

# Examensuppsats på avancerad nivå

*Independent project – second cycle*

Psykologi AV, Examensarbete, 30 hp  
Psychology MA, Thesis, 30 Credits

**Actua;** Ett självhjälpsbaserat iKBT-program för långsiktigt  
välmående efter depressionsbehandling

Linn Arbeus  
Evelina Petterson



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

**MITTUNIVERSITETET**

Avdelningen för psykologi

**Examinator:** Ingrid Zakrisson, [ingrid.zakrisson@miun.se](mailto:ingrid.zakrisson@miun.se)

**Handledare:** Per Carlbring, [per@carlbring.se](mailto:per@carlbring.se)

**Författare:**

Linn Arbeus, [linn.arbeus@gmail.com](mailto:linn.arbeus@gmail.com)

Evelina Pettersson, [evelina.pettersson@gmail.com](mailto:evelina.pettersson@gmail.com)

**Utbildningsprogram, termin, år:** Psykologprogrammet, 300 hp, 10, 2014

**Huvudområde:** Psykologi

## Tack

Till **Per**, för din professionella kliniska handledning till oss som behandlare av studiens deltagare. Tack vare dig har vi fått möjligheten att få inblick och färdighetsträning i nya sätt att nå ut med psykologisk kunskap och behandling. Du har också en förträfflig förmåga att ta dig tid, engagera, uppmuntra och på alla andra sätt vara stöttande. Din ständigt positiva inställning och ditt sätt att göra forskning inspirerande och begriplig har varit oerhört värdefull för oss under hela processens gång.

Till **studiens deltagare**, för de nya erfarenheter, givande frågor och den utvecklande feedback ni givit oss under tiden som behandlare.

Till **studiens övriga behandlare** och **engagerade** från universitet runt om i Sverige, för kloka ord, synpunkter och utbyte av erfarenheter och klinisk kompetens.

Till **Mittuniversitetet**, som givit oss möjligheten att vidga våra vyer och brygga broar med inspirerande forskarkollegor bortom Jämtlands gröna ängar.

**Linn** tackar **Evelina** för alla timmar av delad slit, motgång, framgång och glädje. Din beundransvärda förmåga att behålla lugn och fokus i stressen, dina kloka idéer och synpunkter, din metodiska noggrannhet och ditt skarpa öga för detaljer har varit ovärderligt för mig under den här tiden. För detta och för allt ditt enorma stöd både i och utanför arbetet är jag dig evigt tacksam, min kära extrahjärna.

**Evelina** tackar **Linn** för alla givande diskussioner, tidiga morgonpass och nya lärdomar. Du har en fantastisk förmåga att samarbeta, se sammanhang och komma med nya infallsvinklar. Du har varit ett stort stöd för mig under hela denna studie och under alla de år jag har haft turen att ha dig som en av mina allra närmsta vänner. Dina framtida patienter, kollegor och arbetsgivare kan skatta sig lyckliga. Jag önskar dig all lycka till i framtiden.

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	4
<b>Actua; Ett självhjälpsbaserat iKBT-program för långsiktigt välmående efter depressionsbehandling</b> .....	5
<b>Behandling</b> .....	5
Beteendeaktivering (BA).....	6
Fysisk aktivitet (FA).....	7
<b>Internetbaserad Kognitiv Beteendeterapi (iKBT)</b> .....	7
<b>Återfallsprevention och vidmakthållande</b> .....	8
Återfallsprocessen vid depression.....	8
Återfallsprocessen ur ett inlärningsperspektiv.....	9
Evidensläget för insatser vid återfallsprevention och vidmakthållande.....	10
Internetbaserade interventioner för att förebygga återfall.....	11
<b>Syfte och hypotes</b> .....	12
<b>Frågeställning</b> .....	12
<b>Metod</b> .....	13
<b>Design</b> .....	13
<b>Studiens definitioner</b> .....	13
<b>Deltagare</b> .....	13
<b>Inklusionskriterier</b> .....	14
<b>Procedur</b> .....	15
Säkerhet.....	15
Screening.....	15
Initial behandling.....	16
Intervention för återfallsprevention och vidmakthållande.....	16
Behandlingsupplägg för återfallsprevention och vidmakthållande.....	17
<b>Etiska överväganden</b> .....	19
<b>Material</b> .....	21
Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9).....	21
Generalized Anxiety Disorder 7 item scale (GAD-7).....	21
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale – Självsfattning (MADRS-S).....	21
Quality of Life Inventory (QOLI).....	22
International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).....	22
Structured Clinical Interview for DSM-IV-I (SCID-I).....	22
<b>Statistisk analys</b> .....	22
<b>Resultat</b> .....	25
<b>Gruppernas initiala förutsättningar</b> .....	25
Demografiska data.....	25
Grad av depression och ångest inför interventionen.....	26
<b>Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)</b> .....	26
<b>Generalized Anxiety Disorder 7 item scale (GAD-7)</b> .....	27
<b>Grad av saknad data</b> .....	28
<b>Diskussion</b> .....	29
<b>Resultatdiskussion</b> .....	29
<b>Metodologisk diskussion</b> .....	31
<b>Slutsatser</b> .....	33
<b>Referenser</b> .....	35
<b>Bilagor</b>	

### **Sammanfattning**

Studien är den första i sitt slag med syfte att undersöka helt självhjälpbaserade iKBT-interventioner för återfallsprevention och vidmakthållande efter avslutad initial depressionsbehandling inom projektet Actua. Totalt 85 deltagare randomiserades till interventionsgrupp respektive kontrollgrupp som genom självskattade månadsmätningar för depression och ångest följdes upp under sex månader. Till skillnad från kontrollgruppen fick interventionsgruppen tillgång till behandlingskomponenter specifikt utformade för att främja långsiktigt välmående. Små signifikanta interaktionseffekter fanns gällande depressionsgrad till fördel för interventionsgruppen, vilka försvann vid mer konservativ eftertestning. Gällande ångest återfanns inga sådana effekter. Båda gruppernas initiala behandlingsframsteg stod sig däremot över tid. Mer kontrollerad forskning på området behövs för att dra slutsatser om liknande interventioners effekter, vilket i framtiden kan bidra med värdefull kunskap gällande evidens för kostnadseffektiva och lättillgängliga interventioner för en av världens mest behövande patientgrupper.

Depression är ett av de vanligaste och mest handikappande psykologiska hälsoproblemen världen över (Murray & Lopez, 1996). Symtomen karaktäriseras av nedstämdhet, förlust av intresse för aktiviteter, förändrad vikt eller aptit, sömnrubbningar, trötthet, långsamma rörelser, värdelöshetskänslor, koncentrationssvårigheter och tankar om eller försök till suicid. För att uppfylla diagnosen egentlig depression enligt *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, fjärde upplagan, (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) krävs att minst fem av ovan nämnda nio symtom, där antingen nedstämdhet och/eller förlust av/minskat intresse för aktiviteter ingår, visas större delen av dagen under minst två veckor och skapar lidande eller funktionsnedsättning i vardagen.

Hur omfattande depression är varierar något mellan samhällen och olika kontext. Resultaten från en europeisk studie har visat att 12,8 % av befolkningen lider av klinisk depression någon gång under sin livstid (Alonso et al., 2004). Punktprevalensen för klinisk depression i den svenska befolkningen undersöktes i en nyligen publicerad studie och uppgick till 10,8 % (Johansson, Carlbring, Heedman, Paxling, & Andersson, 2013). Samtidigt är komorbiditeten mellan klinisk depression och klinisk ångest närmare 50 %, vilket predicerades i samma studie. Sett till global ohälsa förväntas depression vara den näst mest förekommande sjukdomen i världen vad gäller funktionsnedsättning, efter hjärt-kärlsjukdom år 2020 (Murray & Lopez, 1996).

Långt ifrån alla med nedstämdhet och depression söker dock hjälp (Mojtabaj, 2009), vilket kan innebära ett långvarigt lidande eftersom obehandlade depressiva symtom riskerar att övergå till djupare depression (Nierenberg, Petersen, & Alpert, 2003). En anledning till att inte söka hjälp kan handla om den ekonomiska kostnaden för terapeutisk behandling, som långt ifrån alla har möjlighet att bekosta (Mojtabaj, 2009). En annan förklaring kan vara att patienter med depressionssymtom söker primärt vård för annan form av psykisk eller somatisk problematik i primärvården, vilket gör att mildare depressionssymtom kan vara lätta att missa (Andersson, 2012). Ett annat omfattande problem är att majoriteten av deprimerade patienter som söker hjälp missgynnas i vården utifrån att många får otillräcklig vård eller ingen hjälp alls (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz, & Lewinsohn, 2011). Enligt Socialstyrelsens rapport (2010) råder dessa förhållanden också i Sverige. Även de kostnader som depression utgör på samhällsnivå, både vad gäller behandling och dess följder i termer av sjukskrivningar, är mycket höga och uppgår i Europa till ca 118 miljarder euro per år (Sobocki, Jönsson, Angst, & Rehnberg, 2006).

### **Behandling**

Psyko-terapeutisk och farmakologisk behandling, har likvärdig och god evidens vid behandling av depression (Spielman, Berman, & Usitalo, 2011). Med anledning av tillgänglighet och lägre kostnader för individen behandlas många patienter som lider av depression idag med antidepressiva läkemedel (Socialstyrelsen, 2010; Dimidjian et al., 2006; Kessler et al., 2009). Dock har effektiviteten av antidepressiva preparat börjat ifrågasättas när det kommer till lindrigare former av depression och även det faktum att antidepressiv läkemedelsbehandling erbjuds i så mycket högre grad än psyko-terapeutisk behandling i vården generellt (Hollingshurst, Kessler, Peters, & Gunnell, 2005). I en översikt på området lyfter Whitaker (2010) fram att det i nuläget råder stor brist på studier som undersöker långsiktiga effekter av farmakologisk behandling vid depression. De få studier som finns pekar på tendenser till att depression ur ett historiskt perspektiv har blivit vanligare, långvarigare och ett mer

kroniskt tillstånd, vilket sammankopplas med ett allt mer utbrett och långvarigt bruk av psykofarmaka. Samtidigt förs det fram att det finns allt för lite studier för att kunna uttala sig med säkerhet om dessa tendenser (Whitaker, 2010; Roman, 2012).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression rekommenderar och prioriterar behandling baserat på evidens för både kortsiktiga och långsiktiga behandlingseffekter samt utifrån kostnadseffektivitet (Socialstyrelsen, 2010). Vid lindrig depression förordas enligt riktlinjerna i första hand Kognitiv Beteendeterapi (KBT), antingen i form av individualterapi eller administrerad via Internet. Även interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi rekommenderas men prioriteras något lägre. Endast i undantagsfall rekommenderas antidepressiv medicin (Socialstyrelsen, 2010). För medelsvår egentlig depression rekommenderas läkemedelsbehandling i lika hög grad som KBT och interpersonell psykoterapi. En tydlig nackdel är dock att läkemedelsbehandling för depression, till skillnad från psykoterapeutisk behandling, har flera kända negativa bieffekter (Socialstyrelsen, 2010) vilket kan röra sig om t.ex. sexuell dysfunktion, sömnproblem, illamående och upplevelse av trötthet och dåsighet (Crawford et al., 2014). Socialstyrelsen för fram rekommendationen att vårdgivaren bör ha möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ i vården och att eventuella negativa bieffekter med läkemedelsbehandling bör beaktas vid val av behandlingsmetod. Samtidigt förs i rapporten fram att primärvårdens resurser för att kunna erbjuda flera behandlingsalternativ och rekommenderad vård ofta är otillräcklig (Socialstyrelsen, 2010).

**Beteendeaktivering (BA).** BA är en psykoterapeutisk behandlingsmetod med teoretisk och praktisk förankring i KBT vilken utvecklats specifikt för depressionsbehandling till följd av kunskap om att deprimerade personer på gruppnivå i mindre utsträckning är i kontakt med positiva förstärkare (Lewinsohn, 1975). Som underlag för utvecklandet av behandlingsmetoden finns en teori om att depressionen uppstår till följd av livsförändringar och förlust av positiva förstärkare vilket leder till passivitet och undvikande (Dimidjian et al., 2011; Kanter et al., 2010; Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). Behandlingsmetoden innebär att på ett strukturerat sätt a) förhöja antalet lustfyllda aktiviteter och på så vis öka tillgången till positiva förstärkare i individens miljö b) minska engagemanget i de aktiviteter som vidmakthåller och ökar risken för depression (passivitet och undvikande) och c) lösa de problem som förhindrar tillgång till förstärkning eller som vidmakthåller och ökar undvikande (Dimidjian et al., 2011; Kanter et al., 2010). För att uppnå ovanstående mål används ett antal beteendeterapeutiska principer som t.ex. självobservation och analys av beteendemönster kopplat till sinnesstämning, strukturering och schemaläggning av aktiviteter, problemlösning, social färdighetsträning, hierarkiutformning av undvikanden och exponering för alternativt handlande i undvikandesituationer. Utöver de för omgivningen observerbara problembeteendena fokuseras även inre mentala problembeteenden så som ältande (Dimidjian et al., 2011; Kanter et al., 2010).

Beteendeaktivering kan dock ses som ett paraplybegrepp som utvecklats under lång tid där behandlingsinnehållet varierar mellan olika forskare och manualer, men som alltid innehåller någon form av beteendemonitorering och schemaläggning av aktiviteter och som genomsyras av att samtliga komponenter fokuserar på ökning av positiva förstärkare (Kanter et al., 2010). Detta antas resultera i ändrade tankemönster, förändrad sinnesstämning och förbättrad livskvalitet eftersom patienten börjar aktivera

sig och kommer tillbaka mer till sitt vanliga liv igen (Mazzucchelli, 2009). Då behandlingsinnehållet i beteendeaktivering är varierande är det i nuläget oklart exakt vilka behandlingskomponenter eller kombinationer av behandlingskomponenter som bidrar till störst positiva effekter (Kanter et al., 2010). En metastudie från 2007 visar på goda behandlingsresultat och pekar på dess fördelar som okomplicerad och tidseffektiv i jämförelse med många andra evidensbaserade psykoterapeutiska behandlingsmetoder (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007). Kontrollerade studier visar på liknande positiva resultat i jämförelse med kognitiv terapi och antidepressiv medicinering (Dobson et al., 2008; Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 2001). Den strukturerade och lättillgängliga utformningen av behandlingsmetoden gör att den lämpar sig väl att anpassas på olika sätt för att nå ut till patienter (Dimidjian et al., 2011).

**Fysisk aktivitet (FA).** En annan verksam behandlingsform vid depression är fysisk aktivitet, vilken har studerats mer de senaste åren. Utifrån en sammanställning av forskningsläget antas att det är en kombination av psykofysiologiska mekanismer som spelar in vid fysisk aktivitet, eller brist på detsamma, vilket ger effekter på den psykiska hälsan (Ströhle, 2009). Förhöjd fysisk aktivitet skulle därför kunna aktivera en rad psykofysiologiska processer som ger ett potentiellt skydd mot olika former av stress, vilket innefattar depression som kan ses som en utdragen stressrespons (Ströhle, 2009). Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar fysisk aktivitet framförallt som en förebyggande insats eller vid uppvisande av subkliniska depressiva symtom (Socialstyrelsen, 2010). Resultaten från en översiktsartikel, där behandlingseffekterna av olika typer av fysisk träning sammanställdes, visade att fysisk aktivitet kan vara ett bra alternativ till farmakologisk behandling vid depression (Phillips, Kiernan, & King, 2003). Även Statens Beredning för medicinsk Utredning (SBU) har sammanställt forskning på området där resultaten visar måttlig effekt på depression och att interventionen bör rekommenderas för depressiva symtom (SBU, 2013). Behandlingseffekter har även undersökts utifrån riktlinjer från World Health Organization (WHO) gällande fysisk aktivitet om minst 30 minuter per dag, 5 dagar i veckan, vilket visat på goda resultat för mild till måttlig depression (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, & Chambliss, 2005).

