



Behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan

Dess påverkan på behandlingsutfallet i en internetadministrerad depressionsbehandling

Helena Andersson

BEHANDLINGSTROVÄRDIGHET OCH UTFALLSFÖRVÄNTAN DESS PÅVERKAN PÅ BEHANDLINGSUTFALLET I EN INTERNETADMINISTRERAD DEPRESSIONSBEHANDLING

Helena Andersson

Depression är en av vår tids vanligaste folksjukdomar. Behovet av lättillgängliga och effektiva behandlingsmetoder är stort. För att maximera effekten av en behandling måste gemensamma faktorer likt behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan säkras. Syftet med denna studie var att undersöka hur behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan yttrade sig i en internetadministrerad depressionsbehandling med två behandlingsformer. Vidare, om behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan samvarierade med behandlingsutfallet. De två behandlingsformerna var ökad fysisk aktivitet, samt beteendeaktivering. De 197 deltagarna var diagnostiserade med mild till måttlig depression. De var i åldern 18-80 år, 75 % var kvinnor och 25 % män. Deltagarna skattade de två behandlingsformernas behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan i Treatment Credibility Scale (TCS) innan de randomiserades till någon av behandlingarna. Resultaten visade att behandlingsformen fysisk aktivitet uppfattades som signifikant mer trovärdig och med högre utfallsförväntan än beteendeaktivering. Vidare fanns ett signifikant samband mellan behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan och behandlingsutfallet för behandlingsformen beteendeaktivering. Inget signifikant samband mellan behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan och behandlingsutfallet för behandlingsformen fysisk aktivitet fanns. Förklaringen till resultaten kan tänkas återspeglas i behandlingsformernas skilda utformning, TCS konstruktion samt den valda analysmetoden.

Depression is one of our times most common diseases. The need for more accessible and effective treatments are high. To maximize the effect of a treatment one must take common factors, like treatment credibility and outcome expectations in account. The purpose of this studie was to investigate how treatment credibility and outcome expectations manifested it self in a internetadminstrated treatment for depression with two treatment forms, and also investigate if treatment credibility and outcome expectations showed a significant relation to treatment outcome. The two treatment forms where physical activation and behavioural activation. The 197 participants were diagnosed with mild to moderate depression. They were in the age of 18-80, 75 % were women and 25 % men. The participant estimated the treatment credibility and outcome expectations on the Treatment Credibility Scale (TCS) for the two treatment forms before they got randomized to one of the two treatments. The result showed that psysical activation were perceived as significantly more credible and with higher outcome expectations then behavioral activation. The results further showed a significant relation between treatment credibility and outcome expectations and treatment outcome for behavioral activation. The explanation for the resultat might be found in the treatment forms different designs, TCS construction and analys method that were choosen.

Depression räknas till en av vår tids allra största folksjukdomar. Globalt beräknas cirka 350 miljoner människor lida av en depression (WFMH, 2012) och i Sverige beräknas 20 % av befolkningen någon gång i livet uppfylla kriterierna för sjukdomen (Mattisson, Bogren, Nettelblatt, Munk-Jørgensen & Bhugra, 2005). Depression beräknades år 2000 vara den fjärde största orsaken till

funktionsnedsättning åsamkad av sjukdom. Inom de närmsta åren beräknas dock sjukdomen, efter hjärt- och kärlsjukdomar, vara den vanligaste orsaken till nedsatt funktionsförmåga (Moussavi, et al., 2007).

Depression eller Egentlig depressionsepisod som är det kliniska namnet på sjukdomen räknas till de psykiatriska diagnoserna. Sjukdomen innefattar nio diagnoskriterier och för att diagnos ska sättas behöver individen uppfylla fem av dessa (varav ett av de två första) under minst en tvåveckors period. Kriterierna är följande; nedstämdhet och, eller irriterabilitet, minskad glädje, intresse, framstående förändring i aptit, vikt, sömnstörning, psykomotorisk störning såsom rastlöshet eller långsamhet, tröghet, energilöshet, känslor av värdelöshet eller skuld, nedsatt koncentration och tankeförmåga och tankar på död, självmord. Symtomen ska inte kunna förklaras bättre med annan psykisk eller fysisk problematik och kliniskt signifikant lidande och funktionsnedsättning måste förekomma (American Psychiatric Association, 1994).

Sjukdomen har, förutom visat sig leda till nedsatt livskvalitet, även visat sig öka risken för relationella, arbetsrelaterade, ekonomiska svårigheter, (Papakostas, et al., 2004), somatiska sjukdomar (Moussavi, et al., 2007) och självmord (Angst, 1995). Sjukdomen medför utöver detta även stora ekonomiska förluster för samhället. Depression och ångestsjukdomar beräknas kosta den globala ekonomin cirka en triljon per år (Chisholm, et al., 2016) och i Sverige har en fördubbling av utgifterna från 16,1 till 32,9 miljarder kronor skett mellan 1997 och 2005. Utgifterna beräknas sannolikt också att stiga i takt med den ökade prevalensen (Sobocki, Lekander, Borgström, Ström & Runeson, 2007).

Rapporter visar att förmågan att möta den ökade efterfrågan på depressionsvård är låg (Socialstyrelsen, 2010). Bristande kompetens och tillgång till adekvat psykologisk kunskap inom vården omnämns vara orsakande faktorer. För att tillmötesgå de ökade behoven efterfrågas inte bara fler psykologer inom vården utan också effektivare och mer lättillgängliga behandlingsmetoder (Socialstyrelsen, 2010; Socialstyrelsen 2013).

Beteendeaktivering och ökad fysisk aktivitet

Två metoder som visat sig ha mycket god effekt vid behandling av depression är beteendeaktivering (Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007; Dobson, et al., 2008; Mazzucheli, Kane & Rees, 2009), samt behandling med fokus på ökad fysisk aktivitet (Blumenthal, et al., 2007; Dinas, Koutedakis & Flouris, 2011; Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambliss, 2005; Josefsson, Lindwall & Archer, 2014; Rethorst Wipfli & Landers, 2009). Beteendeaktiveringen utvecklades i mitten av 70-talet och härstammar ifrån den behavioristiska traditionen. Metoden bygger på teorin om att depression medför och vidmakthålls av ett undvikande beteende, som i sin tur leder till en låg aktivitetsnivå hos den depressiva individen.

Behandlingen fokuserar därmed på att öka individens aktivitetsnivå och således förstärkande positiva beteenden (Dimidjan, et al., 2006; Lewinsohn, 1974). Med fysisk aktivitet menas "all typ av rörelse som ger ökad energiförbrukning". Termen rymmer således allt ifrån hög intensiv träning till städning (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Forskning har visat att låg fysisk aktivitet ökar risken att drabbas av depression och kan även verka vidmakthållande för en individ som redan drabbats (Aan Het Rot, Collins & Fitterling, 2009). Såväl beteendeaktivering som behandling med fokus på ökad fysisk aktivitet anses vara lättadministrerade och tidseffektiva metoder (Cuijpers et al., 2007). De har även visats lämpliga för internetadministrering (Andersson, et al., 2005; Andersson & Cuijpers, 2009; Rosenbaum, Newby, Steel, Andrews & Ward, 2015). Att de båda metoderna går att administrera via internet gör dem lättillgängligare för fler individer (Griffiths & Christensen, 2007). Internetbaserad behandling har visat sig vara lika effektiv som traditionell psykologisk behandling (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper & Hedman, 2014) och idag rekommenderas internet förmedlad kognitiv beteende terapi som första hands val vid behandling av lindrig depression (Socialstyrelsen, 2010).

