

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Faktorer som påverkar behandlingsutfall i
samband med internetförmiddad KBT vid
ångestsyndrom**

Ola Klang

Examensarbete (15 hp)
Psykoterapeutprogrammet
PT2215/PT2216
H14-V17
Handledare: Marie Kivi

Faktorer som påverkar behandlingsutfall i samband med internetbaserad KBT vid ångestsyndrom

Ola Klang

Sammanfattning. Internetförmiddad kognitiv beteendeterapi (IKBT) har visat sig effektiv för behandling av ångestsyndrom. Samtidigt uppnås ingen tydlig förbättring för hälften av de individer som genomgår psykologisk eller farmakologisk behandling för psykisk ohälsa. Syftet med studien var att undersöka faktorer som eventuellt påverkar behandlingsutfall i samband med IKBT då en ökad kunskap inom detta område skulle kunna bidra till att fler kan tillgodogöra sig behandlingen. 151 deltagare genomgick behandling via internetförmiddad kognitiv beteendeterapi. Som primärt utfallsmått valdes Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). Deltagare som uppnådde effekt av behandlingen jämfördes med deltagare som ej uppnådde effekt, utifrån faktorer som tidigare visat sig påverka behandlingsutfall. Inga signifikanta skillnader framkom avseende psykologisk flexibilitet och ångestnivå före behandling, antal kontakttillfällen samt i vilken grad man fullföljt behandling inom utsatt tidsram.

Ångestsyndrom räknas till en av de stora folksjukdomarna och man har uppskattat att så många som 30 % i en befolkning drabbas någon gång under livet (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Utmärkande för ett ångestsyndrom är att det omfattar ett flertal samtidigt förekommande ångestsymtom som kan vara av såväl psykisk som fysisk karaktär och att dessa symtom förekommer med en viss varaktighet (SBU, 2007). Till ångestsyndromen räknas paniksyndrom, tvångssyndrom (OCD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), generaliserat ångestsyndrom (GAD), social fobi, specifik fobi samt ångestsyndrom UNS (utan närmare specifikation) (SBU, 2013).

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) har utifrån ett stort antal randomiserade studier visat sig vara en effektiv behandlingsform för psykisk ohälsa (Andersson, 2005). Metoden är en integrativ form av psykoterapi som kombinerar olika tekniker från både den kognitiva och beteendeinriktade terapiskolan, där man bland annat använder sig av graderad exponering, beteendexperiment och omstrukturering av negativa tankar (Palmqvist, Carlbring, & Andersson, 2007). De första systematiska utvärderingarna av behandlingsutfall i samband med KBT-behandling kom i slutet av 60-talet. Därefter har ett stort antal studier, däribland ett flertal metaanalyser, visat på metodens effektivitet (se exempelvis Hofman & Smits, 2008; Twomey, O'Reilly, & Byrne, 2015 eller Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Huibers, 2016). Inom ett flertal typer av psykisk ohälsa har det även utvecklats särskilda behandlingsmanualer som visat sig effektiva vid specifika diagnoser, som exempelvis vid depression (Martell, Dimidjan, & Herman-Dunn, 2013; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1980),

GAD (Dugas & Robichaud, 2006), social fobi (Heimberg & Magee, 2014) eller PTSD (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2013).

Transdiagnostisk behandling

Det har dock visat sig att psykologisk behandling utifrån diagnosspecifika manualer har vissa begränsningar. Inte minst har man under senare tid uppmärksammat att minst hälften av de individer som lider av ett ångestsyndrom även uppfyller kriterierna för ytterligare en eller flera tilläggsdiagnoser. När man undersökt förekomsten av livstidsprevalens har denna siffra stigit ända upp till 76 % och här har man bland annat sett tydliga samband mellan social fobi och depressiva tillstånd (Brown & Barlow, 2009). Därutöver kräver varje specifik manual ett visst mått av träning för den som ska införliva interventionen i sin kliniska praktik, vilket kan begränsa möjligheten för den enskilde behandlaren att dels ha tillgång till men också helt och fullt tillgodogöra sig varje enskild manual (Barlow, 2014). Detta har sammantaget motiverat utvecklingen av så kallade transdiagnostiska behandlingsmetoder som man tänker sig ska gå att applicera på ett flertal varianter av psykiska besvär. Exempel på transdiagnostiska behandlingsmetoder är Unified Protocol (Barlow et al., 2011) och Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Utvärderingen av i vilken mån de transdiagnostiska metoderna står sig gentemot de mer specificerade manualerna vad gäller behandlingseffektivitet är ännu inte helt klarlagt, men ett flertal studier har visat lovande resultat (Farchione et al., 2012; Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalgleish, 2015; Pearl & Norton, 2017; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Begränsningar i tillgänglighet

I dagsläget finns ett stort utbud av olika KBT-inriktade behandlingsstrategier för psykisk ohälsa, såväl diagnosspecifika som transdiagnostiska. Samtidigt är det ändå bara en minoritet av de som lider av psykiska besvär som i praktiken erhåller psykoterapeutisk behandling (Kessler et al., 2005). Möjliga hinder för detta kan exempelvis vara att det finns för få psykoterapeuter som är utbildade i de behandlingsmetoder som visat sig effektiva, eller att behandlingen är för kostsam. Vidare kan även synen på psykisk ohälsa bidra, att det för många alltså är förenat med en viss skam att söka hjälp för sina besvär (Titov et al., 2011). Därför har det funnits skäl att fundera över möjligheten att utveckla former för fungerande behandlingsmetoder som kan nå fler individer utifrån de resurser som finns tillgängliga, samt även nå individer som av olika skäl har svårt att söka hjälp via en mottagning.

Internetförmedlad KBT

Ett sätt att öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling har varit att använda olika typer av självhjälpsmetoder, där användningen av självhjälpsböcker, så kallad biblioterapi, under en längre tid varit den vanligast förekommande metoden. Under senare år har dock ett flertal behandlingar utvecklats där KBT-baserat självhjälpsmaterial istället

förmedlas via internet (Haug, Nordgreen, Öst, & Havik, 2012). Vanligtvis är internetförmedlad KBT (IKBT) utformat som ett kursprogram som beskriver KBT-baserade behandlingsprinciper och metoder presenterade i ett antal moduler, där programmet ofta inbegriper hemuppgifter och psykoedukation (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010). Även ljudfiler och videofilmer används i vissa program (Andersson, Carlbring, Ljótsson, & Hedman, 2013). Det finns ett flertal olika typer av IKBT. Mer övergripande kan man skilja mellan behandlingsprogram som vem som helst kan få tillgång till, så kallade öppna program, och program som kräver inloggningsuppgifter, det vill säga mer slutna program. De senare programmen brukar vanligtvis, utöver självhjälpsmaterialet, även omfatta diagnostisk intervju eller en noggrann screeningprocedur, samt terapeutstöd under själva behandlingen. Vad gäller terapeutstöd kan detta utformas på olika sätt, exempelvis i form av veckovisa avstämningar via e-post eller telefon, regelbunden skriftlig återkoppling från behandlaren eller sessioner "face-to-face" (f2f) under inledningen av behandlingen följt av regelbunden e-postkontakt (Cuijpers et al., 2009).