### **Internetbaserad Kognitiv Beteendeterapi (iKBT)**

De senaste årens utveckling vad gäller allmänhetens tillgänglighet till Internet erbjuder nya vägar för att nå ut med psykoterapi till patienter (Newman, Szkodny, Llera, & Przeworski, 2011). Detta är en intressant utgångspunkt med tanke på dess flexibilitet och möjlighet att hjälpa många användare oavsett geografiskt läge och distans till primärvård. Studier visar dessutom att iKBT är en kostnadseffektiv metod (Kessler et al., 2009), vilket kan bero på att fler patienter kan få vård samtidigt som kontakten mellan patient och vårdgivare lättare kan varieras och effektiviseras i jämförelse med traditionell psykoterapi (Andersson & Cuijpers, 2009; Kessler et al., 2009; Newman et al., 2011). Resultaten från översiktsartiklar där i huvudsak KBT-interventioner undersöktes, har visat på goda behandlingsresultat i jämförelse med traditionell KBT (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010) och att även en reducerad mängd terapeutstöd med största fokus på självhjälpsbaserad behandling har god evidens vid behandling av ångeststörningar och nedstämdhet (Newman et al., 2011). Vid klinisk signifikant depression verkar dock regelbunden terapeutassistans som initial behandling vara viktigt för framgångsrika resultat (Newman et al., 2011). En annan



metastudie har också undersökt eventuella skillnader mellan mer eller mindre terapeutassisterade primära behandlingsprogram administrerade via Internet för att undersöka behandlingseffekter även vid självhjälpsbehandling (Andersson & Cujipers, 2009). Resultaten från studien kunde visa på likvärdiga resultat mellan terapeutassisterat och självhjälpsbaserat stöd vid mild till måttlig depression, men författarna lyfter fram att det krävs fler studier för att kunna dra mer välgrundade slutsatser. Dessa fynd stöds av senare forskning som undersökt betydelsen av psykoterapimängd vid generell psykoterapeutisk depressionsbehandling (antal sessioner, längd på sessioner och total terapeuttid). Här visar resultaten att det enda som verkar ha effekt på behandlingsframgång är antalet behandlingstillfällen per vecka (Cujipers, Huibers, Ebert, Koole, & Andersson, 2013), vilket skulle kunna tala för att Internetadministrerad psykoterapi för depressionspatienter kan ha lika goda förutsättningar för behandlingsframgång som traditionell behandling.

Graden av följsamhet och nöjdhet hos depressionspatienter som genomgått iKBT har undersökts i en översiktsartikel (Kaltenhaler, 2008) där resultaten kunde visa en hög grad av tillfredsställelse. Studien visade också att iKBT kan ge särskilt goda förutsättningar att undersöka grad av följsamhet på olika punkter i forskningssammanhang eftersom patientens grad av färdighetsträning och feedback kan registreras och sparas på ett kontrollerat sätt. Författarna lyfter att det för framtida forskning är viktigt att inkludera kvalitativa utvärderingar av patienternas upplevelse av behandlingen eftersom iKBT-området fortfarande är under utveckling (Kaltenhaler, 2008).

Utifrån de senaste årens forskning har iKBT börjat inkluderas i Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression. Här rekommenderas iKBT och har högre prioritet än traditionell KBT när det gäller behandling av lindrig depression (Socialstyrelsen, 2010). Dock redovisar rapporten att det saknas kompetens på området, varför iKBT inte erbjuds i rekommenderad utsträckning. Trots de senaste årens forskning saknas även fortfarande mer omfattande och kontrollerade studier som undersökt effekten av strukturerade manualbaserade behandlingar via Internet med fokus på depressionsbehandling, varför mer systematiskt noggrann forskning på området behövs (Newman et al., 2011).

### **Återfallsprevention och vidmakthållande**

Depressionsförloppet är starkt förknippat med återfall, en risk som är påtaglig även för dem som uppnått positiva behandlingsresultat vid en initial behandling. Olika forskningsstudier presenterar dock skilda resultat vad gäller prevalens. Mueller och kollegor (1999) fann att så många som 85 % riskerade att återinsjukna i en ny episod inom en 15-årsperiod. Samma studie visade att 58 % av de patienter som lyckats undvika ett återfall de första fem åren återfick en ny episod de efterföljande tio åren. En annan storskalig longitudinell studie som löpte över 23 års tid, visade att hälften av deltagarna återfick en ny episod (Eaton et al., 2008). Symptomens svårighetsgrad har ett starkt samband med psykosocial nedsättning (Judd et al., 2000). Återfall i depression kan därför leda till långvarigt negativa effekter för individen i form av nedsatt funktionell nivå, oförmåga till eller förlust av arbete samt ett ökat behov av vård från samhället (Simon, 2003).

**Återfallsprocessen vid depression.** Orsaken till att återfall är så påtagligt vid depression är inte helt fastställt och det finns olika förklaringsmodeller till dess

uppkomst. Den biologiska modellen förklarar både ett första insjuknande och återfall i depression genom dysfunktionella nivåer av neurotransmittorer. Denna biologiska känslighet tillsammans med stressorer i miljön ökar risken för ett senare återfall (Richards & Perri, 2010).

Enligt den psykologiska hypotesen "scar theory" efterlämnar en första depressiv episod en permanent kognitiv skada, vilken ger en ökad känslighet för individen att senare återfalla i en ny episod av dysfunktionellt tänkande i samband med hög stress (Richards & Perri, 2010). Ormel och kollegor (2004) visade att hypotesen kan stämma in på patienter med en svår eller långvarig första episod. Det som talar för hypotesen om en permanent kognitiv skada är de resultat som visat att ett dysfunktionellt tänkande verkar vara den starkaste prediktorn för ett återfall, jämfört med en hög stressbelastning vid ett första insjuknande (Lewinsohn, Allen, Seeley, & Gotlib, 1999). Detta skulle kunna tala för hypotesen, genom att sårbarheten tillkommit först efter en första depressiv episod. Resultaten från en översiktsartikel över området har inte konsekvent kunnat stödja hypotesen, utan har föreslagit en mer komplex förklaringsmodell bestående av en ökad känslighet för stress samt en autonom komponent i samspel för att förklara återfall i depression (Monroe & Harkness, 2005).

Enligt en översiktsartikel av Hardeveld och kollegor (2010) är det inte primärt bakgrundsfaktorer så som kön och socioekonomisk status som påverkar återfallsrisken, utan faktorer som har att göra med den kliniska vården. Samma studie visade att det är kvarvarande depressiva symptom som kan vara den starkaste prediktorn för ett återfall. Kvarvarande symptom skulle t.ex. kunna innebära sömnsvårigheter eller en negativ inställning till livet i stort (Andersson, 2012). Utöver detta har det även kartlagts att faktorer som antal tidigare episoder, antal vardagsproblem och en undvikande problemlösningstrategi, har betydelse för risken att återfalla (Bockting et al., 2009).

**Återfallsprocessen ur ett inlärningsperspektiv.** Målet vid beteendeaktivering för depression är förutom att minska symptom även att uppnå någon form av beteendeförändring (Martell, Dimidjian, & Hermann-Dunn, 2013). Problemet med beteendeförändringar, oavsett vilket problemområde det handlar om, är att det är mer regel än undantag att uppleva bakslag och riskera att hamna i problematiska mönster igen, d.v.s. att återfalla (Bouton, 2000). För att sprida kunskap om återfallsprocessen och för att främja långsiktiga beteendeförändringar utvecklade Marlatt och Gordon på 1980-talet en teoretisk förklaringsmodell för återfallsprocessens förlopp kopplat till missbruk (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999). Denna modell ligger till grund för senare vidareutvecklingar för annan psykisk problematik, där Wilson på 1990-talet utvecklade modellen specifikt för återfall vid depression (Martell et al., 2013).

Vanliga huvudkomponenter i återfallsprevention vid depression kan i dagsläget t.ex. vara att a) öka förmågan att generalisera de nya färdigheter som introducerats i terapin, b) identifiera de aktiverande beteenden som verkar antidepressiva för att motverka maladaptiva beteenden i form av undvikanden och grubbel, c) utvidga aktiveringen till fler sammanhang och kontexter för att uppnå mer långsiktiga mål samt, d) öva upp förmågan att identifiera, förutsäga, undvika och handskas med högrisksituationer (Martell et al., 2013). Trots utsläckning av problematiska beteenden och inläring av nya adaptiva beteenden är det lätt att återfalla. Det nya beteendet är starkt beroende av den aktuella kontexten och ett återfall kan lätt uppstå i takt med förändringar i miljön. Ett nytt inlärt beteende är också betydligt svårare att generalisera

till olika kontexter jämfört med det ursprungliga problembeteendet. Därmed förespråkas att ett nytt beteende först lärs in och därefter implementeras och generaliseras till en mängd olika kontexter för att uppnå långvariga resultat (Bouton, 2000).

Sammantaget innebär dessa forskningsresultat att depressionens naturligt återfallande förlopp, i kombination med den generella återfallsrisken vid beteendeförändringar, skulle kunna påverka att vidmakthållandet av ett förbättrat mående blir särskilt komplext i behandling av depression.

### **Evidensläget för insatser vid återfallsprevention och vidmakthållande.**

Långtidseffekter av olika KBT-behandlingar (kognitiv beteendeterapi, beteendeaktivering och kognitiv omstrukturering) utan interventioner för återfallsprevention och vidmakthållande har studerats (Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998). Resultaten kunde visa att återfallprevalensen låg på mellan 34-47 % för samtliga behandlingsgrupper. När graden vidmakthållande av behandlingseffekter vid olika former av depressionsbehandlingar undersökts i en metaanalys, visade resultaten att de som behandlats med primär KBT-behandling hade hela 61 % mindre risk att återfalla i depression jämfört de som behandlats med psykofarmaka (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). Då prognosen för ett varaktigt resultat efter en behandling är lågt, särskilt i samband med kvarvarande depressiva symptom, har flertalet försök gjorts för att förbättra behandlingsresultaten över tid. Här har bl.a. behandlingskomponenter utifrån KBT och interpersonell terapi undersökts, antingen som en fortsättning på behandling eller som ett komplement till en annan behandling. Dessa är numera vanliga rekommendationer i klinisk praxis och anses vara effektiva behandlingsmetoder för återfallsförebyggande. Detta har sammanställts i en översiktsartikel om fler än 500 studier vilket visade på ett signifikant reducerat antal återfall (Malhi, Adams, & Porter, 2009). En nyligen gjord metaanalys, vilken endast inkluderade mer metodologiskt robusta studier, drar slutsatsen att KBT är effektiv för att förebygga återfall i depression (Lynch, Laws, & Mckenna, 2010).

Även antidepressiv medicinering är en rekommenderad metod för att förebygga återfall vid depression (Socialstyrelsen, 2010). Enligt de nationella riktlinjerna för svensk vård vid depression bör denna behandlingsmetod prioriteras lika högt som KBT. Som tidigare nämnts är en stor nackdel med antidepressiv medicinering dock att negativa bieffekter är vanligt förekommande (Socialstyrelsen, 2010). Studier har också visat att de som medicinerar har en stor risk att återfalla så fort medicinering avbryts, samtidigt som långtidseffekter av behandling verkar gagna de som genomgår psykoterapeutisk behandling (Nierenberg et al., 2003; Vittengl et al., 2007). Kopplat till detta har det gjorts studier som undersökt effekterna av KBT-baserade återfallspreventionsprogram för vidmakthållande av behandlingsresultat efter depressionsbehandling med psykofarmaka. I en randomiserad studie (Dobson et al., 2008) var risken att återfalla signifikant lägre för de grupper som genomgått psykoterapeutisk återfallsprevention (beteendeaktivering och kognitiv terapi) än för den grupp som enbart slutat medicinerar. På lång sikt visade det sig också att det var minst lika effektivt att genomgå ett psykoterapeutiskt vidmakthållandeprogram som att fortsätta medicinerar, samtidigt som de totala kostnaderna för de psykoterapeutiska programmen var avsevärt lägre.

Utifrån en metaanalys kring effekterna av olika former av återfallspreventionsprogram kunde resultaten visa att de som genomgått ett KBT-

baserat program hade 56 % chans till bättre behandlingsresultat och 12 % minskad risk för återfall jämfört med andra aktiva kontrollgrupper (Vittengl et al., 2007). När kostnadseffektivitet av psykoterapeutiska återfallspreventionsprogram undersökts har det konstaterats att de totala samhällskostnaderna för depressionspatienter skulle kunna reduceras. Detta skulle vara möjligt om kostsamma kortsiktiga initiala behandlingar kunde balanseras med långsiktiga återfallspreventiva program (Scott, Palmer, Paykel, Teasdale, & Hayhurst, 2003). Fördelen med KBT är att viktiga behandlingskomponenter kan administreras på många olika sätt för att förebygga återfall (Bockting, Schene, & Spinhoven, 2005).

**Internetbaserade interventioner för att förebygga återfall.** Trots det stora behovet av interventioner för återfallsprevention och vidmakthållande av behandlingseffekter, finns idag för få terapeuter för att kunna möta behovet av rekommenderad evidensbaserad traditionell individualterapi (Socialstyrelsen, 2010). I en svensk studie (Holländare et al., 2011) undersöktes huruvida ett terapeutassisterat återfallspreventionsprogram i KBT var möjligt att administrera via Internet. Resultaten visade på signifikant skillnad gällande symtomreduktion till fördel för iKBT-gruppen direkt efter tio veckors behandling, vilken däremot försvann vid sex månaders uppföljning. Resultaten visade dock på signifikant lägre antal återfall för iKBT-gruppen jämfört med kontroll vid sex månaders uppföljning. Samma författare gjorde senare en förlängning av studien för att undersöka hur resultaten stod sig över tid. Studien visade att det inte fanns någon skillnad mellan grupperna gällande andel i remission (tillfrisknade) vid ett års uppföljning. Däremot hade iKBT-gruppen högre andel i remission vid tvåårsuppföljningen (Holländare et al., 2013). Dessa resultat visar på samstämmighet med tidigare uppföljningsstudier som undersökt traditionell KBT (Fava et al., 1998; Fava et al., 2004), vilket antyder att terapeutstödd iKBT kan vara ett likvärdigt behandlingsalternativ till målgruppen (Holländare et al., 2013). Författarna understryker dock att det behövs fler studier för att ytterligare kunna uttala sig om programmets effekter (Holländare et al., 2011; Holländare et al., 2013).

I de studier som tidigare studerat självhjälpsbaserat internetstöd vid depression lyfts förutom tillgänglighet och kostnadseffektivitet även andra fördelar fram, exempelvis att patienter kan få automatiserade påminnelser, sammanställd feedback och presentation av material steg för steg (Andersson et al., 2005). Att vidare studera behandlingseffekter av självhjälpsbaserade behandlingsprogram är viktigt eftersom detta skulle kunna bidra med mindre belastning på samhällets vårdinstanser.

Det är tydligt att behovet av en tillgänglig och kostnadseffektiv behandlingsform för depression är påtagligt då återinsjuknandeantalet för depressionspatienter är ovanligt högt. Även för de patienter som genomgår någon form av behandling, finns ett stort behov av att utöver detta kunna erbjuda effektiva och tillgängliga interventioner för återfallsprevention och vidmakthållande av behandlingseffekter. Denna aspekt är av särskild vikt att undersöka kopplat till depression eftersom detta skulle kunna bidra till att förebygga långsiktigt lidande och negativa effekter både på individ- och samhällsnivå.