Gemensamma faktorer

Samtidigt som det finns verksamma och effektiva behandlingsmetoder mot depression finns det också så kallade gemensamma faktorer som tycks påverka behandlingsutfallet mer än val av metod. Den specifika behandlingsmetoden har visat sig förklara så lite som 15 % av variansen i behandlingsutfallet, vilket lämnar en stor del av variansen oförklarad. Behandlingsforskningen har på grund av detta faktum kommit att fokusera allt mer på gemensamma faktorer, som kan tänkas påverka behandlingsutfallet (Lambert, 2013). Hur trovärdig patienten upplever att behandlingen är samt de förväntningar denne har på behandlingsutfallet är gemensamma faktorer som varit av intresse för behandlingsforskningen sedan 50 talet (Greenberg, Constantino & Bruce, 2006). Faktorerna har stundtals setts som klara prediktorer för behandlingsutfallet och flertalet studier har genomförts för att på bästa sätt förstå hur dessa faktorer verkar för att maximera behandlingseffekten (Cohen, Beard, & Björgvinsson, 2015; Devilly & Borkovec, 2000; Greenberg, et al., 2006).

Behandlingstrovärdighet

Behandlingstrovärdighet är patientens uppfattning av en behandlings trovärdighet, effektivitet och logik. Det är således ett mått på hur trovärdig och effektiv patienten uppfattar att en behandling är, verkar vara (Cohen, et al., 2015). Behandlingstrovärdigheten kan mycket väl påverka patientens förväntningar på behandlingsutfallet, men begreppen är ej synonymer. En patient kan uppfatta en behandling som logisk och trovärdig och ändå inte förvänta sig att personligen

bli hjälpt av den (Constantino, Penek, Bernecker, & Overtree, 2014). En annan tänkbar skillnad mellan de två faktorerna är den att utfallsförväntningar kan förekomma redan innan patienten vet något om behandlingen, medan behandlingstrovärdigheten baseras på den kunskap och information patienten har om behandlingen (Schulte, 2008).

Utfallsförväntan

Utfallsförväntan är den förväntan patienten har på att behandlingen kommer att förbättra dennes mående. Det är således den uppskattade effekten patienten förväntar sig att behandlingen kommer att ha. (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011). Utfallsförväntan är inte samma sak som hopp om utfallet. Hopp uttrycker hur patienten skulle önska att utfallet blev, snarare än dennes faktiska förväntan på hur det kommer att bli (Constantino, et al., 2011).

Behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan behandlas inom forskningen stundtals som en faktor och stundtals som separata faktorer (Borkovec & Nau, 1972; Devilly & Borkovec, 2000; Price & Anderson, 2012). Studier har påvisat en tydlig korrelation mellan faktorerna (Deville & Borkovec, 2000; Constantino, et al., 2011) och skillnaden mellan dem tycks på statistisk nivå vara liten. En återkommande hypotes har varit att patientens förväntningar på en behandling påverkas av den upplevda behandlingstrovärdigheten. Det vill säga om en patient uppskattar en behandling som trovärdig, logisk och effektiv så kommer denne även att ha höga förväntningar på behandlingsutfallet (Glass, Arnkoff & Shapiro, 2001; Greenberg, et al., 2006). Behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan kommer i studien behandlas som en faktor och förkortas BTUF.

Mätinstrument för BTUF

Det saknas idag samstämmighet kring hur BTUF ska mätas. Olika skalor används och tolkas olika beroende på studie och författare (Price & Anderson, 2012). Credibility-skalan (Borkovec & Nau, 1972) och Credibility/Expectancy Questionnaire CEQ (Deville & Borkovec, 2000) är två skalor som på olika sätt används frekvent inom forskningen. Credibility-skalan utvecklades som ett sätt att mäta behandlingstrovärdigheten mellan olika behandlingar och dess rationaler. Borkovec och Nau (1972) lät 450 deltagare läsa sex olika behandlingsrationaler. Av dessa var två psykologiska behandlingar, tre placebobehandlingar och en kontrollbehandling. Deltagarna ombads därefter skatta trovärdigheten, samt förväntan om förbättring utifrån deras uppfattning av rationalen. Studien visade att de två psykologiska behandlingarna upplevdes trovärdigare, samt uppfattades ge bättre utfall än placebo- och kontrollbehandling (Borkovec & Nau, 1972). Skalan används idag för att mäta såväl behandlingstrovärdighet som utfallsförväntan och har för vana att anpassas efter var studies specifika behandling (Price & Anderson, 2012). CEQ är en vidareutveckling av Credibility-skalan. Skalan skiljer på

behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan och lyfter dessa som två olika faktorer (Deville & Borkovec, 2000).

Stödet för att det skulle finnas ett samband mellan BTUF och behandlingsutfall har visat sig variera (Deville & Borkovec, 2000; Dew & Bickman, 2005; Glass, et al., 2001; Noble, Douglas, Newman, 2001; Price & Anderson, 2012; Schulte, 2008). Litteraturöversikter inom forskningsområdet uppvisar delvis studier med signifikanta samband och delvis studier med inga samband alls (Dew & Bickman, 2005; Glass, Arnkoff & Shapiro, 2001; Schulte, 2008, Tambling, 2012). De varierande resultaten har förklarats på flera sätt. Bristen på väletablerade och stabila mätinstrument har bland annat setts som en orsak. De olika instrumenten för att mäta BTUF används och tolkas olika, i olika studier och anses stundtals mäta en av faktorerna och stundtals dem båda (Schulte, 2008). Det faktum att studierna undersöker olika behandlingar och innehar deltagare med olika problematik har också setts som en tänkbar förklaring till variationen. Det diskuteras huruvida det kan vara så att BTUF enbart samvarierar med utfallet för vissa specifika diagnoser samt behandlingar (Constantino, et al., 2011; Price & Anderson, 2012). Även valet av analysmetod har diskuterats som en eventuell förklaring till variationen. Det har diskuterats om flernivåregressionsanalyser eventuellt påvisat samvariationer som enkla linjära regressionsanalyser skulle missat (Price & Anderson, 2012; Price, Anderson, Henrich & Rothbaum, 2008).

Alfonsson, Olsson & Hursti (2016), fann i en studie över internetbaserad avslappningsbehandling för patienter med mild till måttlig stress och ångest, att behandlingstrovärdighet var en faktor förknippad med ett lyckat behandlingsutfall. I studien lyfts möjligheten att använda behandlingstrovärdighet som ett mått för att predicera vilka patienter som kan ses som lämpliga för behandlingen. I studien nämns också vikten av att fånga upp de patienter som inte upplever behandlingen som trovärdig. Genom att erbjuda dessa patienter en tydligare rational för behandlingen antas deras tilltro till behandlingen kunna förbättras och således deras chanser till ett bättre behandlingsutfall. Ytterligare studier lyfter vikten av att innan påbörjad behandling testa deltagarnas tilltro (Alauois, et al., 2015). Alauois, et al., (2015) fann i en studie över internetbaserad KBT för social fobi, att behandlingstrovärdighet var starkt sammankopplat med följsamhet och deltagande i behandlingen, vilket i sin tur påverkade hur snabbt deltagarna förbättrades. Hur behandlingen uppfattas tycks därav ha effekt på hur behandlingen mottas. Även små skillnader i behandlingsrationalen såsom val av information, språkbruk och omfång tycks kunna påverka tilltron, utfallsförväntan och således också behandlingsutfallet (Deville & Borkovec, 2000; Greenberg, et al., 2006).

