas liv utifrån funktionell analys.

En av de fyra sessionerna i exponeringsmodulen genomfördes i stadsmiljö, där deltagare uppmanades genomföra olika exponeringar anpassade till den enskilde individens exponeringshierarki. Exempelvis fick en deltagare med rädsla för folksamlingar genomföra exponering där hen drog till sig uppmärksamhet på allmän plats.

Urval

Totalt genomfördes 15 bedömningssamtal med patienter på allmänpsykiatri i Växjö. Elva av dem tillfrågades om deltagande i projektet och fyra tackade ja, två kvinnor och två män. Deltagarna var 21, 25, 28 och 50 år. Deltagarna hade diagnoserna GAD, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), ångesttillstånd ospecificerat, social fobi, depressiv episod ospecificerat, dysmorfofobi samt anpassningsstörning. En deltagare kunde ha mer än en diagnos.

Material/instrument

De självskattningsformulär som användes var Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) (Evans et al., 2002), Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) och Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS) (Barlow, 2017). CORE-OM är ett skattningsformulär som är utvecklat av en grupp psykoterapeutiskt inriktade forskare och kliniker (Evans et al., 2002). Syftet med skalan är att mäta psykisk hälsa på ett sätt som är användbart och meningsfullt inom skiftande verksamheter inriktade på psykologiska behandlingsinsatser. Skalan är uppbyggd av 34 items inom fyra områden: Välbefinnande (tolv items), Fungerande (tolv items), Problem/symtom (tolv items) och Risker (fyra items) (Elfström & Carlsson, 2013). Värdet på CORE-OM kan vara mellan 0 och 4. Conell et al. (2007) har jämfört skattningar på CORE-OM hos en allmänpopulation med en klinisk population och kommit fram till ett cutoff-värde på 1,0 i medelvärde. I projektets analys har medelvärdet för hela skalan använts som mått, i linje med vad Elfström & Carlsson (2013) beskriver vara det vanliga tillvägagångssättet vid utvärdering med CORE-OM.

OASIS är ett kort skattningsformulär bestående av 5 items som syftar till att mäta ångestgrad och nivå av funktionsnedsättning till följd av detta. ODSIS är ett kort skattningsformulär bestående av 5 items som syftar till att mäta grad av depression och nivå av funktionsnedsättning till följd av denna. Båda instrument har visats ha god validitet och korrelerar i hög grad till andra symptomskattningar av depressions- respektive ångestsymtom (Bentley, et al., 2014; Norman et al.; 2006). OASIS och ODSIS är formulär som administreras varje vecka i UP (Barlow, 2017).

Efter avslutad behandling genomfördes en individuell telefonintervju av en oberoende intervjuare där deltagarna tillfrågades om sina erfarenheter av att delta i gruppbehandlingen (se Bilaga Intervjuguide). Förändringar i intervjuguiden gjordes även på grund av förändringar i behandlingsupplägg med anledning av Covid-19 pandemin (se sidan 6). Intervjuguiden anpassades för att samla in information kring deltagarnas upplevelse av individuella sessioner kontra gruppsessioner. Genomförda intervjuer transkriberades. Då ingen deltagare valde att avbryta sin medverkan i behandlingen genomfördes inga avhoppintervjuer.

Datainsamling

Tre av deltagarna lämnade in ODSIS och OASIS före och efter avslutad behandling. Fyra av deltagarna lämnade svar på CORE-OM före behandlingen och två efter avslutad behandling. Intervjun genomfördes med alla deltagare. På grund av tekniska problem genomfördes inte ljudinspelningen under en av intervjuerna, istället fördes anteckningar, vilket innebar att denna ej kunde användas fullt ut i analysen.

Etiska överväganden

Informationskravet har mötts genom att deltagarna fick muntlig och skriftlig information om projektet, samt möjlighet att ställa frågor till projektansvarig. Samtyckeskravet uppfylldes genom att deltagarna tillfrågades muntligt och skriftligt om samtycke. Då projektansvarig även varit ansvarig för behandlingen finns en risk för känsla av påtryckning av deltagande hos deltagarna. För att förebygga detta har emfas lagts på frivilligheten till deltagande i studien och att vården inte påverkas av om de deltar eller inte. Konfidentialitetskravet garanterades genom att deltagarnas resultat på enkäter pseudonymiserades samt enbart presenterades på gruppnivå. Även intervjusvar pseudonymiserades. Att intervjuerna genomfördes av oberoende intervjuare bidrog ytterligare till att säkerställa konfidentialiteten och främja frivilligheten. Slutligen var nyttan med arbetet att metoden kunde utvärderas och att deltagarna kunde bidra till en bättre vård. Inga risker kunde identifieras för deltagarna i projektet vilket resulterar i att nyttjandekravet bedöms ha uppfyllts.