I nuläget råder delade meningar kring vilken betydelse graden av terapeutstöd har vid en initial depressionsbehandling (Andersson & Cuijpers, 2009; Newman et al., 2011). Det saknas dock studier som undersökt huruvida program för återfallsprevention och vidmakthållande av mer självhjälpsbaserad art kan administreras via Internet och vilka långsiktiga effekter detta kan få efter

depressionsbehandling. Fler studier på detta område är viktiga för att ytterligare betona betydelsen av att implementera strategier för återfallsprevention, vidmakthållande och vidare förbättring efter depressionsbehandling. Om detta kan göras relativt kostnadseffektivt och nå ut till fler patienter genom att administreras via Internet kan det förhoppningsvis bidra till att fler människor blir hjälpta, vilket kan leda till att nya typer av vårdinsatser kan göras tillgängliga i samhället.

### **Syfte och hypotes**

Denna studie är den första i sitt slag att undersöka huruvida ett helt självhjälpsbaserat iKBT-program för återfallsprevention och vidmakthållande kan påverka tidigare uppnådda behandlingsresultat. Detta undersöks genom att deltagare som genomgått initial iKBT-behandling för depression randomiseras att delta i antingen ett självhjälpsbaserat interventionsprogram innehållande en rad evidensbaserade KBT-komponenter, eller en kontrollgrupp som endast genomför uppföljningsmätningar, varpå resultaten jämförs mellan grupperna över sex månader.

Utifrån tidigare forskning på området antas att det vid studiens eftermätningstillfälle, kommer vara en skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp i grad av välmående. Detta antas bero på att interventionsgruppen antingen i högre grad lyckas vidmakthålla tidigare behandlingsresultat eller förbättrar resultaten i förhållande till kontrollgruppen.

### **Frågeställning**

Kan ett självhjälpsbaserat iKBT-program för återfallsprevention och vidmakthållande bidra till långsiktiga effekter på grad av välmående för depressionspatienter?

## Metod

### Design

Studien utformades med randomiserad kontrollerad design och genomfördes i början av en större behandlingsstudie för depression vid namn Actua. Actua är latin för *agera* och beskriver hela projektets huvudfokus på beteendeaktivering. Projektets totala omfattning beräknades löpa över två års tid. Designen var en oberoende mellangrupsdesign med upprepade mätningar där två behandlingsgrupper, intervention och kontroll, jämfördes genom två mätningar: direkt efter initialbehandlings slut (förmätning) och vid sex månaders uppföljning (eftermätning). Jämförelser gjordes även vid upprepade månadsmätningar mellan för- och eftermätning, vilket innebar totalt sju mätpunkter. Grupperna baserades på att samtliga deltagare i den initiala behandlingen randomiserades så att hälften av dessa, oavsett typ av tidigare genomförd behandling, hamnade i gruppen för återfallsprevention och vidmakthållande med uppföljningskontroller och hälften enbart fick uppföljningskontroller. Studiens oberoende variabler bestod av mellangrupsvariabeln Återfallsprevention/Vidmakthållande som varierade på två sätt (interventionsgrupp och kontrollgrupp) samt inomgruppsvariabeln Tid.

Studiens beroendevariabler bestod av grad av depression och grad av ångest. Dessa variabler operationaliserades och mättes genom poäng på skattningsformulären Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) och Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006).

### Studiens definitioner

Grad av välmående definierades i denna studie som grad av depression och grad av ångest på respektive självskattningsformulär.

I denna studie förväntades behovet av efterföljande insatser variera beroende på det initiala behandlingsresultatet. För de deltagare som under den initiala behandlingen skulle förbättras i den grad att de kunde betraktas som friska (PHQ-9  $\leq$  4) skulle det vara aktuellt att tala om att förebygga återfall. För de deltagare som skulle förbättras men inte skulle kunna betraktas som friska skulle det bli mer aktuellt att tala om vidmakthållande eller förbättring av uppnådda behandlingsresultat. Mot denna bakgrund presenteras och diskuteras både begreppet återfall och vidmakthållande i rapporteringen. För att undvika förvirring kring syftet med studiens intervention kommer samtliga deltagare att betraktas som en homogen grupp gällande behov av vidare insatser. De deltagare som fick tillgång till interventionsprogrammet benämns som *interventionsgrupp* medan den andra gruppen benämns som *kontrollgrupp* i rapporteringen.

### Deltagare

Studiens deltagare uppgick till 85 st. där majoriteten bestod av kvinnor i fast relation med eftergymnasial utbildning. Andelen som någon gång eller vid screeningstillfället medicinerade respektive inte medicinerade var någorlunda jämn. Endast en liten del av deltagarna var sjukskrivna.

Deltagarna rekryterades från hela Sverige genom annonsering i press och på Internet, via TV4 Västerbotten, annonsering i Dagens Nyheter, Googles söksida Adwords, hemsidan [www.studie.nu](http://www.studie.nu) och olika landsortstidningar. Ansökan till studien

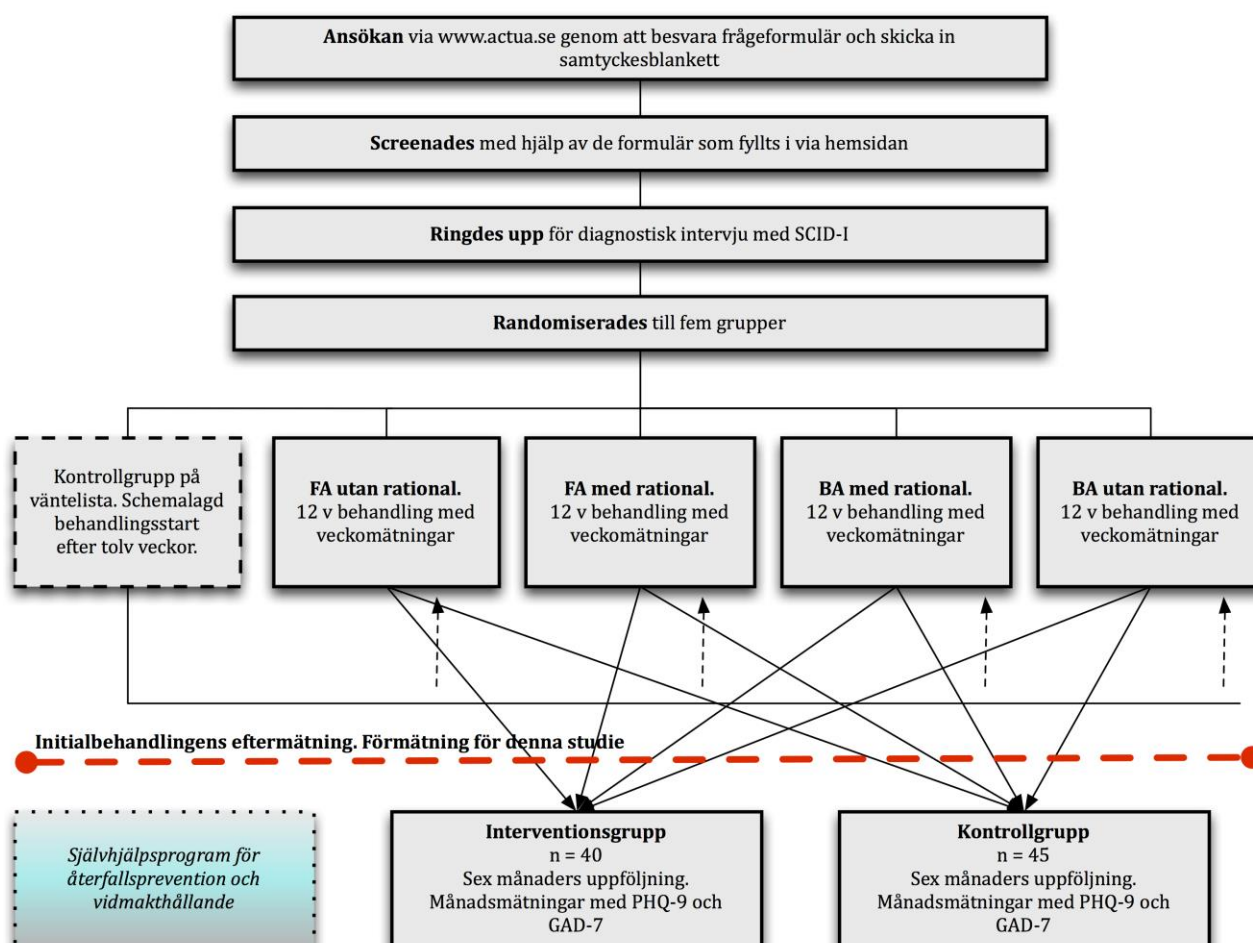
gjordes via den utformade hemsidan [www.actua.se](http://www.actua.se) där ansökande fyllde i ett antal formulär som utgjorde underlag för en första screening. Här gavs övergripande information om hela studiens process och behandlingsupplägg, forskningsetiska principer, inklusionskriterier samt rättigheter att avbryta behandlingen (bilaga 1). För detaljerad beskrivning av studiens deltagare, se tabell 2 under rubriken "Resultat".

### **Inklusionskriterier**

För inklusion i studien krävdes att den ansökande uppfyllde följande kriterier: a) var över 18 år, b) var bosatt i Sverige, c) var läs- och skrivkunnig i svenska språket, d) hade tillgång till dator med Internetuppkoppling, e) var mild-måttligt deprimerad (15-35 poäng på självskattningsformuläret Montgomery Åsberg Depression Rating Scale ;MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994), f) ej genomgick annan psykologisk behandling samt g) ej var för fysiskt aktiv, vilket innebar max ett tillfälle av krävande fysisk aktivitet/vecka. Psykofarmaka var tillåtet så länge dosen varit stabil de senaste tre månaderna och förväntades vara det under studiens gång. Klinisk signifikant depression och differentialdiagnostik bedömdes i kliniska diagnostiska intervjuer per telefon. Risk för suicid bedömdes i självskattningsformulär och undersöktes mer grundligt i intervjun. De deltagare som vid screeningen angav en högre grad av depression än den som studien riktade sig till, eller bedömdes vara i riskzonen för suicid fick ett särskilt utformat mail med direkta åtgärder. Deltagaren hänvisades att ta kontakt med husläkare, lokal akut sjukvårdsmottagning eller Nationella hjälplinjen och exkluderades därefter. Detta tillvägagångssätt gällde även för screenade ansökande som av andra anledningar exkluderades.

## Procedur

Figur 1 redogör för det övergripande projektet och denna studies procedur.



Figur 1. Studiens procedur

**Säkerhet.** Studien administrerades via en anpassad dataplattform med hög grad av säkerhet. Kommunikationen mellan deltagare och dataplattformen, liksom de lagrade uppgifterna och data från mätningarna, var krypterade via Secure Sockets Layer (SSL). Samtliga deltagare registrerades genom anonyma deltagarkoder. Inloggning skedde med hjälp av en två-stepsprocedur där den anonyma användarkoden angavs, följt av ett valt lösenord och därefter en engångskod som skickades till deltagarens egen telefon. De ansökande uppmuntrades även registrera en tillfällig krypterad e-postadress dit påminnelser om uppdateringar på dataplattformen kunde skickas, i de fall den ansökande inte ville använda sin privata e-post. På Internetplattformen registrerades samtliga studiens mätningar. Här fördes även all kommunikation mellan inkluderade deltagare och behandlare och data registrerades regelbundet av både deltagare och behandlare.

**Screening.** Ansökan och antagning till studien skedde löpande med start under våren 2013. Deltagarna fick inför registrering på dataplattformen godkänna att personuppgifter lagrades till dess att ett skriftligt intyg skickats in som skulle



möjliggöra deltagande i studien. Frågeformulären som fylldes i av ansökande deltagare på dataplattformen blev underlag för en första screening. Dessa formulär inkluderade PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), GAD-7 (Spitzer et al., 2006), MADRS-S (Svanborg & Åsberg, 1994), Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ; Craig et al. 2003) och andra frågor som rörde demografiska data och upplevelser av eventuell tidigare behandling. Efter denna första informationsinhämtning genomfördes telefonbaserade strukturerade diagnostiska intervjuer med Structured Clinical Interview for DSM-IV-I (SCID-I; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997/1999) med de ansökande som uppfyllde initiala inklusionskriterier. Intervjun administrerades för att ställa diagnos, utesluta angränsande diagnoser och göra en bedömning av den ansökandes lämplighet utifrån studiens exklusionskriterier. Intervjuerna administrerades av legitimerade psykologer och psykologer under utbildning på minst kandidatnivå, varpå ansökandena uppmanades att lämna in skriftligt intyg om informerat samtycke (bilaga 2) om de inte ännu gjort detta. Detta steg i rekryteringsprocessen följdes av en bedömningskonferens där beslut om inkludering fattades av legitimerade psykologer och psykoterapeuter. Ovan nämnda självskattningsformulär och kliniska intervjuer beskrivs mer utförligt under rubriken "Material".

**Initial behandling.** Den för frågeställningen undersökta populationen startade initial behandling löpande mellan mars och juni 2013. De inkluderade deltagarna randomiserades till fem olika grupper av en för studien oberoende forskningsingenjör vid Umeå universitet som utformat ett program för slumpmässig fördelning. Två grupper genomgick behandlingen Beteendeaktivering (BA), med och utan beskrivning av hur problemen uppkommit (rational), och två grupper genomgick behandlingen Fysisk aktivitet (FA), med och utan rational. Utöver dessa fanns en kontrollgrupp dit en femtedel av deltagarna randomiserades för att stå på väntelista i tolv veckor innan även de randomiserades till någon av de förstnämnda fyra behandlingsgrupperna. Behandling pågick i tolv veckor där deltagaren successivt gick igenom åtta moduler innehållande olika KBT-komponenter eller komponenter för fysisk aktivitet för behandling av depression. Varje modul inleddes med psykoedukativa inslag, efterföljdes med en analyserande del av det aktuella beteendet, för att avslutas med övningsuppgifter kring beteendeförändring. Därefter besvarade deltagaren frågor kring upplevelsen av innehållet i modulen och vad deltagaren tagit med sig i termer av nya färdigheter och erfarenheter. Korrespondens från behandlaren gavs löpande i takt med att deltagaren blev klar med varje modul och därefter aktiverades nästa modul. Varje vecka fick deltagarna ca. 15 minuter terapeutstöd och skattade regelbundet upplevd grad av mående genom självskattningsformulär. Skattningarna registrerades och sparades på Internetportalen för att kunna följas över tid av både deltagare och behandlare. Den initiala behandlingsperioden avslutades med en eftermätning där deltagarna utöver de standardiserade skattningsformulären även fick möjlighet att ge kvalitativ feedback på sina upplevelser av behandlingen.

**Intervention för återfallsprevention och vidmakthållande.** Efter avslutad initial behandling randomiserades hälften av samtliga deltagare till de två grupperna för intervention respektive kontroll, vilket även här genomfördes av en oberoende forskningsingenjör vid Umeå universitet. Vid ansökan och screening informerades samtliga deltagare om att de skulle följas med regelbundna skattningar och intervjuer

under totalt två års tid, men informerades inte om att de eventuellt skulle erbjudas en intervention för återfallsprevention och vidmakthållande under uppföljningsperioden eller om förutsättningarna för det programmet. De deltagare som randomiserades till interventionsgruppen meddelades beskedet via den tidigare använda Internetportalen och fick information om att de resterande modulerna fanns tillgängliga via samma portal och kunde laddas ner som PDF. Efter nedladdning hade deltagarna möjlighet att skriva ut varje modul och allt material fanns tillgängligt samtidigt och under obegränsad tid. Deltagarna uppmanades att ta del av materialet i sin helhet.