Vissa fördelar har nämnts med behandling utifrån IKBT jämfört med KBT där patienten träffar en behandlare f2f ("face-to-face"). Exempelvis kräver IKBT mindre tid från behandlaren sida (Carlbring et al., 2005) vilket betyder att en och samma terapeut har möjlighet att behandla fler patienter inom en och samma tidsperiod. Detta torde öka tillgängligheten till effektiv behandling, exempelvis på mottagningar med högt genomflöde av patienter. Därutöver kan IKBT även bidra till att öka tillgängligheten för personer som bor i områden där det saknas kompetenta behandlare (Hedman, Ljótsson, & Lindefors, 2012). Dock menar man att en adekvat bedömning avseende symtomatologi och diagnos i samband med IKBT är lika viktig som i f2f. Denna bedömning kan göras antingen genom att patienten fyller i självskattningsformulär över internet eller utifrån en mer strukturerad diagnostisk intervju på en klinik. Fördelen med det första alternativet är att man sparar tid för behandlaren samtidigt som ett självskattningsformulär i dagsläget inte anses kunna fullt ut ersätta en mer strukturerad bedömning. Därför har man i samband med vissa studier, som en kompromiss, valt att genomföra strukturerade intervjuer via telefon (Andersson & Titov, 2014).

Tidigare studier av IKBT

Jämfört med f2f har forskningen omkring IKBT en jämförelsevis kort historik, där de tidigaste studierna kom i slutet av 90-talet (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014). Därefter har ett stort antal IKBT-inriktade behandlingsprogram utvecklats och utprovats för ett flertal psykiatriska och somatiska besvär, såsom exempelvis depression (Titov et al., 2010), tinnitus (Hesser et al., 2012) eller generaliserad ångest (Dahlin et al., 2016). Vad gäller ångestsyndrom finns även ett flertal metastudier som beskriver god effekt (se exempelvis Andrews et al., 2010 eller Cuijpers et al., 2009). Man har även överlag kunnat visa att utfallet av terapeutstödd IKBT inte skiljer sig från utfallet av f2f, vare sig generellt eller mer specifikt vad gäller behandling av ångestsyndrom (Cuijpers, Donker, van Straten, Li, & Andersson, 2010; Andersson et al., 2014), även om vissa studier visat en något bättre effekt för f2f (Öst, 2008). Man har inte heller sett någon skillnad mellan terapeutstödd IKBT

och f2f avseende antalet individer som hoppat av behandlingen (Andersson et al., 2014). Däremot har studier visat att de öppna IKBT-programmen som inte omfattar någon typ av behandlarstöd vanligtvis ger en lägre effekt samt en högre grad av avhopp än IKBT med behandlarstöd (Spek et al., 2007; Christensen, Griffiths, Groves, & Korten, 2006). Samtidigt kan de öppna programmen ha en viktig funktion på grund av att de når ett större antal individer (Munoz, Aguilera, Schueller, Leykin, & Pérez-Stable, 2012). Dock kan de öppna programmen vara mindre lämpade för svårare tillstånd, bland annat för att de kan vara svårt att upprätthålla en tillräckligt hög säkerhetsstandard för patienten. Därutöver finns risken att en behandling via ett öppet program som inte ger effekt riskerar att sänka motivationen hos patienten att söka sig till ett mer hjälpsamt behandlingsalternativ (Andersson, Carlbring, Ljótsson, & Hedman, 2013).

Således har ett stort antal utvärderingar avseende utfallet av KBT visat att metoden är effektiv för en rad olika tillstånd av psykisk ohälsa. Samtidigt är det inte alla som blir hjälpta av behandling. I studier av behandling för social fobi har man exempelvis sett att uppemot 50 % procent av de som genomgår psykologisk eller farmakologisk behandling inte uppnår någon symtomreduktion alls, alternativt har kvarstående omfattande besvär efter behandling (Mululo, de Menezes, Vigne, & Fontenelle, 2012). Detta har även kunnat visas i behandling med IKBT. Exempelvis sågs, i en studie av Kivi (2015), där det bland annat genomfördes en latent klassanalys, att en klass, i vilken 50 % av deltagarna hamnade, inte uppnådde någon egentlig effekt av behandlingen. Utifrån denna bakgrund ter det sig angeläget att fundera på om det är möjligt att göra behandling effektiv för fler individer. El Alaoui et al. (2015) menar att en viktig del när det kommer till implementering av internetbaserad psykoterapi är kunna identifiera faktorer som förklarar vad som bidrar till att en individ kan ta till sig, respektive inte kan ta till sig, en behandling, för att därigenom kunna anpassa behandlingen på ett sätt som ökar effektiviteten för fler individer.

Tidigare studier av faktorer som påverkar behandlingsutfall

Generellt sett har forskning omkring faktorer som påverkar behandlingsutfallet i f2f visat inkonsistenta resultat, beroende av vilken diagnos som behandlats (El Alaoui et al., 2013). Det har även påtalats att inkonsistensen skulle kunna förklaras av att man använder olika utfallsmått i olika studier, samt även olika mått på vilka patienter som klassificeras som förbättrade (Keeley, Storch, Merlo, & Geffken, 2007). Vissa återkommande faktorer har dock identifierats. Exempelvis har man funnit att komorbiditet, det vill säga att patienten uppvisar symtom på mer än en diagnos, kan försvåra behandling, exempelvis vid paniksyndrom (Liebowitz, 1997) eller social fobi (Ledley et al., 2005). Samtidigt framkommer i en studie av McEvoy, Nathan, Rapee, & Campbell (2012) att depressiva besvär i samband med behandling för social fobi inte påverkade i vilken grad patienten uppnådde symtomreduktion. Däremot såg man att patienter med samtidig depression i högre grad uppfyllde kriterierna för social fobi efter behandling. Vidare har man i tidigare studier sett att graden av psykologisk flexibilitet påverkat utfallet i behandling (Flaxman & Bond, 2010) samt att låg grad av psykologisk flexibilitet predicerat en ökad risk för att patienten ej slutför behandlingen (Rüsch et al., 2008).