Dataanalys

En sammanställning av svar på frågor om erfarenheter av behandlingen samt förändringar i behandlingsupplägg gjordes. Deskriptiv statistisk metod användes för att beskriva undersökningsgruppen samt symtom före, efter och under behandling.

Resultat

Intervjuer

Nedan presenteras en sammanställning av deltagarnas svar och reflektioner kring de två frågeställningarna som rör hur deltagarna beskriver sina erfarenheter av att gå i gruppbehandling och hur förändringarna i upplägget av UP som gruppbehandling upplevts.

Erfarenheter av behandling

När deltagarna beskrev sina erfarenheter av behandlingen berättade samtliga om hur de upplevt bemötandet från terapeuterna. Såväl erfarenheter från gruppträffarna som från de individuella samtalen och från exponeringstillfället beskrevs.

Bemötande från terapeuter

Deltagarna berättar genomgående om en upplevelse av terapeuterna som tydliga och lyhörda. Det framkommer att deltagarna uppskattade att terapeuterna förstod och belyste deras problem på nya sätt. Dessutom uppskattades att det fanns möjlighet att ställa frågor och diskutera otydliga moment i behandlingen.

Eh... ja men jag tyckte verkligen att dom lyssnade på... alltså dom var... jag tyckte dom förklarade väldigt bra, att dom var väldigt lyhörda och noga. Och väldigt tydliga med allt. Och var det nånting man inte förstod så tyckte jag att man kunde säga det och då fick man en förklaring.

Erfarenheter av individuella sessioner

De individuella sessionerna beskrevs positivt samtidigt som några deltagare reflekterade över att något också gick förlorat. De individuella samtalen uppfattades genomgående som givande och mer personligt meningsfulla då de fokuserade mer på individen. Deltagarna erfor även att de kunde öppna sig och vara mer privata i de individuella samtalen. En nackdel som lyftes kring de individuella samtalen var att exponeringsmoment inte blev lika utmanande som det hade varit i grupp och att de således gick miste om eventuella behandlingsfördelar av detta.

Ja men det var väl att det var fokus på bara en själv, man behövde inte tänka på de andra..

Erfarenheter av gruppsessioner

Deltagarna beskrev både positiva och utmanande erfarenheter av gruppsessionerna. En upplevelse som flera deltagare lyfte fram som en positiv aspekt var att de i gruppen kände sig bekräftade och mindre stigmatiserade. Det uppfattades som skönt att reflektera kring och känna igen sig i andras problematik, livshistoria och svårigheter. Att delta i gruppen ledde för vissa av deltagarna till en känsla av att inte vara lika ensamma och de kunde spegla sig i andra då de kände igen sig i deras problematik. Däremot gav en upplevd olikhet i gruppen en känsla av utanförskap, det kunde handla om t.ex. ålder, levnadsomständigheter, problematik eller tidigare erfarenheter.

Det framkom även att för vissa av deltagarna var det vid grupptillfällena man upplevde sig göra störst framsteg i behandlingen eftersom det var mer exponerande. Samtidigt framkom en ambivalent inställning till gruppssessionerna då det i vissa fall väckte obehag att dela med sig av och arbeta med sina problem i grupp.

Att träffa andra människor som har samma problem. Att höra deras historier. Och kunna relatera men även lära sig och själv kunna reflektera på sitt egna, sitt egna liv. Och så var det skönt att ha några andra man vet, att det finns andra personer som har det exakt som mig med. Och att man då i grupp jobbar på detta tillsammans. Kommunikationen med de andra medlemmar tycker jag var det skönaste.

Upplevelsen av exponeringsbehandling

Två av de tre deltagarna vars intervjuer genomfördes uttryckte sig mycket positivt om exponeringsbehandling, samtidigt som de pekade på att det var oerhört krävande. Dessutom hade de även efter behandlingen stor nytta av de erfarenheter och insikter de fick från exponeringsmomenten. Den tredje tillfrågade deltagaren upplevde exponeringsbehandling som främst obehagligt och obekvämt. Hen hade helst undvikit exponeringsövningarna då hen hade svårt att se någon nytta med momentet.