För att komma igång med programmet fick deltagarna också tillgång till den första modulen i pappersform, vilken skickades hem till deltagaren med post. För de ca. 30 första deltagarna skickades denna modul först två veckor efter beskedet om deltagandet i programmet för återfall och vidmakthållande via portalen. För resterande deltagare kom modulen i mer direkt anslutning till beskedet via portalen. Från och med slutet av september 2013 fick varje deltagare även tillgång till det fullständiga materialet i form av ett utskrivet kompendium som skickades hem till deltagaren. För vissa deltagare skickades detta kompendium upp till fem månader efter förmätningstillfället.

Interventionen påbörjades mellan juni och september 2013 och i mars 2014 avlästes samtliga deltagares sexmånadersuppföljning vilket utgjorde studiens eftermätning. Oavsett om deltagaren skulle genomgå interventionsprogrammet eller ej, inleddes regelbundna skattningar en gång i månaden med formulären PHQ-9 och GAD-7 som var ämnade att löpa över totalt sex månader. Påminnelser om månadsmätningarna skickades automatiskt till deltagarens angivna mailadress under två dagar om deltagaren inte fyllt i mätningen vid angiven tid. Deltagaren kunde därefter under ytterligare tolv dagar gå in på portalen och fylla i den aktuella månadsmätningen. Här kunde deltagarna även få en överblick över tidigare skattningar och hur måendet förändrats över tid. Båda grupper hade under interventionsperioden frivillig tillgång till det material som använts under initialbehandlingen via Internetportalen. Innehållet i detta material skiljde sig åt beroende av vilken grupp deltagaren tidigare tillhört under den initiala behandlingen, d.v.s. BA eller FA med eller utan rational.

### **Behandlingsupplägg för återfallsprevention och vidmakthållande.**

Interventionsprogrammet bestod av totalt 118 sidor text fördelade på åtta moduler som var tematiskt uppdelade och innehöll olika former av vanliga KBT-komponenter som alla fokuserade på någon form av beteendeaktivering. Modulerna utvecklades med inspiration från tidigare utprovade format (Holländare et al., 2013; Andersson et al., 2005) där behandlingsinnehållet baserades på manualkomponenter från Becks kognitiva terapi (Burns, 1999), beteendeaktivering (Lewinsohn, Munoz, Youngren, & Zeiss, 1986; Martell, Addis, & Jacobson, 2001) och behandling vid insomni (Ström, Pettersson, & Andersson, 2004). De komponenter som fokuserade på ältande, grubbel och negativa kognitioner baserades på interventioner enligt Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) och Mindfulness-based cognitive therapy (Segal, Williams, & Teasdale, (2002). Interventioner för fysisk aktivitet baserades på rekommendationer i *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (FYSS; Statens folkhälsoinstitut, 2008) samt studier på området (Babyak et al., 2000; Laessoe, Olesen, & Munk-Joergensen, 2010; De Moor, Boomsma, Stubbe, Willemsen, & de Geus, 2008).

Varje modul innehöll en psykoedukativ del, en analyserande del av det aktuella temat samt två-fyra övningsuppgifter kring beteendeförändring. I modulerna gavs även rekommendationer om intag av evidensbaserade kosttillskott för att främja både psykisk och fysisk hälsa. Nyckelkomponenterna för varje moduls tema presenteras översiktligt i tabell 1 och beskrivs nedan. Av upphovsrättsliga skäl kan materialet ej bifogas i denna rapportering. För detaljerad information om modulernas innehåll, kontakta studiens huvudman.

*Problemanalys* syftar till att få förståelse för hur depressionen kan uppstå och vidmakthållas genom att göra kedjeanalyser av beteenden kopplade till olika situationer. Här identifieras triggersituationer, känsloreaktioner, undvikanden och konsekvenser av sätten att handskas med känsloreaktionerna. *Medveten närvaro* handlar om att öva upp ett mer objektivet förhållningssätt till känsloreaktioner och syftar här till att bli mer flexibel i sin uppmärksamhet och sitt agerande gentemot oroande tankar och känslor. *Distraction* syftar till att vara ett inkompatibelt alternativ till grubbel och ältande och kan utgöras av en handling som kräver koncentration eller som engagerar. *Schemaläggning av aktiviteter* syftar till att planera in och fullfölja aktiviteter trots olust som ett steg i att minska undvikande och ge tillgång till positiva förstärkare. *Åtaganden* syftar till att öka motivationen till ett beteende och öka sannolikheten för att det önskade beteendet ska fullföljas. Åtagandet innebär att ett kontrakt skrivs med sig själv och att det önskade beteendet planeras in på ett konkret sätt. Sannolikheten förväntas också öka om beteendet delas upp i små steg. *Samtalsmetodik* handlar om olika verktyg som syftar till att främja kommunikation och förbättra relationer. Aktivt lyssnande är ett verktyg som innebär att med ickeverbala signaler öka engagemanget och samspelet i samtal. Jag-budskap innebär att uttrycka sig på ett konstruktivt och empatiskt sätt för att föra fram sina budskap och samtidigt hantera och minimera konflikter. *Defusion* handlar om att skapa distans och öka ett objektivet förhållningssätt till kognitioner och antaganden och syftar till att främja flexibilitet och minska undvikandebeteenden. *Sömnhygien* handlar om att identifiera och tillämpa faktorer som främjar eller hämmar sömnen, t.ex. intag av mat och dryck, grad av aktivering, sovrumsbelysning och sovrumstemperatur. *Sömnrestriktion* och *stimuluskontroll* handlar om att öka regelbundenheten i dygnsrytmen och minska vakenhetsbeteenden i sovrummet i syfte att öka sömnbehovet och börja förknippa sovrummet till sömn. *Acceptansövningar* handlar om exponering och medvetenhet i känsloreaktioner vilket syftar till att öka tolerans och öppenhet för obehag och för sådant som inte går att förändra. *Implementering av alternativa beteenden* handlar om att identifiera och tillämpa alternativa beteenden i problemsituationer, t.ex. högrisksituationer, istället för undvikande i syfte att komma i kontakt med positiva förstärkare. *Formulering av värden och mål* handlar om att identifiera långsiktiga drivkrafter och livsvärden att sträva mot när beteendeförändring är svårt, i syfte att minska återfall till tidigare beteenden. Målformulering handlar om att identifiera konkreta steg i den värderade riktningen. *Problemlösning* syftar till att hitta effektiva strategier för att komma över sådant som hindrar strävan mot livsvärden. Strategierna handlar om att konkretisera problemet, formulera konkreta förslag på förändring, välja ut några förslag som är mest rimliga att genomföra, pröva förslagen uppdelade i delmoment och därefter utvärdera resultatet av förändringen. *Fysisk aktivitet* handlar i denna behandling om att först och främst öka den allmänna graden av rörelse i livet och minska vardagligt stillasittande. I senare moduler presenteras därefter ökad

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

konditionsträning utifrån deltagarens specifika intresse samt olika kortare styrketränningsövningar.

Tabell 1. Innehåll i programmet för återfallsprevention och vidmakthållande

Modul	Tema	Nyckelkomponenter	Antal sidor
1	Depressionen i dess kontext	Problemanalys	14
2	Grubbel och ältande	Medveten närvaro Distraction	13
3	Fysisk aktivitet och motivation	Schemaläggning av fysisk aktivitet Åtaganden i små steg	13
4	Relationer och kommunikation	Samtalsmetodik Schemaläggning av sociala aktiviteter	15
5	Kognitioner och undvikandebeteenden	Defusion Problemanalys	14
6	Sömn och intensiv fysisk aktivitet	Sömnhygien Sömnrestriktion och stimuluskontroll Schemaläggning av fysisk aktivitet	15
7	Återhämtning och acceptans	Medveten närvaro Acceptans Implementering av alternativa beteenden	20
8	Mål och ändamålsenligt handlande	Formulering av värden och mål Problemlösning	15

### Etiska överväganden

Projektet Actua drevs av Umeå universitet och Stockholms universitet och godkändes av Etikprövningsnämnden i Umeå. Författarna till den aktuella studien var utöver detta även delaktiga i såväl screeningsfasen som den initiala behandlingsfasen i huvudprojektet som screenare och behandlare. Därmed finns vissa etiska aspekter som är viktiga att beakta vad gäller graden av objektivitet ur ett forskningsperspektiv. Rollen som screenare och behandlare i projektet kan ha påverkat författarna så till vida att exempelvis engagemanget i deltagarna kan ha blivit högre utifrån att deltagarnas medverkan och fullföljning av programmet blivit extra viktig för studiens resultat. Detta kan ha lett till att författarna i högre grad än önskvärt lagt ned tid på deltagarnas initiala behandling och på att med olika medel varit särskilt måna om att behålla deltagare i studien. Detta förhållningssätt kan i så fall inte ses som helt objektivt ur forskningssynpunkt.

En annan viktig etisk aspekt att beakta i denna studie var att ej inkludera deltagare med en allt för hög grad av depression eller som led av annan diagnos som skulle bli bättre behandlad någon annanstans. Detta minimerades genom att grundliga diagnostiska intervjuer genomfördes utöver de självskattade formulären, varpå

bedömning utifrån diskussion gjordes av flera legitimerade psykologer och psykoterapeuter.

I dagsläget finns det få studier som undersökt negativa bieffekter knutna till psykologisk behandling. En studie för iKBT-behandling av social fobi har däremot undersökt detta och funnit att upp till 14 % av deltagarna upplevde negativa biverkningar direkt kopplade till behandlingen (Boettcher, Rozental, Andersson, & Carlbring, 2014). Inga bieffekter av beteendeaktivering och fysisk aktivitet förväntades i denna studie men inom huvudprojektet ämnades ändå eventuell uppkomst till sådana typer av effekter undersökas enligt rekommendationer (Linden, 2012; Rozental et al., 2014). Om det skulle visa sig att deltagare blev allvarligt försämrade under den initiala perioden för behandling ansvarade handledande legitimerade psykologer och psykoterapeuter för att behandlingen avslutades och att dessa individer fick hjälp att ta kontakt med annan hälsosjukvård. Under tiden för interventionen för återfallsprevention och vidmakthållande och uppföljningstiden därefter, fanns regelbunden kontroll av deltagarnas mående med hjälp av åtta kliniska telefonintervjuer löpande under två års tid. Utöver detta fanns under hela projektet en kontroll över deltagarnas eventuella upplevda bieffekter, vilket följdes regelbundet av en doktorand.

För att de deltagare som av någon anledning ej kunde inkluderas i studien (på grund av för allvarlig grad av depression, för hög grad av fysisk aktivitet eller annat) inte skulle riskera att i vissa fall få vänta länge på annan vård, gavs varje exkluderad deltagare information och en rad förslag kring självhjälpsbaserad litteratur för depression samt kontaktuppgifter till instanser som erbjuder evidensbaserad depressionsbehandling. De deltagare som av någon anledning inte hunnit igenom alla åtta moduler under den initiala behandlingsperioden tilldelades dessa vid behandlingsslut, vilket möjliggjorde fortsatt arbete på egen hand i egen takt.

Evidensläget för KBT-insatser vid behandling och återfallsprevention för depression är i dagsläget mycket positiva. De deltagare som ingick i denna studie förväntades därför få ut positiva aspekter av behandlingsinnehållet. Då innehållet var varierat och i hög grad byggde på individanpassning utifrån den specifika deltagarens vardag och förutsättningar, antogs de flesta kunna finna komponenter som fungerade för dem. I de fall som behandlingsinnehållet inte skulle kunna bidra till lägre grad av depression, antogs de varierande KBT-komponenterna vara möjliga att tillämpa på en rad andra aspekter i vardagen och således förhoppningsvis kunna leda till ökad livskvalitet. För de deltagare som ingick i denna studie innebar tillgängligheten via Internet att de kunde anpassa sin behandling utifrån sina individuella förutsättningar på ett annat sätt än vårdtagare inom den traditionella vården. Deltagande i studien var dessutom kostnadsfri, vilket innebar en tillgänglighet för alla i behov av depressionsbehandling oavsett inkomst. Deltagarna erbjöds ingen ersättning och ingen försäkring tecknades inom ramarna för studien.

Tidigare studier pekar på att program för återfallsprevention och vidmakthållande bör kunna medföra mer långsiktigt hållbara behandlingsresultat och därför orsaka mindre lidande för individen. I denna studie antogs att de deltagare som genomgick interventionen skulle ha ett högre skattat mående vid uppföljning efter sex månader än de deltagare som inte fick tillgång till interventionen. Med bakgrund av detta uppstod ett etiskt problem eftersom det skulle varit svårt att undersöka en interventions faktiska effekter på ett vetenskapligt sätt utan att använda sig av en kontrollgrupp. Även om inte kontrollgruppen fick tillgång till programmet för

återfallsprevention och vidmakthållande, fick de tillgång till resterande moduler från den initiala behandlingen. En fördel med iKBT är att patienten enkelt kan få tillgång till all tillgänglig information och skiva ut och spara denna i pappersformat. På så sätt var även kontrollgruppen rustad för att på egen hand repetera och gå tillbaka i behandlingen vid ett eventuellt sämre mående, vilket däremot kan ha lett till metodologiska problem för studien.

### **Material**

Nedan presenteras de olika självskattningsformulär och det intervjumaterial som användes under studien, dels för att bedöma lämpligheten hos deltagarna som anmälde sig till studien och dels de som användes som utfallsmått för behandlingens effekt. PHQ-9 användes som primärt utfallsmått och GAD-7 som sekundärt utfallsmått under interventionsperioden. Samtliga formulär som användes administrerades via Internet bortsett den kliniska intervjun, vilken genomfördes per telefon. Både självskattningsformulär och klinisk intervju anses vara valida metoder för att insamla data (Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1997; Thorndike et al., 2009).

**Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9).** PHQ-9 är den modul i instrumentet Patient Health Questionnaire som avser att mäta alla nio diagnoskriterier för depression enligt DSM-IV utifrån 9 items (Kroenke et al., 2001). Svaren beskriver graden av nedstämdhet de senaste två veckorna med en skattning från '0 (inte alls)' till '3 (nästan varje dag)', och används i syfte att både diagnostisera och skatta grad av symptom. PHQ-9 har visat resultat på god intern konsistens (Cronbach's alpha 0.86 till 0.89), god diagnostisk validitet (Löwe et al., 2004a; Löwe et al., 2004b) och adekvat förmåga att användas som utfallsmått (Löwe, Unützer, Callahan, Perkins, & Kroenke, 2004; Löwe, Kroenke, Herzog, & Gräfe, 2004). Cut-offgränserna för formuläret är:  $\leq 4$  poäng innebär att patienten inte behöver depressionsbehandling, 5-14 poäng innebär att klinisk bedömning får avgöra huruvida behov av depressionsbehandling föreligger utifrån funktionspåverkan och symptom samt,  $\geq 15$  poäng innebär ett tydligt behov av depressionsbehandling. Maxpoäng för formuläret är 27 (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010).

**Generalized Anxiety Disorder 7 item scale (GAD-7).** GAD-7 är en fyrgradig skala med sju olika frågor vilken används i syfte att mäta grad av ångest samt som en del i diagnostiken vid generaliserat ångestsyndrom. Instrumentet är uppdelat i två avsnitt där det första skattas utifrån frekvens (inte alls, flera dagar, flertalet dagar, dagligen) och det andra skattas utifrån intensitet (inte alls, lite, mycket, påtagligt störande). Instrumentet anses ha god intern validitet (Cronbach's alpha 0.92). Cut-offgränserna för formuläret är:  $\geq 5$  innebär mild ångest,  $\geq 10$  innebär måttlig ångest och  $\geq 15$  innebär allvarlig ångest. Maxpoäng för formuläret är 21 (Spitzer et al., 2006). Utifrån att ångest och depression har hög grad av komorbiditet (Johansson et al., 2013) ansågs även grad av ångest vara viktigt att undersöka i denna studie utöver mått på depressionsgrad.

**Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale - Självskattning (MADRS-S).** MADRS-S är en självskattningsskala utvecklad för att vara känslig för förändring i grad av depression. Skalan består av nio frågor som motsvarar varje depressionssymptom

och skattas på en sjugradig skala. Formuläret är jämförbart med Beck Depression Inventory (BDI; Svanborg & Åsberg, 2001).

**Quality of Life Inventory (QOLI).** QOLI är ett mätinstrument för bedömning av subjektiv livskvalitet. Formuläret är baserat på en empiriskt validerad modell för livstillfredsställelse där det antas att en individs övergripande livstillfredsställelse består av den genomsnittliga tillfredsställelsen inom 17 viktiga områden (Frish et al., 1992).

**International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).** IPAQ är ett internationellt använt skattningsformulär som avser mäta fysisk aktivitet och inaktivitet för att kunna erhålla jämförbar data om hälsorelaterad fysisk aktivitet. Formuläret finns i två olika versioner som undersöker tidsspannen de tre respektive sju senaste dagarna (Craig et al., 2003), där det längre tidsspannet undersöktes i denna studie.

**Structured Clinical Interview for DSM-IV-I (SCID-I).** SCID-I är en semistrukturerad intervju för att bedöma DSM-IV axel I-diagnoser, inklusive egentlig depression (First et al., 1997/1999). I denna studies intervjuer användes modul A som kartlägger förstämningsepisoder och förstämningssyndrom. SCID-I ses som ett standardinstrument att använda i valideringsstudier för bedömning av kliniska axel-I diagnoser (Lobbestael et al., 2011). SCID-I rekommenderas av SBU (2010) för diagnostisering och uppföljning av depression.

### Statistisk analys

Statistiska analyser genomfördes med hjälp av dataprogrammet IBM SPSS Statistics 20. Data från utfallsmåtten analyserades både med parametrisk och icke-parametrisk testning utifrån om förutsättningarna för parametrisk testning uppfylldes eller ej. Dessa förutsättningar är att: a) data är normalfördelad, b) på minst intervallnivå, c) gruppernas varians är homogen, d.v.s. att det inte råder någon skillnad i varians mellan grupperna, samt c) inga extremvärden (outliers) föreligger (Dancey & Ridey, 2007), där en outlier definieras som ett värde som ligger utanför tre standardavvikelser från medelvärdet (Tabachnick & Fidell, 2013). Då svarsalternativen på det primära utfallsmåttet PHQ-9, liksom det sekundära utfallsmåttet GAD-7 är operationaliseringar på ordinalnivå motiverar detta egentligen inte för parametrisk testning. Eftersom svarsalternativen trots detta är kopplade till ett numeriskt spann kan det ändå i viss mån betraktas som skattningar på intervallnivå. (Dancey & Ridey, 2007; Field, 2013). Således kan det motiveras att båda skattningsformulären uppfyllde antagandena för parametrisk testning och kunde därför analyseras med denna utgångspunkt.

Deskriptiv statistik användes för att redovisa demografiska data. För att undersöka huruvida grupperna var jämförbara gällande variablerna *kön*, *civilstånd*, *utbildningsnivå*, *medicinering* och *sjukskrivning* användes det icke-parametriska testet Chi<sup>2</sup> på grund av variablernas dikotoma eller kategoriska karaktär. *Kön*, *civilstånd* och *utbildningsnivå* redovisas med Pearson Chi-Square ( $\chi^2$ ). Då variabeln *sjukskrivning* utgjordes av 50 % av cellerna med ett förväntat värde under 5 redovisas detta med testet Fisher's Exact Probability (Dancey & Ridey, 2007). Undantag gjordes för redovisningen av *medelålder* som istället genomfördes med oberoende t-test utifrån variabelns numeriska karaktär (Dancey & Ridey, 2007). Gruppernas ursprungliga grad

av jämförbarhet undersöktes även utifrån förmätningens medelvärden på utfallsmåtten PHQ-9, GAD-7 och QOLI, vilket gjordes med hjälp av tre oberoende t-test.

För att undersöka skillnaden mellan grupperna över tid gällande grad av depression och ångest användes en mixed-effects model analys, vilken kan jämföras med en mixed ANOVA som hanterar data från olika grupper vid upprepade mätningar. ANOVA är ett parametriskt test och data behöver därmed uppfylla tidigare nämnda antaganden för parametrisk testning. Utöver dessa råder även antagandet om att varje deltagares mätpunkter är fullständiga för att kunna göra beräkningen (Gueorguieva & Krystal, 2004). Till skillnad från flera oberoende t-test, har ANOVA fördelen att testet beräknar både parvisa jämförelser mellan grupper vid specifika mätpunkter och dessutom kan uttala sig om eventuella huvudeffekter. ANOVA möjliggör flera beräkningar inom samma test, vilket är mer tillförlitligt än att använda flera oberoende t-test som skulle riskera att ge upphov till masssignifikansproblem, vilket ökar risken för typ-I fel (Dancey & Ridey, 2007). I både ANOVA och mixed-effects model analys ingår korrigering för typ-I fel genom att masssignifikanstestning kontrolleras för, med Bonferroni. Testet anses vara robust och konservativt i sina beräkningar eftersom det höjer tröskeln för statistisk signifikans (Field, 2013).

Skälet till studiens valda analysmetod grundades i att saknad data förväntades eftersom data samlades in under lång tid och vid upprepade tillfällen. Traditionell ANOVA kräver att analysen beräknas enbart på datapunkter som är fullständiga, vilket gör metoden känslig för bortfall och saknad data. (Gueorguieva & Krystal, 2004). En fördel med mixed-effects model analys är att det är möjligt att inkludera samtliga deltagare som ingått i studien trots att vissa datapunkter saknas, eftersom analysen inkluderar en metod för Intention to treat (Gueorguieva & Krystal, 2004; Mazumdar, Liu, Houck, & Reynolds, 1999), vilket ger en mer representativ bild av undersökt sample. Mixed-effects model anses vara en mer metodologiskt robust metod att hanteras med bortfall än andra Intention to treat-metoder (Gueorguieva & Krystal, 2004; Mazumdar et al., 1999). Analysmetoden mixed-effects model använder samtliga existerande värden för att estimerade saknade värdena, vilket resulterar i att samtliga mätpunkter anses som fullständiga i beräkningen. Detta görs genom att korrelationer mellan upprepade mätningar för samma individ tas med i beräkningen av resultatet. Analysen kan beräkna både huvudeffekter och undersöka parvisa jämförelser likt traditionell ANOVA (Gueorguieva & Krystal, 2004).

Eftersom denna studies förmätning baserades på den initiala behandlingens eftermätning antogs att saknad data även skulle förekomma där. För att få en fullständig baslinje (förmätningens värde) användes Intention to treat-metoden Last Observation Carried Forward (LOCF) från initialbehandlingens veckomätningar och i undantagsfall från det initiala screeningsvärdet. LOCF innebär att senast kända mätpunktsvärdet även används för att representera önskat saknat värde (Mazumdar et al., 1999).

För att undersöka om det fanns någon skillnad mellan grupperna gällande hur stor andel av deltagarna som uppnått remission, dels efter initialbehandling och dels efter interventionen för återfallsprevention och vidmakthållande, gjordes två icke-parametriska signifikanstester med Chi<sup>2</sup>. Data analyserades på detta sätt utifrån att deltagarnas skattningar låg antingen över eller under cut-offgränsen för remission enligt PHQ-9 (Kroenke et al., 2010).

Effektstorlekar mäter graden av differens mellan två medelvärden i termer av standardavvikelse (Dancey & Ridey, 2007) och är ett standardiserat mått på styrkan av en observerad effekt (Field, 2013). För att undersöka styrkan i de observerade



## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

huvudeffekterna av resultatet beräknades effektstorlekar både på inomgruppsnivå (över tid) och mellangruppsnivå (mellan grupp-betingelser) manuellt enligt formeln (Medelvärde 1 - Medelvärde 2)/((Standardavvikelse 1 + Standardavvikelse 2)/2; Field, 2013). För inomgruppseffekter gällde således att medelvärde och standardavvikelse från förmätningen beräknades mot medelvärde och standardavvikelse från mättillfälle månad sex (eftermätningen). För mellangruppsseffekter gällde att kontrollgruppens medelvärde och standardavvikelse från eftermätningen beräknades mot interventionsgruppens eftermätningens värden. För denna studie redovisas effektstorlekar från mixed-effects model med Cohens'd. Cohens'd redovisas med en siffra mellan 0-1 där  $d = .20$  betraktas som en liten effekt,  $d = .50$  som en medelstor effekt och  $d = .80$  som en stor effekt (Field, 2013).

## Resultat

### Gruppernas initiala förutsättningar

Totalt 85 deltagare hade i mars 2014 haft möjlighet att besvara studiens sexmånadersuppföljning. Av dessa hade 40 stycken randomiserats till interventionsgruppen och 45 stycken till kontrollgruppen. Inför interventionen för återfallsprevention och vidmakthållande undersöktes i vilken grad deltagarna hade förändrats i mående under initialbehandlingen. Resultaten från två separata beroende t-test kunde visa på signifikant skillnad i medelvärden mellan screening och förmätning för samplet som helhet gällande depression (PHQ-9;  $t(84) = 9,32, p = .000$ ) och ångest (GAD-7;  $t(84) = 5,41, p = .000$ ). Detta innebar en tydlig tidseffekt vilket tyder på att den initiala behandlingen kan ha varit verksam. Studiedeltagarnas medelvärden vid förmätning (PHQ-9,  $m = 8,98, sd = 6,12$ ; GAD-7,  $m = 6,85, sd = 5,49$ ) var dock fortfarande över båda utfallsmåttens cut-offvärden för normerad sjukdomsnivå (PHQ-9  $\geq 5$ ; Spitzer et al., 2006; GAD-7  $\geq 5$ ; Kroenke et al., 2010) samt över medelvärdet för normalpopulation (PHQ-9,  $m = 2,9, sd = 3,5$ ; Kocalevent, Hinz & Brähler, 2013; GAD-7,  $m = 2,95, sd = 3,35$ ; Löwe et al., 2008). Detta innebar att samplet på gruppnivå inte kunde betraktas som friskförklarad vid starten för studiens intervention för återfallsprevention och vidmakthållande.

**Demografiska data.** Detaljerad beskrivning över deltagarnas demografiska data presenteras i tabell 2. För att undersöka hur demografin var fördelad över grupperna genomfördes olika former av signifikanstestning beroende på om data var möjlig att analysera parametriskt eller ickeparametriskt. Resultaten visade att det inte fanns någon statistisk signifikant skillnad mellan grupperna gällande samtliga variabler: *kön* ( $\chi^2(1) = 0,32, p = .57$ ), *ålder* ( $t(83) = -0,44, p = .66$ ), *civilstånd* ( $\chi^2(1) = 0,47, p = .50$ ), *utbildningsnivå* ( $\chi^2(1) = 0,43, p = .51$ ), *medicinering* ( $\chi^2(1) = 0,38, p = .54$ ) och *sjukskrivning* (Fishers Exact Probability,  $p = 1.00$ ).

Tabell 2. Demografisk beskrivning

		Kontroll	Återfallsprevention	Totalt
<b>N</b>		45	40	85
<b>Medelålder</b>		43,2 (15,4)	41,8 (14,6)	42,5 (15,0)
<b>Kön</b>	<i>Man</i>	10 (22,2 %)	11 (27,5 %)	21 (24,7 %)
	<i>Kvinna</i>	35 (77,8 %)	29 (72,5 %)	64 (75,3 %)
<b>Civilstånd</b>	<i>Frånskild/änka/änkling/ singel/ensamstående</i>	19 (42,2 %)	14 (35 %)	33 (38,8 %)
	<i>I fast relation/annat</i>	26 (57,8 %)	26 (65 %)	52 (61,2 %)
<b>Utbildningsnivå</b>	<i>Grundskola/gymnasium/ folkhögskola</i>	16 (35,5 %)	17 (42,5 %)	33 (38,8 %)
	<i>Universitet/högskola/ Forskarutbildning</i>	29 (64,5 %)	23 (57,5 %)	52 (61,2 %)
<b>Medicinering</b>	<i>Medicinerar/har tidigare medicinerat för psykiska besvär</i>	21 (46,7 %)	16 (40,0 %)	37 (43,5 %)
	<i>Ingen erfarenhet av medicinering</i>	24 (53,3 %)	24 (60,0 %)	48 (56,5 %)
<b>Sjukskrivning</b>	<i>Ej sjukskriven</i>	43 (95,6 %)	39 (97,5 %)	82 (96,5 %)
	<i>Sjukskriven</i>	2 (4,4 %)	1 (2,5 %)	3 (3,5 %)

**Grad av depression och ångest inför interventionen.** Tre oberoende t-test på mätinstrumenten PHQ-9, GAD-7 och QOLI kunde visa att de båda gruppernas varians var likvärdig vid förmätningen gällande grad av depression ( $t(83) = 0,26$   $p = .79$ ), ångest ( $t(83) = 0,59$   $p = .56$ ) och livskvalitet ( $t(83) = 0,19$   $p = .85$ ).

För att undersöka huruvida grupperna var jämförbara gällande andel som uppnått remission från depression, d.v.s. PHQ-9  $\leq 4$ , efter initialbehandlingen gjordes ett Chi2-test. Resultatet visade att det inte var någon skillnad mellan grupperna ( $\chi^2(1) = 1,23$ ,  $p = .27$ ).

Sammanfattningsvis hade båda grupper lika initiala förutsättningar vilket möjliggjorde att ytterligare statistiska beräkningar kunde genomföras för att undersöka effekten av interventionen för återfallsprevention och vidmakthållande.

### Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)

För att undersöka förändring i depressionsgrad under interventionen för återfallsprevention och vidmakthållande mellan grupperna gjordes en mixed-effects model analys utifrån sju mättillfällen, d.v.s. från förmätning till eftermätning månad sex. Medelvärden, standardavvikelse och parvisa jämförelser för studiens samtliga mättillfällen samt effektstorlekar redovisas i tabell 3.

Resultaten visade att det fanns en effekt av tid ( $F(6, 52) = 3,28$ ;  $p = .01$ ) samt en interaktionseffekt av grupp och tid ( $F(6, 52) = 2,35$ ;  $p = .04$ ). Genomgående under uppföljningsperioden visade resultaten att det verkar ha varit en fördel att ingå i interventionsgruppen utifrån att gruppens medelvärden överlag varit något lägre än i kontrollgruppen, bortsett från månadsmätning fyra och fem. Vid eftermätningstillfället hade båda grupper grad av depression varit stabil eller förbättrats något sedan förmätningstillfället. För att undersöka graden av de observerade effekterna beräknades effektstorlekar med Cohen's d. Resultaten visade att inomgruppseffekten i kontrollgruppen var näst intill obefintlig och att inomgruppseffekten i

interventionsgruppen var liten. Mellan gruppseffekten mellan kontrollgruppen och interventionsgruppen vid sexmånadersuppföljningen var även den liten.

De observerade interaktionseffekterna stod sig inte efter parvisa jämförelser med Bonferronikorrektion (tabell 3). Detta innebar att det efter en mer konservativ justering av resultaten inte längre fanns någon statistisk signifikant skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp, vilket talar för att resultaten inte var tillräckligt starka för att kunna förklaras som en effekt av interventionen.

För att undersöka om det fanns någon skillnad mellan grupperna gällande hur stor andel av deltagarna som uppnått remission efter interventionen gjordes ett Chi2-test. Resultaten visade att det inte var någon signifikant skillnad mellan grupperna vid sexmånadersuppföljningen ( $\chi^2(1) = 0,30, p = .59$ ).

