



Actua!

En utvärdering av ett internetbaserat
självhjälpsprogram med beteendeaktivering för
behandling av depression

Ida Johansson & Annika Åberg

Vi vill tacka följande personer som på olika sätt bidragit till arbetet med denna examensuppsats: Per Carlbring för möjligheten att delta i detta spännande projekt och för handledning och stöd under arbetet med denna examensuppsats. Jan Bergström för klinisk handledning och värdefulla reflektioner gällande behandling. Våra kollegor i projektet: Johannes Arnesson, Emma Hässledal, Alexander Johansson, Emelie Moberg, Kristina Wirén och Simon Åberg för ett fint samarbete och ert engagemang och stöd. Ingrid Scheele för hjälp med formatering av uppsatsen. Alla deltagare som möjliggjort projektet ACTUA!

ACTUA!

– EN UTVÄRDERING AV ETT INTERNETBASERAT SJÄLVHJÄLPSPROGRAM MED BETEENDEAKTIVERING FÖR BEHANDLING AV DEPRESSION

Ida Johansson och Annika Åberg

Beteendeaktivering är en effektiv behandling vid depression. Forskningen är mer begränsad gällande effekten av internetadministrerad beteendeaktivering. Denna studie utvärderade således behandlingseffekten av två olika internetadministrerade självhjälpsprogram med terapeutstöd. Totalt 42 deltagare med mild till måttlig depression randomiserades, efter bedömning, till två olika behandlingsgrupper och en kontrollgrupp. Behandlingen innehöll åtta textmoduler med tillhörande övningar. En signifikant huvudeffekt av tid påvisades för alla grupper gällande depression och livskvalitet. En signifikant interaktionseffekt påvisades för ångest mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen. Inga signifikanta interaktionseffekter påvisades mellan behandlingsgrupperna. Medelstora till stora inomgruppseffektstorlekar för depression uppmättes i alla grupper. Att någon signifikant skillnad inte kunde påvisas mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen har troligen påverkats av att även kontrollgruppen förbättrats i stor utsträckning, vilket kan bero på depression går i cykler samt årstidsväxlingen från vinter till vår. Resultaten kan problematiseras ytterligare utifrån att inte alla deltagare fullföljde hela behandlingen och att det var få deltagare i varje grupp. Sammanfattningsvis pekar detta på att internetadministrerad beteendeaktivering är effektivt för mild till medelsvår depression och kan vara ett komplement eller alternativ till liveterapi.

Behavioral activation is an effective treatment for depression. There is limited research on internet administered behavioral activation. Hence, this study evaluated treatment effects of two internet administered self-help programs with therapist support. In total, 42 participants with mild to moderate depression were randomized, after assessment, to one of the treatment conditions or a control group. The treatment consisted of eight text modules including exercises. A significant effect of time regarding depression and quality of life was shown for all conditions. A significant interaction effect regarding anxiety was shown between the treatment condition and the control group. No significant interaction effects were found between the two treatment conditions. Moderate to large within groups effect sizes were shown in all groups regarding depression. The reason that no significant interaction effect could be shown between the treatment condition and the control group is probably due to the fact that the control group improved a lot as well. Since depression tends to occur in cycles and be season bound this could have had an impact on the improvement of the control group. The results could be problematized further due to the fact that not all participants completed the treatment and because of small sample sizes. In summary this study indicates that internet administered behavioral activation is an effective treatment for mild to moderate depression and could be a complement or alternative to live therapy.

WHO har förutspått att depression år 2030 kommer att vara det mest omfattande folkhälsoproblemet i hela världen (World Health Organisation, 2008). I en kartläggning av 12-månaders och livstidsprevalens för förstämningssyndrom i sex europeiska länder visade det sig att så många som 14 procent av befolkningen någon gång i livet drabbas av förstämningssyndrom. Egentlig depression var den vanligaste enskilda psykiska sjukdomen (Alonso, Angermayer, Bernert et al., 2004). I Sverige drabbas uppskattningsvis 23 procent av männen och 30 procent av kvinnorna av någon form av depression under sin livstid (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2012).

För att uppfylla kriterierna för egentlig depression enligt det internationella klassificeringssystemet Diagnostisk och Statistisk manual för psykiatriska tillstånd ([DSM-IV-TR], fjärde utgåvan, textreviderad, American Psychiatric Association, 2000) måste först och främst kriteriet nedstämdhet och/eller minskat intresse för dagliga aktiviteter vara uppfyllt. Dessutom måste minst fem av följande nio kriterier vara uppfyllda: trötthet och brist på energi, känslor av värdelöshet, psykomotorisk agitation eller hämning, nedsatt förmåga att tänka eller koncentrera sig, viktproblem, sömnproblem och/eller återkommande tankar på döden. Depressionen måste också orsaka försämrade funktion och lidande för individen.

Att medicinera mot depression har blivit allt vanligare (Socialstyrelsen, 2012) då belastningen på vården i dagsläget är hög och alla patienter inte kan erbjudas samtalsbehandling (Butor, 2006; Larssen & Pettersson, 2002; Myhr, 2007). En metaanalys har visat att antidepressiva preparat är lika effektiva som psykoterapi, även om behandling med det senare har en mer långtidsverkande effekt (Spielman, Berman & Utisalo, 2011). Då tillgängligheten är dålig och kostnaderna är höga för samtalsbehandling kan medicinering som behandlingsform utgöra ett bra alternativ. Dock har behandling med antidepressiva preparat visat sig medföra biverkningar (Porcelli et al., 2011) och den depressionshämmande effekten av läkemedlet försvinner ofta då medicinen sätts ut (Spielman, Berman & Utisalo, 2011).

En rad studier har också dokumenterat betydande behandlingseffekter av kognitiv beteendeterapi (KBT) vid depression. En metaanalys av Jacobsson et al. (1996) visade att KBT var minst lika effektivt för behandling av depression som medicinering, beteendeterapi, andra psykoterapiformer och väntelista. I nuläget finns många olika inriktningar av KBT. Ett av de mest framträdande synsätten gällande behandling av depression är KBT med fokus på aktivering. KBT med fokus på aktivering utgår ifrån hypotesen att patienten genom att bli mer aktiv kommer i kontakt med positiv förstärkning, det vill säga får tillgång till sådant som är belönande. Denna typ av aktivering kallas beteendeaktivering (BA) (Jacobsson et al., 1996).

BA utvecklades ursprungligen under 1970–80 talet av Lewinsohn och bygger på grundläggande inlärningspsykologiska principer (Turner & Leach, 2012). BA fick dock inte speciellt stort genomslag till en början utan uppmärksammades många år senare i samband med publiceringen av en studie av enskilda komponenter i KBT. Denna studie visade att BA som enskild komponent var lika effektivt som KBT i sin helhet när det gällde behandling av depression. Eftersom att aktivering visade sig vara så effektivt kunde det plötsligt ifrågasättas om de kognitiva komponenterna behövdes och BA ökade i popularitet (Jacobssons et al., 1996).

Enligt de teoretiska ramverken i KBT kan depression ses som en ond cirkel eller spiral. Många av de beteenden som är vanligt förekommande vid depression leder ofta till kortsiktiga lösningar som förbättrar sinnestämningen för stunden, men försämrar den på lång sikt. I och med att individen hela tiden tar till beteenden som enbart leder till en kortsiktig lösning på problemen vidmakthålls depressionen och det blir svårare och svårare att ta sig ur den (Addis & Martell, 2007). De beteenden som leder till kortsiktiga lösningar har ofta inslag av undvikande och inaktivitet. Ett sådant beteende kan exempelvis vara att sova bort dagen eller undvika sociala sammanhang. Det finns således ett samband mellan sinnestämning och frekvens av lustfyllda aktiviteter som en individ utför. Deprimerade individer tenderar att utföra färre lustfyllda aktiviteter än

andra och tenderar dessutom att finna färre aktiviteter lustfyllda. Detta gör att de får minskad tillgång till positiv förstärkning (Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007). BA är en behandlingsform där kärnan i behandlingen utgörs av just registrering av lustfyllda aktiviteter (Cuijpers et al., 2007). Metoden syftar till att öka en persons engagemang i funktionella och lustfyllda aktiviteter och samtidigt minska en persons utförande av aktiviteter som vidmakthåller eller ökar risken för en depression. I BA ingår även att identifiera de hinder som minskar tillgång till belöning och som vidmakthåller eller ökar undvikande beteende (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz & Lewinsohn, 2011).

Lewinsohn menar att deprimerade personers beteenden inte kommer att leda till positiv förstärkning i den utsträckning som krävs för att de få funktionella beteenden som finns ska vidmakthållas. Den minskade kontakten med positiv förstärkning kan på så sätt leda till ytterligare passivitet och vidmakthållande av depressionen. På grundval av dessa teorier utvecklade Lewinsohn en behandling som syftade till att öka de interaktioner med omgivningen som gav positiv förstärkning, samt minska de interaktioner som var bestraffande. För att kunna hitta dessa beteenden användes aktivitetslistor över både lustfyllda och aversiva aktiviteter. Genom att undersöka frekvensen av olika aktiviteter kunde patienten sedan tillsammans med sin terapeut förändra den totala andelen förstärkande och bestraffande aktiviteter för att hitta en balans. Genom registrering av aktiviteter blev det tydligt för individen hur interaktioner med omgivningen påverkar depressionen. Nästa steg var att identifiera faktorer som vidmakthöll depressionen och lära sig att hantera dessa på mer adaptiva sätt (Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980).