Flertalet studier har också påvisat ett samband mellan utfallsförväntan och

behandlingsutfall (Constantino, et al., 2011; Dew & Bickman, 2005; Glass, et al., 2001; Greenberg, et al., 2006; Price, et al., 2008; Tambling, 2012). I en metaanalys från 2011 återfanns ett litet men signifikant samband mellan utfallsförväntningar och behandlingsutfall. I analysen lyftes vikten av att som behandlare tidigt utforska patientens förväntningar på behandlingen. Detta för att kunna bemöta patientens förväntningar och därmed få till ett lyckat behandlingsutfall (Constantino, et al., 2011). Flertalet studier har påtalat vikten av att som behandlare adressera patientens förväntningar (Glass, et al., 2001; Price, et al., 2008) och en del forskare menar till och med att behandlingsutfallet är så pass beroende av patientens förväntningar, att de flesta behandlingsmetodernas utfall är avhängiga behandlaren förmåga att revidera och manipulera patientens förväntningar (Greenberg, et al., 2006). Utfallsförväntan har likt behandlingstrovärdighet visat sig vara förbundet med ökad följsamhet i behandlingen (Glass, et al., 2001; Tambling, 2012).

BTUF har visat sig ha ett samband med utfallet även i depressionsbehandlingar. I Cohen, et al.s studie (2015) visade sig de två faktorerna predicera såväl grad av depressionssymtom som psykiskt välbefinnande. Deltagare som skattade högre nivåer av tilltro och förväntan uppvisade lägre nivåer av depressiva symtom efter behandling och högre nivåer av psykiskt välbefinnande. I ett amerikanskt forskningsprogram för depressionsbehandling fann Meyer et al. (2002) ett samband mellan höga utfallsförväntningar och ökat deltagande i behandling. Det ökade deltagandet tycktes i sin tur leda till en större symtomreduktion.

Trots det varierande stödet för ett samband mellan BTUF och behandlingsutfall så tyder forskningen på att BTUF mycket väl kan vara en viktig faktor för behandlingsutfallet. Ökade samhälleliga satsningar för att motverka och behandla depression beräknas på långsikt leda till stora samhällsekonomiska vinster (Chisholm, et al., 2016). För att maximera effekten av dessa satsningar behövs dock inte bara lättillgängligare behandlingsmetoder, likt internetbehandlingar, utan också ökad förståelse för hur dessa behandlingar kan effektiviseras med hjälp av gemensamma faktorer.

Syfte, forskningsfrågor & hypoteser

Syftet med denna studie var att undersöka hur BTUF yttrade sig i en internetadministrerad depressionsbehandling med två behandlingsformer. Syftet var också att undersöka huruvida BTUF samvarierade med behandlingsutfallet. Följande forskningsfrågor ämnades besvaras: Finns det någon skillnad mellan hur deltagarna upplever BTUF mellan de två behandlingsformerna fysisk aktivitet mot depression och beteendeaktivering för ett harmoniskt liv? Finns det någon samvariation mellan deltagarnas skattningar av BTUF och behandlingsutfallet? En utforskande ansats antogs för att besvara forskningsfrågorna och de resultat som

framkom har analyserats i jämförelse med tidigare forsknings teorier.

Metod

Studiens datamaterial är hämtat från forskningsprojektet Actua! (Carlbring, et al. 2013). Actua!s syfte är att utvärdera behandlingseffekter av internetadministrerad depressionsbehandling, innehållande beteendeaktivering och fysisk aktivitet, med behandlarstöd. Forskningsprojektet drivs av Institutionen för psykologi vid Stockholms universitet, samt av medarbetare ifrån Umeå, Uppsala och Linköpings universitet. Rekrytering av deltagare, urvalsprocess, samt val av instrument och procedur har således skett inom ramen för Actua!.

Undersökningsdeltagare

Inklusionskriterierna för deltagande var följande; förekomst av mild till måttlig egentlig depressionsepisod, enligt DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994) samt en självskattning på 15-35 poäng på Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S) (Svanborg & Åsberg 1994). Vidare fanns kraven att deltagarna måste vara myndiga (18 år), tillgång till dator och internet, vara bosatta i Sverige, samt ha förmåga att läsa och kommunicera på svenska. Kriterierna för exklusion var; annan pågående psykologisk behandling, förändringar i en pågående antidepressiv medicinering (inom tre månader ifrån behandlingsstart), bruk av stämningpåverkande mediciner, risk för suicid, en allt för lindrig eller svår depression (en självskattad poäng under 15 eller över 35 i MADRS-S), annan huvudproblematik än depression, samt somatisk huvudproblematik. Totalt 1179 personer ansökte till projektet, av dessa godkändes 312 för deltagande. Studien baseras på de 197 deltagare som fyllde i programmets eftermätning. Av dessa var 75 % kvinnor och 25 % män. De yngsta deltagarna var 18 år och den äldsta 80 år. Se tabell 1 för utförligare demografisk information och fördelning i behandlingsformerna.

Bortfallet

Bortfallet bestod av 115 individer. En del av dessa valde att hoppa av direkt efter att de randomiserats till en behandlingsgrupp och andra valde att avsluta under pågående behandling. En del av bortfallet fullföljde behandlingen, men valde att inte delta vid eftermätningen, varpå skattningar ifrån dessa saknas. I bortfallet var 80 % kvinnor och 20 % var män. De yngsta deltagarna var 18 år och den äldsta 78 år.

Material

MADRS-S

MADRS-S är ett självskattningsformulär som mäter förekomsten och graden av depressiva symtom. Formuläret består av nio frågor vars svar skattas på en sjugradig skala 0-6. Resultaten är en poäng på mellan 0-54, där en högre poäng indikerar högre grad av depressiva symtom. Testet har visat sig inneha en god intern konsistens, med Cronbachs α mellan .84 (Fantino & Moore, 2009) och .94 (Bondolfi, et al., 2010). Test-retest reliabilitet har även den visats god med resultat på $r = .78$. Resultat av faktoranalys, och kovariansanalys har vidare visat på en tillfredställande begreppsvaliditet (Fantino & Moore, 2009) och formulärets kriterievaliditet har undersökts med mått på den samtida validiteten, även där påvisade goda resultat, $r = >.80$ för totalpoängen vid varje mätning (Bondolfi, et al., 2010).

SCID-I

Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorder (SCID-I) är en semistrukturerad diagnostisk intervjuguide för psykiatriska sjukdomar (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 2002). Instrumentets sammanvägda sensitivitet för depression har visat vara 86 % och den sammanvägda specificiteten 92 % (SBU, 2012). Interbedömarreliabiliteten har i tidigare studier visat sig vara allt från tillräcklig till utmärkt, med kappakoefficienter från .66 (Lobbstaël, Leurgans & Arntz, 2010) till .93 (Skre, Onstad, Torgersen & Kringlen, 1991). En hög kappakoefficient visar på en hög överensstämmelse mellan olika bedömningar.

PHQ-9

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) är ett självskattningsformulär som mäter frekvensen av depressiva symtom de senaste 14 dagarna. Formuläret består av tio frågor. De nio första undersöker frekvensen av DSM-IV-TR's nio diagnoskriterier för depression och den tionde frågan undersöker till vilken grad symtomen påverkat vardagen. Svaren skattas på en fyrgradig skala 0-3. Poängen kan sträckas sig ifrån 0-27, då endast svaren ifrån de nio första frågorna ingår i summeringen. En hög poäng indikerar en högre grad av depressiva symtom de senaste två veckorna (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Formuläret har visat sig vara ett bra mått för att undersöka utfall och förändringar i depressivt mående (Löwe, Kroenke, Herzog & Gräfe, 2004). Reliabiliteten har visat sig vara god, med en intern konsistens, Cronbachs α på .86 - .89 och en test-retest reliabilitet på $r = .84 - .95$ (Bian, Li, Duan & Wu, 2011; Kroenke, et al., 2001). Formulärets begreppsvaliditet har undersökts med hjälp av 580 primärvårdspatienter, vars skattningar på PHQ-9 jämfördes med kliniska bedömningar baserade på MHP (Mental Health professionals) strukturerade intervjuer. Resultaten påvisade god validitet (Kroenke et al., 2001). Den externa validiteten har även den visats god, med

resultat som visat att högre skattningar på PHQ-9 korrelerar med bland annat lägre funktionsnivå, ökad sjukfrånvaro samt en högre grad av sjukhusbesök (Kroenke, et al., 2001).

TCS

Treatment Credibility Scale (TCS) är en anpassad version av de Credibility-skalan framtagen av Borkovec & Nau (1972) samt Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ) framtagen av Devilly & Borkovec (2000). Formuläret består av fem items, fyra som sägs mäta behandlingstrovärdighet och en som sägs mäta utfallsförväntan. Frågorna besvaras på en 10-gradig skala, med en totalpoäng mellan 0-50. En högre totalpoäng innebär högre nivå av upplevd behandlingstrovärdighet och behandlingsförväntan. De items som mäter trovärdighet är samma som de frågor som ingår i Credibility Scale och CEQ, medan det item som mäter utfallsförväntan är en sammanslagning av två frågor ifrån CEQ. Testet översattes för att användas i forskningsprojektet, men har inom Actua ej reliabilitets eller validitet prövats. Testets reliabilitet har i denna studie dock visats god, med en intern konsistens, Cronbachs α på .89-.91. Se bilaga 1 för anpassad version av TCS i actua!.

I forskningsprojektet användes även International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) för att mäta graden av fysisk aktivitet, Generalized Anxiety Disorder Screener 7 (GAD-7) som mäter ångestnivå samt Quality of Life Inventory (QOLI) för att undersöka den subjektiva livskvaliteten. Vidare användes också hälsoenkäten EQ-5D och Formuläret Trimbos/imTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (TiC-P) som mäter hälsoekonomiska aspekter. Då resultaten ifrån dessa test ligger utanför syftet med denna studie kommer resultaten ifrån dessa ej att redovisas eller analyseras.

Procedur

Deltagare rekryterades i hela Sverige, med hjälp av annonsering i tidningar, tv och på internet. Intresseanmälan för önskat deltagande fylldes i av de sökande på hemsidan, actua.se. Där återfanns även information om projektets upplägg. Rekrytering skedde löpande från januari 2013 till maj 2014. Samtliga sökande (n=1179) till projektet fyllde under en första screening i självskattningsformulären MADRS-S, PH-Q, GAD-7, QOLI, IPAQ, TIC-P och EQ-5D. I samband med screeningen besvarade även deltagarna demografisk data i form av kön, ålder, civilstatus och utbildningsnivå. Deltagarna ombads även besvara TCS. De deltagare (n=520) som efter en första screening uppfyllde deltagandekriterierna ringdes upp av behandlare för en semistrukturerad telefonintervju utifrån SCID-I. De deltagare (n=312) som efter intervjun fortfarande bedömdes möta deltagandekriterierna randomiserades antingen till kontrollgruppen (n=55) med senarelagd behandling,

eller till någon av de fyra behandlingsgrupperna (1) ökad fysisk aktivitet mot depression utan behandlingsrational (n=70); (2) ökad fysisk aktivitet mot depression med behandlingsrational (n=65); (3) beteendeaktivering för ett harmoniskt liv utan behandlingsrational (n=71) och (4) beteendeaktivering för ett harmoniskt liv med behandlingsrational (n=51). Samtliga behandlingsgrupper följde ett tolv veckor långt behandlingsprogram med åtta olika behandlingsavsnitt. Samtliga behandlingsgrupper erhöll i samband med avsnitt ett allmän information om depression, så som prevalens, symtom och tänkbara orsaker.

Behandlingsformen ökad fysisk aktivitet mot depression

I de två behandlingsgrupperna med ökad fysisk aktivitet genomgick deltagarna ett program där de fick stöd att successivt öka sin fysiska aktivitet. Avsnitt ett byggde på att få deltagarna att komma igång med programmet. I detta ingick att; starta upp den stegräknare de tilldelats, börja promenera tre gånger i veckan, samt göra sig bekanta med en aktivitetsdagbok där de ombads registerara sina aktivitetsnivåer. Avsnitt två byggde på att få deltagarna att öka aktivitetsnivån ytterligare, genom att öka antalet steg, samt genomföra en styrkeövning om dagen. I avsnitt tre ombads deltagarna uppmärksamma beteenden förknippade med stillasittande. De uppmanades därefter att byta ut dessa beteenden mot alternativa, mer aktiverande beteenden och således öka sin fysiska aktivitet än mer. I avsnitt fyra uppmuntrades deltagarna att börja söka efter en mer individuellt anpassad motionsaktivitet, samt planera in den tre gånger i veckan. Avsnitt fem byggde på att få deltagarna att öka intensifieringen i den fysiska aktiviteten, förutom fortsatt utförande av tidigare uppgifter, ombads även deltagarna att utföra en enklare motionsaktivitet som skulle leda till ökad puls. Avsnitt sex och sju liknade tidigare avsnitt och byggde även de vidare på att få deltagarna att öka sin fysiska aktivitet. Det sista avsnittet fungerade som en uppmaning till deltagarna att, efter avslutat program, fortsätta med fysisk aktivering på egen hand. Det som skiljde behandlingsgrupp 1 och behandlingsgrupp 2 åt var att behandlingsgrupp 2 erhöll en tydlig rational i början av varje avsnitt. De fick en utförligare teoretisk beskrivning och förklaring av syftet med avsnittets interventioner.

Behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv

Programmen för de två behandlingsgrupperna som ingick i behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv skiljde sig åt i upplägg och utförande och kommer därför att presenteras var och en för sig. I behandlingsgrupp 3 som tilldelades beteendeaktivering utan rational erhöll deltagarna behandlingsavsnitt med grund i Lewinsohns (1974) behandlingsmodell. Avsnitten byggde på att finna positiva förstärkare och öka dessa i frekvens, samt minska aktiviteter som på olika sätt kunde upprätthålla depressionen. I avsnitt ett ombads deltagarna undersöka

sina aktiviteter under ett antal dagar, samt notera huruvida aktiviteterna varit nöjesaktiviteter eller prestationsaktiviteter. I avsnitt två fick deltagarna i uppdrag att skatta hur deras olika aktiviteter påverkar deras mående, samt undersöka vad som händer om de ökar sin aktivitetsnivå med mer lustfyllda aktiviteter. Avsnitt tre berörde fysisk aktivitet och där ombads deltagarna förutom att öka antalet lustfyllda aktiviteter, även att gå ut och promenera vid tre tillfällen. Avsnitt fyra lyfte vikten av relationsinriktade aktiviteter och social kontakt, deltagarna fick där i uppdrag att planera in sociala aktiviteter en tid framöver. I avsnitt fem presenterades deltagarna för begreppen aktiv närvaro och mindfulness och de erbjuds testa två olika mindfulnessövningar. Avsnitt sex lyfte begreppet motivation. Deltagarna övades där i att dela upp valfri svårare uppgift i flera steg för att underlätta och möjliggöra ett genomförande. I avsnitt sju fick deltagarna formulera långsiktiga mål, samt lägga upp en plan för hur de målen skulle nås. Det sista avsnittet beskrevs motverka bakslag och återfall och behandlade hanterandet av svåra känslor som kan uppkomma i samband med en depression.

Deltagarna i behandlingsgrupp 4 behandlades med Martells behandlingsmodell (Martell, Hermann-Dunn & Dimidjan, 2010). Behandlingsmodellen är en vidareutveckling av Lewinsohns modell. Denna modell innehåller en rational vars syfte är att lära patienten vilka aktiviteter och beteenden som kan verka upprätthållande för depressionen. I avsnitt ett ombads deltagarna göra en kartläggning av sitt mående, de fick reflektera över tänkbara förändringar som skett i deras liv den senaste tiden, samt fundera över hur och om de påverkats av dessa negativt. Avsnitt två var en fortsättning av kartläggningen men i detta avsnitt ingick även en uppgift i att byta ut tänkbara negativa beteende mot mer positiva beteenden. Avsnitt tre i sin tur handlade om hur undvikande kan upprätthålla en depression. Deltagarna fick i detta avsnitt kartlägga eventuella undvikande beteenden hos sig själva. Avsnitt fyra innebar en vidare kartläggning av beteenden som kan vara vidmakthållande för depressionen och uppmanade deltagarna att förändra dessa med hjälp av alternativa beteenden. I avsnitt fem ombads deltagarna reflektera kring eventuella negativa tankar de innehar, samt hur mycket tid de lägger på att grubbla över dessa. Uppgiften blev därefter att finna alternativa och positiva beteenden att ersätta grubbleriet med. Avsnitt sex behandlade likt i behandlingsgrupp 3, motivation och deltagarna ombads välja ut en svårare uppgift vars genomförande de kunde öva genom att dela upp uppgiften i olika steg. Avsnitt sju lyfte vikten av relationsinriktade aktiviteter och social kontakt och deltagarna fick där i uppdrag att planera in sociala aktiviteter en tid framöver. Det sista avsnittet i programmet behandlade målsättning.

Tabell 1. Demografisk information och fördelning mellan behandlingsformerna.

	Fysisk aktivitet (n=90)	Beteendeaktivering (n=107)
Kön		
Kvinnor	70	78
Män	20	29
Ålder		
18-37	40	43
38-57	35	47
58+	15	17

Deltagarna hade möjlighet att varje vecka kommunicera med sin behandlare via e-post. En e-postkorrespondens på 15 minuter per vecka rekommenderades behandlarna. Behandlarna bestod av psykologstudenter termin 7-10 från Stockholm, Umeå, Uppsala och Linköpings universitet som varje vecka erhöll handledning av projektansvarig för actual, Per Carlbring. Samtliga deltagare, inklusive kontrollgrupp hade varje vecka möjlighet att skatta sitt aktuella mående med PHQ-9 och GAD-7. I eftermätningen administrerades PHQ-9, IPAQ, GAD-7, QOLI, TIC-P och EQ-5D.

Databearbetning

Data analyserades utifrån två grupper; de deltagare som erhöll behandlingsformen ökad fysisk aktivitet mot depression och de deltagare som erhöll behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv. BTUF analyserades med hjälp av skattningar i TCS för respektive behandlingsform. Behandlingsutfallet analyserade med eftermätning på PHQ och således nivån av depressiva symtom. Samtliga statistiska analyser utfördes med IBM SPSS Statistics 22.

Bortfallsanalys

Eventuella skillnader mellan bortfallet och deltagarna avseende kön och ålder undersöktes med *Pearson's χ^2* test. Signifikanta skillnader mellan bortfallet och deltagarna avseende grad av depressionssymtom vid förmätning, samt skattningar på TCS undersöktes med oberoende *t*-test.

Skillnader mellan de två behandlingsformernas deltagare

Eventuella skillnader mellan deltagarna i de två behandlingsformerna avseende kön, ålder och antal bortfall undersöktes med *Pearson's χ^2* -test. Möjliga skillnader mellan grupperna i skattningar på TCS för fysisk aktivitet mot depression samt TCS för beteendeaktivering för ett harmoniskt liv undersöktes med oberoende *t*-test. Skillnader i grad av depressionssymtom mellan grupperna vid förmätning undersöktes även det med oberoende *t*-test.

Skillnad i BTUF mellan behandlingsformerna

För att undersöka huruvida deltagarna skattat någon av de två behandlingsformerna högre på BTUF utfördes ett beroende *t*-test.

Samvariation mellan BTUF med behandlingsutfall

Eventuell samvariation mellan BTUF med behandlingsutfall undersöktes med hjälp av linjära regressionsanalyser.

Principalkomponentanalys

För att undersöka huruvida TCS kan sägas mäta en eller två faktorer utfördes en PCA (principal component analysis) på data ifrån deltagarnas skattningar i TCS för respektive behandlingsform.

Etiska överväganden

Actua! godkändes av regionala etikprövningsnämnden i Umeå, maj 2012 (NCT01619930). Samtliga deltagare erhöll utförlig information om syftet med projektet, samt de villkor som gällde för deltagande. Vidare informerades alla deltagare om frivilligheten i deltagandet, samt möjligheten att avbryta sin medverkan när som helst, utan att uppge någon orsak. I samband med att deltagarna själva registrerade sig till projektet fyllde de även i en samtyckesblankett. I den ingick även att godkänna hanterandet av personuppgifter enligt personuppgiftslagen. Samtliga involverade i forskningsprojektet omfattas av hälso- och sjukvårdslagens avseende tystnadsplikt och sekretess och för att försäkra anonymitet använde deltagarna anonyma deltagarkoder. Data materialet är därmed avkodat och analyseras således enbart på gruppnivå. Alla inkluderade deltagare, inklusive kontrollgrupp har erbjudits behandling i projektet. Sökande med hög risk för suicid, svår grad av depression, eller huvudsakligt behov av annan form av behandling inkluderades ej. Dessa hänvisades istället att ta kontakt med närmsta hälsocentral för att få vidare hjälp där. Eventuella fall av signifikant klinisk försämring hade beslutats att tas om hand av projektets ansvarige kliniker som handledde behandlarna. Inga sådana fall uppdagades dock.

Resultat

Principalkomponentanalys

Faktoranalysen resulterade i en faktor med eigenvalue över 1 och den faktorn stod för 74.1% av den totala variansen på de TCS skattningar som erhöles då BTUF för beteendeaktivering för ett harmoniskt liv uppmättes. Vidare visades också en

faktor med eigenvalue över 1 då BTUF för fysisk aktivitet mot depression skattades med TCS. Faktorn stod då för 69.76 % av variansen. TCS kan således, i denna studie, sägas mäta en faktor snarare än två. Behandlingstrovärdighet och utfallsförväntan har därav, i denna studie, behandlats som en och samma faktor, BTUF

Bortfallsanalys

Bortfallsanalyserna påvisade inga signifikanta skillnader mellan deltagarna och bortfallet i fråga om kön, ålder, samt grad av depressionssymtom vid förmätning. De oberoende *t*-testen visade dock en signifikant skillnad mellan bortfallet och deltagarnas skattningar av BTUF för behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression, $t(310) = -3.51$, $p = .001$. Bortfallets medelvärden på TCS för behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression var 31.91 ($SD = 10.69$), medan deltagarnas medelvärde på TCS för behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression var 35.88 ($SD = 8.99$). Deltagarna uppskattade därmed behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression som trovärdigare och med högre utfallsförväntan än bortfallet. En signifikant skillnad mellan deltagarna och bortfallets skattningar på TCS för behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv återfanns också, $t(310) = 3.06$, $p = .002$. Bortfallets medelvärden på TCS för behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv var 27.05 ($SD = 11.33$), medan deltagarnas medelvärde på TCS för behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv var 22.88 ($SD = 11.75$). Bortfallet uppskattade således behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv som trovärdigare och med högre utfallsförväntan än deltagarna.

Skillnader mellan de två behandlingsformernas deltagare

Inga signifikanta skillnader mellan behandlingsformernas deltagare avseende kön, ålder, bortfall, grad av depressionssymtom och skattningar på TCS uppvisades ($p = .05$).

Skillnader i BTUF mellan behandlingsformerna.

En signifikant skillnad mellan behandlingsformerna i skattning av BTUF återfanns, $t(196) = 12.33$, $p < .001$. Medelvärdet på TCS för behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression var 35.88 ($SD = 8.99$), medan medelvärdet på TCS för behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv var 22.88 ($SD = 11.75$). Deltagarna uppfattade således behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression som signifikant mer trovärdig och med högre utfallsförväntan än beteendeaktivering för ett harmoniskt liv.

Samvariationen mellan BTUF och behandlingsutfallet.

Ett signifikant samband mellan skattningar av BTUF och behandlingsutfallet (minskade depressiva symtom) återfanns för behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv. Se tabell 2. Cirka 7 % av variansen i behandlingsutfallet i behandlingsformen förklarades av BTUF. Det återfanns dock inget signifikant samband mellan BTUF och behandlingsutfallet för behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression. Se tabell 2.

Tabell 2. *Summering av resultaten från regressionsanalys över skattningar i TCS samvariation med behandlingsutfallet för de två behandlingsformerna.*

Variabel	Fysisk aktivitet (PHQ eftermätning)		Beteendeaktivering (PHQ eftermätning)		
	β	Diff. Tot.	β	Diff.	Tot.
Block 1 PHQ förmätning	.299	.106**	.406	.143*	
Block 2 TCS fysisk aktivitet	.014	.007	.113	-.257	.067***
TCS beteendeaktivering	-.087		-.038		.209

*= $p < .001$, **= $p < .01$, ***= $p < .05$

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka hur BTUF yttrade sig i en internetadministrerad depressionsbehandling med två behandlingsformer. Syftet var också att undersöka huruvida BTUF samvarierade med behandlingsutfallet. Resultaten visade att deltagarna skattade behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression som signifikant mer trovärdig och med signifikant högre utfallsförväntan än beteendeaktivering för ett harmoniskt liv. Resultaten visade även ett signifikant samband mellan skattningar av BTUF och behandlingsutfallet (minskade depressiva symtom) för behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv. Det återfanns dock inget signifikant samband mellan BTUF och behandlingsutfallet för behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression.

En möjlig förklaring till att behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression skattats som mer trovärdig och med högre utfallsförväntan kan vara metodologisk och återfinnas i TCS utformning (se bilaga 1.). I formuläret omnämns behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression som behandling med fokus att röra på sig och behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv som behandling utan fokus att röra på sig. Fysisk aktivitet mot depression beskrivs i

och med detta inneha något som beteendeaktivering för ett harmoniskt liv helt står utan. Devilly och Borkovec (2000) och Greenberg, med fler (2006) har tidigare beskrivit att små skillnader i hur behandlingen presenteras påverkar hur BTUF uppfattas av patienten. Genom att i formuläret lägga vikt vid förekomsten och icke förekomsten av fysisk aktivitet, är det tänkbart att också fysisk aktivitet mot depression uppfattats som mer trovärdig och med högre utfallsförväntan. I likhet med det Schulte (2008) kom fram till, baseras behandlingstrovärdigheten på den information och kunskap patienten har om behandlingen. Formulärets utformning ger deltagaren information om vad behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression innehåller, men lämnar ingen information och således kunskap om behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv. Det är således tänkbart att deltagarna haft svårt att forma en trovärdig bild av behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv, då dess beskrivning enbart inger information och kunskap om vad behandlingen saknar.

Tidigare forskning visar varierande stöd för ett samband mellan BTUF och behandlingsutfall (Devilly & Borkovec, 2000; Dew & Bickman, 2005; Glass, et al., 2001; Noble, Douglas, Newman, 2001; Price & Anderson, 2012; Schulte, 2008). Resultaten ifrån denna studies regressionsanalys visar också en variation. I resultaten återfanns ett signifikant samband mellan BTUF och behandlingsutfallet för beteendeaktivering för ett harmoniskt liv. Det fanns dock inget signifikant samband mellan BTUF och behandlingsutfallet för fysisk aktivitet mot depression. Constantino, med fler (2011), samt Price och Anderson (2012) diskuterar i sina studier huruvida BTUF påverkan på behandlingsutfallet är avhängigt faktorer som behandlingens utformning och typ av diagnos som behandlas. Då deltagarna i studien diagnostiserats med mild till måttlig Egentlig depressionsepisod, enligt DSM-IV-TR och t-testen inte påvisade några signifikanta skillnader mellan behandlingsformernas deltagare avseende grad av depressiva symtom, kan resultaten ifrån regressionsanalysen inte sägas bero på att deltagarna i de båda behandlingarna innehaft olika diagnoser. Orsaken till de varierande resultaten kan istället tänkas återfinnas i de båda behandlingsformernas olika innehåll och utformning. Avsnitten i de två behandlingsformerna skiljer sig åt avsevärt och trots att fokuset för dem båda är ökad aktivering bygger de olika behandlingarna på olika interventioner och behandlingsavsnitt. I behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression vägleds patienten i huvudsak mot en ökad fysisk aktivering. Detta görs utifrån tydliga beskrivningar av enkla övningar som patienten förväntas utföra på regelbunden basis. Till sin hjälp har patienten bland annat en pedometer och en aktivitetsdagbok varmed denne kan kartlägga sin behandling. I behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv patienten istället att reflektera kring och analysera sin sjukdomssituation. Istället för att erbjuda konkreta övningar att utföra, får patienten i beteendeaktiveringen på egen hand

formulera lämpliga beteenden aktiveter att utföra. Dessa resultat indikerar att behandlingsutfallet för beteendeaktivering som behandling mot depression är mer beroende av patientens upplevda tillit och förväntan än utfallet för en depressionsbehandling med fokus på ökad fysisk aktivitet. Samt att en möjlig förklaring till detta är de olika behandlingsformernas upplägg och interventioner.

Enligt bortfallsanalyserna uppfattar bortfallet behandlingsformen beteendeaktivering för ett harmoniskt liv som signifikant mer trovärdig och med högre utfallsförväntan än vad deltagarna gör. Behandlingsformen fysisk aktivitet mot depression uppfattar dock bortfallet som signifikant mindre trovärdig och med lägre utfallsförväntan än vad deltagarna gör. Behandlingsformerna omskrivs i formuläret som en behandling med fokus att röra på sig och en behandling utan fokus att röra på sig. Bortfallet tycks således uppfatta behandlingsformen utan fokus att röra på sig som signifikant mer trovärdig och med högre utfallsförväntan än vad deltagarna gör. Då de båda behandlingsformerna i viss mån ställer krav på en ökad kroppslig aktivering är det möjligt att bortfallets höga BTUF på icke aktivering påverkat deras följsamhet och deltagande negativt. Detta skulle vara i enlighet med tidigare forskning som visat att BTUF är sammankopplat med följsamhet och deltagande i behandling. (Alauois, 2015; Glass, et al., 2001; Meyers, et al., 2002; Tambling, 2012). Patienters skattningar på BTUF har diskuterats som ett eventuellt mått för att urskönja vilka patienter som är lämpliga att påbörja en behandling direkt och vilka patienter vars tilltro och förväntan bör stärkas innan de påbörjar behandlingen (Alauois, et al., 2015; Alfonsson, et al., 2016). Behandlingsutfallet har visat sig vara beroende av patientens förväntningar så till den grad att behandlingsutfallet är direkt avhängigt behandlaren förmåga att adressera patientens förväntningar korrekt (Greenberg, et al., 2006). Genom att tidigt i urvalsprocessen lyfta och bemöta deltagarnas BTUF på behandlingen är det tänkbart att storleken på bortfallet skulle ha kunnat minska. En tydligare rational och diskussion avseende vikten av ökad aktivering i en depressionsbehandling, med de individer vars BTUF skattats som låg, hade eventuellt kunnat stärka deras BTUF på behandlingen och således även lett till ökad delaktighet och följsamhet.

Formuläret som i denna studie har använts för att mäta BTUF har sina klara brister. Den första kan anses vara formulärets utformning. Att de två behandlingsformerna inte omnämns vid sina riktiga namn gör att det blir svårt att säga om det faktiskt är skillnaden i BTUF mellan just fysisk aktivitet och beteendeaktivering som undersöks i studien. Det är möjligt att behandlingsformernas BTUF skattats på ett helt annat sätt om behandlingarna i formuläret nämnts vid sina riktiga behandlingsnamn. En annan brist med formuläret är frånvaron av reliabilitets och validitets prövning. Formuläret används mycket godtyckligt. Resultaten som utvinns och analyseras formas till stor del av dess användare (Schulte, 2008). Detta blir synligt inte minst i Actua där

redogörelser för hur formuläret konstruerats och översatts från engelska till svenska, samt referenser till tidigare studier som använt formuläret ej går att tillgå. Formulärets brister blir också synliga i det att studiens resultat antas ha påverkats av hur formuläret utformats.

Vidare rekommendationer för forskning anses därav i första hand bli utformandet och utprovandet av ett svenskt instrument som på ett reliabelt och valid sätt förväntas mäta BTUF. Möjligt kan en sådan process också leda fram till förtydliganden avseende BTUF som en faktor eller två.

Oenigheten kring huruvida BTUF motsvarar en eller två faktorer kan tänkas försvåra för läsaren av denna studie. TCS sägs innehålla fyra items som mäter behandlingstrovärdighet och ett item som mäter utfallsförväntan. Resultaten ifrån principalkomponentanalysen kan därav sägas indikera att det i denna studie i huvudsak är behandlingstrovärdighet som undersöks. Med anledning av TCS bristande validitetsprövning, forskningsområdets oenighet och den osäkerhet som medförs, har dock beslutet fattats att även inkludera utfallsförväntan och behandla BTUF som en faktor. Det är författarens förhoppning, att detta beslut inte försvårar förutsättningarna att tillägna sig innehållet i denna studie märkvärt.

Valet av analysmetod har diskuterats som en annan möjlig förklaring till att sambandet mellan BTUF och behandlingsutfallet varierat inom forskningen. Det har diskuterats om flernivåregressionsanalyser eventuellt påvisat samvariationer som enkla linjära regressionsanalyser skulle missat (Price & Anderson, 2012; Price, Anderson, Henrich & Rothbaum, 2008). En annan rekommendation för framtida forskning blir därmed att undersöka BTUF samvariation med behandlingsutfallet med hjälp av en flernivåregressionsanalys. Med hjälp av den kan undersökas huruvida BTUFs påverkan på utfallet kan förklaras av individuella skillnader, genom analyser på individnivå. Analysmetoden möjliggör även förmågan att se om sambandet mellan BTUF och behandlingsutfallet varierar över tid och därmed när i behandlingen utfallet är som mest känsligt för hur patienten uppfattar behandlingens BTUF

Sammanfattningsvis visar denna studies resultat att deltagarna uppfattar behandlingsformen, som omnämns, behandling med fokus på att röra sig som mer trovärdig och med högre utfallsförväntan än behandlingsformen, som omnämns, behandling utan fokus att röra på sig. Resultaten indikerar också att det skulle kunna finnas en skillnad mellan de olika behandlingsmetodernas påverkan av BTUF. Huruvida detta är korrekt eller ej bör dock undersökas vidare. För att säkerställa en signifikant skillnad i uppfattad BTUF mellan depressionsbehandling med fokus på fysisk aktivitet och depressionsbehandling som utgår ifrån

beteendeaktivering bör behandlingarna i första hand omnämnas vid sina faktiska namn i mätinstrumentet. Vidare forskning rekommenderas även undersöka närmare om patienters uppfattade BTUF påverkar vissa former av psykologiska behandlingar medan andra inte påverkas. Möjligen indikerar resultaten i denna studie att det finns behandlingsformer som är känsligare för patientens uppfattning av BTUF. Nästa steg blir därefter att undersöka om tidigare studiers resultat kan stödjas i det att patienters delaktighet och följsamhet i behandlingen och således behandlingsutfallet, kan förbättras genom att förstärka patientens BTUF. Om resultat skulle visa att olika behandlingsformer är olika känsliga för patientens BTUF och att det dessutom är så att interventioner för att förstärka patientens BTUF förbättrar behandlingsutfallet, så innebär detta möjligen nya sätt att effektivisera och förbättra psykologisk behandling och som i denna studie depressionsvård. Behandlingsarbete för att stärka patientens BTUF, om den är låg kan ingå i de behandlingar som visat sig vara känsligast för BTUFs påverkan. Samtidigt som patienter med en eventuellt generellt låg BTUF på psykologisk behandling kan erbjudas behandlingar som visats påverkas minst av BTUF.

Referenser

Aan Het Root, M., Collins, K. A., & Fitterling, H. L. (2009). Physical exercise and depression. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, 76, 204-214.

Alfonsson, S., Olsson, E., & Hursti, T. (2016). Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an Internet-Based Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2016;18(3):e52. doi: 10.2196/jmir.5352.

American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., & Ekselius, L. (2005). Internetbased self-help for depression: A randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.

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., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014) Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13, 288-295.

Angst, J. (1995). The epidemiology of depressive disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 5, 95-98.

Bian, C., Li, C., Duan Q., & Wu, H. (2011). Reliability and validity of patient health questionnaire: Depressive syndrome module for outpatients. *Scientific Research and Essays*, 6, 278-282.

Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., ... Sherwood, A. (2007). Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69, 587-596.

Bondolfi, G., Jermann, F., Rouget, B. W., Gex-Fabry, M., McMquillan, A., Dupont-Willemin, ... Nguyen, C. (2010). Self- and clinician-rated Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: evaluation in clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, 121, 268-278.

Borkovec T. D., Nau S. D. (1972) Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260

Carlbring, P., Lindner, P., Martell, C., Hassmén, P., Forsberg, L., Ström, L., & Andersson, G. (2013). The effects on depression of internet-administrated behavioural activation and physical exercise with treatment rationale and relapse prevention: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14, 35.

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 415-424

Cohen, M., Beard, C., & Björgvinsson, T. (2015). Examining Patient Characteristics as Predictors of

Patient Beliefs About Treatment Credibility and Expectancies for Treatment Outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, 90-99.

Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184-192.

Constantino, M. J., Penek, S., Bernecker, S. L., & Overtree, C. E. (2014). A Preliminary Examination of Participant Characteristics in Relation to Patients' Treatment Beliefs in Psychotherapy in a Training Clinic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 238-250.

Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326

Devilly, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 73-86.

Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client Expectancies About Therapy. *Mental Health Services Research*, 7, 21-33.

Dimidjan, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis M. E., ... Jacobson, N. S. (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, 658-670.

Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2011). Effects on exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, 180, 319-325.

Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjan, 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, 468-477.

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, 1-8.

El Alaoui, S., Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2015) Long-term effectiveness and outcome predictors of therapist-guided internet- based cognitive-behavioural therapy for social anxiety disorder in routine psychiatric care. *BMJ Open* 2015;5: e007902. doi:10.1136/ bmjopen-2015-007902

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, 1-6.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002) *Structured clinical interview for DSM IV axis I disorders – research version*: New York State Psychiatric Institute: New York.

Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Shapiro, S. J., Silverman (2001). Expectations and Preferences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 455-461.

Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678.

- Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2007) Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *The Australian Journal of Rural Health, 15*, 81-87.
- Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 24*, 259-272.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606-613.
- Lambert, M. J., (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I Lambert, M. J (Red), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (sid. 169-218). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sonc, Inc.
- Lewinsohn, P. M., (1974) A behavioral approach to depression. I R.J. Friedman & M. M. Katz (Red). *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (sid.157-85). New York: Wiley
- Lobbestael, J., Leurgans, M., Arntz, A. (2011) Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 75-79.
- 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*, 61-6.
- Martell, C. R., Hermann-Dunn R., Dimidjan, S. (2010). *Behavioral Activation for Depression*. New York: Guilford Publishers.
- Mattisson, C., Bogren, M., Nettelbladt, P., Munk-Jørgensen, P., & Bhugra, D. (2005). First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *Journal of Affective Disorders, 87*, 151-160.
- Meyer, B., Pilkonis, P., Krupnick, J., Egan, M., Simmens, S., Sotsky, S., & Kendall, Philip C. (2002). Treatment Expectancies, Patient Alliance, and Outcome: Further Analyses From the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1051-1055.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet, 370*, 851-858.
- 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*, 383-411.
- Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine, 52*, 985-998.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nirenberg, A. A., & Fava, M. (2004) Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry, 26*, 13-17.
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C. C., & Rothbaum, B. O. (2008). Greater Expectations: Using Hierarchical Linear Modeling to Examine Expectancy for Treatment Outcome as a Predictor of Treatment Response. *Behavior Therapy, 39*, 398-405.

- Price, M., & Anderson, P. L. (2012). Outcome Expectancy as a Predictor of Treatment Response in Cognitive Behavioral Therapy for Public Speaking Fears Within Social Anxiety Disorder. *Psychotherapy, 49*, 173–179.
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., & Landers, D. M. (2009). The Antidepressive Effects of Exercise: a Metaanalysis of Randomized Trials. *Sports Medicine, 39*, 491-511.
- Rosenbaum, S., Newby, J. M., Steel, Z., Andrews, G., & Ward, P. B. (2015). Online physical activity interventions for mental disorders: A systematic review. *Internet Interventions, 2*, 214-220.
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability a predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research, 18*, 481–494.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991) High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand. 84*, 167-73
- Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O., & Runesson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry, 22*, 146-152
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni; Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012). *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom – en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm, Sverige: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens folkhälsoinstitut (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Huskvarna: Statens folkhälsoinstitut.
- 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*, 21-2
- Tambling, R. B. (2012). A Literature Review of Therapeutic Expectancy Effects. *Contemporary Family Therapy, 34*, 402–415.
- World Federation for Mental Health (2012). *Depression: A Global Crisis World Mental Health Day October 10, 2012*. Occoquan: World Federation for Mental Health.

Du kommer nu att få ett antal frågor om hur du ser på de två olika behandlingsvarianterna. Det finns inget rätt svar, utan svara utifrån vad du har läst och vet om behandlingarna. Dina svar kommer inte att ha någon som helst betydelse för vilken behandlingsgrupp du lottas till. Vi börjar med hur du ser på behandlingsvarianten **utan fokus att röra på sig**.

1. Hur logisk tycker du att den här behandlingsvarianten (utan fokus att röra på sig verkar?)

(0) Inte alls logisk

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Mycket logisk

2. Hur säker är du på att den här metoden (utan fokus att röra på sig) kommer vara framgångsrik i behandlingen av din nedstämdhet?

(0) Inte alls säker

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Mycket säker

3. Med vilken grad av tillit skulle du rekommendera den här behandlingsmetoden (utan fokus att röra på sig) till en vän med samma problem som du har?

(0) Inte alls tillitsfull

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Mycket tillitsfull

4. Hur framgångsrik tror du att denna behandling (utan fokus att röra på sig) skulle vara i behandling av andra psykiska besvär?

(0) Inte alls framgångsrik

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Mycket framgångsrik

5. Hur förbättrad förväntar du dig bli av den här behandlingen (utan fokus att röra på sig)?

(0) Ingen förbättring alls

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Helt bra/symptomfri

Nu ställer vi samma frågor om hur du ser på behandlingstypen **med fokus att röra på sig** (Kom ihåg att dina svar på inget sätt påverkar vilken behandlingsgrupp du lottas till).

1. Hur logisk tycker du att den här behandlingen (med fokus att röra på sig) verkar?

(0) Inte alls logisk

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Mycket logisk

2. Hur säker är du på att den här metoden (med fokus att röra på sig) kommer vara framgångsrik i behandlingen av din nedstämdhet?

(0) Inte alls säker

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Mycket säker

3. Med vilken grad av tillit skulle du rekommendera den här behandlingsmetoden (med fokus att röra på sig) till en vän med samma problem som du?

(0) Inte alls tillitsfull

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Mycket framgångsrik

4. Hur framgångsrik tror du att denna behandling (med fokus att röra på sig) skulle vara i behandling av andra psykiska besvär?

(0) Inte alls framgångsrik

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Mycket framgångsrik

5. Hur förbättrad förväntar du dig bli av den här behandlingen (utan fokus att röra på sig)?

(0) Ingen förbättring alls

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10) Helt bra/symptomfri