### Generalized Anxiety Disorder 7 item scale (GAD-7)

För att undersöka förändring i ångestgrad över tid och mellan grupperna under interventionen gjordes ännu en mixed-effects model analys utifrån studiens sju mättillfällen. Medelvärden, standardavvikelser och parvisa jämförelser för studiens samtliga mättillfällen samt effektstorlekar redovisas i tabell 3. Analysen visade inga huvudeffekter av vare sig tid ( $F(6, 51) = 1,92; p = .1$ ) eller interaktion mellan tid och grupp ( $F(6, 51) = 0,99; p = .44$ ).

Cohen's d kunde visa på en näst intill obefintlig negativ effektstorlek mellan för- och eftermätning inom kontrollgruppen. För interventionsgruppen var inomgruppseffekten liten. Mellan gruppseffekten vid sexmånadersuppföljningen var även den liten.

Tabell 3. Medelvärden, effektstorlekar och parvisa jämförelser

		PHQ-9			GAD-7	
		Kontrollgrupp	Interventionsgrupp	Sig. <sup>a</sup>	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp
Screening	M (SD)	15,20 (4,36)	14,95 (4,36)	.793	10,18 (4,70)	9,58 (4,68)
<b>Förmätning</b>	M (SD)	9,02 (6,17)	8,93 (6,13)	.942	6,67 (5,50)	7,05 (5,50)
Månad 1	M (SD)	8,17 (6,58)	7,69 (6,70)	.736	5,89 (5,10)	5,97 (5,18)
Månad 2	M (SD)	8,46 (6,51)	7,79 (6,57)	.636	5,46 (5,30)	6,35 (5,31)
Månad 3	M (SD)	7,23 (5,17)	6,55 (5,37)	.561	6,03 (5,00)	5,84 (5,37)
Månad 4	M (SD)	6,57 (7,11)	9,38 (7,39)	.082	6,35 (6,24)	6,77 (6,51)
Månad 5	M (SD)	5,74 (5,50)	6,91 (5,69)	.344	5,28 (5,57)	5,02 (5,75)
<b>Eftermätning</b> (månad 6)	M (SD)	8,48 (8,59)	6,42 (9,23)	.316	6,74 (6,98)	4,98 (7,46)
Cohen's d (inom gruppen)		0,07	0,33		-0,01	0,32
Cohen's d (mellan grupperna)		0,23			0,24	

Note: \* =  $p < .05$  <sup>a</sup> PHQ-9 korrigerad för multipla jämförelser: Bonferroni.

### **Grad av saknad data**

Totalt saknades förmättningsdata från 22 av 85 deltagare (25,9 %). För 17 av dessa 22 deltagare saknades förmättningsvärde varpå LOCF användes från veckomätning 1-9 under initialbehandlingen ( $m = 4,24$ ,  $sd = 2,41$ ). För övriga fem av de 22 deltagarna saknades värden under hela initialbehandlingen varpå LOCF användes i form av värdet från screeningen. För att undersöka huruvida saknad data vid förmätning var jämt fördelad över grupperna genomfördes ett Chi2-test som visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna ( $\chi^2(1) = 0,67$   $p = .41$ ).

Totalt saknades månadsmättningsdata i någon grad under interventionen för 46 av 85 deltagare (54,1 %). Analysen visade att det inte var någon skillnad mellan grupperna gällande grad av saknad månadsmättningsdata ( $\chi^2(1) = 3,60$   $p = .06$ ).

## Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka huruvida ett självhjälpbaserat iKBT-program för återfallsprevention och vidmakthållande kunde bidra till långsiktiga effekter på grad av välmående för depressionspatienter. Inför den initiala behandlingens påbörjan hade studiens deltagare på gruppnivå den grad av nedstämdhet vilket enligt Kroenke och kollegor (2010) innebär ett tydligt behov av depressionsbehandling. Efter initial behandling randomiserades deltagarna till att ingå i en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp där båda grupperna sedan följdes över tid med upprepade månadsmätningar under sex månader. Grad av depression och ångest undersöktes med hjälp av självskattningsformulär administrerade via en Internetportal.

Vid interventionsstart för denna studie hade deltagarna på gruppnivå sänkt graden av nedstämdhet och ångest, men hade utifrån normerade skattningar kvarvarande problematik och ett fortsatt behov av behandling (Kroenke et al., 2010; Spitzer et al., 2006), vilket motiverade insatser för att såväl ytterligare förbättra eller vidmakthålla behandlingsresultaten som att förebygga återfall.

Interventionsgruppen fick tillgång till ett kompendium med en rad välbeprövade och evidensbaserade KBT-komponenter uppdelade i tematiska moduler som alla innehöll både psykoedukation och övningsuppgifter. Kompendiet fanns tillgängligt både i pappersform och via Internetportalen under obegränsad tid. Kontrollgruppen registrerade sitt mående via skattningsformulären utan att ha tillgång till programmet för återfallsprevention och vidmakthållande.

Studiens hypotes var att de deltagare som haft tillgång till interventionen skulle ha högre grad av välmående jämfört med kontrollgruppen vid sex månaders uppföljning. Denna hypotes stöds inte fullt ut av studiens resultat då skillnaden mellan grupperna i grad av välmående vid eftermätningen var tvetydig.

### Resultatdiskussion

Resultaten utgjordes av data från skattningsformulären PHQ-9 för depression och GAD-7 för ångest. Resultaten från de statistiska analyserna kunde visa att det fanns en övergripande interaktionseffekt av tid och grupp till fördel för interventionsgruppen med utgångspunkt i det primära utfallsmåttet för depression. Den funna skillnaden var dock så pass liten att resultatet inte stod sig vid en mer konservativ testning, vilket innebär svårigheter att uttala sig om interventionens effekt. Det var heller ingen skillnad mellan grupperna gällande andel som uppnått remission från depression vid eftermätningen. Gällande det sekundära utfallsmåttet för ångest fanns ingen interaktionseffekt.

Hypotesen om att kontrollgruppen och interventionsgruppen skulle skilja sig åt gällande grad av mående stämde således inte då ingen av gruppernas resultat varken förbättrades eller försämrades under uppföljningsperioden. Således kan hypotesen om högre grad av välmående för interventionsgruppen i förhållande till kontrollgruppen inte betraktas som uppfylld.

Resultaten från analyser på skillnader i mående över tid från screening till interventionens förmätning kunde däremot visa på en signifikant skillnad gällande båda utfallsmåtten för samplet som helhet, vilket skulle kunna innebära att den initiala behandlingen haft effekt. Medelvärde på gruppnivå för både depression och ångest visade vid initialbehandlingens slut att det fortfarande förelåg en förhöjd problematik jämfört med normalpopulation (Kocalevent et al., 2013; Löwe et al., 2008) samt att

medelvärdena låg över tröskeln för frisk nivå (Kroenke et al., 2001). Detta kan tolkas som att deltagarna gick in i programmet för återfallsprevention och vidmakthållande med vissa kvarvarande symtom. På gruppnivå motiverade detta att fokusera på vidmakthållande eller förbättring av mående vid tolkning av resultaten.

Genomgående var medelvärdenas standardavvikelser vid varje månadsmätning stora, vilket indikerar en heterogen spridning av resultatet både inom interventionsgruppen och kontrollgruppen. Detta kan tala för att det inom varje grupp fanns en uppdelning mellan individer som var i behov av återfallsprevention (PHQ-9  $\leq$  4) respektive vidmakthållande/förbättring. Eftersom det inte förelåg några skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen innebar detta att oavsett grupptillhörighet lyckades deltagarna på gruppnivå behålla sina initialt uppnådda behandlingseffekter både gällande grad av depression och ångest under hela uppföljningsperioden.

En invändning mot studiens övergripande resultat med antydning om fördel för interventionsgruppen är att depressionsgraden verkade ha omvänt, om än ej signifikant, fördelning under månad fyra och fem. Framst under månad fyra var värdet mer avvikande från övriga medelvärden under uppföljningsperioden. En möjlig förklaring kan vara de två extremvärden som, vid en noggrannare punktanalys i datamaterialet, återfanns i interventionsgruppen under månad fyra men inte för samma deltagare månad tre. Det skulle i så fall betyda att dessa två datapunkter påverkat medelvärdet för hela interventionsgruppen i en negativ riktning, vilket inte är representativt för gruppen som helhet. Några liknande extremvärden återfanns inte i jämförande kontrollgrupp. Med tanke på interventionens upplägg med fri tillgång till en rad valbara komponenter, går det inte att uttala sig om huruvida ett visst tema eller övning haft en större påverkan på depressionssymptomen under månad fyra.

Studiens något otydliga resultat är både samstämmiga och skiljer sig från tidigare forskningsfynd på området. Holländare och kollegor (2011; 2013) har i sina studier kunnat visa tydliga skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp, både vad gäller symtomreduktion, remission och återfall till förmån för den grupp som fått iKBT. Skillnad i symtomreduktion visades redan efter tio veckors behandling (Holländare et al., 2011). Däremot hölls sig inte resultaten vid sex månader och framåt (Holländare et al., 2011; 2013). Uppföljningsstudien kunde visa att skillnader i andel som uppnådde remission blev tydliga först vid två års uppföljning efter interventionen. Skillnader i andel återfall var signifikanta vid sex månaders uppföljning och stod sig även fram till 24 månader (Holländare et al., 2013). Eftersom tiden verkar avgörande för när ett behandlingsresultat kan visa effekter, är det möjligt att denna studies begränsade uppföljningstid kan ha haft betydelse för det otydliga resultatet kring grad av välmående och resultatet kring andel deltagare i remission. Å andra sidan indikerar resultaten från den initiala studien (Holländare et al., 2011) att tidiga effekter gällande symtomreduktion borde vara möjliga att finna.

Andersson och Cujipers (2009) visade i sin studie att det är möjligt att behandla mild depression och depressionssymptom framgångsrikt även med självhjälpsbaserade insatser, vilket skulle motivera att denna studies sample var väl lämpad för syftet. Samtidigt finns studier som visat att terapeutstöd kan spela en viktig roll för framgångsrik depressionsbehandling i akut fas och vid högre grad av depression (Newman et al., 2011). Eftersom denna studie är den första i sitt slag som undersökt helt självhjälpsbaserade interventioner vid Internet för just återfallsprevention och vidmakthållande skulle de otydliga resultaten kunna indikera att denna målgrupp är i

behov av en annan typ av stöd för att uppnå ökat välmående. I studiens resultat framgår inte huruvida deltagarna på individnivå kommit ur en akut fas eller måttlig grad av depression. Det fanns kontroll över att deltagarna haft en initial terapeutkontakt och att kontakten skett i ett akut skede. Det var dock troligtvis varierande i vilken grad deltagarna på individnivå tog till sig och genomförde det initiala behandlingsprogrammets komponenter. Detta innebär att det är oklart huruvida deltagarna på individnivå kan betraktas vara i akut fas under interventionen för vidmakthållande och återfallsprevention. Å andra sidan visar denna studies resultat att varken kontrollgrupp eller interventionsgrupp försämrats på gruppnivå under uppföljningstiden, vilket snarare skulle kunna peka på att de otydliga resultaten kan bero på mer metodologiska brister i studien.

### **Metodologisk diskussion**

En första viktig invändning mot det metodologiska upplägget i denna studie är att tillvägagångssättet för hur deltagarna fick informationen om interventionsprogrammet skiljde sig åt, både gällande när i tid efter initialt behandlingsavslut och på vilket sätt distributionen skedde. Detta kan ha påverkat till vilken grad deltagarna använt sig av materialet. Det rådde heller ingen kontroll över i vilken utsträckning deltagarna valde att ta till sig interventionsmaterialet. Resultaten kan således enbart tala för vad individuellt anpassad och fri tillgång till extra behandlingskomponenter, för att specifikt motverka återfall och bidra till vidmakthållande eller förbättring, kan ha för inverkan på grad av välmående.

Det finns också en möjlighet att interventionsgruppen, trots vetskap om programmet för återfallsprevention och vidmakthållande, ändå valde att avstå från detta material eftersom det i mångt och mycket innehöll samma typ av interventioner som initialbehandlingen, särskilt för de deltagare som tidigare tillhört gruppen med beteendeaktivering. Detta kan ha lett till att behandlingstillägget uppfattats som överflödigt och därför använts i mindre utsträckning till förmån för att antingen enbart gå tillbaka och repetera det material som utgjorde initialbehandlingen eller för att helt förlita sig på de kunskaper som initialbehandlingen kan ha bidragit med. I dessa fall har även interventionsgruppen kunnat agera på samma sätt som jämförande kontrollgrupp vilket utgör en stor brist i kontrollen av deltagarna. Å andra sidan ansågs det ur en etisk utgångspunkt vara av vikt att även tillåta kontrollgruppen få fri tillgång till det material som utgjorde initialbehandlingen för att på så sätt på egen hand kunna arbeta vidare med depressionsproblematiken.

Resultaten skulle även kunna ha påverkats av att deltagarna redan hade uppnått initial förbättring och att det var långtidseffekter av den initiala behandlingen som bidrog till att behandlingseffekterna hölls konstanta över tid och att det inte uppstod några tydliga skillnader mellan grupperna. Med denna möjliga utgångspunkt kan det diskuteras hur stor grad av förbättring som är möjlig att uppnå med ett återfalls- och vidmakthållandeprogram efter att en initial förbättring redan skett. Önskvärt hade varit att ha en tydligare kontroll över ovan nämnda möjliga påverkansfaktorer.

Det finns även en rad andra metodologiska aspekter som kan vara viktiga att diskutera när det gäller reliabilitet, validitet och generaliserbarhet. En av interventionerna i den initiala behandlingen bestod i huvudsak av fysisk aktivitet. För att undvika att inkludera deltagare som redan var fysiskt aktiva i sin vardag, reglerades graden av tillåten fysisk aktivitet vid screeningstillfället till maximalt ett pass krävande aktivitet per vecka. Detta begränsade urvalet och därmed också den externa validiteten



i resultaten eftersom det enbart kan säga något om hur en från början mindre aktiv grupp svarar på en initial iKBT-behandling och efterföljande program för återfallsprevention och vidmakthållande (Dancey & Ridey, 2007). En styrka med urvalet var att studien inkluderade personer med depression som huvuddiagnos men tillät även komorbida ångestsyndrom. Denna aspekt kan antas höja den externa validiteten, då ångestsyndrom i samband med depression har visat sig vara vanligt förekommande (Johansson et al., 2013).

Tid och resurser utgjorde en begränsning till att enbart använda avsnittet om förstämningsepisoder/förstämningssyndrom i SCID-I vid de telefonbaserade intervjuerna för att fastställa diagnosen depression. Att enbart använda enskilda delar av ett intervjuverktyg bidrar automatiskt till en minskad validitet och reliabilitet i en insamlad data (First et al., 1997/1999). Med bakgrund av denna kunskap valdes ändå tillvägagångssättet att enbart använda förstämningssmodulen i SCID-I, eftersom de kliniska intervjuerna tillsammans med en omfattande screeningsdata ansågs ge en tillräcklig bild av deltagarens situation och allmänna problematik. Dessutom ansvarade varje intervjuare för att fånga upp information kring ångest om screeningsformulären indikerade att primärdiagnos egentligen förelåg på ångestområdet istället för depression.

Olika källor skiljer sig åt i bedömningen av huruvida PHQ-9 anses vara ett användbart formulär för bedömning av depression. I en rapport gjord av SBU (2010) lyfts fram att formuläret i jämförelse med kliniska strukturerade intervjuer håller en otillräcklig känslighet, varför bedömningen av depressionen anses osäker. Utvärderingar indikerar samtidigt att formuläret har goda psykometriska egenskaper och är användbart i kliniska studier och för att följa och utvärdera behandlingseffekter (Kroenke et al., 2010). Samtidigt menar Titov och kollegor (2011) att PHQ-9 har många fördelar i och med att det baseras på DSM-IV diagnoskriterier, lämpar sig väl för administration via Internet samt kostnadsfritt kan administreras av forskare och kliniker till skillnad från det etablerade skattningssinstrumentet BDI-II. Studien visar även att PHQ-9 har likvärdig förmåga som BDI-II att bedöma förändring i depression, men har något svårare att fånga upp allvarigare grad av depression (Titov et al., 2011). Med bakgrund av detta finns både kritik och motivering till varför formuläret valdes för denna studie.