Även i studier av IKBT i behandling av ångestsyndrom har man kunnat identifiera ett flertal faktorer som verkar påverka behandlingsutfallet. Resultaten från en studie som jämförde IKBT med traditionell gruppbehandling vid paniksyndrom (El Alaoui et al., 2013) visade exempelvis att patienter som uppvisade en lägre grad av symtom samt en lägre grad av arbetsrelaterad frånvaro före behandling erhöll en bättre effekt. Vidare såg man att en tidig symtomdebut, det vill säga att patienten gått med besvären under en längre tid, predicerade ett sämre utfall. I denna studie fann man även att en generell känslighet för ångest predicerade ett något bättre utfall i behandlingen. Detta tolkade författarna som att patienter med högre känslighet för ångest uppnådde en tydligare ångestreduktion i samband med exponeringsträning, vilket därmed även gynnade behandlingen mer generellt. I en studie som undersökte IKBT vid social fobi framkom att deltagare som arbetade heltid och hade barn erhöll bättre utfall i behandlingen. Även låg grad av depressiva symtom liksom hög grad av följsamhet till behandling visade sig bidra till ett gynnsamt behandlingsutfall (Hedman, Ljótsson, & Lindefors, 2012). I denna studie framkom även att patienter som hade höga förväntningar på behandlingen erhöll ett bättre resultat jämfört med deltagare som uttalade lägre förväntningar. I en annan studie av IKBT-behandling vid social fobi (El Alaoui et al., 2015) visade det sig att deltagare som uppfattade behandlingen som trovärdig samt uppvisade en hög grad av följsamhet uppnådde en snabbare symtomreduktion. Det bör dock nämnas att det även finns studier som visat att patientens upplevelse av behandlingen som trovärdig inte påverkat utfallet (Andersson, Carlbring, & Grimlund, 2008). I studien från El Alaoui et al. (2015) såg man även ett samband mellan hereditet och följsamhet där hereditet för social fobi predicerade en ökad följsamhet till behandlingen. Ett annat centralt fynd i denna studie var att terapeutens tidsmässiga engagemang inom varje modul var negativt associerat till patientens följsamhet. Detta tolkades dock som att det krävdes mer av terapeutens tid och engagemang för de patienter som hade en låg grad av följsamhet, snarare än att terapeutens tid och engagemang i sig påverkade följsamheten negativt.

Man har också funnit att faktorer som påverkar behandlingsutfallet kan skilja sig åt mellan behandlingar som genomförs f2f eller via IKBT. Exempelvis framkom i en studie som undersökte IKBT i samband med panikångest (Andersson et al., 2008) att en hög grad av agorafobiska besvär predicerade sämre utfall i f2f men inte i IKBT. I samma studie såg man även att en personlighetsrelaterad problematik predicerade ett sämre utfall i samband med IKBT, men ett bättre utfall i behandling f2f.

Kliniskt signifikant förändring

Det finns olika uppfattningar om vad som ska klassificeras som behandlingseffekt i samband med psykologisk behandling. Jacobson och Truax (1991) lyfter kritik mot hur psykoterapiforskning traditionellt sett, i alltför hög grad, jämställt en statistiskt fastställd förändring med behandlingseffekt. Författarna menar att en central begränsning i detta synsätt är att det inte tar hänsyn till om förändringen är kliniskt signifikant, det vill säga om behandlingen bidragit till en positiv förändring i patientens livssituation. I Jacobsson, Follette, & Revenstorf (1984) föreslås istället att en kliniskt signifikant förbättring bör vara relaterad till en återgång till normal funktion, det vill säga att ett positivt behandlingsutfall

ska kunna bidra till en lösning av det problem som patienten söker för. Patienten som söker terapi ses som en del av en dysfunktionell population för att efter behandling stå utanför den populationen. Författarna föreslår tre sätt att operationalisera en sådan process: 1. Att funktionsnivån efter behandling ska falla utanför den dysfunktionella populationen 2. Att funktionsnivån efter behandling ska falla inom ramen för den funktionella populationen 3. Att funktionsnivån efter behandling ska befinna sig närmare medelvärdet av den funktionella populationen än medelvärdet av den dysfunktionella populationen (Jacobson & Truax, 1991).

Hypoteser

Ett stort antal studier har alltså kunnat visa att behandlingseffekten av IKBT är jämförbar med KBT f2f, samtidigt som ett betydande antal individer som genomgår IKBT, liksom andra psykologiska och farmakologiska interventioner, inte uppnår önskad behandlingseffekt. Det ter sig således angeläget att undersöka om det går att urskilja faktorer som påverkar behandlingsutfallet, då kunskap om detta skulle kunna bidra till att fler kan tillgodogöra sig IKBT. Utifrån denna bakgrund kommer jag att i föreliggande studie göra en jämförelse avseende faktorer som eventuellt påverkar behandlingsutfall mellan en grupp individer som uppnått en kliniskt signifikant förändring (KSF) och en grupp individer som inte uppnått en kliniskt signifikant förändring (ejKSF), efter genomförd IKBT. Mot bakgrund av den forskning som presenterats ovan ställdes följande hypoteser upp:

1. KSF genomför behandlingen inom utsatt tidsram i större utsträckning än ejKSF.
2. KSF har färre antal kontakter med ansvarig behandlare jämfört med ejKSF.
3. KSF uppvisar en högre grad av psykologisk flexibilitet utifrån AAQ före behandling, jämfört med ejKSF.
4. KSF uppvisar en lägre ångestnivå utifrån GAD-7 före behandling, jämfört med ejKSF.

Metod

Deltagare

Deltagare, i åldersspannet 19 till 34 år, med oro- och ångestrelaterade besvär, rekryterades inom ramen för ett behandlingsprojekt på en mottagning för studenter. Projektet påbörjades vårterminen 2012 och pågår fortlöpande. Rekryteringen gjordes av samtliga vårdgivare på den aktuella mottagningen utifrån instruktionen att erbjuda patienter där man uppfattade att det förelåg en mer omfattande oros- eller ångestrelaterad problematik ett första samtal med behandlingsansvarig kurator. I samband med detta informerades även om möjligheten att genomgå ett internetbaserat behandlingsprogram för oro och ångest och det gavs också en mer översiktlig beskrivning av behandlingen. Därefter skickades internremiss till behandlingsansvarig vårdgivare som gjorde en mer utförlig bedömning av patientens problematik. Denna bedömning gjordes på grundval av klinisk erfarenhet. Inga strukturerade

diagnostiska instrument användes. Behandlingsansvarig vårdgivare gav också mer detaljerad information om IKBT samt förutsättningarna för deltagande. De patienter som uppfyllde inklusionskriterierna erbjöds IKBT, antingen utifrån Ångesthjälpen eller Oroshjälpen, två behandlingsprogram utvecklade av företaget Psykologpartners. Inför behandlingen informerades deltagarna om att materialet kunde komma att användas för framtida utvärderingar men då i avkodad form. Deltagarna informerades även om att de när som helst kunde avbryta behandlingen. Samtliga deltagare lämnade samtycke till att materialet användes i forskningssyfte utifrån dessa förutsättningar.

Av de 171 deltagare som påbörjade ett av de två behandlingsprogrammen var det 20 (11.7%) som avslutade behandlingen i förtid. Eftersom det är oklart vad som bidrog till att vissa deltagare valde att inte genomgå fullständig behandling gjordes beräkningarna på de 151 deltagare som fullgjorde behandlingen, med undantag för beräkningar som avsåg belysa eventuella skillnader mellan de som valde att fullfölja respektive ej fullfölja behandlingen.

Samtliga deltagare som genomförde hela behandlingen (det vill säga genomgick samtliga moduler) fyllde i både för- och eftermätning av AAQ. Av 151 deltagare var det 102 (67.5%) som fyllde i GAD-7 vid förmätning och 101 vid eftermätning. Bortfallet av mätningen utifrån GAD-7 berodde på att detta instrument inte fanns med under de första tre terminerna av projektet. De 151 deltagare som genomförde hela behandlingen hade en genomsnittsalder om 24.1 år (SD 2.9). En majoritet var kvinnor (60.9 %). En klar majoritet av deltagarna (76.8 %) överskred behandlingens längden utifrån den tidsram (10 veckor) som hade beräknats inför behandlingen.

Behandlare

Två kuratorer (en socionom och en beteendevetare med psykoterapeutisk vidareutbildning) ansvarade för administrationen av behandlingarna. Övriga vårdgivare på enheten var antingen sjuksköterskor eller psykoterapeuter. I samband med uppstarten av behandlingsprojektet fick samtliga vårdgivare vid mottagningen genomgå en halvdags utbildning i de båda behandlingsprogrammen. De två kuratorerna erhöll utöver detta även en heldagsutbildning i internetbehandling samt fortlöpande handledning i metoden.

Inklusionskriterier

För att inkluderas i studien skulle deltagaren behärska det svenska språket i tal och skrift, då behandlingsprogrammen endast fanns tillgängliga på svenska. Deltagaren skulle även uttrycka en villighet att ägna två till tre timmar i veckan åt behandlingen samt kunna uppbåda en tillräcklig koncentrationsförmåga för att ägna 30-50 minuter i sträck framför datorn. Därutöver skulle deltagaren ha tillgång till dator med internetuppkoppling. Sökande som bedömdes suicidbenägna, hade outredda somatiska besvär, tydlig neuropsykiatrisk problematik, misstänkt personlighetsrelaterad problematik eller missbruk av alkohol eller droger exkluderades från behandlingen. Parallell behandling som eventuellt kunde interferera

med den aktuella behandlingen tilläts ej, såsom exempelvis samtalsbehandling via primärvård eller psykiatrisk öppenvård eller samtalskontakt med annan person på den aktuella mottagningen. Om deltagaren var insatt på farmakologisk behandling skulle denna varit oförändrad, avseende dos och preparattyp, under de senaste tre månaderna.

Instrument

Som primärt utfallsmått i den aktuella studien valdes Acceptance and Action Questionnaire (AAQ), ett självskattningsformulär som avser mäta grad av psykologisk flexibilitet och upplevelsemässigt undvikande (Hayes et al., 2004). AAQ finns i olika versioner och två versioner har använts under projektets gång. Initialt administrerades en tidig version med tio items, där höga poäng motsvarade en hög grad av flexibilitet respektive låg grad av upplevelsemässigt undvikande. Från och med höstterminen 2014 gick man över till en reviderad form, AAQ-II (Bond et al., 2011) på grund av att denna version visat sig ha bättre psykometriska egenskaper än de tidigare versionerna (test-retest-reliabilitet: $r=0.81$, Cronbach Alpha: 0.84). I den reviderade versionen, som omfattar 7 items, motsvarar höga poäng en låg grad av psykologisk flexibilitet samt en hög grad av upplevelsemässigt undvikande. Eftersom två versioner av skalan administrerades, transformerades AAQ (den första versionen som omfattade poängskalan 10-70 poäng) till den reviderade AAQ-II (7-49 poäng) utifrån formeln $(7 \cdot (80 - x)) / 10 = \text{AAQ-II}$ (Rudehill, 2015).

I studien inkluderades även Generalized Anxiety Disorder Scale-7 items (GAD-7), ett mått som primärt utvecklades för att undersöka förekomsten av generaliserad ångest, men som även omfattar möjligheten att gradera en mer generell förekomst av oros- och ångestsymtom (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). GAD-7 ingick ej initialt i projektet utan lades till som ett nytt mått från och med höstterminen 2013.

Behandling

Efter att deltagaren bedömts som lämplig för behandling utifrån IKBT påbörjades behandlingen inom en vecka, ofta dock i direkt anslutning till bedömningssamtalet. Varje deltagare fick en personlig kod för att kunna logga in på det valda behandlingsprogrammet. Behandlingsprogrammen var indelade i 7 (Oroshjälpen) respektive 8 (Ångesthjälp) avsnitt och båda programmen beräknades ta tio veckor att genomföra, där deltagaren rekommenderades att ägna en vecka per avsnitt. I överenskommelse med sin behandlare kunde deltagaren dock i vissa fall förlänga tiden för varje avsnitt, ett initiativ som vanligtvis togs av behandlaren. Avsnitten omfattade texter med psykoedukation avseende ångest, registreringar, filmer, bildspel och ljudfiler. Utöver de internetbaserade avsnitten erhöll deltagarna även en fysisk arbetsbok med kompletterande material samt en CD-skiva med övningar i medveten närvaro.

De båda behandlingsprogrammen innehöll ett flertal gemensamma moment, såsom exempelvis psykoedukation, medveten närvaro och exponering. Dock fokuserade

Oroshjälpen i högre grad på beteendeaktivering samt att aktivt bryta orosbeteenden medan Ångesthjälpen lade mer fokus på begreppet värderad riktning (Hayes et al., 1999).

Under behandlingen hade deltagaren regelbunden kontakt med ansvarig behandlare angående de uppgifter och övningar som ingick i de olika avsnitten, samt eventuella oklarheter i de olika behandlingsmomenten. Kontakten hölls via telefon och varje kontakttillfälle varade ungefär 15 minuter. Behandlaren kunde från sitt administratörskonto också följa deltagarens pågående arbete utifrån parametrar såsom exempelvis antal inloggningar, genomförda uppgifter, samt tidsomfattning som deltagaren varit inloggad.

Det aktuella behandlingsprojektet har tidigare utvärderats utifrån data från och med vårterminen 2012 till och med vårterminen 2015. Man fann då att behandlingen på gruppnivå hade bidragit till signifikant förbättrade resultat avseende psykologisk flexibilitet, självskattad ångest samt livskvalitet vid såväl eftermätningar som uppföljningsmätningar. Man fann även att 37 procent av deltagarna som genomgick oroshjälpen samt 38 procent av deltagarna som genomgick ångesthjälpen uppnådde en kliniskt signifikant förbättring avseende psykologisk flexibilitet (Rudehill, 2015).

Statistiska analyser

För att fastställa vilka deltagare som uppnådde en kliniskt signifikant förbättring användes Jacobson och Truax's modell (1991). I denna modell utgår man, som beskrivits tidigare, från att en kliniskt signifikant förbättring bör vara relaterad till en återgång till normal funktion. När jämförande normer finns tillgängliga menar författarna att man i första hand bör undersöka i vilken grad deltagaren efter behandling närmat sig den funktionella populationen. Detta är dock inte möjligt om det aktuella mätinstrumentet saknar jämförande normer, vilket är fallet med AAQ. Här ska man istället undersöka om funktionsnivån efter behandling faller utanför den dysfunktionella gruppen. Detta antas gälla om deltagarens värde på skattningsinstrumentet efter behandling ligger över två standardavvikelser från medelvärdet i riktning mot ett förbättrat värde. Därutöver måste man även undersöka huruvida en verklig förändring har skett, eftersom en deltagare kan få ett värde på mätinstrumentet som redan före behandling befinner sig utanför den dysfunktionella populationen. Detta undersöks genom att man fastställer ett reliable change index (RCI), ett värde som visar hur stor förändring som uppnåtts under behandlingen. Efter att ha fastställt vilka deltagare som uppnått respektive ej uppnått en kliniskt signifikant förbättring gjordes jämförande analyser mellan grupperna med hjälp av oberoende t-test avseende grad av psykologisk flexibilitet, ångestnivå före behandling samt hur många kontakttillfällen deltagaren haft med behandlare. För att undersöka om grupperna skilde sig åt när det gällde att genomföra behandlingen inom den givna tidsramen användes Chi2-test. Det gjordes även en jämförande analys avseende psykologisk flexibilitet och ångestnivå före behandling mellan den grupp av deltagare som ej genomförde hela behandlingen och den grupp som

OROSHJÄLPEN

ÅNGESTHJÄLPEN

AVSNITT	INNEHÅLL	AVSNITT	INNEHÅLL
1. Vad är oro?	Introduktion till behandlingsprogrammet. Introduktion av registreringsmallar. Information omkring vad oro är och hur den fungerar. Beskrivning av positiva respektive negativa föreställningar om oro. Introduktion av orosdagbok.	1. Ett första steg	Introduktion till behandlingsprogrammet. Introduktion av registreringsmallar. Information omkring de olika ångestsyndromen. Beskrivning av inre obehag samt känslomässigt undvikande utifrån ett ACT-perspektiv. Identifiering av inre obehag samt värderingar.
2. Situationsanalyser	Genomgång av hur man gör en situationsanalys samt träning i att göra egna situationsanalyser. Fortsatt arbete med orosdagbok.	2. Situationsanalyser	Genomgång av hur man gör en situationsanalys samt träning i att göra egna situationsanalyser. Övning med fokus på värderad riktning.
3. Värderingar och aktiviteter	Introduktion av värderad riktning. Utforskande samt prioritering av egna värderingar och mål. Planering av meningsfulla aktiviteter.	3. Mål och hinder	Exemplifiering av värderingar inom olika livsområden. Genomgång av skillnaden mellan undvikanden och fungerande strategier. Presentation av ACT-metaforer rörande mål och hinder.
4. Medveten närvaro	Introduktion och genomförande av andningsövningar respektive övningar i medveten närvaro. Beskrivning av hur man kan ha hjälp av att praktisera medveten närvaro.	4. Hantera hinder	Beskrivning av begreppen rent och smutsigt obehag. Introduktion av acceptans och exponering. Övningar i imaginär exponering respektive exponering in vivo.
5. Möta obehaget längs vägen	Beskrivning av orosspiralen. Introduktion av acceptansbegreppet samt ett icke-dömande förhållningssätt. Metaforer och övningar med fokus på kognitiv decentering.	5. Tankar och känslor	Upplevelsebaserad övning med fokus på att förstå sambandet mellan tankar och känslor. Introduktion av kognitiv decentering. Beskrivning av begreppen skarpa och falska alarm. Exemplifiering av negativa respektive positiva tankeregler.
6. Acceptans	Fördjupning av acceptansbegreppet. Hur acceptans kan relateras till aktiv handling i värderad riktning.	6. Medveten närvaro	Introduktion av medveten närvaro. Beskrivning av acceptans samt ett icke dömande förhållningssätt. Övningar i medveten närvaro.
7. Vad fungerar bäst för dig?	Repetition och sammanfattning av behandlingen samt de interventioner som presenterats. Individuell reflektion över varje specifik behandlingsintervention. Sammanställande av vidmakthållandeplan.	7. Värderad riktning	Beskrivning av värderad riktning samt hur man kan omsätta värderad riktning i konkreta åtaganden och handlingar, också i närvaro av hindrande tankar och känslor.
		8. Att göra det som fungerar	Repetition och sammanfattning av behandlingen samt de interventioner som presenterats. Utvärdering av behandlingen. Sammanställande av vidmakthållandeplan.

Tabell 1. Beskrivning av behandlingsprogrammen Oroshjälpen och Ångesthjälpen

genomgick full behandling. Även dessa beräkningar genomfördes med hjälp av oberoende t-test.

I den tidigare uppsatsen omkring det aktuella behandlingsprojektet (Rudehill, 2015) var skillnaden mellan de två behandlingsprogrammen avseende antal deltagare som uppnådde en klinisk signifikant förbättring endast marginell. Jag valde därför att inte göra specifika beräkningar för de två olika behandlingsprogrammen utan istället göra analyserna på samtliga deltagare.

Resultat

Av 151 deltagare uppnådde 54 (35.8%) en kliniskt signifikant förbättring avseende psykologisk flexibilitet medan ingen deltagare uppvisade någon kliniskt signifikant försämring. Inga statistiskt signifikanta skillnader uppmättes mellan grupperna avseende kön eller ålder. Cut-off-värdet för kliniskt signifikant förbättring utifrån AAQ beräknades till 19.79.

	KSF n=54			ejKSF n=97			Signifikansvärde
	M	SD	Range	M	SD	Range	
AAQ före behandling	32.10	5.51	21-45	32.77	6.83	14-46	t(149) = .55, NS
GAD-7 före behandling	11.15	4.08	3-18	12.06	4.65	1-20	t(100) = .33, NS
Antal kontakttillfällen	9.24	1.41	6-13	9.29	1.35	6-13	t(148) = .85, NS

Tabell 2. Resultat från jämförelser mellan KSF och ejKSF, gällande psykologisk flexibilitet respektive ångestnivå före behandling samt antal kontakttillfällen.

Sjuttiotvå av deltagarna som ej uppnådde en kliniskt signifikant förbättring (ejKSF) överskred antalet veckor som var uppsatta för behandlingen jämfört med fyrtio av deltagarna som uppnådde en signifikant förbättring (KSF). I båda grupperna beräknades andelen deltagare som förlängde sin behandling till 74 %. Det framkom inte heller någon skillnad när grupperna jämfördes avseende antal kontakttillfällen. Inte heller avseende psykologisk flexibilitet respektive ångestnivå före behandling framkom någon skillnad mellan grupperna.

	Fullföljde n=151			Fullföljde ej n=20			Signifikansvärde
	M	SD	Range	M	SD	Range	
AAQ före behandling	32.53	6.38	14-46	32.56	6.48	20-47	t(168) = .98, NS
GAD-7 före behandling	11.76	4.47	1-20	13.71	4.81	6-21	t(114) = .13, NS

Tabell 3. Resultat från beräkningar av eventuella skillnader vad gäller psykologisk flexibilitet respektive ångestnivå före behandling, mellan den grupp som fullföljde respektive den grupp som ej fullföljde behandlingen.

Det gjordes även beräkningar för att undersöka om deltagare som ej fullföljde behandlingen skilde sig åt avseende psykologisk flexibilitet respektive ångestnivå före behandling. I beräkningarna framkom dock inga statistiskt säkerställda skillnader.

Diskussion

Syftet med den aktuella studien var att undersöka om det gick att urskilja faktorer som påverkade behandlingsutfallet i samband med IKBT-behandling för ångestbesvär. Jämförande analyser gjordes mellan deltagare som efter behandling uppnådde, respektive ej uppnådde, en kliniskt signifikant förbättring avseende psykologisk flexibilitet. Inga signifikanta skillnader framkom, varför de hypoteser som sattes upp initialt ej kunde bekräftas.

I tidigare studier av IKBT liksom f2f har man kunnat associera en låg symtomnivå före behandlingen med en bättre behandlingseffekt (El Alaoui et al., 2013; Torp et al., 2014). Detta sågs alltså inte i den aktuella studien. Å andra sidan finns även exempel på tidigare studier där man inte sett något samband mellan initial symtomnivå och utfall (Bower et al., 2013). Det verkar således än så länge oklart huruvida det finns något samband mellan symtomnivå före behandling och behandlingsutfall. I en behandlingsstudie av patienter med social ångest kunde man visserligen se att de patienter som före behandling uppvisade fler symtom i högre grad uppfyllde kriterierna för diagnosen efter behandling. Däremot fann man ingen skillnad i graden av symtomreduktion när man jämförde för- och eftermätningar (Nordgreen et al., 2011).

I en tidigare studie (Flaxman & Bond, 2010) fann man ett samband mellan psykologisk flexibilitet och behandlingsutfall men detta sågs inte i denna studie. Inte heller framkom någon signifikant skillnad mellan grupperna när det gäller i vilken grad deltagarna avslutade behandlingen inom utsatt tidsram. Däremot visade det sig att majoriteten av deltagarna i studien valde att förlänga sin behandling, vilket väcker frågan om detta är något som skulle kunna tänkas påverka behandlingsutfallet generellt? I en studie av Paxling et al. (2013) som undersökte olika terapeutbeteenden i IKBT, visade det sig att behandlarens flexibilitet vad gäller tidsaspekten för avslut av uppgifter i programmet var negativt associerat till behandlingsutfallet. Detta skulle kunna tolkas som att man som behandlare bör sträva efter att deltagarna upprätthåller tidsramen. Samtidigt menar författarna till denna studie att terapeuternas flexibilitet avseende tidsramarna sannolikt var en oundviklig effekt av en begränsad följsamhet hos individen. Här är det väl rimligt att tänka sig att en mer rigid inställning till tidsramarna skulle kunna bidra till att fler deltagare valde att hoppa av behandlingen och därmed inte kunna tillgodogöra sig interventionerna fullt ut. I en studie från Kivi et al. (2014) i vilken man fann en mycket hög grad av följsamhet (56 % av deltagarna genomgick samtliga moduler inom den utsatta tidsramen) jämfördes detta fynd med följsamheten i en tidigare genomförd studie (Carlbring et al., 2013) av samma behandlingsprogram, i vilken endast 28 % av deltagarna genomförde samtliga moduler inom

den utsatta tidsramen. Författarna menar att en möjlig tolkning av denna skillnad skulle kunna vara att tidsramen för behandlingen i deras studie var längre (12 veckor) jämfört med studien från Carlbring, i vilken tidsramen omfattade 8 veckor. Således skulle en från början mer generös tidsram kunna vara ett sätt att stärka följsamheten till programmet. Å andra sidan kan man tänka sig att en utökad behandlingstid kräver mer resurser från behandlingsenheten, varför det, utifrån ett kostnadseffektivitetsperspektiv, ändå skulle kunna vara värt att fundera över vad man kan göra för att få fler deltagare att fullfölja behandlingen utan att förlänga tidsramarna.

I den aktuella studien gjordes även en jämförelse mellan deltagare som valde att avsluta behandlingen i förtid och deltagare som genomgick full behandling. Inte heller här framkom några signifikanta skillnader. Att deltagare som väljer att hoppa av behandlingen har en högre symtomnivå initialt har kunnat visas i en del studier, men det finns även studier som inte finner ett sådant samband (Eskildsen, Hougaard, & Rosenberg, 2009). Det verkar således oklart om grad av symtom före behandling kan predicera vem som kommer att fullfölja, respektive inte fullfölja, behandlingen. I en tidigare studie (Rüsch et al., 2008) kunde man påvisa att psykologisk inflexibilitet predicerade avhopp från behandling men inte heller detta samband sågs i den här studien.

Sammantaget framkom alltså inga signifikanta skillnader mellan grupperna utifrån de variabler som undersöktes. En förklaring till detta skulle kunna vara att antalet deltagare i studien var relativt litet. Med en större grupp skulle det eventuellt vara möjligt att få fram tydligare skillnader. Det är också osäkert om variabler som antal kontakttillfällen eller huruvida man förlänger sin behandling verkligen är associerat till att man uppvisar mer eller mindre följsamhet till behandlingen. Även om ett större antal kontakttillfällen i tidigare studier associerats till en lägre grad av följsamhet skulle det samtidigt även kunna tyda på en hög motivation, att man är mån om att komma framåt i behandlingen. På samma sätt skulle det faktum att man förlänger sin behandling också kunna visa på att man verkligen önskar ta vara på behandlingen, även om annat i livet kommer emellan under själva behandlingstiden.

Begränsningar

Ett flertal begränsningar i den aktuella studien bör nämnas. Vissa faktorer som i tidigare studier visat sig påverka behandlingsutfallet var ej möjliga att undersöka, såsom exempelvis sysselsättningsgrad. Dock är det rimligt att tro att skillnaden vad gäller sysselsättningsgrad var relativt begränsad då samtliga deltagare var aktiva studenter. Å andra sidan hade det kunnat vara intressant att undersöka om det fanns några skillnader i behandlingsutfall utifrån hur mycket tid deltagaren behövde ägna sina studier, exempelvis utifrån studieinriktning. Ytterligare en begränsning är att man i den aktuella studien inte använde några strukturerade diagnostiska instrument vilket bidrog till en osäkerhet, dels avseende primärdiagnos men också ifråga om eventuell komorbiditet som i tidigare studier visat sig påverka behandlingsutfallet.

AAQ som primärt utfallsmått

Man kan även diskutera huruvida AAQ är relevant som primärt utfallsinstrument, då detta instrument inte mäter symtom i traditionell mening utan grad av psykologisk flexibilitet. Frågan som anmäler sig är om det är rimligt att likställa en ökad psykologisk flexibilitet med ett positivt behandlingsutfall? Detta beror naturligtvis på vad syftet är med en psykologisk behandling och vad man menar med ett positivt behandlingsutfall. Jacobsson et al. (1984) föreslår, som tidigare beskrivits, att en kliniskt signifikant förbättring i en psykoterapeutisk behandling bör vara relaterad till att individen återgår till en normal funktion, det vill säga att behandlingen ska leda till att de problem man sökt för finner en lösning. Om detta är målet med en psykoterapeutisk behandling bör således det utfallsmått som används kunna visa på ett samband mellan ett förbättrat värde och en ökad funktion. I en tidigare studie av AAQ har man kunnat visa på en tydlig association mellan psykologisk flexibilitet och grad av depression och ångest samt även en upplevelse av allmänt psykiskt välmående (Hayes et al., 2006). I samma studie kunde man även visa på att psykologisk flexibilitet går att relatera till mer funktionella variabler som exempelvis upplevelse av tillfredsställelse i arbetet eller arbetsrelaterad närvaro. Således finns det skäl att tro att ett förbättrat värde på AAQ skulle kunna vara relaterat till såväl minskad omfattning av psykisk ohälsa samt en ökad funktion, exempelvis avseende relationer eller daglig sysselsättning.

Efficacy versus effectiveness

De begränsningar som nämnts bör samtidigt ses i ljuset av att den aktuella studien genomfördes i en pågående klinisk verksamhet, vilket i sig också skulle kunna ses som en styrka. Bakgrunden till detta är att man inom psykoterapiforskningen skiljer mellan två typer av forskningsstudier, efficacystudier och effectivenessstudier. Kännetecknande för en efficacystudie är att man prioriterar den interna validiteten, vilket i praktiken bland annat innebär att gruppen som undersöks har selekterats för att vara homogen i sin kliniska problembild och att behandlingen, till skillnad från den kliniska praktiken, vanligtvis fokuserar på ett specifikt problemområde utifrån ett specifikt behandlingsprotokoll (Shadish et al., 1997). Vidare bedrivs vanligtvis denna typ av studier på forskningsinriktade universitet där terapeuterna ofta har färre antal patienter generellt samt även stöd från studenter på den aktuella institutionen. Utifrån denna bakgrund anses att det finns en osäkerhet i huruvida det går att generalisera resultaten från denna typ av studier till en klinisk verksamhet. Kritiken mot den bristande generaliserbarheten i efficacystudier har därför bidragit till utvecklingen av så kallade effectivenessstudier, där syftet är att undersöka hur behandling fungerar i en klinisk vardag. Vissa menar dock att det inte är helt lätt att finna en tydlig distinktion mellan efficacystudier och effectivenessstudier utan att dessa två forskningsvarianter snarare överlappar varandra (Andersson & Hedman, 2013). Oavsett vilka kriterier man ställer upp för de olika forskningsperspektiven tänker jag mig att de brister som påtalats i den aktuella studien, exempelvis frånvaron av strukturerade diagnostiska instrument, i hög grad återspeglar den verklighet som många kliniker befinner sig i. Exempelvis är det rimligt att tro att det för många kliniker, bland annat på grund av snäva resurser, är svårt att genomföra en

strukturerad utredning av varje individ man möter. Således blir denna typ av studier viktiga för att kunna utforska behandling så som den de facto bedrivs i en klinisk vardag.

Etiska aspekter

Även om terapeutstödd IKBT på gruppnivå inte verkar skilja sig från f2f vad gäller behandlingsutfall (Cuijper et al, 2010; Andersson et al., 2014) kan det ändå vara rimligt att ställa sig frågan om vissa patienter kan ha svårt att tillägna sig metoden. Om man exempelvis har svårt att finna motivation för att arbeta på egen hand, torde den begränsade tillgång till behandlarstöd som IKBT omfattar, kunna bidra till att det blir svårt att ta till sig interventionerna fullt ut. Likaså torde administrationen försvåras i de fall patienten inte till fullo behärskar det språk som behandlingen förmedlas genom eller då det föreligger läs- eller skrivsvårigheter. Utifrån dessa aspekter blir det viktigt att se IKBT som ett av flera möjliga behandlingsalternativ. Det blir också angeläget att utverka rutiner för att fånga upp de patienter som inte uppnår någon förbättring i sitt mående efter behandling, för att kunna erbjuda andra alternativ. Samtidigt finns tydliga vinster med IKBT som behandlingsform, som exempelvis en ökad tillgänglighet för patienter som inte har tillgång till evidensbaserad behandling i närområdet.

Vidare studier

I den aktuella studien framkom således inga signifikanta fynd avseende faktorer som skulle kunna påverka behandlingsutfall i samband med genomgången IKBT för ångestbesvär. Det verkar också, utifrån tidigare forskning, kvarstå en viss osäkerhet varför vissa individer får mer hjälp av IKBT än andra. Likaså verkar kunskapen om vilka individrelaterade faktorer som påverkar utfall i IKBT ännu så länge begränsad, varför detta område torde vara viktigt att utforska vidare i den fortsatta utvecklingen av IKBT. Vad gäller vidare studier tänker jag mig att det skulle kunna vara av intresse att undersöka om en mer individanpassad IKBT skulle kunna bidra till att fler kan få hjälp via IKBT. I en tidigare studie av IKBT för depression (Johansson, 2012) kunde man exempelvis se att patienter med en mer uttalad symtombild liksom högre grad av komorbiditet hade mer hjälp av en mer individanpassad IKBT jämfört med standardiserad IKBT. Även när det gäller IKBT för ångestsyndrom har tidigare studier visat att patienter haft hjälp av att erhålla interventioner anpassade till individens specifika problematik (se exempelvis Carlbring et al., 2011). Fortsatt forskning inom detta område tänker jag mig skulle kunna vara ett sätt att öka möjligheten till att fler individer får hjälp av IKBT.

Referenser

- Andersson, G. (2005). Is CBT already the dominant paradigm in psychotherapy research and practice? *Cognitive Behaviour Therapy*, *34* (1), 1-2. doi: 10.1080/16506070510008489
- Andersson, G., Carlbring, P., & Grimlund, A. (2008). Predicting treatment outcome in Internet versus face to face treatment of panic disorder. *Computers in Human Behavior*, *24*, 1790-1801. doi: 10.1016/j.chb.2008.02.003
- Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided Internet-based CBT for common mental disorders. *J Comtemp Psychother*, *43*, 223-233. doi: 10.1007/s10879-013-9237-9
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of guided internet based cognitive behavior therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*, *23*, 140-148. doi: 10.1159/000354779
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, *13*, 288-295. doi: 10.1002/wps.20151
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, *13*(4), 4-11. doi: 10.1002/wps.20083
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *5*(10), e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., editor. (2014) *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step manual*. 5. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, J.R., Shaw, B.F., & Emery, G. (1980). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Publications.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., & Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*, 676-688. doi: 10.1016/beth.2011.03.007

- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D.A., Gilbody, S., Knowles, S., Cuijpers, P., Andersson, G., Christensen, H., Meyer, B., Huibers, M., Smit, F., van Straten, A., Warmerdam, L., Barkham, M., Bilich, L., Lovell, K., & Tung-Hsueh Liu, E. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *BMJ*, *346*:f540, 1-11. doi:10.1136/bmj.f540
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (2009). A Proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Asses*, *21*(3), 256-271. doi: 10.1037/a0016608
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldö, V., Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the internet. *Behaviour Research and Therapy* *43*, 1321-1333. doi: 10.1016/j.brat.2004.10.002
- Carlbring, P., Maurin, L., Törngren, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthán, E., Strååt., Marquez von Hage, C., Bergman-Nordgren, L., & Andersson, G. (2011). Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 18-24. doi: 10.1016/j.brat.2010.10.002
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *148*, 331-337. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.020>
- Christensen, H., Griffiths, K., Groves, C., & Korten, A. (2006) Free range users and one hit wonders: community users of an Internet-based cognitive behaviour therapy program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 59-62.
- Cuijpers, P., Marks, I.M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(2), 66-82. doi: 10.1080/16506070802694776
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, *40*, 1943-1957. doi: 10.1017/S00332917110000772
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, *15*, 245-258. doi: 10.1002/wps.20346
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet interventions*, *6*, 16-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2016.08.004>

- Dugas, J.M., & Robichaud, M. (2006). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. New York: Routledge.
- El Alaoui, S., Hedman, E., Ljótsson, B., Bergström, J., Andersson, E., Rück, C., Andersson, G., & Lindefors, N. (2013). Predictors and moderators of Internet- and group-based cognitive behaviour therapy for panic disorder. *PLoS ONE*, *8(11)*, e79024.
- El Alaoui, S., Ljótsson, B., Hedman, E., Kaldo, V., Andersson, E., Rück, C., Andersson, G., & Lindefors, N. (2015). Predictors of symptomatic change and adherence in Internet-based cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder in routine psychiatric care. *PLoS ONE*, *10(04)*, e0124258. doi:10.1371/journal.pone.0124258
- Eskildsen, A., Hougaard, E., & Rosenberg, N.K. (2009). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nord J Psychiatry*, *63:000*. doi: 10.3109/08039480903426929
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M.W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *43*, 666 – 678. doi:10.1016/j.beth.2012.01.001
- Flaxman, P., & Bond, F.W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, *48(8)*, 816-820. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.004
- Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2013). *Emotionell bearbetning vid PTSD: terapeutmanual vid traumafokuserad KBT*. Stockholm: Natur och kultur.
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L-G., & Havik, O.E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, *32*. 425-445. doi: 10.1016/j.cpr.2012.04.002
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., & McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*, 553-578.
- Hayes, S. C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *12(6)*, 745-764. doi: 10.1586/erp.12.67

- Heimberg, R.G., & Magee, L. (2014). Social anxiety disorder. I D.H. Barlow (red.), *Clinical handbook of psychological disorders* (ss. 114-154). New York: The Guilford Press.
- Hesser, H., Gustafsson, T., Lundén, C., Henrikson, O., Fattahi, K., Johnsson, E., Zetterqvist Westin, V., Mäki-Torkko, E., Carlbring, P., Kaldö, V., & Andersson, G. (2012). A randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(4), 649-661. doi: 10.1037/a0027021
- Hofman, S.G., & Smits, J.A.J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry, 69*(4), 621-632.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.
- Jacobsson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Keeley, M.L., Storch, E.A., Merlo, L.J., & Geffken, G.R. (2007). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 28*, 118-130. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.003
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry, 62*, 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kivi, M., Eriksson, M.C.M., Hange, D., Petersson, E-L., Vernmark, K., Johansson, B., & Björkelund, C. (2014). Internet-based therapy for mild to moderate depression in Swedish primary care: short term results from the PRIM-NET randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*, 289-298.
<http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2014.921834>
- Kivi, M. (2015). Internet-based treatment of depression in primary care-effectiveness and feasibility. Opublicerad doktorsavhandling, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Ledley, D.B., Huppert, J.D., Foa, E.B., Davidson, J.R.T., Keefe, F.J., & Potts, N.L.S. (2005). *Depression and Anxiety, 22*, 161-167. doi: 10.1002/da.20121
- Liebowitz, M.R. (1997). Panic disorder as a chronic illness. *The Journal of Clinical Psychiatry, 1997, 58*(13), 5-10.
- Martell, C.R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Beteendeaktivering vid depression: en handbok för terapeuter*. Stockholm: Studentlitteratur.
- McEvoy, P., Nathan, P., Rapee, R.M., & Campbell. (2012). Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Evidence of transportability to community clinics. *Behaviour Research and therapy 50*, 258-265. doi: 10.1016/j.brat.2012.01.009

- Mululo, S.C.C., de Menezes, G.B., Vigne, P., & Fontenelle, L.F. (2012). A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*, 92-100.
- Munoz, R.F., Aguilera, A., Schueller, S.M., Leykin, Y., & Pérez-Stable, E. (2012). *Journal of Medical Internet Research*, *14*(3), e64. doi: 10.2196/jmir.1852
- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, *40*, 91-110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Nordgreen, T., Havik, O.E., Öst, L.G., Furmark, T., Carlbring, P., & Andersson, G. (2011). Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 1-9.
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res*, *7* (3), 291-297
doi:10.1586/14737167.7.3.291
- Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in Internet-delivered cognitive behaviour therapy: Analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *41*, 280-289. doi: 10/1017/S1352465812000240
- Pearl, S.B., & Norton, P.J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*, 11-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>
- Rudehill, Å. (2015). Internetbaserad KBT/ACT-behandling och dess effekt på oro och ångest: en effektivitetsstudie. Opublicerad Psykologexamensuppsats 30 poäng, Psykologprogrammet, höstterminen 2015, Stockholm Universitet: Psykologiska Institutionen, Stockholm.
- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P.W., Leihener, F., Jacob, G.A., Olschewski, M., Lieb, K., & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*, 497-503. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.11.006
- SBU (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. SBU-rapport nr 2007-03. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2013). *Internetförmiddlad psykologisk behandling vid ångest-och förstämningssyndrom*. SBU-rapport nr 2013-02. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

- Shadish, W.R., Navarro, A.M., Crits-Christoph, P., Jorm, A.F., Nietzel, M.T., Robinson, L., Svartberg, M., Matt. G.E., Siegle, G., Hazelrigg, M.D., Lyons, L.C., Prout, H.T., Smith, M.L., & Weiss, B. (1997). *Journal of consulting and clinical psychology*, 65,(3), 355-365.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328. doi: 10.1017/S0033291706008944
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch intern med*, 166, 1092-1097.
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internettreatment for depression: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS ONE*, 5(6), e10939. doi: 10.1371/journal.pone.0010939
- Titov, N., Dear B.F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49:441-52. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.007
- Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family Practice*, 32(1), 3-15. doi: 10.1093/fampra/cmu060
- Torp, N.C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Compton, S., Thomsen, P.H., Weidle, B., Hybel, K., Valderhaug, R., Melin, K., Nissen, J.B., & Ivarsson, T. (2015). Predictors associated with improved cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 54(3), 200-207. doi:10.1016/j.jaac.2014.12.007.
- Öst, L-G. (2008). Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(47), 5-10. doi: 10.1080/08039480802315590