Jag älskade [exponeringen, förf. anm.]. Det är ju det jag hade tror det är... att jag pratar för allihopa. Men det är väl det bästa sättet att röra sig framåt i hur man drar sig ur sin bubbla eller sina problem. Och, de stunderna jag kommer ihåg så var det ju läskigt. Man kände sig lite påträngd. Men det är så det ska vara, det ska ju kännas jobbigt.

Förändringar i behandlingsupplägg

Telefonsamtalet efter första sessionen

Deltagarna berättar att telefonsamtalet som lades till efter första grupptillfället var hjälpsamt då det uppfattades som tecken på engagemang och omtanke från terapeuterna. Dessutom upplevdes det som hjälpsamt att få en möjlighet att prata om saker som kändes utmanande med det första samtalet, som många av deltagarna varit nervösa inför.

...det var jättehjälsamt. Tyckte jag verkligen visade hur dom engagerade sig och jag tyckte det var jättebra. [...] Och jag tyckte det var jättebra att dom ringde individuellt. Det är ändå som en chock. Man mådde ändå rätt dåligt när man skulle gå till gruppen första gången.

Exponeringsmomentet på stan

Endast en av de tre intervjuade deltagarna genomförde exponeringsmomentet på stan. Hen upplevde momentet som extremt utmanande men meningsfullt och givande då momentet gav upplevelsebaserade insikter om att människor i stadsmiljön inte reagerade så starkt på hens beteende som hen förväntat sig.

... [Exponeringsmomentet på stan, förf. anm.] var fruktansvärt. Men jag förstår poängen. Men det var jobbigt. Och bra.

Förändring av psykisk hälsa och ångest- och depressionssymtom

Nedan presenteras resultaten deskriptivt. Utifrån en visuell analys är det svårt att utröna några trender delvis på grund av det låga antalet deltagare och bortfallet vid datainsamlingen. I den data som finns tillgänglig ses inga generella tendenser till förändring efter behandlingen.

Tabell 1. Mätvärden på Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM), Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS) och Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) före och efter Unified Protocol som gruppbehandling

Instrument	CORE-OM Före	CORE-OM Efter	ODSIS Före	ODSIS Efter	OASIS Före	OASIS Efter
Deltagare 1	1,21	1,76	4	6	4	7
Deltagare 2	1,91	1,32	4	3	13	5
Deltagare 3	1,97		18	17	17	16
Deltagare 4	1,91					

Diskussion

Syftet med utvecklingsprojektet var att utvärdera det förändrade tillvägagångssättet i UP som gruppbehandling vad gäller deltagarnas erfarenheter och observerat utfall samt öka förståelse för upplevelsen hos deltagare som avbrutit behandlingen i förtid. Förändringar i upplägget gjorde i både bedömningsförfarandet och behandlingsupplägget för att minska avhopp. Bakgrunden till nuvarande projekt är det projekt som genomfördes inom verksamheten av Vilhelmsson (2020), där hög grad av avhopp uppmättes.

Pandemin och påföljande restriktioner har skapat en möjlighet för deltagarna att ta del av både individuella sessioner och gruppssessioner inom ramen för en och samma behandling. I de individuella sessionerna upplevde samtliga deltagare sig få mer uppmärksamhet från terapeuterna, hjälp att förstå sin problematik mer ingående och bli mer fria att dela med sig av känsligare information. Samtidigt kände vissa deltagare att de inte blev lika utmanade i de individuella sessionerna då många exponerande inslag förekom främst under gruppssessionerna.

Utifrån intervjuerna samlades information om de nya inslagen i behandlingen in. Genomgående uppskattades förändringarna i upplägget. Deltagarna ställde sig positiva till telefonsamtalet som gjordes efter en vecka. Vad gäller det genomgående fokuset på exponering var deltagare både mycket positiva till det samtidigt som en deltagare var skeptisk till exponeringen då det upplevdes som obehagligt. Den deltagare som deltog både i exponeringsmomentet på stan och deltog i intervju berättade att hen upplevde det som en givande erfarenhet som förändrade hens bild av hur andra människor ser på hen. Det var inga avhoppare från gruppen. Det gavs således ingen möjlighet att samla in erfarenheter för att besvara denna frågeställning. Det faktum att alla deltagare fullföljde behandlingen med det förändrade upplägget, kan tyda på att ökad information vid bedömningsamtal, telefonsamtal en vecka efter uppstart samt ökat fokus på involvering av deltagare under sessionerna leder till färre avhopp. De pandemirelaterade förändringarna med skifte från gruppträffar till individuella samtal har troligen inte haft en stor inverkan på deltagares beslut att slutföra behandlingen. Detta utifrån erfarenheter av tidigare projekt (Vilhelmsson, 2020) där avhopp skett tidigt i behandlingen, medan de pandemirelaterade förändringarna skedde efter mer än hälften av sessionerna genomförts.

I intervjuerna framkom även hur deltagarna upplevde terapin som en positiv erfarenhet där de blev förstådda och sedda, antingen av terapeuterna eller av de andra gruppmedlemmarna. Deltagarna berättade om hur detta var en erfarenhet som minskade stigmatisering och ökade acceptans för sig själv. Det gav för flera deltagare en upplevelse av att vara lik andra istället för att vara ensam med sina psykologiska problem. Denna upplevelse är något som skrivits om tidigare som en förändringsfaktor vid gruppbehandling (Whitfield, 2010). Motsatsen framkom också i intervjuerna, att upplevd olikhet i gruppen ledde till en känsla av utanförskap. Detta är också i linje med forskning som visar att det utöver specifika terapeutiska metoder, finns gemensamma faktorer för psykologisk behandling, på engelska common factors. Begreppet avser allmänna egenskaper i relationen mellan terapeut och patient vilka har visats förklara en påtaglig del av utfall i olika psyko-logiska behandlingsmetoder (Wampold 2012; Marcus et al., 2014). Exempel på dessa gemensamma faktorer är att ha en positiv relation till terapeuten, struktur i behandlingen, få råd från terapeuten, få en känslomässig upplevelse, få feedback från terapeuten, träna på färdigheter i terapin och att uppmuntras att möta rädslor (Cuijpers et al, 2019).

Utifrån intervjuerna finns samtidigt erfarenheter som tyder på att deltagare som förstår syftet med den behandlingsspecifika faktorn exponering upplever momentet som en positiv förändringsmekanism i terapin. När deltagaren förstår syftet med exponering önskar denne utsätta sig för mer av detta för att få bättre resultat, vilket kan förklara varför vissa deltagare önskade vara mer i grupp för att kunna exponera sig för fler känslomässiga utmaningar som uppstod i gruppen. I grupp-sammanhang finns också möjlighet att få mer positiv feedback från gruppmedlemmar vid utförande av utmanande exponeringar (Whitfield, 2010). När deltagare inte förstod syftet med exponering sågs det enbart som obehagligt, plågsamt och något som man helst velat vara utan. Detta pekar på vikten av att förmedla de specifika förändringsmekanismerna på ett tydligt sätt för att främja positiva erfarenheter av behandling. Det stämmer överens med Wampold (2001) som menar att patienter behöver lita på och förstå förändringsmekanismerna i en behandling för att behandlingen skall vara terapeutiskt verksamt. Vidare framkommer det utifrån intervjuerna att deltagarna beskriver relationen till terapeuter och gruppen som det hjälpsamma i behandlingen snarare än metods specifika faktorer. Detta är i linje med Wampold (2012) som framhåller att patienter lägger fokus på gemensamma faktorer medan terapeuter tenderar lägga vikt på terapi-metodens teori och tekniker. Projektets deltagare beskriver i hög utsträckning sina erfarenheter utifrån gemensamma faktorer för psykoterapi snarare än utifrån behandlingsspecifika faktorer för UP.

De två skattningar på CORE-OM som samlades in efter behandling visade att en deltagare rapporterade förbättrad psykisk hälsa efter behandlingen och den andre deltagaren rapporterade försämrad psykisk hälsa. Separata skattningar av ångest och depressionssymtom varierade efter behandling där de för en deltagare ökade något, för en deltagare sjönk något och den sista deltagarens depressionssymtom sjönk något men ångestsymtomen sjönk drastiskt (se Tabell 1, sidan 11). I projektet var det endast 4 deltagare vilket gör det omöjligt att statistiskt dra några slutsatser om metodens effektivitet.

Konklusion

Denna och tidigare utvärdering från Allmänpsykiatri, Region Kronoberg indikerar god genomförbarhet, i huvudsak positiva erfarenheter av deltagande hos patienterna i kombination med oklara indikationer vad gäller utfall i form av symtomminskning. På grund av det låga deltagarantalet bör resultat och slutsatser tolkas med försiktighet. Resultatet indikerar goda förutsättningar för fortsatt administrering av UP som gruppbehandling. Denna behöver dock fortsatt följas och utvärderas med särskilt fokus på utfall i form av symtomminskning, samt andra eventuella behandlingsovinst.

Resultaten pekar även på att terapeutiska insatser i gruppformat är ett genomförbart och uppskattat sätt att ge behandling som kan bidra till en ökad upplevelse av samhörighet och bekräftelse vilket i sig kan vara terapeutiskt. Slutligen belyser projektet vikten av att tydligt förmedla till deltagarna hur insatsen i fråga kan hjälpa den enskilda deltagaren för att öka engagemanget hos denne och på så vis förstärka effekten av insatsen. I behandling där exponering är en av behandlingskomponenterna kan gruppformatet hjälpa patienter att genomföra exponeringen.

Referenser

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Ametaj, A. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: *A randomized clinical trial*. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884.

Barlow, D.H. & Stalby, C. (2013). *Unified protocol: diagnosöverskridande psykologisk behandling. Arbetsbok*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Barlow, D.H. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders Therapist guide*. (2 ed.) [New York]: Oxford University Press.

Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the overall depression severity and impairment scale. *Psychological assessment*, 26(3), 815-830.

Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1920-1927

Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321.

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337-345.

Connell, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., & Miles, J. N. (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 69-74.

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*, 15(1), 207-231.

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678. doi:10.1016/j.beth.2012.01.001

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

Elfström, M. & Carlsson, S. (2013). *CORE-OM*, svensk version: Preliminär Manual.

Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530.

Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and anxiety*, 23(4), 245-249.

Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(6), 361-373.

Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 1–14. www.tandfonline.com <2022-07-01

Reinholt, N., Hvenegaard, M., Christensen, A., Eskildsen, A., Hjorthøj, C., Poulsen, S., Arendt, M., Rosenberg, N., Gryesten, J., Aharoni, R., Alrø, A., Christensen, C., & Arnfred, S. (2021). Transdiagnostic versus Diagnosis-Specific Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders and Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1–14. doi.org <2022-07-01

Socialstyrelsen. (2020). Att arbeta evidensbaserat – Ett stöd för praktiskt arbete (Artikelnr 2020-10-6930). www.socialstyrelsen.se <2022-10-10

Vilhelmsson, A. (2020). *Unified Protocol som gruppbehandling. Ett pilotprojekt med patienter med ångest- och depressionsproblematik inom allmänpsykiatrisk öppenvård*. FoU-rapport 2020:1. Växjö: FoU Kronoberg,

Wampold, B. E. (2012). *Psykoterapins grunder: en introduktion till teori och praktik*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, (150 s). ISBN: 9789144077604

Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 219-227. doi:10.1192/apt.bp.108.005744

Bilaga

Bilaga 1 - Intervjuguide

Intervju efter avslutad behandling

Säg att intervjun kommer vara anonym och vara ca 30 minuter.

Vidarefrågor: "Beskriv hur du menar" "Berätta mer" "Förklara"

1. Hur många tillfällen deltog du i gruppen?
2. Hur väl stämde informationen du fick inför behandlingen överens med hur behandlingen var?
3. Kan du beskriva något som har varit bra med att ha behandling i grupp?
4. Kan du beskriva något som har varit mindre bra med att ha behandling i grupp?
5. Kan du beskriva något som har varit bra med de individuella samtalen?
6. Kan du beskriva något som har varit mindre bra med de individuella samtalen?
7. Med anledning av restriktioner blev det ändringar i upplägget och vi sågs delvis i grupp och delvis individuellt. Hur var det att ses individuellt jämfört med att ses i grupp?
8. Kan du beskriva något som terapeuterna gjort som varit hjälpsamt?
9. Kan du beskriva något som terapeuterna gjort som blivit mindre bra för dig, och vad hade de kunnat göra annorlunda?
10. Efter första grupptillfället ringde gruppledarna dig för att höra om hur du upplevde första gruppsamtalet. Var det samtalet hjälpsamt för dig och på vilket sätt?
11. Vad tyckte du om att du uppmuntrades till att utsätta dig för (prata om eller göra, om deltagarna undrar) sådant du tyckte var obehagligt under behandlingen?
12. Ifall du deltog, vad tyckte du om exponeringsmomentet som vi gjorde på stan?
13. Är det något du vill lägga till/berätta om som rör behandlingen men som jag inte frågade om?

Tack för att du deltog i intervjun!