Utöver studiens instrument och material är det även viktigt att diskutera användandet av statistiska metoder. Utifrån att studiens data samlades in på ett sätt som saknade hög grad av kontroll förväntades en viss grad av saknad data. Den grad av saknad data som resultaten sedan visade var dock högre än väntat. Att så många som en fjärdedel av deltagarna saknade data vid förmätningstillfället bidrar till en stor brist i studien. I samband med detta gjordes ett övervägande kring vad som ansågs viktigt att prioritera. Det ena tillvägagångssättet var att exkludera deltagare utan fullständig baslinjemätning och då riskera att få ett sample med enbart deltagare som hade hög grad av följsamhet, vilket inte kan anses representativt för populationen. Det andra tillvägagångssättet var att istället göra baslinjen fullständig och inkludera samtliga deltagare enligt Intention to treat och på så sätt även få en mer representativ data. I studien valdes det senare alternativet där saknade förmätningvärden imputerades med hjälp av metoden LOCF. Metoden är som mest användbar när värdet flyttas från en punkt som ligger nära i tid till det saknade värdet. Om ett värde används som ligger längre tillbaka i tiden, eftersom det följs av ytterligare saknade värden, blir metoden mer vacklande (Mazumdar et al., 1999). Utifrån det faktum att närmare en fjärdedel av

de saknade förmättningsvärdena imputerades från screeningtillfället utgör tillvägagångssättet en stor nackdel för studien då stor osäkerhet råder kring baslinjens representativitet för de faktiska värdena. Med bakgrund av detta blir det svårare att tolka vad resultaten kan säga om en eventuell förändring i mående under interventionsperioden.

En aspekt som kan ha påverkats av den valda Intention to treat-metoden var att det vid baslinjen fanns en outlier. Då denna befann sig inom tre standardavvikelser över medelvärdet, samtidigt som gruppernas varians var homogen, beslutades trots detta att data kunde betraktas som parametrisk. Deltagaren vars förmättningsvärde var en outlier tillhörde även den andel som genomgående saknade data under hela interventionsperioden. Detta i kombination innebär att ett konstant högt värde använts i mixed-effects model analysen. Då denna deltagare befann sig i interventionsgruppen kan detta sammantaget ha bidragit till ett mer konservativt resultat för just denna grupp.

För denna studie uppgick även bortfallet i form av månadsmätningar till ett högt antal, närmare bestämt för något mer än hälften av alla deltagare under interventions- och uppföljningsperioden. Även om metoden som användes för att analysera denna data anses vara rustad för att hantera bortfall (Gueorguieva & Krystal, 2004), väcks frågor kring hur stort ett sådant bortfall får vara utan att påverka validiteten i resultatet. Utifrån detta är det rimligt att tänka sig att tolkningen av studiens resultat bör betraktas med stor försiktighet. Forskning har visat att bortfall är vanligt förekommande vid Internetbaserad psykologisk behandling och mer frekvent i interventionsgrupper jämfört med kotrollgrupper. Följsamheten har visat sig öka om depressionsgraden vid baslinjen är låg, vid yngre deltagarålder samt för deltagare med mindre psykologisk förkunskap (Christensen, Griffiths, & Farrer, 2009). Hur dessa påverksfaktorer förhåller sig i denna studie är inte kartlagt.

Utöver detta möjliga problem är det viktigt att beakta analysmetodens övriga begränsningar. Dessa kan bl.a. handla om en skörhet vid små sample och få mättillfällen eller om antalet variabler i analysen blir för stort (Gueorguieva & Krystal, 2004). Dessa problem med metoden bör i sig inte ha påverkat denna studies resultat i någon större grad eftersom analyser gjorts på få variabler och med relativt stort sample och antal mättillfällen.

### **Slutsatser**

Denna studie är den första i sitt slag som undersökt helt självhjälpbaserade interventioner administrerade via Internet för återfallsprevention och vidmakthållande vid depression. Det är högst relevant att finna alternativa, lättillgängliga och kostnadseffektiva vägar för att förlänga effekten av initiala depressionsbehandlingar eftersom prevalensen för återinsjuknande är ovanligt hög (Mueller et al., 1999). Denna studie gjordes i syfte att bidra med nya kunskaper på ett relativt utforskat område. Ökade kunskaper och evidens kring vilka behandlingsinsatser som är effektiva ger på sikt en kostnadseffektiv och trygg vård för både vårdgivare och vårdtagare. Med denna bakgrund fanns förhoppningen att ge mer klarhet i vilka behandlingsmetoder som kan vara tillämpliga i den allmänna depressionsvården. Studiens otydliga resultat bör betraktas med utgångspunkt i tidigare nämnda begränsningar. De fynd som visar att samtliga deltagare på gruppnivå vidmakthållit eller förbättrat sitt välmående under uppföljningstiden innebär goda framtidsutsikter för depressionsbehandling via iKBT. Såväl för terapeutstöd vid initial behandling, möjlighet att självständigt repetera

tidigare arbetsmaterial som att ha tillgång till extra självhjälpbaserade behandlingsinsatser specifikt riktade mot återfallsprevention och vidmakthållande. De tendenser till interaktionseffekter som resultaten visat motiverar till vidare studier med justeringar av metodologiska tillvägagångssätt för att få tydligare kontroll och således resultat med högre validitet.

För vidare studier föreslås att det skapas en tydligare bild av deltagarnas förutsättningar inför, under och i direkt anslutning till behandlingsavslut genom regelbundna kliniska bedömningar av depressionsgrad per telefon. Detta kan ge förutsättningar för att särskilja deltagare som uppnått remission från dem med kvarvarande symptom och på så sätt tydligare kunna uttala sig om vilka specifika effekter en intervention kan ge för olika patientgrupper. Det hade även varit intressant att undersöka huruvida olika typer av initial behandling kan påverka utfallet av en liknande intervention för återfallsprevention och vidmakthållande.

För att uppnå tydligare kontroll runt interventionen i fortsatta studier är ett förslag att i tillägg ha ytterligare en interventionsgrupp med enbart tillgång till behandlingskomponenterna via en Internetportal. På så sätt skulle det via registreringar bli tydligare i vilken utsträckning deltagarna använder sig av materialet, både i form av inloggningar, registrerade övningsuppgifter och skattningar. Automatiserad feedback på genomarbetat material skulle kunna möjliggöra nya rön av vilken betydelse det kan ha på frekvensen av inlämnade uppgifter men också vilken påverkan det kan ha på deltagares följsamhet i självhjälpbaserad Internetbehandling.

Denna studie har undersökt en intervention för återfallsprevention och vidmakthållande i ett tidigt skede inom ett större pågående projekt. Detta innebär att det finns fortsatta möjligheter att vidare undersöka och följa upp effekterna av interventionen igen i ett större, mer kontrollerat sample och i ett längre tidsperspektiv.

## Referenser

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ...Vollebergh, W. A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 109* (420), 21-27.
- American Psychiatric Association. (2000). *MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed.;text rev.)* Kristianstad: Pilgrim Press.
- Andersson, G. (2012). *Psykologiska behandlingsmetoder vid depression: Teorier, terapimetoder och forskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 187*(5), 456-461. doi:http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.5.456
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(4), 196-205. doi:http://dx.doi.org/10.1080/16506070903318960
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *Public Library of Science ONE, 5*(10) doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0013196
- Babiyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., . . . Krishnan, K. R. (2000). Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine, 62*(5), 633-638.
- Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. (2005). Preventing Relapse/Recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 647-657. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.647
- Bockting, C. L. H., Spinhoven, P., Wouters, L. F., Koeter, M. W. J., & Schene, A. H. (2009). Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: A 5.5-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(12), 1621-1628. doi:http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08m04784blu
- Boettcher, J., Rozentel, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Side effects in Internet-based interventions for Social Anxiety Disorder. *Internet Interventions 1*(1), 3-11. doi: 10.1016/j.invent.2014.02.002
- Bouton, M. E. (2000). A learning theory perspective on lapse, relapse, and the maintenance of behavior change. *Health Psychology, 19*(1), 57-63. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.Suppl1.57
- Burns, D. D. (1999) *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Harper Collins Publishers.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in internet intervention for anxiety and depression: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 11*(2), 1-16. doi:http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1194
- Craig, C.L., Marshall, A-L., Sjöström, M., Bauman, A.E., Booth, M., Ainsworth, B.E et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 35*(8), 1381-1395.
- Crawford, A.A., Lewis, S., Nutt, D., Peters, T.J., Cowen, P., O'Donovan, M.C., et al.,...Lewis, G. (2014). Adverse effects from antidepressant treatment: randomized controlled trial of 601 depressed individuals. *Psychopharmacology, 1-11*. doi: 10.1007/s00213-014-3467-8

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders, 149*(1-3), 1-13. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.030
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 318-326. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Dancey, C.P. & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology: using SPSS for Windows*. (4th ed.) Harlow, England: Pearson/Prentice Hall.
- De Moor, Marleen H. M., Boomsma, D. I., Stubbe, J. H., Willemsen, G., & de Geus, Eco J. C. (2008). Testing causality in the association between regular exercise and symptoms of anxiety and depression. *Archives of General Psychiatry, 65*(8), 897-905. doi:http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.8.897
- Dimidjian, S., Barrera, M., Jr., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 1-38. doi:http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E. et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658-670.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J.,...Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468-477. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine, 28*(1), 1-8. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.09.003
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J., & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 65*(5), 513-520. doi:http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry, 55*(9), 816-820.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *The American Journal of Psychiatry, 161*(10), 1872-1876. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.10.1872
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: and sex and drugs and rock 'n' roll*. (4. ed.) Los Angeles: Sage.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1999). *Handbok: SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. (J. Herlofson, Övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Originalarbete publicerat 1997)
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment, 4*(1), 92-101.

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 377-384. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.377>
- Gueorguieva, R., & Krystal, J. H. (2004). Move over ANOVA progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the archives of general psychiatry. *Archives of General Psychiatry, 61*(3), 310-317. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.61.3.310>
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*(3), 184-191. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x>
- Hollinghurst, S., Kessler, D., Peters, T.J., & Gunnell, D. (2005). Opportunity cost of antidepressant prescribing in England: analysis of routine data. *British Medical Journal, 330*, 999-1000.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)* Guilford Press, New York, NY.
- Holländare, F., Andersson, G., & Engström, I. (2010). A comparison of psychometric properties between internet and paper versions of two depression instruments (BDI-II and MADRS-S) administered to clinic patients. *Journal of Medical Internet Research, 12*(5), 19-27. doi:<http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1392>
- Holländare, F., Anthony, S. A., Randestad, M., Tillfors, M., Carlbring, P., Andersson, G., & Engström, I. (2013). Two-year outcome of internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Behaviour Research and Therapy, 51*(11), 719-722. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.002>
- Holländare, F., Johnsson, S., Randestad, M., Tillfors, M., Carlbring, P., Andersson, G., & Engström, I. (2011). Randomized trial of internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(4), 285-294. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01698.x>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(3), 255-270. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/8.3.255>
- Johansson, R., Carlbring, P., Heedman, Å., Paxling, B., & Andersson, G. (2013). Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *Peer J, 1* (98). doi: 10.7717
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., . . . Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 57*(4), 375-380.
- Kaltenthaler, E., Sutcliffe, P., Parry, G., Beverley, C., Rees, A., & Ferriter, M. (2008). The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: A systematic review. *Psychological Medicine, 38*(11), 1521-1530. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707002607>
- Kanter, J., Manos, R.C., Bowe, W.M., Baruch, D.E., Busch, A.E., & Rusch, L.C. (2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 608-620.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., ...Peters, T.J. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomized controlled trial. *The Lancet, 374*, 628-634.
- Kocalevent, R., Hinz, A., & Brähler, E. (2013). Standardization of the depression screener patient health

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

- questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 551-555. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.04.006>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>
- Larimer, M., Palmer, R., & Marlatt, G. (1999). Relapse prevention: an overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160.
- Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 729-731. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.84.6.729>
- Lewinsohn, P.M., Munoz, R.F., Youngren, M.A., & Zeiss, A.M. (1986). *Control your depression* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R., & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 483-489. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.108.3.483>
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 286-296. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1765>
- Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40(1), 9-24. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S003329170900590X>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266-274. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Witte, S., Loerch, B., & Herzog, W. (2004a). Diagnosing ICD-10 depressive episodes: Superior criterion validity of the patient health questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(6), 386-390. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000080393>
- 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. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00198-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00198-8)
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., . . . Herzog, W. (2004b). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 131-140. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00237-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00237-9)
- Löwe, B., Unützer, J., Callahan, C. M., Perkins, A. J., & Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Medical Care*, 42(12), 1194-1201. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200412000-00006>
- Malhi, G. S., Adams, D., Porter, R., Wignall, A., Lampe, L., O'Connor, N., . . . Mulder, R. T. (2009). Clinical practice recommendations for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 8-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01382.x>
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

York: W.W.Norton.

- Martell, C.R., Dimidjian, S., & Hermann-Dunn, R. (2013). *Beteendeaktivering vid depression - en handbok för terapeuter* (C. Dedjier, övers.). Lund: Studentlitteratur AB. (Originalarbete publicerat 2010)
- Mazumdar, S., Liu, K. S., Houck, P. R., & Reynolds, C.F.III. (1999). Intent-to-treat analysis for longitudinal clinical trials: Coping with the challenge of missing values. *Journal of Psychiatric Research, 33*(2), 87-95.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(4), 383-411  
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x>
- Mojtabai, R. (2009). Unmet Need for Treatment of Major Depression in the United States. *Psychiatric services 60*(3), 297-305.
- Monroe, S.M., & Harkness, K.L. (2005). Life Stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review, 112*(2), 417-445.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.417>
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., . . . Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *The American Journal of Psychiatry, 156*(7), 1000-1006.
- Murray, J.L., & Lopez, A.D. (1996). Evidence-based health policy: Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science, 274*, 740-743.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review, 31*(1), 89-103.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.008>
- Nierenberg, A.A., Petersen, T.J., & Alpert, J.E. (2003). Prevention of relapse and recurrence in depression: The role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *J Clin Psychiatry 64*(15), 13-17.
- Oeland, A., Laessoe, U., Olesen, A. V., & Munk-Jørgensen, P. (2010). Impact of exercise on patients with depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(3), 210-217.  
doi:<http://dx.doi.org/10.3109/08039480903511373>
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., Nolen, W. A., & Vollebergh, W. (2004). Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode: A 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects. *Archives of General Psychiatry, 61*(4), 387-392.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.61.4.387>
- Phillips, W.T., Kiernan, M., & King, A.C. (2003). Physical activity as a nonpharmacological treatment for depression: A review. *Complementary Health Practice Review, 8*(2), 139-152.
- Richards, C.S. & Perri, M.G. (2010). Introduction: The relapse problem in depression. In C.S. Richards & M.G. Perri (Eds.), *Relapse prevention for depression* (pp. 3-23). Washington: American Psychological Association.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1997). Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *The American Journal of Psychiatry, 154*(11), 1593-1598.
- Roman, M. W. (2012). The research basis for Robert Whitaker's "Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in america". *Issues in Mental Health Nursing, 33*(10), 707-711. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.713447>



## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

- Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D.D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., et al. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet interventions*, 1(1), 12-19. doi: 10.1016/j.invent.2014.02.001
- Scott, J., Palmer, S., Paykel, E., Teasdale, J., & Hayhurst, H. (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression: Cost-effectiveness study. *The British Journal of Psychiatry*, 182(3), 221-227. doi:http://dx.doi.org/10.1192/bjp.182.3.221
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse* Guilford Press, New York, NY.
- Simon, G. E. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54(3), 208-215. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00420-7
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2), 87-98.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: Stöd för styrning och ledning*. (Socialstyrelsen, 2010-3-4) Västerås: Edita Västra Aros.
- Spielmann, G.I., Berman, M.I., & Usitalo, A.N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta-analysis, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199(3), 142-149.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Statens Beredning för medicinsk Utredning. (2013). *SBU Kommenterar: Fysisk träning vid depression*. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utredning.  
Från [http://www.sbu.se/upload/SBU\\_kommenterar/Fysisk\\_traning\\_vid\\_depression.pdf](http://www.sbu.se/upload/SBU_kommenterar/Fysisk_traning_vid_depression.pdf)
- Kjellman, B., Martinsen, E.W., Taub, J., Andersson, E. (2008). Kapitel 22: Depression. I Statens folkhälsoinstitut, *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (2. uppl., s. 281-291). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00702-008-0092-x
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 113-120.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 21-28.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the beck depression inventory (BDI) and the self-rating version of the montgomery åsberg depression rating scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 203-216. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00242-1
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. (6th ed., International ed.) Boston, [Mass.]: Pearson.
- Thorndike, F. P., Carlbring, P., Smyth, F. L., Magee, J. C., Gonder-Frederick, L., Ost, L., & Ritterband, L. M. (2009). Web-based measurement: Effect of completing single or multiple items per webpage. *Computers in Human Behavior*, 25(2), 393-401.
- Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126-136. doi:http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2010.550059

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 475-488. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.475>

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. Crown Publishers/Random House, New York, NY. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622195294?accountid=12495>



## Om studien

### Bakgrund

Alla människor upplever perioder av nedstämdhet någon gång i livet. För vissa personer är dessa perioder så pass långa och/eller djupa att man kan använda begreppet depression. Depression kan behandlas med läkemedel och psykoterapi, men forskningen visar tyvärr att alldeles för få får denna hjälp och att dessa behandlingar passar långt ifrån alla.