En nyare form av BA har vidareutvecklats utifrån Lewinsohns teori och ytterligare komponenter har införts. Enligt denna nyare modell av Addis och Martell (2007) är följande delar essentiella i arbetet med att förändra beteendemönster:

- 1) Att lära känna sig själv genom att observera sina beteendemönster och därigenom försöka förändra sina aktiviteter i syfte att förändra sina tankar och känslor i positiv riktning.
- 2) Att ta kontroll över sin sinnesstämning genom att experimentera med beteenden. Detta kan resultera i insikter om att vissa beteenden förändrar sinnesstämningen i en negativ riktning, medan andra beteenden förändrar den i en positiv riktning.
- 3) Att förhindra undvikande beteenden. Ett vanligt sätt att försöka hantera sin depression är att undvika olika saker. Detta kan på lång sikt förvärra depressionen genom att det skapar en ond cirkel.
- 4) Att ta tag i större livsproblem och på så sätt förhindra att depressionen återkommer. Genom att lära känna sig själv och förändra sina beteenden kan individen känna sig stärkt i att ta itu med de livsomständigheter som varit bidragande till depressionen och därigenom kan återkommande depressioner förhindras.

BA i denna form handlar till stor del om att lära sig förstå sina beteendemönster och strategier och att testa nya, mer effektiva handlingsätt för att må bättre (Addis & Martell, 2007).

BA har upprepade gånger visat sig effektivt för att behandla depression. I en metaanalys av behandlingseffekter av BA där 16 randomiserade studier med totalt 453 deltagare med symtom på depression ingick, uppmättes signifikant större behandlingseffekt för behandlingsgruppen än för kontrollgruppen ($d = ,78$) (Mazzucchelli, Kane och Rees, 2009). Ytterligare en metaanalys av data från 16 studier med totalt 780 deltagare visade klara indikationer på att BA var effektivt (Cuijpers et al., 2007). Behandlingseffekter av BA har även utvärderats i en studie av 241 deltagare där en grupp fick behandling med BA, en grupp med traditionell KBT och en grupp fick farmaceutisk behandling (SSRI-preparatet Paroxetin). Alla tre behandlingsformer var effektiva vid behandling av mild depression. Både BA och medicinering utklassade dock KBT som behandlingsform för medelsvår till svår depression (Dimidjian et al., 2006).

BA ses numera som en empiriskt understödd behandling mot depression i forskningens framkant (Dimidjian et al., 2006). BA som behandlingsform är flexibel, anpassningsbar och konkret vilket gör att den går att administrera till människor och regioner som annars kan vara svåra att nå. Att depression beskrivs som en konsekvens av yttre beteenden snarare än inre underlättar när det gäller att nå de populationer där stigma annars kan vara ett stort hinder för behandling. För att få till en större spridning av behandlingsformen behövs dock mer forskning gällande strategier för att införliva BA med modern teknik såsom datorer och internet. Om en större och mer effektiv spridning av BA möjliggörs är behandlingsformen lovande när det gäller att minska det globala problemet med depression (Kanter, Ajeng, Puspitasari, Nagy & Nagy, 2012).

Att studera effekter av psykologisk behandling via internet är ett växande forskningsområde. Att hitta alternativa vägar för behandling av depression är angeläget, då depression är ett betydande folkhälsoproblem som till stor del kan anses vara obehandlat. KBT är en strukturerad behandlingsform som lämpar sig väl för internet (Spek et al., 2007) och de flesta behandlingsprogram som administreras via internet är baserade på denna behandlingsform (Andersson et al., 2008). Internetadministrerad behandling med KBT har evidens för en rad olika tillstånd såsom paniksyndrom, social fobi, PTSD, huvudvärk och mild till medelsvår depression (Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv & Cuijpers, 2009). Internets anonymitet och tillgänglighet gör att det lämpar sig väl för psykologisk behandling och stigmat med att gå och träffa en terapeut undviks (Spek et al., 2007). Internet har visat sig vara ett användbart verktyg för spridning av psykologisk behandling (Carlbring & Andersson, 2006).

Vid behandling via internet måste hänsyn tas till faktorer såsom att alla inte har tillgång till internet, tekniska svårigheter och säkerhet. Behandlingsplattformen bör vara användarvänlig och ett bra sätt att öka säkerheten är att använda SLL-certifikat, krypterad lagring i databaser, anonyma användarnamn, automatisk utloggning och att inte spara webbinnehållet på datorn. Andra mycket viktiga aspekter att ta hänsyn till är att terapeuten finns närmare tillhands vid kriser vid live-terapi och att det sker en mer individuell anpassning efter patientens behov än vid behandling via internet. Därför är det extra viktigt att ha kontaktuppgifter till patientens närmaste akutpsykiatriska mottagning eller vårdcentral, vid händelse av att patienten är i behov av akut psykologisk behandling som inte kan administreras via internet. Det bör också utföras en gedigen bedömning innan behandlingens start så att exempelvis inte en person med organisk skada eller sjukdom deltar i en internetbaserad behandling utan framgång. Det är också viktigt att fånga upp suicidala patienter eller patienter med alltför svår

problematik och istället hänvisa dem till närmaste vårdinstans. Det finns dock alltid en risk att en patients tillstånd kan förvärras under behandlingens gång (Carlbring & Andersson, 2006).

Bristen på direktkontakt och avsaknad av kroppsspråk och mimik är också något som kan minska förståelsen och reducera underliggande mening i språket för både terapeut och patient (Carlbring & Andersson, 2006). I internetbaserade självhjälsprogram kan alliansen eller kontakten mellan terapeut och klient dock upplevas genom kontakten via e-post och genom författarens röst i självhjälpstexterna (Andersson et al., 2012), men det har också visat sig att allians och gemensamma terapeutfaktorer (common factors) har mindre betydelse för behandlingsframgång än vad som tidigare antagits (Carlbring & Andersson, 2006).

I allmänhet behövs någon form av terapeutiskt stöd för att psykologisk behandling ska vara effektiv och behandling utan mänskligt stöd ger betydligt sämre resultat (Andersson et al., 2009). Det terapeutiska stödet vid behandling via internet kan variera från inget stöd alls till minimal kontakt via e-post eller telefon, till lika mycket stöd som i live-terapi (Spek et al., 2007). Internetbaserad psykologisk behandling har tidigare till stor del skett med minimal kontakt mellan terapeut och patient men numera är trenden att kombinera självhjälsprogram med någon form av textbaserad terapeutisk kontakt såsom exempelvis e-post (Carlbring & Andersson, 2006). Vid behandling via internet är det på så vis möjligt att reducera den tid som krävs av terapeuten jämfört med den vid live-terapi och ändå bibehålla effektiviteten i den psykologiska behandlingen. Andra fördelar är att patienten kan arbeta i den takt som passar och återgå till materialet så ofta som det behövs (Spek et al., 2007) och att behandling kan erbjudas på alla tider och platser. Patienten har möjlighet att arbeta och höra av sig på tider när live-terapi inte är möjlig (Carlbring & Andersson, 2006). En studie av Winzelberg (1997) visade att patienterna skickade över hälften av sina meddelanden mellan klockan 18.00–07.00.

I Sverige är en vanlig form av internetterapi en blandning mellan textbaserad självhjälp och e-post terapi. Användningen av e-post är dock ganska begränsad, vanligtvis understiger terapeutens arbetsinsats 100 minuter per patient, för ett 8-10 veckors program. Åtskilliga studier har utförts med denna form av internetterapi under de senaste 13 åren (Andersson et al., 2008). Den första svenska randomiserade studien med denna behandlingsform avseende psykisk ohälsa gällde panikångest. Flera uppföljningsstudier har gjorts på denna första studie och visat på lovande resultat när det gäller reducering av symtom (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius & Andersson, 2001). Denna typ av internetbaserade självhjälsprogram har använts med framgång även vid behandling av en rad andra fysiska och psykiska åkommor såsom tinnitus, kronisk smärta, insomni och social fobi. Övan beskrivna svenska studier har genererat stora effektstorlekar (i ordningen $d = ,80$) likvärdiga med de som uppmäts vid live-terapi (Andersson et al., 2008).

Flera metaanalyser av dator- och internetbaserad psykologisk behandling vid depression har visat att denna typ av behandling är effektiv. I en metaanalys av 12 randomiserade kontrollerade studier av internetadministrerad psykologisk behandling vid depression eller ångest visade det sig att de utvärderade självhjälsprogrammen, speciellt de med terapeutstöd, var effektiva (Spek et al., 2007). Ytterligare effekter av dator- och internetbaserade behandlingar mot depression undersöktes i en annan metaanalys utifrån data från 12 studier med totalt 2446 deltagare. Totalt

administrerades 10 av de 12 behandlingarna via internet och det kunde påvisas en signifikant skillnad mellan behandlingar med terapeutstöd ($d = ,45 - ,77$) och behandlingar utan terapeutstöd ($d = ,14 - ,35$) (Andersson & Cuijpers, 2009). Richards och Richardson (2012), har undersökt effekten av dator- och internetbaserad behandling mot depression utifrån resultaten av 19 randomiserade kontrollerade studier där det ingick totalt runt 3000 deltagare. En medeleffektstorlek på $d = ,56$ uppmättes och effektstorleken skilde sig åt mellan studier med terapeutstöd ($d = ,78$) och studier utan terapeutstöd ($d = ,36$). Sammantaget visar dessa metaanalyser att dator- och internetbaserad behandling mot depression är effektiv och att den största effekten erhålls vid behandling med terapeutstöd. I studier av internetbehandling görs vanligtvis inte någon individanpassning av behandlingen utifrån grad av depression. Dock visade en jämförelse av en mer skraddarsydd KBT behandling via internet och en standardiserad sådan att den skraddarsydda behandlingen gav bättre effekt för de med en svårare grad av depression och/eller komorbiditet (Johansson et al., 2012).

Denna examensuppsats utgjorde en del i ett forskningsprojekt (kallat ACTUA!) vid Umeå Universitet som utvärderar behandlingseffekter av fyra olika internetadministrerade självhjälsprogram med terapeutstöd, för behandling av depression. Behandlingen utgörs av BA alternativt fysisk aktivitet. Målsättningen med hela projektet är att under två års tid löpande rekrytera ungefär 500 deltagare som uppfyller kriterierna för egentlig depression. Denna examensuppsats rör den första rekryteringsvägen och syftet är att utvärdera behandlingseffekten av två olika typer av internetadministrerad BA som behandling vid depression (BA enligt Lewinsohn respektive Addis & Martell).

Hypoteser

1. De grupper som får behandling med BA kommer att uppvisa minskade symtom på depression och ångest samt ökad livskvalitet jämfört med kontrollgruppen, utifrån skattningar på Patient Health Questionnaire: nine item depression scale ([PHQ-9], Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), Generalised Anxiety 7-item Scale ([GAD-7], Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006) och The Quality of Life Inventory ([QOLI], Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992).
2. Den grupp som behandlas med BA enligt Addis och Martell kommer att i jämförelse med den grupp som behandlas med BA enligt Lewinsohn uppvisa minskade symtom på depression och ångest samt ökad livskvalitet, utifrån skattningar på PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), GAD-7 (Spitzer et al., 2006) och QOLI (Frisch et al., 1992).

Metod

Projektet i sin helhet, vilken denna examensuppsats utgjorde en del av, har en longitudinell experimentell design och intervention med randomisering. Den aktuella studien var en randomiserad kontrollerad prövning, där behandlingsutfallet i tre olika betingelser jämfördes. Följande betingelser ingick i analysen: BA enligt Lewinsohn, BA enligt Addis och Martell samt en kontrollgrupp.

Rekrytering

Information om studien spreds via annonser i dagstidningar (Dagens Nyheter och Aftonbladet), på Googles sökmotor, på Umeå och Uppsala universitets hemsida samt via flyers. En länk till studien fanns också på en portal där det kontinuerligt är möjligt att anmäla sitt intresse för att delta i studier av psykologisk behandling (www.studie.nu). Studien presenterades på en webbsida (www.actua.se) som innehöll information samt instruktioner för anmälan och senare utgjorde behandlingsplattform.

Urval

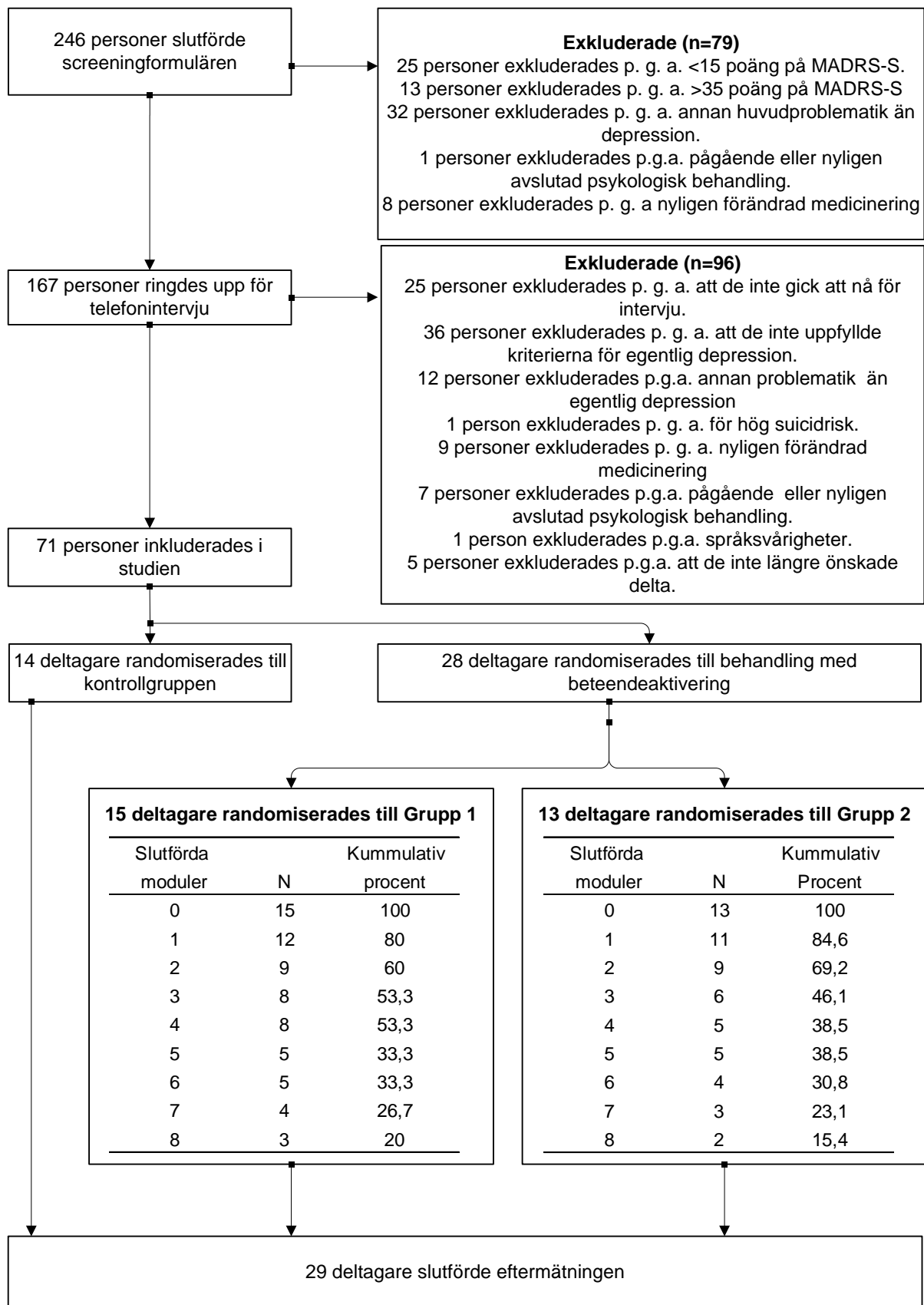
Deltagarna var över 18 år och hade skattat mellan 15-35 poäng på självskattningsformuläret Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale ([MADRS-S], Montgomery & Åsberg, 1979). De uppfyllde även kriterierna för egentlig depression enligt det internationella klassificeringssystemet DSM-IV-TR (APA, 2000). Exklusionskriterier var: mycket svår depression, hög suicidrisk, subkliniska symtom på depression, annan huvudproblematik än depression (t.ex. ångest, bipolär sjukdom, hypomani eller substansbetingad depression), förändrad medicinering med psykofarmaka inom tre månader, pågående psykologisk behandling, somatisk problematik som är känt depressionsframkallande och/eller pågående behandling med läkemedel som är känt depressionsframkallande.

Screening

Vid anmälan ifylldes ett antal olika självskattningsformulär som beskrivs under rubriken utfallsmått. Dessa skattningsformulär syftade till att samla in information om depressionssymtom, ångestsymtom, fysisk aktivitet, livskvalitet, erfarenhet av psykologisk och medicinsk behandling samt demografiska data. MADRS-S (Montgomery & Åsberg, 1979) användes för att screena för subkliniska symtom och svåra symtom på depression. Den nionde frågan i instrumentet användes för att screena för hög suicidrisk (tröskelvärde >4). En kvalitativ bedömning gjordes också av problematik, motivation och erfarenhet av psykologisk och medicinsk behandling. Utifrån denna första screening exkluderades 79 personer.

Övriga 167 personer ringdes upp för en telefonintervju med en semistrukturerad klinisk intervju för DSM-IV, ([SCID-I]; klinisk version, Modul A, förstämningssyndrom, First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999). Telefonintervjuerna genomfördes av åtta psykologstudenter som gick sista terminen på psykologprogrammet. Efter att intervjuerna genomförts hölls remisskonferenser vid två tillfällen där intervjuerna samt projektansvarig medverkande. Efter remisskonferenserna inkluderades totalt 71 deltagare.

Efter studiens start meddelade en person att hen inte längre önskade delta i studien. Alla deltagare tillfrågades om de kunde tänka sig att genomföra eftermätning och totalt 29 deltagare genomförde denna trots avhopp. För en översikt över hela förfarandet, se Figur 1.



Figur 1. Flödesschema över studiens förfarande.

Deltagare

Deltagarna randomiserades till fem olika grupper med 13-15 personer i varje grupp. Fyra grupper fick behandling och den femte gruppen fick stå på väntelista för senare behandling. I denna studie analyseras data från de två behandlingsgrupper som behandlades med BA, samt från kontrollgruppen, sammantaget 42 deltagare.

Tabell 1. Demografisk data för deltagarna vid förmätningen.

	Grupp 1 (n=15)		Grupp 2 (n=13)		Kontroll (n=14)		Totalt (n= 42)	
Kön								
Kvinna	8	(53,3%)	11	(84,6%)	9	(64,3%)	28	(66,7%)
Man	7	(46,7%)	2	(15,4%)	5	(35,7%)	14	(33,3%)
Ålder								
Medel (SD)	42,3	(16,1)	47,5	(15,6)	44,6	(17,7)	44,7	(16,2)
Min-Max	23-69		23-80		23-79		23-80	
Civilstånd								
Gift/Reg.partner/Sambo/Särbo	8	(53,3%)	10	(76,9%)	8	(57,1%)	26	(61,9%)
Skild/Änka/Änkling	1	(6,7%)	2	(15,4%)	2	(14,3%)	5	(11,9%)
Singel/Ensamstående	5	(33,3%)	1	(7,7%)	4	(28,6%)	10	(23,8%)
Annat	1	(6,7%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	1	(2,4%)
Högsta Utbildningsnivå								
Grundskola	1	(6,7%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	1	(2,4%)
Gymnasie/folkhögskola	6	(40,0%)	4	(30,8%)	4	(28,6%)	14	(33,3%)
Eftergymnasial utbildning	8	(53,3%)	9	(69,2%)	10	(71,4%)	28	(64,3%)
Forskarutbildning	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Medicinering								
Ingen	9	(60,0%)	7	(53,8%)	9	(64,3%)	25	(59,5%)
Tidigare	3	(20,0%)	3	(23,1%)	3	(21,4%)	9	(21,4%)
Nuvarande	3	(20,0%)	3	(23,1%)	2	(14,3%)	8	(19,0%)
Psykologisk behandling								
Ingen	4	(26,7%)	7	(53,8%)	5	(35,7%)	16	(38,1%)
Tidigare	11	(73,3%)	6	(46,2%)	9	(64,3%)	26	(61,9%)
Nuvarande	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)

Behandling

Behandlingen utgjordes av ett självhjälsprogram med terapeutstöd via e-post. Programmet innehöll åtta moduler och pågick under 12 veckor. Författare till modulerna var leg. psykolog Lars Ström. Studenter på psykologprogrammets sista termin var behandlare och de fick klinisk handledning av en legitimerad psykolog med lång erfarenhet av behandling via internet. Kontakten med klienterna skedde en gång i veckan samt efter varje avslutad behandlingsmodul. Övrig tid fanns behandlarna tillgängliga för frågor. Alla behandlingsgrupper fick samma mängd terapeutstöd.

Grupp 1. Beteendeaktivering enligt Lewinsohn

Vid starten av behandlingen fick denna grupp information om hur depression kan vidmakthållas och att ökad aktivitet kan öka välmående. Deltagarna fick ett program för BA, vilket utgick från Lewinsohns teorier, som de kunde anpassa utifrån sina egna individuella förutsättningar. Programmet innehöll ett antal olika strategier för beteendemodifiering. För en översikt av behandlingsprogrammet, se Bilaga 1.

Grupp 2. Beteendeaktivering enligt Addis och Martell

Vid starten av behandlingen fick denna grupp samma inledande information som Grupp 1. Denna grupp fick dessutom en rational som baserades på en självhjälpsbok för behandling av depression av Addis och Martell (2007). Programmet innehöll ett antal olika strategier för beteendemodifiering. För en översikt av behandlingsprogrammet, se Bilaga 2.

Kontrollgrupp

Under de 12 veckor som behandlingen pågick stod kontrollgruppen på väntelista. Efter 12 veckor randomiserades deltagarna till en av behandlingsbetingelserna.

Material

Allt material administrerades via behandlingsplattformen med undantag för de kliniska intervjuerna som genomfördes via telefon. Vid anmälan och vid behandlingens slut uppmanades samtliga deltagare (även kontrollgruppen) att besvara frågeformulären PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), GAD-7 (Spitzer et al., 2006) och QOLI (Frisch et al., 1992). Dessutom genomfördes veckomätningar med PHQ-9 och GAD-7. Följande frågeformulär administrerades också vid behandlingens början och slut men analyserades inte i denna studie: International Physical Activity Questionnaire ([IPAQ], Craig, Marshall & Sjöström, 2003), vilket mäter fysisk aktivitet, EQ-5D (Brooks, Rabin & DeCharro, 2003), vilket mäter allmänt hälsotillstånd och The Trimbos/iMTA questionnaire for Cost associated with Psychiatric illness ([TiC-P], Haakkart-van Roijen, Van Straten, Donker, Tiemens, 2002) vilket mäter hälsoekonomiska aspekter.

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale: Självskattningsversion

MADRS-S (Montgomery & Åsberg, 1979) är ett självskattningsinstrument för att mäta nio vanliga symtom på depression utifrån det internationella klassificeringssystemet DSM-IV (APA, 2000). Symtomen skattas på en 6-gradig skala där högre skattningar indikerar högre svårighetsgrad av depression (Fantino & Moore, 2009; Holländare, Andersson & Engström, 2010). En total skattning på mellan 15-35 poäng indikerar en mild till medelsvår depression (Svanborg & Åsberg, 1994). Den nuvarande versionen av MADRS-S uppvisar en moderat korrelation med originalet, vilket visat sig ha god diagnostisk validitet (Montgomery & Åsberg, 1979). Den nuvarande versionen har god intern konsistens med ett Chronbachs alfa värde på ,84 (Fantino & Moore, 2009).

Patient Health Questionnaire 9-item

PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) är ett självskattningsinstrument för att mäta nio vanliga symtom på depression utifrån det internationella klassificeringssystemet DSM-IV (APA, 2000). Skalstegen för de nio första frågorna poängsätts från 0 (inte alls) till 3 (nästan varje dag) och summeras. Instrumentet kan både användas för diagnosticering och för att mäta graden av symtom. PHQ-9 har visat sig ha god intern konsistens med ett Chronbachs alfa värde mellan ,86 och ,89, ha god diagnostisk validitet (Löwe, Gräfe et al., 2004; Löwe B, Spitzer et al., 2004) och vara ett adekvat instrument som utfallsmått för depression (Löwe, Unützer et al., 2004; Löwe, Kroenke et al., 2004).

The seven-item general anxiety scale

GAD-7 (Spitzer et al., 2006) är ett självskattningsinstrument som används för att mäta ångest och screena för Generaliserat Ångestsyndrom. Skalstegen för de sju frågorna poängsätts från 0 (inte alls) till 3 (så gott som dagligen) och summeras. GAD-7 har visat sig ha god intern konsistens med ett Chronbachs alfa värde på ,92. GAD-7 har uppvisat god diagnostisk validitet genom jämförelser med en utifrån DSM-IV (APA, 2000) tidigare diagnosticerad patientgrupp.

Quality of Life Inventory

QOLI (Frisch et al., 1992) är ett självskattningsinstrument som mäter upplevd livskvalitet. Instrumentet innehåller 16 frågor vilka motsvarar 16 områden i livet som kan tänkas ha betydelse för den upplevda livskvaliteten. Ett urval av områden är hälsa, arbete, levnadsstandard, relation till släktingar och relation till barn. Frågorna besvaras utifrån två perspektiv: tillfredsställelse inom varje område (skala 0-3), samt grad av betydelse för varje område (skala 0-2). Totalpoängen varierar mellan -6 till 6, och områden som skattas som betydelsefulla får större vikt än de som skattas som betydelselösa. Instrumentet har visat sig ha god intern konsistens med ett Chronbachs alfa värde mellan ,87 och ,89. QOLI har också uppvisat god validitet vid jämförelser med andra relaterade skattningsskalor som mäter subjektivt välbefinnande.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders, Clinical version, Modul A

SCID-I-CV (First et al., 1999) är en semistrukturerad klinisk intervju för att underlätta bedömning och fastställande av diagnoser utifrån DSM-IV (APA, 2000). Kappavärdet för SCID har varierat för olika diagnoser men har generellt varit kring de värden som rapporterats för andra diagnostiska instrument med god interbedömarreliabilitet. I senare studier med fokus på de specifika diagnoskriterierna har högre kappavärden rapporterats, från 0,70 till 1,00.

Etiska aspekter

Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt, att de hade rätt att avbryta när som helst samt att behandlingen krävde ett aktivt åtagande från deras sida. De fick även information om att de skulle randomiseras till behandling alternativt väntelista. Behandlingen skedde i enlighet med personuppgiftslagen (SFS: 1998:204) och deltagarna gav sitt samtycke till att deras personuppgifter hanterades i en databas. Varje

deltagare fick en egen studiekod och all kontakt skedde via hemsidan. För att logga in på behandlingsplattformen krävdes vid varje inloggning ett personligt lösenord samt en engångskod som erhöles via sms (så kallad dubbel autentisering). Inga data på individnivå kan identifieras i resultaten.

I det fall deltagare var allvarligt deprimerade, suicidala eller vid tveksamheter kring grad eller typ av problematik exkluderades de och uppmanades istället att söka vård på närmaste vårdinstans. Samtliga exkluderade deltagare tilldelades också en lista med självhjälpstlitteratur. Alla som anmält sig hade möjlighet att ställa frågor via hemsidan. Trots omfattande screening fanns fortfarande en risk att personer med svår depression och/eller i behov av medicinsk utredning inkluderats i studien. Det fanns även en risk för försämring och ett förändrat vårdbehov hos deltagarna under studiens gång. Eftersom samtliga deltagare varje vecka fyllde i PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) fanns dock möjlighet att kontrollera deltagarnas mående och vid behov ta kontakt och hänvisa till annan vård.

Studien i sin helhet har prövats och godkänts av Etikprövningsnämnden vid Umeå Universitet i maj 2012 (2012-135-31).

Statistiska beräkningar

För att undersöka om grupperna skilde sig åt avseende demografiska data utfördes Chi-2 tester. Gällande demografisk data specifikt för ålder samt avseende för- och eftermättningsdata användes en envägs ANOVA för att undersöka skillnader mellan grupperna. För att undersöka om det fanns en skillnad mellan grupperna avseende slutförda moduler utfördes ett t-test för oberoende mätningar. Effektstorlekar beräknades med den polade standardavvikelsen med hjälp av formeln: $(M_{\text{före}} - M_{\text{efter}})/((SD_{\text{före}} + SD_{\text{efter}})/2)$, för varje utfallsmått och för varje grupp.

För de 14 deltagare som saknade eftermättningsvärden fördes det senast kända värdet fram. Då data inte saknades slumpmässigt användes en tvåvägs ANOVA med upprepade mätningar för att analysera utfallet av behandlingarna (Gueorguieva & Krystal, 2004). Analys av data skedde i SPSS v.19.

Resultat

Randomiseringen gav likartade grupper och det fanns inga skillnader i demografiska data eller förmättningsdata avseende PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), GAD-7 (Spitzer et al., 2006) eller QOLI (Frisch et al., 1992) (alla $Chi-2 < 5,2$ alla $p > ,21$; $F(2) = ,34$ alla $p = ,72$).

Ett t-test för oberoende mätningar visade på en signifikant skillnad mellan de deltagare som fyllt i eftermätningen och de deltagare som inte fyllt i eftermätningen gällande antalet slutförda moduler ($t(26) = 3,29$, $p = ,003$). Medelvärdet för antal slutförda moduler var 4,78 (SD=2,98) för de deltagare som fyllt i eftermätningen och 1,5 (SD=1,27) för de deltagare som inte fyllt i eftermätningen. Vid ett t-test för oberoende mätningar fanns dock inte någon signifikant skillnad avseende antal slutförda moduler mellan de två behandlingsgrupperna ($t(26) = ,24$, $p = ,81$). Medelvärdet för antal slutförda moduler var för Grupp 1; 3,73 (SD=3,04) och 3,46 (SD=2,96) för Grupp 2.

Som framgår av tabell 2 kunde signifikanta huvudeffekter av tid påvisas för utfallsmåtten PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) och QOLI (Frisch et al., 1992). En signifikant interaktionseffekt kunde påvisas mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen för utfallsmåttet GAD-7 (Spitzer et al., 2006). Mellangruppsseffektstorleken var medelstor ($d = ,63$). Medelstora mellangruppsseffektstorlekar uppmättes också för utfallsmåtten PHQ-9 och QOLI, men ingen signifikant interaktionseffekt kunde påvisas mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen. Som framgår av tabell 3 kunde ingen signifikant interaktionseffekt påvisas mellan Grupp 1 och 2. Dock uppmättes en medelstor mellangruppsseffektstorlek för utfallsmåttet PHQ-9.

För samtliga grupper uppmättes medelstora till stora inomgruppsseffektstorlekar gällande utfallsmåttet PHQ-9 (Kroenke et al., 2001). Som framgår av tabell 2 respektive tabell 3 varierade inomgruppsseffektstorleken mellan grupperna för GAD-7 (Spitzer et al., 2006) och QOLI (Frisch et al., 1992). Medelinomgruppsseffektstorleken för behandlingsgruppen var $d = ,83$ och $d = ,53$ för kontrollgruppen.

Tabell 2. Resultat vid för- och eftermätning av depression, ångest och livskvalitet uppdelat på behandling och ingen behandling

Tidpunkt	Behandling (n=28)		Kontroll (n=14)		ANOVA F (1, 40)	Mellangrups- effektstorlek <i>d</i>	Inomgrupps- effektstorlek Behandling/Kontroll <i>d</i>
	M	SD	M	SD			
Patient Health Questionnaire: nine item depression scale (PHQ-9)							
Före	14,43	4,00	14,14	3,63	T: 30,32***	0,46	Beh: 1,41
Efter	7,46	5,90	9,64	3,48	G: 0,75 I: 1,40		K: 1,27
Generalized Anxiety 7-item Scale (GAD-7)							
Före	9,25	5,02	8,29	3,83	T: 3,63	0,63	Beh: ,73
Efter	5,61	4,92	8,43	4,09	G: 0,58 I: 4,25*		K: -,04
Quality of Life Inventory (QOLI)							
Före	-0,15	1,63	-0,86	1,28	T: 5,83*	0,41	Beh: ,35
Efter	0,41	1,61	-0,30	1,82	G: 2,27 I: 0,00		K: ,36

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

T: Tid, G: Grupp, I: Interaktion

Tabell 3. Resultat vid för- och eftermätning av depression, ångest och livskvalitet uppdelat på de två olika behandlingsgrupperna.

Tidpunkt	Grupp 1 (n=15)		Grupp 2 (n=13)		ANOVA	Mellangrups- effektstorlek	Inomgrups- effektstorlek Grupp1/Grupp2
	M	SD	M	SD	F (1, 26)	<i>d</i>	<i>d</i>
Patient Health Questionnaire: nine item depression scale (PHQ-9)							
Före	13,6	4,37	15,38	3,45	T: 28,78***		0,54 Grp1: 1,59
Efter	6,00	5,20	9,15	6,40	G: 3,26 I: 0,28		Grp2: 1,26
Generalized Anxiety 7-item Scale (GAD-7)							
Före	9,27	4,33	9,23	5,89	T: 9,74*		0,21 Grp1: ,77
Efter	5,13	5,18	6,15	4,76	G: 0,10 I: 0,21		Grp2: ,58
Quality of Life Inventory (QOLI)							
Före	-0,06	1,39	-0,25	1,93	T: 3,62		0,23 Grp1: ,48
Efter	0,58	1,32	0,21	1,93	G: 0,25 I: 0,09		Grp2: ,24

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

T: Tid, G: Grupp, I: Interaktion

Utvärdering

Av de deltagare som ingick i behandlingsgrupperna och fyllde i eftermätningen fyllde 72 procent också i en utvärdering av behandlingen. Resultatet av utvärderingen presenteras uppdelat på de olika behandlingsgrupperna.

Totalt sett var de flesta deltagare i Grupp 1 nöjda med behandlingen, med undantag för ett par personer som upplevde svårigheter att hänga med i behandlingen. Behandlingsmaterialet uppfattades som att det höll god kvalitet och var lättläst. De flesta tyckte att tempot på behandlingen var lagom men en person upplevde tempot som stressigt. De flesta upplevde att behandlingen krävde en stor arbetsinsats men det upplevdes inte som problematiskt. Alla deltagare upplevde att behandlingen varit värdefull och till nytta för dem med undantag för en person som kände sig tveksam. Deltagarna var nöjda med behandlingen av flera anledningar såsom att de mår bättre, att de blivit mer aktiva, att kontakten med handledaren varit givande, att behandlingen gett dem ökad självinsikt, att de fått verktyg för framtiden samt att de fått utmaningar och stimulans. Hälften av deltagarna var inte missnöjda med någonting medan andra upplevt svårigheter med webbsidan och många efterlyste mer kontakt med handledaren. De flesta uppskattade dock kontakten med sin handledare vilken uppfattades som stöttande och uppmuntrande. Samtliga deltagare tyckte att de fått ett annat förhållningssätt till sina problem och alla deltagare utom en var mindre nedstämda efter behandlingen än innan.

Totalt sett var deltagarna i Grupp 2 nöjda med behandlingen. Någon deltagare uttryckte att det var för lite tid och flera uttryckte att de behöver jobba vidare med behandlingen på egen hand. Behandlingsmaterialet bedömdes som bra och av god kvalitet. Det fanns deltagare som tyckte att det var svårt att förstå materialet medan andra tyckte att det var lättläst. De flesta deltagare bedömde att tempot i behandlingen var lite för snabbt. Vissa hade svårt att hinna med på grund av jobb och andra aktiviteter, medan andra beskrev att det inte riktigt fanns tid för att kunna arbeta på djupet och låta insikterna sjunka in. De flesta upplevde att de behövt göra en krävande och stor arbetsinsats, vilken ändå gett dem positiva resultat. Alla deltagare tyckte att behandlingen varit mycket värdefull och gett dem viktiga kunskaper och insikter för framtiden. Deltagarna var nöjda med behandlingen då den gett dem bättre självinsikt, verktyg för att hantera depressionen och lett till förändringar. Någon deltagare beskrev en känsla av att ha blivit tagen på allvar och någon annan beskrev en insikt om att inte vara ensam. Några deltagare var missnöjda med tiden och tempot för behandlingen och någon med att övningarna var för komplicerade. De flesta uppskattade kontakten med sin handledare vilken uppfattades som stöttande och uppmuntrande. Deltagarna upplevde att de fick bra återkoppling och reflektioner som ledde till ökad förståelse. De kände sig både bekräftade och utmanade. Samtliga deltagare tyckte att de fått ett annat förhållningssätt till sina problem och att de var mindre nedstämda efter behandlingen än innan.

Diskussion

Syftet med denna studie var att utvärdera och jämföra behandlingseffekten av två olika former av BA gällande depression, ångest och livskvalitet. Vad gäller depression och

livskvalitet fanns ingen skillnad i behandlingseffekt mellan att få behandling och att stå på väntelista, utan alla deltagare blev förbättrade oavsett behandling. I enlighet med den första hypotesen, visade det sig att det gällande ångest gav en större effekt att få behandling än att stå på väntelista, där de som fick behandling blev förbättrade i större utsträckning än de som inte fick det. Denna behandlingseffekt var medelstor. Hypotesen att det skulle finnas en större behandlingseffekt för Grupp 2 än för Grupp 1 kunde inte bekräftas och någon signifikant skillnad mellan grupperna kunde inte påvisas för något av utfallsmåtten. Utvärderingen visade att deltagarna huvudsakligen var nöjda med behandlingen och upplevde minskad nedstämdhet.

Utifrån vår hypotes förväntade vi oss att få en interaktionseffekt mellan grupp och tid på alla utfallsmått och därmed kunna påvisa en skillnad i behandlingseffekt beroende av grupptillhörighet. Att få behandling visade sig alltså vara mer effektivt än att stå på väntelista gällande ångest, medan detsamma inte gällde för depression. Det är intressant att resonera kring orsakerna till detta då behandlingen syftade till att reducera symtom på depression. Ångest är till skillnad från depression inte årstidsbunden på ett lika tydligt sätt och det kan tänkas att den spontanförbättring som skett för kontrollgruppen gällande depression till stor del har att göra med det ökade ljuset och vårens ankomst. Våren har troligen inte haft samma påverkan gällande ångestnivån hos deltagarna vilket kan förklara att grupperna skilde sig åt gällande detta utfallsmått, då det antagligen istället är själva behandlingen som gett effekt. Vidare innehåller behandlingen en del interventioner som även kan tänkas vara effektiva mot ångest, såsom exempelvis beteendexperiment, kognitiv omstrukturering och övningar i acceptans och mindfulness. Aktiveringen i sig kan också ge en känsla av bemästrande vilket kan dämpa ångest och dåligt samvete över oföretagsamhet.

Att någon signifikant interaktionseffekt inte kunnat påvisas för utfallsmåttet för depression beror troligen på att även kontrollgruppen förbättrats mycket under behandlingens gång. Förutom att depression som nämnt ofta är årstidsbunden går depression ofta dessutom i cykler och spontanförbättring förekommer (Kelly, 2005). Ytterligare en förklaring till kontrollgruppens förbättring kan även vara att deltagarna varje vecka fick fylla i veckomätningar, vilket kan ha bidragit till en ökad medvetenhet kring depressionen och i sin tur lett till reducerade symtom. Även medvetenheten om den förestående behandlingen kan ha förbättrat sinnestämningen hos deltagarna. Det är inte ovanligt att personer som väntar på behandling förbättras på det här sättet under studiens gång. Två nyligen genomförda studier av behandling via internet redovisade resultat där det gav effekt att stå på väntelista även om dessa effekter var mindre än de som uppmättes i behandlingsgrupperna (Carlbring et al., 2012; Ström & Uckelstam, 2012).

Att någon signifikant skillnad inte kunde påvisas mellan de två behandlingsgrupperna gällande något utfallsmått kan bero på att innehållet i de olika behandlingsprogrammen var mer likvärdigt än vad som var intentionen. Behandlingsprogrammet för Grupp 1 utgick från Lewinsohns (1980) teori som syftade till att individen ska utföra aktiviteter som ger en ökad interaktion med positiv förstärkning och minska de aktiviteter som är bestraffande. Behandlingsprogrammet för Grupp 2, vilket hade en mer utförlig rational, utgick från Addis och Martells (2007) teori och har, förutom fokus på aktivering, också haft ett mer kognitivt perspektiv med större fokus på att förändra tankar och känslor. Denna form av BA fordrar egenobservation, kognitivt förändringsarbete och

identifiering av inre beteenden. Detta ställer krav på förståelse av de egna beteendemönstren och handlingsätten. Utifrån de presenterade resultaten är det möjligt att Addis och Martells form av BA varit alltför abstrakt och svåröverskådlig för deltagarna och därför gett en mer likvärdig behandlingseffekt som vid behandling med BA enligt Lewinsohn. Den orkeslöshet och de kognitiva svårigheter som kan förekomma vid depression kan utgöra ett stort hinder vid behandling med BA enligt Addis och Martell. Denna form av BA innehöll också mycket text och många uppgifter, vilket ytterligare kan ha försvårat genomförandet av behandlingen. Den inledande hypotesen formulerades utifrån att denna mer innehållsrika behandling med rational förväntades tillföra något extra och ge en större förståelse för den egna depressionen, men detta verkar inte ha haft någon betydelse för behandlingseffekten.

Inom grupperna uppmättes generellt sett små effekter gällande utfallsmåttet för livskvalitet. Detta kan bero på att livskvalitet skulle kunna vara en mer oberoende faktor än vad depression och ångest är och i större utsträckning påverkas av yttre omständigheter. Även om frånvaro av depression och ångest troligen har betydelse för den upplevda livskvaliteten kan det finnas många fler faktorer som påverkar denna upplevelse. Alla faktorer kan inte påverkas genom psykologisk behandling (Frisch et al., 1992). De förändringar i livsomständigheter som eventuellt krävs för att påverka den upplevda livskvaliteten kan ta längre tid att genomföra och uppleva effekten av. Att studera långtidseffekter av behandlingen skulle möjligen generera större upplevd förbättring gällande livskvalitet.

Forskningen har under det senaste decenniet pekat mot att internetbaserad psykologisk behandling mot depression är effektivt (Spek et al., 2007) vilket även denna studie nu visat på. Att BA är en effektiv behandlingsmetod mot depression är känt sedan länge och resultaten av denna studie visar på en förbättring av depression i samtliga grupper, vilket är i linje med de resultat som presenterats i tidigare studier (Jacobsson et al., 1996; Mazzucchelli et al., 2009; Cuijpers et al., 2007; Dimidjian et al., 2011). Den forskargrupp som utvärderat samma slags internetadministrerade självhjälpsprogram under de senaste 13 åren har funnit evidens för att denna typ av program fungerar för en rad olika fysiska och psykiska besvär. Stora effektstorlekar har kunnat påvisas (Andersson et al., 2008) i likhet med de som uppmäts i detta behandlingsprogram.

Denna studie har dock en del svagheter. En klar svaghet är inledningsvis att det är ett relativt litet urval. Grupperna skilde sig inte åt vid starten av behandlingen gällande demografiska data eller förmättningsdata men då det endast ingår 13-15 deltagare i varje grupp påverkas generaliserbarheten. Ett lågt antal deltagare ger en låg statistisk power och en signifikant interaktionseffekt hade troligen kunnat påvisas mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen även för utfallsmåtten gällande depression och livskvalitet om deltagarantalet varit större (Olinsky, Schumacher & Quinn, 2012). De medelstora mellangruppseffektstorlekar som uppmäts är en indikation på detta. Möjligheten att generalisera studiens resultat till en bredare population kan påverkas ytterligare av att urvalet troligen inte är representativt för befolkningen. Inledningsvis är personer som saknar goda kunskaper i svenska en grupp som inte haft samma möjlighet att delta i behandlingen. Syftet med internetadministrerad psykologisk behandling är att nå ut till alla grupper i samhället, men risken finns ändå att en specifik grupp varit mer benägen att anmäla intresse för denna studie, då en stor del av deltagarna erhållit information om studien via annonser i DN och på Umeå och Uppsala

universitets hemsidor. Demografiska data visar att över 60 procent av deltagarna har en eftergymnasial utbildning jämfört med knappt 40 procent av hela svenska befolkningen (Statistiska Centralbyrån, 2010). Vidare finns risken att resultaten gällande utvärderingen blir missvisande, då det kan hända att de deltagare som var nöjda med sin behandling och upplevde minskad nedstämdhet, varit mer benägna att svara på utvärderingen. De som inte genomfört eftermätningen slutförde i genomsnitt också färre moduler vilket kan bero på att de var missnöjda med behandlingen.

Att deltagarna kommit olika långt i behandlingen vid eftermätningen och att alla inte slutförde alla moduler, påverkar med vilken säkerhet det går att uttala sig om effekten av behandlingen. Resultatet kan ha påverkats på så sätt att en mindre effektstorlek erhöles för behandlingsgruppen än om alla deltagare slutfört samtliga moduler, då det kan antas att ett större antal genomförda moduler ger en större förbättring. Troligen hade en signifikant skillnad mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen kunnat påvisas om alla deltagare slutfört behandlingen. De flesta av behandlarna har upplevt att det har varit en stor utmaning att motivera deltagarna till att komma vidare i och fullfölja behandlingen. Det har också varit svårt att kontrollera för hur noga och konsekvent deltagarna genomfört behandlingen. Det går inte att svara på om de deltagare som bidragit med utförliga reflektioner och fyllt i arbetsbladen noggrant, även i praktiken har genomfört övningarna. Utifrån detta är det svårt att säga om det är antalet slutförda moduler som har haft betydelse eller om det är kvaliteten på det genomförda arbetet.

Flera av de vanliga symtomen vid depression såsom trötthet och brist på energi, känslor av värdelöshet och nedsatt förmåga att tänka eller koncentrera sig (APA, 2000) kan i hög utsträckning ha påverkat om deltagarna klarade av att genomföra behandlingen eller inte. Vid starten av behandlingen var behandlingsplattformen helt ny och under uppbyggnad. På grund av detta skedde det de första veckorna en del tekniska förändringar och flera deltagare fick tekniska problem när de försökte besöka sidan. Detta kan i viss utsträckning skrämt bort deltagare. Speciellt de som har bristande motivation eller känner sig obekväma framför en dator. De kognitiva förvrängningar som förekommer vid depression kan göra motgångar extra svåra och det kan vara lätt hänt att individen ger upp.

Det är också möjligt att anledningen till att många deltagare har genomfört få moduler eller har slutat med behandlingen är att de av olika anledningar spontant börjat må bättre. I det fallet har antalet genomförda moduler en liten betydelse för behandlingsframgång. Ett vanligt fenomen vid studier av psykologisk behandling är också så kallad regression till medelvärde. Detta innebär att personer med höga värden vid den första mätningen tenderar att vid upprepade mätningar närma sig medelvärdet. Detta kan bero på att individer ofta väljer att söka vård i en period när depressionen är som svårast med mycket symptom. Det är utifrån detta svårt att säga om en behandlingseffekt beror på regression till medelvärde eller att behandlingen i sig faktiskt varit effektiv (Adams, Houle, Parker & Burke, 2012). Det kan tänkas att detta fenomen haft stor betydelse framförallt för kontrollgruppens förbättring. Dock har regression till medelvärde troligtvis också haft en stor betydelse för behandlingsgruppen, då många deltagare inte har gjort mer än någon enstaka modul. Att behandlingsgruppen trots allt erhöles en större förbättring än kontrollgruppen gällande

ångest och en stor förbättring inom gruppen gällande depression kan troligen ändå härledas till att behandlingen haft en effekt.

En annan faktor som kan ha påverkat resultatet är att alla deltagare i en grupp fick samma moduler, oavsett funktionsnivå. Genom screening har de deltagare som varit alltför deprimerade exkluderats. Dock kan även andra hinder föreligga vilka inte har kontrollerats för. Vissa deltagare har haft en mer komplex problematik än vad som framkom vid screeningen. En brist med behandlingen är således att den inte är individanpassad i högre utsträckning. Den enda individanpassning som skett är att kontakten via e-post såg olika ut mellan varje terapeut och klient och anpassades efter varje deltagare. Enbart i forskningshänseende hade det varit önskvärt med en standardiserad kontakt via e-post men att ha en fullständigt standardiserad e-post kan likställas med att en dator skickar ut meddelanden. Syftet med att inte ha en standardiserad kontakt via e-post var således att en viss individanpassning möjliggjordes och att varje deltagare skulle känna sig bekräftad. Utifrån att tidigare forskning har visat att behandling utan mänskligt stöd ger betydligt sämre resultat (Andersson et al., 2009) eftersträvades det att kontakten skulle vara personlig.

Då terapeutstöd har stor betydelse för behandlingsframgång skulle psykologisk behandling via internet kunna vara ett alternativ eller komplement till den stora förskrivning av antidepressiva preparat som ökar för varje år (Socialstyrelsen, 2012). Behandling via internet ger inga kända biverkningar och har i studier också visat sig ge långtidseffekter på samma sätt som vid liveterapi (Bockting, Spinhoven, Wouters, Maarten, Koeter & Schene, 2009; Andersson, Hesser, Hummerdal, Nordgren & Carlbring, 2013). Det är dock betydligt mer kostnadseffektivt med behandling via internet än med liveterapi förutsatt att terapeuten i större utsträckning begränsar tiden hen lägger ner på varje patient. Den tid det tar att träffa en klient varje vecka inkluderat förberedelser och efterarbete överskrider oftast behandlingstiden vid psykologisk behandling via internet, även då internetbehandlaren är ovan. Tiden behandlaren lägger ned kan dock variera beroende på patientens aktuella problem. Internetterapi tycks fungera bra för personer med hög funktionsnivå utan komplex problematik (Andersson et al., 2009).

För personer där kontakt med psykiatri eller vårdcentral inte är aktuell på grund av för lindrig problematik kan självhjälpsböcker vara ett alternativ. Idag finns en stor marknad för självhjälpplitteratur och den ökade försäljningen visar att det finns ett behov av och intresse för psykologisk självhjälpsbehandling (Holmborg, 2009, 14 maj). Då det kan utgöra ett stigma att söka psykologisk behandling kan steget att ta kontakt med psykiatri eller vårdcentralen vara för stort för många människor. Rent praktiska hinder såsom exempelvis resväg, oregelbundna arbetstider eller dålig ekonomi kan också försvåra möjligheten att gå i samtalsbehandling. En självhjälpsbok kan dock aldrig erbjuda mänskligt stöd och då detta har stor betydelse för behandlingsframgång, oavsett om det ges i en vanlig terapisesion eller via mailkontakt (Andersson & Cuijpers, 2009; Richards & Richardson 2012) kan psykologisk behandling via internet vara ett bättre alternativ för många människor. Det är därför eftersträvansvärt att öka tillgängligheten till internetadministrerad behandling.

Gällande patienter med svår problematik väcks frågor kring hur behandlingen kan individanpassas, både utifrån etiska aspekter samt utifrån patientens funktionsnivå. I det fall då det handlar om svår depression eller komplex problematik kan ett mer

omfattande terapeutstöd med mindre betoning på självhjälp vara nödvändigt. Det kan också behövas en mer omfattande bedömning innan behandlingens start för att kunna individanpassa behandlingen i större utsträckning. Om en patient är suicidbenägen är behandling via internet i dagsläget inte ett bra alternativ då en intensivare kontakt är nödvändig. För patienter med en svårare problematik har tidigare studier av behandling via internet visat att en mer individanpassad behandling ger bättre resultat än en standardiserad sådan (Johansson et al., 2012).

Depression är ett växande folkhälsoproblem (WHO, 2008) och vården idag har inte de resurser som krävs för att adressera detta. Inom primärvården, som är den första instans dit patienter ska vända sig, saknas idag till stor del kompetensen att bedriva psykologisk behandling för de med mild till medelsvår depression. Trycket på psykologer och kuratorer inom denna vårdinstans är i dagsläget stort med långa vårdköer (Butor, 2006; Larssen & Pettersson, 2002; Myhr, 2007) och det krävs nya lösningar och ökade resurser för att komma tillrätta med detta problem. Internetbehandling är inte svaret på hela frågan men kan mycket väl vara en del av lösningen. Då väntetider för psykologisk behandling i många fall är långa kan behandling via internet erbjudas som ett alternativ till samtalsbehandling, under tiden patienten väntar på vård eller som ett komplement till live-terapi, för att minska belastningen på sjukvården samtidigt som patientens behov tillgodoses.

Sammanfattningsvis pekar resultaten för denna studie på att denna form av internetadministrerad BA är en effektiv behandling för mild till medelsvår depression. I framtida studier kan det vara intressant att undersöka hur behandling via internet kan individanpassas i högre utsträckning utan att kostnadseffektiviteten påverkas. Det kan därmed även vara viktigt att titta på vilka deltagare som tenderar att fullfölja en behandling eller inte, för att kunna förebygga avhopp och göra behandlingen mer användarvänlig och attraktiv för varje individ. Det vore också intressant att undersöka om en ökad trofasthet till och fullföljande av behandlingen kan minska risken för återfall. Forskning gällande behandling via internet är ett relativt nytt område som redan genererat lovande resultat och detta är bara några av de utmaningar som finns när det gäller att fortsätta utveckla effektiv internetadministrerad psykologisk behandling.

Referenser

- Adams, C. E., Houle, T. T., Parker, J. D., & Burke, R. S. (2012). Examining Changes in Depressive Symptoms During Substance Abuse Treatment in the Context of Regression to the Mean. *Addictive Disorders & Their Treatment, 11(4)*, 183-194.
- Addis, M. E., & Martell, C. R., (2007). *Ta makten över depressionen steg för steg, förändra dina vanor – Förbättra ditt liv*. Natur och kultur, Stockholm.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Almansa, J. (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)*, 21-7.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldo, V., ... Waara, J. (2008). Development of a New Approach to Guided Self-Help via the Internet: The Swedish Experience. *Journal of Technology in Human Services, 26(2-4)*, 161-181.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Ekselius, L., & Carlbring, P. (2004). Delivering Cognitive Behavioural Therapy for Mild to Moderate Depression via the Internet: Predicting Outcome at 6-Month Follow-Up. *Verhaltenstherapie, 14(3)*, 185-189.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlov, J., & Cuijpers, P. (2009). What Makes Internet Therapy Work? *Cognitive behaviour therapy, 38(1)*, 55-60.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*, 196-205.
- Andersson, G., Hesser, H., Hummerdal, D., Nordgren, L. B., & Carlbring, P. (2013). A 3.5-year follow-up of Internet-delivered cognitive behavior therapy for major depression, *Journal of Mental Health, 22 (2)*, 155-164.
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C., Bertholds-Lundborg, L., ... Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, general anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 544-550.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & Lindfors, J. (2006). *BDI - II: Beck Depression Inventory: Manual, svensk version*. (J.Lindfors Trans.). Stockholm: Psykologiförlaget AB.
- Bockting, C.L., Spinhoven, P., Wouters, L.F., Koeter, M.W., & 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*, 1621-1628.
- Brooks, R., Rabin, R., & De Charro, F. (2003). *The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ-5D: A European Perspective: Evidence from the EuroQol BIO MED Research Programme*. Kluwer Academic Publishers: Rotterdam.
- Butor, P. M. (2006). *Psykologisk och terapeutisk kompetens inom primärvården – utvärdering av samarbetet mellan Psykiatri Södra och Vårdcentralerna i upptagningsområdet*. Stockholm, Sverige: Stockholms läns sjukvårdsområde.
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., & Andersson, G., (2012) Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.020>.

- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldov, ... Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1321-1333.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet - A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32, 751-764.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and Psychological Treatment. How Well Can They Be Combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545-553.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., & Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*, 35(8), 1381-95.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 27(3), 318-26.
- Dimidjian, S., Barrera, M., 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.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., & Kohlenberg, R. J. (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.
- Fantino, B., & Moore, N. (2009). The self - reported Montgomery - Åsberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 9 (26), 1 - 6.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- 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*. Danderyd: Pilgrim Press.
- 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, 92-101.
- 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.
- Haakkart-van Roijen, L., Van Straten, A., Donker, M., & Tiemens, B. (2002). *Manual Trimbos/iMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric illness (TiC-P)*. Institute for Medische Technology Assessment, Erasmus University Rotterdam: Rotterdam.
- 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), e49.
- Holmborg, N. R., (2009, 14 maj). Krisen ökar försäljning av självhjälpböcker. Dagens Nyheter. Hämtad 24 april 2013 på <http://www.dn.se/dnbok/dnbok-hem/krisen-okar-forsaljning-av-sjalvhjalsbocker>
- Houghton, S., Curran, J., & Saxon, D. (2008). An Uncontrolled Evaluation of Group Behavioural Activation for Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 235-239.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... Prince, S. E. (1996). A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.

- Johansson, R., Sjöberg, E., Sjögren, M., Johnsson, E., Carlbring, P., Andersson, T., ... Andersson, G. (2012). Tailored vs. standardized Internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *7*(5), e36905.
- Kanter, J. W., Ajeng, J., Puspitasari, M. M., Nagy, S., & Nagy, G. A. (2012). Behavioral activation: history, evidence and promise. *British Journal of Psychiatry*, *200*, 361-363.
- Kelly, M. A. R., (2005). Recovery from depression: Factors impacting non-treatment related improvements in depressive symptomatology. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *66* (8-B), 4485.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*, *16*(9), 606-613.
- Larssen, V. K. & Pettersson, P. (2002). *Psykolog på vårdcentralen – möjligheter och begränsningar med korta terapier*. Psykologexamensuppsats. Göteborgs universitet.
- Lewinsohn, P.M., Sullivan, M. J., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: an Approach to the Treatment of Depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *17* (3), 322-3.
- Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Witte, S., Loerch, B., & Herzog, W. (2004). Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychother Psychosom*, *73*, 386 - 390.
- 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). *J Affect Disord*, *81*, 61-66.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., ... Herzog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*, *78*, 131 - 140.
- 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*, 1194 - 1201.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, *134*, 382-389.
- 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.
- Myhr, U. (2007). *Psykologer i första linjen: primärvårdspsykologernas arbetsförhållanden och psykosociala arbetsmiljö - En enkät- och intervjustudie*. Specialarbete i klinisk psykologi: Landstinget i Kalmar län.
- Olinsky, A., Schumacher, P., & Quinn, J. (2012). The Importance of Teaching Power in Statistical Hypothesis Testing. *International Journal for Mathematics Teaching and Learning*, Hämtad 13 maj 2013, från <http://www.cimt.plymouth.ac.uk/journal/olinsky.pdf>.
- Perini, S., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*, 571-578.
- Porcelli, S., Drago, A., Fabbri, C., Gibiino, S., Calati, R., & Serretti, A. (2011). *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *36* (2), 87-113.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*, 329-342.

Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., & Alfred Lange, A. (2009). Standardized web-based CBT of mild to moderate depression: A randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 206-221.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Socialstyrelsen. (2012). *Läkemedel – Statistik för år 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet- based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319-328.

Spielmans, 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, 142-9.

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), 1092-7.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom – en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm, Sverige: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statistiska Centralbyrån. (2010). *Befolkningens utbildning*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

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, 21-28.

Turner, J. S., & Leach, D. J. (2012). Behavioral Activation Therapy: Philosophy, Concepts and Techniques. *Behavior Change*, 29 (2), 77-96.

Uckelstam, C. J., Ström, M. (2012). *Guided physical activity for depression: A randomized controlled trial of an internet administered treatment*. Opublicerad D-uppsats. Umeå Universitet.

Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10, e44.

Winzelberg, A. (1997). The analysis of an electronic support group for individuals with eating disorders. *Computers in Human Behavior*, 13, 393-407.

World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004, Reviderad*. WHO, 2008.

Övrigt material och behandlingsplattform. (2012). Besökt 08-05-13 på www.actua.se

Bilaga 1 – Behandlingsprogram

BA utan rational

Modul 1 - Inledning

- Psykoedukation kring depression: tecken och symtom.
- Förklaringsmodell till depressionen: förändrade livsomständigheter som orsak och onda cirklar som vidmakthållande.
- Verktyg och övningar:
 - Aktivitetsdagbok med tillhörande skattningar av nöje respektive prestation.
- Kontakt med handledaren.

Modul 2 - Nöjesaktivitet

- Kartläggning av överskotts- och underskotts beteende.
- Verktyg och övningar:
 - Yttre och inre beteenden: För mycket och för lite?
 - Öka nöjesaktiviteterna: Kartlägg, lista aktiviteter, välj ut, kontrakt med sig själv, hantera NAT, fokusera, utvärdera.
- Kontakt med handledaren.

Modul 3 – Fysisk aktivitet

- Fysisk aktivitet mot nedstämdhet och depression.
- Verktyg och övningar:
 - Promenadtest
 - Öka vardagsaktiviteten.
 - Aktivitetsdagbok: Fysiska och nöjesaktiviteter med tillhörande skattningar av sinnestämning.
- Kontakt med handledaren.

Modul 4 - Relationsaktiviteter

- Tekniker för kommunikation med andra.
- Verktyg och övningar:
 - Kartläggning av relationer.

- Planera in tre relationsaktiviteter.
- Fortsätt med tidigare aktiviteter som fungerar.
- Kontakt med handledaren.

Modul 5 – Aktiv närvaro

- Att ta emot intryck och avstå från åsikter.
- Mindfulness
- Verktyg och övningar:
 - Mindfulnessövning i vardagen: Närvaro under promenad, Närvaro i andningen.
 - Fortsätt med tidigare aktiviteter som fungerar.
- Kontakt med handledaren.

Modul 6 – Att göra något jobbigt

- Energi och motivation
- Komma igång med en del i taget.
- Verktyg och övningar:
 - Dela upp en uppgift i delar.
 - Fortsätt med tidigare aktiviteter som fungerar.
- Kontakt med handledaren.

Modul 7 – Att arbeta mot mål

- Att arbeta mot mål
- Verktyg och övningar:
 - Att hitta mål.
 - Att uppnå ett kortsiktigt mål.
 - Att arbeta med långsiktiga mål och visioner.
 - Fortsätt med tidigare aktiviteter som fungerar.
- Kontakt med handledaren.

Modul 8 – Att hantera känslor

- Att hantera känslor.
- Att hantera problem som inte har en lösning.
- Att hantera svåra känslor.
 - Identifiera känslan.
 - Stanna kvar i och "surfa" på känslan.
 - Förändra det som behöver förändras.
 - Gå ur känslan – fokusera på något annat.
- Verktyg och övningar:
 - Fortsätt med tidigare aktiviteter som fungerar.
 - Kontakt med handledaren.

Bilaga 2 – Behandlingsprogram

BA med rational

Modul 1 – Analysera ditt mående

- Psykoedukation kring depression: tecken och symtom.
- Förklaringsmodell till depression: förändrade livsomständigheter som orsak och onda cirklar som vidmakthållande.
- Verktyg och övningar:
 - Förändringar i livet under det senaste halvåret.
 - Stimulans som försvunnit till följd av förändringar i livet.
 - Att identifiera vilka symtom på depression som finns.
 - En aktivitetsdagbok med tillhörande skattningar av sinnesstämning.
- Kontakt med handledaren.

Modul 2 – Gör ett experiment

- Verktyg och övningar:
 - Att planera experiment med två situationer från aktivitetsdagboken och prova alternativa beteenden i dessa situationer.
 - Att skriva ett kontrakt med sig själv på att genomföra experimentet.
 - Att utföra experimentet minst tre gånger.
 - Utvärdering av resultatet av experimentet.
 - Att skapa en lista över alternativa beteenden för fler beteenden som påverkar ens sinnestämning i olika situationer.
- Kontakt med handledaren.

Modul 3 – Undvikandefällan

- Psykoedukation kring undvikande och hur det vidmakthåller depressionen.
- Verktyg och övningar:
 - Hitta undvikanden i tidigare aktivitetsdagböcker.
 - Analysera undvikandemönster och identifiera långsiktiga konsekvenser.
 - Planera experiment och prova alternativa beteenden istället för undvikande.
- Kontakt med handledaren.

Modul 4 – Att vara AKTIV

- Fem steg för att upptäcka och förändra beteenden som vidmakthåller depressionen.
 1. Analysera beteenden och sinnestämning.
 2. Kartlägga problembeteenden och undvikanden.
 3. Testa alternativa beteenden.
 4. Integrera nya beteenden i livet.
 5. Vara uthållig.
- Verktyg och övningar:
 - Sammanfatta upptäckter om sig själv.
 - Identifiera alternativa beteenden till två problembeteenden.
 - Planera in en AKTIV förändring, skriv ett avtal om detta och genomför de alternativa beteendena under tre tillfällen.
- Kontakt med handledaren.

Avsnitt 5 – Tankar och grubbel

- Psykoedukation kring grubbel och ältande.
- Medveten närvaro som alternativ till grubbel och ältande.
- Verktyg och övningar:
 - Vilka är dina grubbelämnen.
 - Analysera ditt grubblande.
 - Alternativ till ditt grubblande.
 - Planera in alternativ till ditt grubblande.
- Kontakt med handledaren.

Avsnitt 6 – Svåra uppgifter

- Energi, motivation och problemlösning.
- Komma igång med en del i taget.
- Verktyg och övningar:
 - Dela upp en uppgift i delar.
 - Planera in en svårare situation att arbeta med.

- Kontakt med handledaren.

Avsnitt 7 – Relationer

- Tekniker för kommunikation med andra.
- Verktyg och övningar:
 - Kartläggning av dina relationer.
 - Planera in en relationsaktivitet.
 - Fortsätt med tidigare aktiviteter som fungerar.
- Kontakt med handledaren.

Avsnitt 8 – Sätta upp mål

- Psykoedukation kring känslor och att hantera svåra känslor.
- Verktyg och övningar:
 - Undvikande
 - Har du något val?
 - Vad är det som hindrar dig?
 - Att hitta mål.
 - Att uppnå ett kortsiktigt mål.
 - Att arbeta med långsiktiga mål och visioner.
 - Att hantera svåra känslor och hitta lindring när det är svårt.
 - Aktivitetsplanering.
- Kontakt med handledaren.