På Psykologiska Institutionen vid Stockholms universitet, tillsammans med medarbetare från andra universitet, pågår sedan länge forskning kring behandlingar mot psykisk ohälsa. I behandlingsstudien *actua!* vill vi undersöka hur två olika former av Internetbaserad självhjälpsbehandling hjälper mot depression och nedstämdhet. Oavsett behandlingstyp kommer du att ha tillgång till en Internetterapeut som hjälper dig.

När man är deprimerad tappar man lusten att göra saker. De bägge behandlingsvarianterna som erbjuds i denna studie bygger på kunskapen att även motsatsen gäller – om man börjar göra saker (igen) mår man bättre. Genom att kartlägga, schemalägga och utföra aktiviteter som man tycker om – att träna, gå på bio, träffa vänner – är tanken att man ska bryta den onda cirkeln av stillasittande och psykisk ohälsa. *Actua!* är latin och betyder just "aktivera dig!". Aktivering ingår sedan länge som en komponent i kognitiv beteendeterapi (KBT) och tidigare forskning har bekräftat att sådan behandling är hjälpsam för att skapa ett bättre mående.

### Upplägg

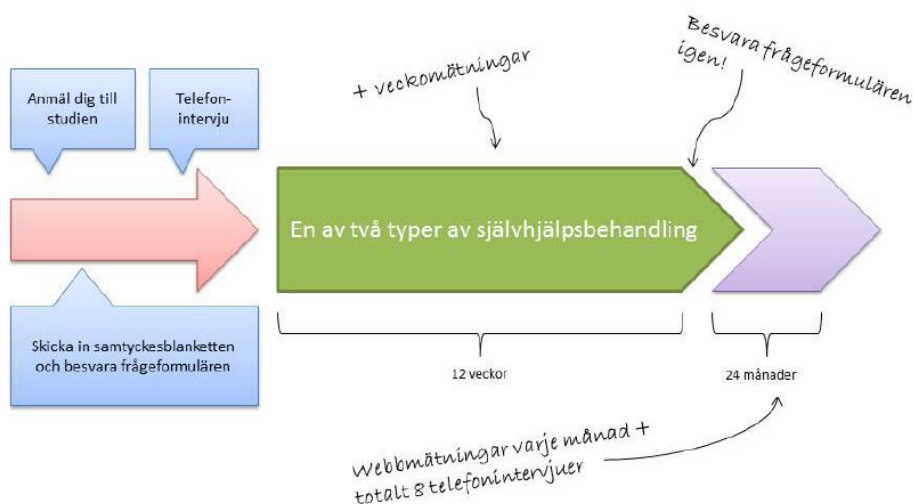
Om du anmäler dig och kommer med i studien kommer du att slumpas till att få en av två behandlingsvarianter. Du kommer alltså inte att kunna välja vilken grupp du hamnar i (av vetenskapliga skäl). Båda behandlingarna har gott stöd i forskningen - det finns alltså ingen "placebo" i denna studie. Vi förväntar oss att båda behandlingsformerna ska hjälpa mot nedstämdhet och vår frågeställning är snarare vilken som hjälper mest.

Under behandlingen kommer du att ha kontakt med en terapeut via Internet. Hur kontakten kommer att se ut beror på i vilken behandlingsgrupp du lottas till. Terapeuterna i denna studie är psykologkandidater under handledning av erfarna, legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter. Läs mer om vilka vi är under rubriken **Om oss**.

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

Båda behandlingsvarianterna pågår under 12 veckor, med start antingen direkt eller efter 12 veckor (vi slumpar fram när du börjar). Under dessa veckor kommer du att få jobba med en behandlingsbok på internet. Varje kapitel innehåller text och övningar och sedan avslutas detta med hemuppgifter. Under behandlingstiden kommer du dessutom att få fylla i två korta självskattningsformulär varje vecka. Efter behandlingen kommer vi under två år att regelbundet följa upp hur det har gått för dig, detta med hjälp av enkäter och telefonintervjuer. Att studera långtidseffekterna av behandling är viktigt och du bör därför vara inställd på att fortsätta svara på frågor om hur du mår även efter att behandlingen är över.

Behandlingarna som erbjuds i denna studie är krävande i tid och engagemang. Som stöd kommer du att ha en terapeut, men det är du som kommer att utföra arbetet. Om du inte har tid för detta i ditt liv just nu är det bättre att vänta med att anmäla sig eftersom ett halvhjärtat behandlingsförsök riskerar att kännas som ett misslyckande. Ifall du är motiverad och känner att detta är rätt för dig har du möjlighet att delta i en vetenskaplig behandlingsstudie som vi tror kommer att hjälpa dig till ett bättre mående.



### Kostnader

Ersättning för deltagande utgår inte, däremot är själva behandlingen kostnadsfri. Eventuella kostnader för exempelvis inköp av dator eller internetuppkoppling betalas dock inte ut. Ingen försäkring är tecknad. Kort och gott: du betalar inget till projektet och projektet betalar inget till dig.

### Etik

Denna behandlingsstudie är godkänd av Etikprövningsnämnden. Vi som arbetar med behandlingsstudien är legitimerade psykoterapeuter, legitimerade psykologer eller psykologer under utbildning. Samtliga har tystnadsplikt enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta behandlingen. Dock förutsätter vi att du vid eventuellt avbrott i behandlingen meddelar oss detta så att vi kan ta bort dig ur studiens administrering. De data som samlas in från undersökningen behandlas under sekretess och ingen obehörig kommer att kunna ta reda på vem som har deltagit eller urskilja någon enskild individ i rapporteringen av resultatet. Utfallet kommer att presenteras i oidentifierad form och i huvudsak beskrivas på gruppnivå. Om du är intresserad kan du få en sammanfattning av resultaten samt kopior på publicerade artiklar.

### Säkerhet

Kontakten med oss sker via ett krypterat kontakthanteringssystem. Till detta behöver du en mailadress. Du kan naturligtvis använda din egen e-postadress i kommunikationen med oss. Om du känner dig osäker på sekretessen på nätet, vilket alla alltid borde göra, och är orolig att någon ska fånga upp dina meddelanden på vägen, rekommenderar vi dig att skaffa en gratis e-postadress hos t ex "Cyber-rights". Tjänsten drivs av företaget Hush Communications som erbjuder kryptering av e-posten. Adressen är: [www.cyber-rights.net](http://www.cyber-rights.net). All e-post du skickar från Cyber-rights är krypterad och kan inte spåras till dig. Den information som vi skickar via vanlig e-post är endast i form av påminnelser. Skulle det vara någon mer känslig information, så som återkoppling på dina svar på frågebatteriet vid anmälan, kommer de meddelandena att skickas inom det slutna kontakthanteringssystemet. Du får då ett meddelande till din e-postadress om att du har ett väntande meddelande i kontakthanteringssystemet, men det står inte vad meddelandet är. Du loggar in i kontakthanteringssystemet med din anonyma automatgenererade studiekod och ett **[självalt starkt lösenord](#)**. Skulle du tappa bort studiekoden eller lösenordet kan du få ett nytt mejlat till dig eller skickat via SMS. För att säkerheten ska bli extra god använder vi även unika engångskoder som skickas ut via SMS (så kallad "två-faktorsautentisering").

### Villkor

För att kunna delta i studien krävs att du skriver ut, skriver under och skickar in en blankett där du skriftligt samtycker till att delta i denna behandlingsstudie och godkänner att vi hanterar dina personuppgifter (läs mer om detta nedan). Skicka den påskrivna samtyckesblanketten till adressen som står högst upp på blanketten. *Du kan skicka blanketten utan frimärke om du adresserar den till: FRISVAR, Psykologiska Institutionen, Per Carlbring, Stockholms Universitet, 20637398, 110 00 Stockholm.*

Blanketten kan du ladda ner **[här](#)**. (För att kunna öppna blanketten behöver du Adobe Acrobat Reader som du säkert redan har installerat. Om inte kan programmet laddas ner **[här](#)**).

### Personuppgiftslagen

De uppgifter vi avser att samla in och behandla är namn, ålder, adress, civilstånd, utbildning, samt dina svar på frågeformulären. Du avgör själv om du vill lämna några uppgifter till oss. Uppgifterna kommer endast att behandlas av oss inom forskargruppen. All resultat behandlas under sekretess, och ingen utomstående kommer att veta att du deltagit eller kunna se hur just du svarade. Svaren

## ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

kommer att sammanställas statistiskt i avidentifierad form, och presenteras så att enskilda personers svar inte kan spåras.

Du har enligt 26 § personuppgiftslagen (1998:204) rätt att gratis, en gång per kalenderår, efter skriftligt undertecknad ansökan ställd till oss, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har också rätt att enligt 28 § personuppgiftslagen begära rättelse i fråga om personuppgifter som vi behandlar om dig.

Personuppgiftsansvarig för denna behandlingsstudie är Stockholms universitet med kontaktperson Per Carlbring, professor, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, Psykologiska Institutionen, Stockholms universitet. Hans kontaktuppgifter finns [här](#).

### Cookies

Den här webbplatsen innehåller så kallade cookies. Enligt lagen om elektronisk kommunikation ska alla som besöker en webbplats med cookies få information om detta, klicka [här](#) för att lära dig mer om cookies!

### Vem vi söker

Vi söker dig som har känt dig påtagligt nedstämd under en längre tid (minst två veckor). På vår webbplats kan du [testa om din depressionsgrad är lagom för studien](#).

Du ska vara minst 18 år gammal, ha daglig tillgång till dator med Internetanslutning och talar, läser och skriver svenska. Om du lider av djup depression eller någon annan problematik som bäst behandlas inom psykiatrin (t ex allvarliga självmordstankar eller psykoser) rekommenderar vi att du söker vård på annat håll. Eftersom detta är en studie där vi vill undersöka effekten av behandling kan du tyvärr inte anmäla dig ifall du den närmaste tiden kommer att få någon annan form av psykologisk behandling. Antidepressiv medicinering går bra, under förutsättning att du inte har ändrat dosen de senaste tre månaderna eller planerar att göra det under den närmsta tiden. Du ska inte heller vara en aktiv och regelbunden motionär och exempelvis gå på gym eller springa intensivt en gång i veckan.

Du kan läsa mer om hur du anmäler dig till studien under rubriken [Anmälan](#) till vänster.

<https://www.iterapi.se/sites/actua/public/1-v-lkommen>



# ACTUA: FÖR LÅNGSIKTIGT VÄLMÅENDE

## Bilaga 2. Samtyckesblankett

FRISVAR  
Psykologiska Institutionen  
Per Carlbring  
Stockholms Universitet  
20637398  
110 00 Stockholm  
Epost: per.carlbring@psychology.su.se  
telefon: 08-163920 eller 0700 400 399

*Skicka den underskrivna blanketten hit  
– inget frimärke behövs!*



### SAMTYCKE ENLIGT PERSONUPPGIFTLAGEN TILL ATT DELTA I STUDIEN:

*Kort- och långtidseffekter av kognitiv beteendeterapi (KBT) respektive fysisk aktivitet vid mild till måttlig depression*

Per Carlbrings forskargrupp rörande studien "Kort- och långtidseffekter av KBT respektive fysisk aktivitet vid mild till måttlig depression" vid Institutionen för psykologi vid Stockholms universitet, härnäst kallad *forskargruppen*, skulle vilja att du lämnar vissa uppgifter om dig själv till forskargruppen. Vi skulle vilja behandla personuppgifter om dig för att få en bild av hur dina problem tar sig uttryck. Detta för att i förlängningen kunna utvärdera och i framtiden utveckla och förfina behandlingen av dessa besvär.

De uppgifter vi avser att samla in och behandla är namn, ålder, adress, civilstånd, utbildning, samt svar på frågeformulär rörande nedstämdhet, ångest samt livskvalitet. Du avgör själv om du vill lämna några uppgifter till oss. Uppgifterna kommer endast att behandlas av oss inom forskargruppen.

Resultatet från undersökningen behandlas under sekretess, och ingen obehörig kommer att veta att du deltagit eller kunna se hur just du svarade. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i identifierad form, och presenteras så att enskilda personers svar inte kan spåras.

Du har enligt 26 § personuppgiftslagen (1998:204) rätt att gratis, en gång per kalenderår, efter skriftligt undertecknad ansökan ställd till oss, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har också rätt att enligt 28 § personuppgiftslagen begära rättelse i fråga om personuppgifter som vi behandlar om dig.

#### **Min namnteckning innebär att:**

- Jag samtycker till att jag deltar i ovan nämnda studien och att forskargruppen behandlar personuppgifter om mig i enlighet med det ovanstående.
- Jag har läst informationen om forskningsprojektet och jag har haft möjlighet att ställa frågor om studien och jag är nöjd med svaren.
- Jag är införstådd med att den information som erhålls i studien kommer att databehandlas och lagras i en elektronisk databas (förutom kontaktinformationen nedan som endast lagras på papper i ett låst skåp så att den elektroniska informationen inte kan kopplas till min identitet eftersom bara studiekoden används på nätet. Dock finns e-postadressen lagrad (krypterat) så jag väljer själv om jag vill använda min vanliga, eller skaffa en anonym via t ex [www.hushmail.com](http://www.hushmail.com)). Om man vill kan man välja att lagra mobilnummer för SMS-utskick av t ex koder och lösenord.
- Jag är införstådd med att jag när som helst kan meddela att jag vill avbryta mitt deltagande utan närmare motivering.

Din studiekod du fått av oss: |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| t ex: 2244abcd

Personnummer: |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| t ex: 701231-1234

Fullständig adress: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBS! Skriv HELA adressen. Exempel: Kalle Anka, Fågelvägen 9, 123 45 Ankeborg**

Epostadress: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (gärna mobil): \_\_\_\_\_

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Egenhändig underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: