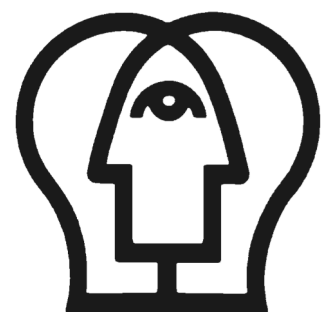


Internetbaserad KBT/ACT-behandling och dess effekt på oro och ångest: en effectiveness-studie

Åsa Rudehill

Handledare: Per Carlbring
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 HP
PSYKOLOGPROGRAMMET HT 2015



STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

INTERNETBASERAD KBT/ACT-BEHANDLING OCH DESS EFFEKT PÅ ORO OCH ÅNGEST: EN EFFECTIVENESS-STUDIE*

Åsa Rudehill

Ångestsyndrom är den vanligaste gruppen av psykiska sjukdomar. Alltmer forskning stödjer att den höga grad av komorbiditet förekommande i denna grupp beror på att gemensamma psykologiska processer genererar och vidmakthåller olika typer av besvär. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), en behandlingsform som inkluderats under KBT-paraplyet, har ett transdiagnostiskt fokus och visat sig ge god effekt. Lovande resultat har även setts för internetbaserad KBT-behandling (iKBT). Syftet med studien var att studera effekten av två acceptansbaserade internetbehandlingar i klinisk praktik, innehållande flera gemensamma moment från KBT/ACT. Effekten mättes primärt med Acceptance and Action Questionnaire-II som mäter psykologisk flexibilitet. Totalt 137 patienter tilldelades internetbehandling, *Oroshjälpen* ($n = 30$) och *Ångesthjälpen* ($n = 107$). Resultaten visar signifikanta förbättringar och måttliga till starka effektstyrkor för samtliga parametrar. Transdiagnostisk behandling (Ångesthjälpen) visade sig effektiv för samtliga kategoriserade diagnosbeskrivningar. En effectiveness-studie utan kontrollgrupp behöver dock stöd av fler studier inom området.

Visst stöd finns för att prevalensen av psykisk ohälsa är stabil över tid (Graaf, Have Gool & Dorsselaer, 2012). Men för unga vuxna står det relativt klart att psykisk ohälsa ökat den senaste tiden (SBU, 2010; Socialstyrelsen, 2013), trots att folk i västvärlden har en högre levnadsstandard än någonsin historiskt (Harris, 2011). En stor del av världens befolkning lider av psykisk ohälsa och forskningen idag bekräftar detta genom att visa att 30 procent av alla vuxna har någon typ av diagnostiserade psykiska besvär, varav 12-18% utgör ångestsyndrom som är den vanligaste gruppen av psykiska sjukdomar och störningar innefattande generell ångest, panikångest, fobier och tvångssyndrom (Hayes & Smith, 2007; Kessler et al., 1994; SBU, 2005). Ungefär 50 procent av alla kommer någon gång under livet att ha ett diagnostiskt psykiskt besvär och 80 procent av dessa har då samtidigt mer än ett sådant besvär (Kessler et al., 1994, SBU, 2005). Mansell et al. (2009) är några av de forskare som menar att flera psykiska besvär som förekommer samtidigt tyder på att det finns underliggande gemensamma processer, däribland *upplevelsemässigt undvikande* d.v.s. oviljan att vara i kontakt med inre obehag, som genererar och vidmakthåller olika typer av problem.

Även om välfärden ökar så kan den inledande presentationen av sjukdomsfrekvens idag peka på att vi ändå inte får det särskilt lättare att hantera våra psykiska besvär och att många behövande dessutom inte får tillgång till behandling (Kessler, Chiu, Demler &

* Ett stort tack till min handledare Per Carlbring för utomordentlig och skarp feedback liksom din förmåga att sälla ut det viktiga. Jag vill även tacka Kristofer Vernmark från Psykologpartners för feedback och gott samarbete samt Marie-Thérèse Överström och Lisa Alsén Björneke vid Studenthälsan i Linköping för er vänliga hjälp.

Walters, 2005). Med hänsyn till detta behövs effektiva psykologiska behandlingar och det är möjligt att transdiagnostisk och acceptansbaserad behandling liksom internetbehandling kan medföra en hoppfull utveckling. Fokus i denna uppsats kommer således att läggas mer på Acceptance and Commitment Therapy (ACT) än traditionell kognitiv beteendeterapi (KBT) då ACT är en transdiagnostisk och acceptansbaserad behandlingsform.

Diagnosspecifik vs transdiagnostisk behandling

Psykiska besvär har traditionellt kategoriserats i separata diagnoser. Diagnoser, som är topografiskt klassificerade utifrån en rad symtom i den typologiska manualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), baseras ej på några etiologiska kriterier. DSM, utvecklad av den amerikanska psykiatriska föreningen, härrör ur den medicinska diagnosmanualen International Classification of Diseases (ICD) som är framtagen av WHO och har ett medicinskt och biologiskt fokus på psykisk sjukdom (American Psychiatric Association, 2000; 2013; Follette & Houts, 1996; Socialstyrelsen, 2010). Psykologisk behandling, skiljer sig från farmakologisk behandling genom att vårdgivaren ofta i större utsträckning har möjligheten att fokusera på kontextuella variabler istället för symtom (Follette, 1996). Att kunna dela in psykiatriska besvär i diagnoser har en mängd fördelar som ökad begriplighet och effektivitet i visst avseende liksom underlättande av kommunikation mellan olika vårdgivare. Men det etiologiska perspektivet, som intresserar sig för funktionen bakom och roten till problematiken, riskerar att glömmas i de alltför diagnosspecifika behandlingarna (Bissett & Hayes, 1999; Follette, 1996; Malacki & Ostaszewski, 2014). Follette och Houts är inte kritiska till klassificering i sig utan menar att det är olyckligt att utgå från en DSM-manual med klassificeringar där topografiska beteenden inte sätts in i sin kontext. De framhäver att beteenden har olika funktioner mellan individer och att diagnoser därmed säger väldigt lite om orsak av problem och på så sätt blir problematiska guider för hur en behandling ska se ut.

Trots att manualbaserad KBT har visat på stor effekt i flertalet randomiserade kontrollerade studier för diagnosspecifika behandlingar som framförallt ångestsyndrom och depression (Barlow and Lehman, 1996; Chambless and Gillis, 1993; Craske, 1999; Norton & Price, 2007), är det fortfarande många, ibland uppåt 40%, som inte svarar på denna slags behandling (Barlow, 2014). En stor mängd olika specifika behandlingsmanualer som kräver tid och resurser kan även bli problematiskt, synnerligen då den diskriminativa validiteten för olika diagnoser är låg (Brown, Campell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001; Kessler et al., 2005; Wilamowska et al., 2010). Därför kan ett mer transdiagnostiskt perspektiv vara intressant för att undersöka om fler patienter kan bli hjälpta. Transdiagnostisk behandling handlar om att se likheterna snarare än skillnaderna mellan olika psykiska besvär, som exempelvis beteendemässiga och kognitiva undvikanden (Barlow, Allen, & Choate, 2004; McEvoy et al., 2009; Norton, 2006).

Komorbiditet är vanligt förekommande

En av utmaningarna för den traditionella diagnosfokuserade hållningen har varit hur samsjuklighet, d.v.s. komorbiditet, ”förekomsten av två eller flera psykiatriska diagnoser, nutida eller under ett livsperspektiv” kan förekomma i så pass hög grad (Brown et al., 2001). Ångestsyndrom är ett exempel som är associerat med en hög grad

av komorbiditet. Det finns studier gällande livstidskomorbiditet som visar att mer än 80 procent av individer med fobier samtidigt har en annan psykisk sjukdom, och vid generaliserat ångestsyndrom är motsvarande siffra 90 procent (SBU, 2005; Socialstyrelsen, 2010; Wittchen et al., 1994). I en stor epidemiologisk studie av the US National Comorbidity Survey Replication med ettårsprevalens för en rad axel I-diagnoser hade mer än 40 procent komorbiditet (Kessler et al., 2005), och en studie av Brown och Barlow (1992) visade att hälften av de patienter som sökte behandling för en ångeststörning även uppfyllde kraven för ytterligare en ångeststörning eller depression vid bedömningstillfället. Trots att prevalenstalen kan variera något i litteraturen är det med andra ord en stor population som lider av komorbiditet.

Flera olika förklaringar till komorbiditet har framkommit inom forskningen och en anledning kan vara de överlappande diagnoskriterierna. Andra bakomliggande orsaker kan vara att det finns ett direkt eller indirekt kausalt samband mellan två olika störningar. En ytterligare förklaring som får allt större stöd är att det finns gemensamma biologiska, genetiska och psykologiska sårbarhetsfaktorer som understödjer flera olika psykiatriska tillstånd (Caron & Rutter, 1991; Degenhardt, Hall & Lynskey, 2003; Kessler, 1995; Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2009). Mansell et al. menar att fokus på psykologiska gemensamma sårbarhetsfaktorer och processer, såsom gemensamma kognitiva och beteendemässiga processer, kan leda till mer effektiva bedömningar och behandlingar.

Epidemiologisk forskning, som tar hänsyn till gemensamma sårbarhetsfaktorer, är relativt ny, men ett växande antal empiriska studier stödjer just hypotesen att vissa gemensamma psykologiska processer vidmakthåller flertalet psykiska sjukdomstillstånd (Allen, McHugh, & Barlow, 2008; Barlow, 2004; Brown, 2007; Mansell et al., 2009; Norton & Hope, 2005; Suárez, Bennett, Goldstein, & Barlow, 2009; Wilamowska et al., 2010). Däribland finns studier som visar signifikanta effekter på symtomnivå i behandling av ångeststörningar (Erickson, 2003; Erickson, Janeck, & Tallman, 2007; Farchione et al., 2012; Garcia, 2004; Norton, 2008; Norton & Hope, 2005). Studier med SSRI-behandlingar kan också tala för denna hypotes då det framkommit lika starka effekter på depressionsproblematik som på komorbida ångesttillstånd (Sonawalla, et al., 2002) och farmakologisk behandling av generaliserat ångestsyndrom (GAD) har i linje med föregående exempel fått signifikanta minskningar för depressionsproblematik (Rosenthal, 2003). Denna forskning, som stödjer hypotesen om gemensamma psykologiska processer, har banat väg för terapiformer såsom ACT.

Fokus på gemensamma psykologiska processer inom ACT

ACT är en KBT-baserad behandlingsmetod som innehåller transdiagnostiska aspekter av psykiskt lidande. Några av dessa aspekter är *upplevelsemässigt undvikande* och *acceptans*, som kan beskrivas som varandras motsatser och två sidor av samma mynt. I början av konceptualiseringen av ACT-modellen använde man sig av termen *upplevelsemässigt undvikande* för att förklara hur psykisk ohälsa uppstod. Termen *acceptans* användes därefter som ett mer positivt sätt att beskriva ACT-modellen och definierades som viljan att uppleva obehagliga privata upplevelser. Dessa begrepp är fortfarande mycket användbara i förklaringen till människors lidande och kan ses som *exempel* på *psykologisk flexibilitet* respektive *inflexibilitet* (Bond et al., 2011). Under de senaste åren har man gått över mer till att använda termen psykologisk flexibilitet som

grundbegrepp och förklaring av målet med ACT, dels för att komma runt vissa associationer med de två tidigare begreppen, dels för att få en tydligare och bredare beskrivning av ACT-modellen. Psykologisk flexibilitet definieras som ”förmågan att till fullo vara närvarande utan motstånd till den aktuella upplevelsen och beroende på situationen kunna fortsätta handla i riktning mot sina mål och i linje med sina värderingar” (Bond et al., 2011). Inom ACT ligger fokus på att förändra hur man relaterar till sina tankar, känslor och kroppsliga sensationer, snarare än att förändra själva upplevelsen av dem i sig, som man tidigare gjort inom traditionell KBT (Dahl et al., 2009). ACT-metoden fokuserar alltså främst på att främja en psykologisk flexibilitet som i sig kan öka de eftersträvarvärda beteendena i *värderad riktning* (Hayes, 1999).

Upplevelsemässigt undvikande som en funktionell dimension av psykopatologi

För att bättre förstå begreppet psykologisk flexibilitet kan man noggrannare undersöka hur upplevelsemässigt undvikande fungerar. Med upplevelsemässigt undvikande menas ”när någon inte vill uppleva vissa kroppsliga sensationer, känslor, tankar, impulser eller minnen och använder sig av beteenden för att undvika dessa fenomen för att förändra deras form eller frekvens” (Hays et al., 1996; Harris, 2011). Upplevelsemässigt undvikande kan ses som hur en person förhåller sig till obehag, *hur* personen responderar på sina känslor snarare än *vad* den känner (Gamez, Chmielewski, Ruggero, Kotov & Watson, 2011). Denna strategi att kontrollera, undantrycka och fly ifrån upplevelser som vi förväntar oss ska vara obehagliga som ett sätt att minska på obehaget, orsakar paradoxalt nog istället en ökad intensitet och frekvens av obehaget (Gross, 1998a, 2002; Wenzlaff & Wegner, 2000). Undvikandet kan vara både beteendemässigt och känslomässigt och kommer av att vi starkt tror på sinnets bokstavliga innehåll, vi *fusionerar* (smälter samman) med våra kognitioner (Hays et al., 2014). Fusion kan mer ingående beskrivas som ”när vissa verbala (indirekta) stimulusfunktioner dominerar helt över andra potentiellt tillgängliga stimulusfunktioner, såväl direkta som indirekta” (Gross & Fox, 2009; Strosahl, Hays, Wilson & Gilford 2004), vilket gör att människor som är fusionerade med sina mentala instruktioner får svårt att uppmärksamma direkta upplevelser och omgivningens påverkan (Törneke, 2014). Upplevelsemässigt undvikande har återkommande beskrivits som maladaptiva strategier innehållande de två komponenterna *undvikande* och *flykt*. Undvikandet menas vara en komponent som definieras som en ovilja att uppleva de personliga obehagliga händelserna. Den andra komponenten *flykt* beskrivs som *handlingar som görs för att förändra upplevelsen av obehag*, med andra ord beteenden för att minimera uppkomsten av den kontext som obehaget uppstår i (Gamez et al., 2011; Pickett & Kurby, 2010; Hayes et al., 1996). Teoretiskt sett kan upplevelsemässigt undvikande, alltså avsaknaden av acceptans för den aktuella upplevelsen, beskrivas som en sjukdomsframkallande process och ses som en huvudorsak till utvecklingen av och vidmakthållandet av psykisk ohälsa (Hayes et al., 1996; Törneke, 2014).

Betydelsen av upplevelsemässigt undvikande har varit erkänd inom många psykologiska och terapeutiska förhållningssätt. Freud menade att psykoanalysens mål var att försvaga försvararen och låta det hotande och smärftfulla som trängts undan komma till ytan (Cramer, 1998). Det grundläggande målet för Rogeriansk terapi är att ”öppna upp för upplevelsen”, liksom inom gestaltterapi som placerar många orsaker till psykologiska problem i undvikandet av obehagliga känslor och rädslan för oönskade emotioner. Existentiella psykologer betonar även rollen för upplevelsemässigt

undvikande och i detta fall undvikandet av rädslan för att dö (Malacki & Ostaszewski, 2014). De klassiska exponeringsbaserade beteendeterapiteknikerna har kanske varit några av de tydligaste upptäckterna gällande undvikande och har senare breddats till att innebära inte bara yttre beteenden utan även undvikande av interna upplevelser och generellt obehag. (Barlow et al., 2004; Baum, 1970).

Att upplevelsemässigt undvikande är en nyckelprocess i cykeln av lidande är således inget nytt, men det går inte att förneka att psykologisk behandling fram till idag till stor del varit inriktad på ett förändringsarbete, en strävan efter att befria patienten från obehag, vilket i sig kan ses som ett undvikande (Hayes et al., 2004). Vissa menar att den kognitiva beteendeterapeutiska metoden huvudsakligen innehåller tekniker för att förändra den inre upplevelsen och dess fenomen, t.ex. ifrågasättandet av negativa tankar för att kunna höja patientens mående (Hayes et al., 1996). Även om inte alla tekniker går ut på att förändra upplevelsen genom att förändra innehållet av våra tankar och känslor, var det inte förrän de så kallade ”tredje vågens” terapier kom som begreppet upplevelsemässigt undvikande fick sitt erkännande. Den tredje vågen är en term som definierar ett antal terapeutiska interventioner med ursprung i den kognitiva beteendeterapin, vilka blandar de traditionella KBT-strategierna med fokus på bland annat mindfulness och acceptans. En av tredjevågen-terapierna är ACT, som denna uppsats utforskar.

Hur undvikande, ångest och livskvalitet hänger samman

I den direkta stunden då undvikande sker gäller dock inte sambandet att undvikande framkallar lidande. Vad som istället sker är en ångestlindring, om än bara för stunden, vilket betingar undvikandebeteendet med en lättnad och på så sätt blir undvikandet negativt förstärkt (Öst, 2013).

Liksom i annan psykologisk behandling är man inom ACT uppmärksam på patientens undvikandebeteenden och dessa framkommer ofta naturligt i arbetet med värden, som handlar om att få patienten att gå i riktning mot det hen tycker är viktigt i livet (Dahl et al., 2009). När man börjar närma sig händelser som länge undvikits utlöses en ångest och istället för att fly från obehaget används verktygen inom ACT till att förbättra patientens förmåga att tillåta upplevelsen av ångest utan att döma den. På detta sätt ökas patientens psykologiska flexibilitet, det vill säga en acceptans för den aktuella upplevelsen. Studier visar att de patienter som framgångsrikt förändrar sin respons på ångest märker inte endast att de slutar undvika vissa saker utan även hur mycket mer livskvalitet de upplever, hur mycket mer engagerade i livet de känner sig (Mendlowicz & Stein, 2000). Hayes et al. menar att i och med att patienten får mer kontakt med sina värden under en ACT-behandling kan det i början uppstå en oro och ångest, men att det långsiktigt ger en upplevelse av mening och syfte i livet (Hayes & Smith, 2009; Harris, 2011). På så sätt är det i ACT inte fokus på att reducera ångesten utan öka funktionsförmågan och därmed den psykologiska flexibiliteten för en ökad livskvalitet. Detta vilar på grundidén om att alla människor är kapabla att leva meningsfulla liv även i närvaro av svåra känslor, ångest, smärta och andra symtom (Hayes et al., 2003). Trots att ångestreducering inte är målet med ACT är dess interventioner associerade med stora minskningar avseende ångestsymtom och effekterna har visat sig hålla i sig (A-Tjak et al., 2015).

Grunderna i ACT

ACT är en behandlingsform som bland annat har sina rötter i den österländska filosofin och som anpassats till en KBT-form genom att integrera etablerade beteendeinterventioner som exponering (Abramowitz et al., 2013) liksom beteendeaktivering (Martell, Addis & Jacobson, 2001). ACT är också en praktisk tillämpning av den underliggande teorin om människans språk och kognition som kallas för relationsinramningsteori (RFT, *relational frame theory*) (Hayes, Barnes-Holmes, and Wilson, 2012). Både ACT och dess teoretiska bas RFT har funktionell kontextualism som sitt vetenskapsfilosofiska grundantagande. Funktionell kontextualism utgår från att kontexten där ett fenomen uppstår spelar roll för individens tolkning av fenomenet (Hayes et al, 1999; Törneke, 2009).

Upplevelsemässigt undvikande och lidande enligt RFT

RFT förklarar hur språket utvecklats via operant och respondent inläring och hur människan genom inläring av språk har lärt sig att associera ett stimulus till ett annat. Om vi får veta att A är större än B som är större än C så förstår vi samtidigt att A är större än C utan att behöva lära in det. Att relationer mellan olika stimuli uppstår, härledda stimulusrelationer, utan att vi medvetet tränar in dessa är en grundprocess i inläring av det mänskliga språket (Törneke, 2009). Människor kan till skillnad från andra djur använda ord som symboliska representationer av verkliga saker, vilket ger henne möjlighet att kommunicera över tid och rum. Tack vare språket har människan en förmåga att dra slutsatser utifrån erfarenheter som hon faktiskt saknar och kan spekulera i tänkbara framtidsscenarioer (Stewart, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Bond & Hayes, 2006). Denna förmåga till relationsinramning, som gör att människan kan tänka abstrakt och i många led, utgör såväl en välsignelse som en förbannelse, eftersom det är på detta sätt som lidande kan spridas utan att hon har en direkt erfarenhet av det hon kommer att tänka på. Hon kan alltså godtyckligt associera saker med varandra, vilket är anledningen till att du en vacker sommardag vid havet plötsligt kan känna sorg över en vän som gått bort. En person med orosproblematik kan exempelvis med hjälp av sinnet försätta sig själv i en plågsam situation och tänka ut aversiva konsekvenser, oberoende av de yttre förhållandena i den aktuella stunden (Hayes, Bunting, Herbst, Bond & Barnes-Holmes, 2006).

Vad gäller psykologiskt lidande så har människan ofta konstruerat kognitiva regler liknande ”jag får inte tänka på att jag har ångest för då kommer det synas”, en tanke som i sig själv blir en kontextuell trigger för att tänka på relationella nätverk associerade till tanken på ångest. Ett problem med denna typ av regel är således att den är självförstärkande. Tanken kan förstärkas både negativt och positivt i stunden, liksom förstärkas av ett antal socialt inlärd idéer om att ångest inte är normalt. Den sociala inprogrammeringen om vad som är ”normalt” är så djupt rotad i det mänskliga språket att den blir osynlig (Barnes-Holmes et al., 2001; Stewart et al., 2006; Törneke, 2009). Regelstyrning, beteenden som påverkas av dessa kognitiva regler, kan hjälpa oss stå över omedelbar behovstillfredsställelse, då vi t.ex. kan föreställa oss att vi kan vila på soffan när vi kommer hem istället för direkt på jobbet. Men en överanvändning av dessa kognitiva regler, som framkallar ett problemlösande sinnestillstånd i förhållande till våra inre upplevelser, tränger undan intuition, inspiration, iakttagelser, förundran, känslomässig intelligens och andra upplevelser som inte är komparativa eller handlar om tid. Detta gör att människor som är fusionerade med sina kognitiva regler och

mentala instruktioner får svårt att uppmärksamma direkta upplevelser och omgivningens påverkan. Överdrivet regelföljande bidrar således till rigiditet och stärker det upplevelsemässiga undvikandet (Wulfert et al., 1994; Törneke, 2009). Att medvetet betrakta de inre upplevelserna man vill undvika eller det i omgivningen som utlöser upplevelserna, skulle förstöra själva målet med upplevelsemässigt undvikande. Människor lever på detta sätt med mindre spontan kontakt med sig själva och omvärlden, vilket till slut blir en slags livsförlamning. På grund av detta syftar många ACT-interventioner till att bryta ner den makt språket och regelstyrning har över oss (Ott & Rickardsson, 2007).

Forskning bakom upplevelsemässigt undvikande

Ett flertal av de ovan nämnda studierna som stödjer hypotesen att vissa gemensamma psykologiska processer vidmakthåller flertalet psykiska sjukdomstillstånd, visar ett starkt samband mellan specifikt *psykologisk flexibilitet* och psykiskt lidande (Fledderus, Bohlmeijer & Pieterse, 2010; Malicki & Ostaszewski, 2014; Pickett & Kurby, 2010). Tull & Gratz (2008) fann att psykologisk flexibilitet och upplevelsemässigt undvikande ligger bakom följden av olika emotionsreglerande strategier. Personer som är psykologiskt rigida har även visat sig ha svårt att hantera utmanande upplevelser i livet (Morina, 2007; Spira et al., 2007). De upplever generellt färre positiva händelser, färre positiva känslor och mindre livstillfredsställelse (John & Gross, 2004; Kashdan et al., 2006).

Effektforskning inom transdiagnostisk KBT-behandling

Forskningen inom transdiagnostisk behandling är relativt ny och har visat måttliga till stora effektstorlekar för KBT-behandlingsprogram och signifikanta effekter vid flertalet ångeststörningar för gruppbehandlingar inom området (Erickson, 2003; Erickson, Janeck & Tallman, 2007; Garcia, 2004; Norton, 2008; Norton & Hope, 2005), face-to-face-behandling (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody & Dalgleish, 2015) och internetbehandling (Newby et al., 2015, Titov et al. 2011; Titov, Andrews, Johnston, Robinson & Spence, 2010; Titov et al., 2014). För att nämna ett exempel på transdiagnostiska behandlingsmodeller har Unified Protocol (Barlow, 2013) visat sig effektivt vid ångeststörningar. Även om dessa studier ännu inte är många är det möjligen bara en tidsfråga innan ett större transdiagnostiskt forskningsfokus kommer, då flera oberoende forskningsenheter som har börjat utveckla transdiagnostiska interventioner för mer effektiva behandlingar (Norton, Hayes, & Hope, 2004; Lumpkin, Silverman, Weems, Markham & Kurtines, 2002; Schmidt, Buckner, Pusser, Woolaway-Bickel & Preston, 2012). Men trots att randomiserade och kontrollerade studier visar positiva resultat krävs ytterligare forskning med större populationer och prövade på fler typer av diagnoser för att kunna säkerställa effekterna.

Empiri bakom KBT/ACT

Det är vitt utbrett att KBT anses vara den behandlingsform som har starkast empiriskt stöd (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006), även om det inte är en lätt uppgift att definiera vad KBT är med den uppsjö av tekniker, modeller och principer som kan kategoriseras tillhöra KBT (Craske, 2010; Hayes, 2008; Herbert & Forman, 2011; Levin & Hayes, 2011). Några specifika behandlingsprogram som visat sig vara effektiva är bland annat Clarks behandlingsmodell vid social fobi (Clark & Wells, 1995), beteendeaktivering vid depression (Martell, Dimidjan & Herman-Dunn, 2013) och

dialektisk beteendeterapi (som likt ACT är en av tredje vågens terapier under KBT-paraplyet) vid borderline personlighetsstörning (Linehan, 2000).

I början på 2000-talet kritiserades ACT för sin bristfälliga empiriska evidens (Corrigan, 2001) och har även kritiserats för att vara detsamma som KBT (Hofmann & Asmundson, 2008). Sedan den första kritiken kom har forskningen rapporterat goda fynd och har kunnat visa att ACT är en effektiv behandlingsform för en mängd problem (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Det vetenskapliga stödet för ACT har undersökts i fyra metaanalyser och har stärkts efter varje analys som genomförts (Davis et al., 2015; Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009; Ruiz, 2012; Öst, 2008). Den första som kom år 2008 av Öst konstaterade att forskningskvaliteten på ACT-studierna var för dålig för att kunna ge behandlingen något empiriskt stöd. Den senaste kom i år (Davis et al., 2015) och stödjer ACT som effektivare än placebo och traditionell behandling, samt varande lika effektiv som traditionell KBT för ångeststörningar, depression, somatiska hälsoproblem liksom beroendeproblematik. En anledning till denna utveckling, utöver att fler studier hunnit publiceras, kan vara att kvaliteten på studierna och forskningsmetoderna har förbättrats sedan den första metaanalysen.

Internetbaserad KBT-behandling

Internetbaserad KBT (iKBT), som enligt den svenska modellen kan beskrivas som *vägledad självhjälpsbehandling med terapeutkontakt*, baseras på samma komponenter som i sedvanlig KBT-behandling, men de förmedlas istället via internetuppkopplad utrustning (Andersson, 2009; Hedman, Carlbring, Ljótsson & Andersson, 2014). Sedan de första psykologiska behandlingarna förmedlades via internet under slutet av 90-talet har internetbaserad behandling gjort stora framsteg (Hedman et al., 2014; Marks, Cavanagh & Gega, 2007). Forskning på internetbaserad KBT-behandling har mestadels berört behandlingar utan uppföljningsmätningar, men som visat goda resultat vid behandlingsavslut (El Alaoui et al., 2015). Den senaste tiden har det publicerats ett antal mer omfattande behandlingsstudier som visar hur effekterna även håller i sig vid uppföljningar på längre sikt (Carlbring, Nordgren, Furmark & Andersson, 2009; Ruwaard, Broeksteeg, Schriecken, Emmelkamp & Lange, 2010; El Alaoui et al., 2015; Hedman et al., 2011; Paxling et al., 2011). Arnberg et al. presenterade 2014 en metaanalys med 52 RCT-studier som visade att iKBT gällande social fobi och depression hade måttlig effekt i jämförelse med väntelista på kort sikt. Även att iKBT var verksamt för patienter med nedstämdhet och ångestsyndrom som själva efterfrågar internetbehandling. För att kunna dra slutsatser om långtidseffekterna krävs fler studier med större populationer och aktiva kontrollgrupper.

I en annan nyligen publicerad metaanalys har vägledad iKBT visat likvärdiga effekter som face-to-face KBT (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014). Trots att denna metaanalys endast innefattar relativt få studier som jämför iKBT med KBT så är den relevant givet att iKBT hittills till största del jämförts med KBT-gruppterapi istället för sedvanlig sådan (Andersson, 2015). Internetbaserad KBT har i ytterligare en metaanalys visat goda effekter för de fyra distinkta diagnoserna: egentlig depression, paniksyndrom, social fobi och GAD (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010). Liknande resultat presenterar även Hedman et al. i en systematisk litteraturoversikt av 1104 studier från 2012 (Hedman, Ljótsson & Lindefors). Enligt

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) år 2013, är det ännu inte klarlagt om internetbaserad behandling via internet är likvärdig med motsvarande terapeutledd behandling. Ännu har ingen uppdaterad version av SBU:s rapport kommit, men av ovan nämnda studier tillsammans med ett hundratal andra RCT-studier kan man säga att internetbehandling har mycket god evidens för starka effekter, och kan utgöra ett utmärkt komplement till sedvanlig vård. Vidare behövs det fler studier med större populationer och med aktiva kontrollgrupper för att utvärdera om iKBTs effekter är likvärdiga med effekten av etablerade behandlingsmetoder.

Ett starkt argument för iKBT är kostnadseffektiviteten i en vårdmiljö med begränsade resurser och omfattande samtalsbehandlingar (Hedman et al., 2011, 2013a, 2014; Lintvedt, Griffiths, Eisemann & Waterloo, 2013; Ruby, Marko-Holguin, Fogel & van Voorhees, 2013). Internetbehandlingar har även större möjlighet att nå ut till fler individer, som exempelvis personer som både har psykiska och fysiska begränsningar visavi konventionell behandling (Yuen, Johnson, Goetter, Herbert och Forman, 2012).

Internetbaserad KBT-behandling har således visat sig vara effektiv vid flera olika typer av psykiatriska tillstånd, men liksom för face-to-face-behandling har internetbehandlingar mestadels fokuserat på behandling för enskilda diagnoser och endast ett fåtal diagnosöverskridande internetbaserade behandlingar är ännu publicerade (Dear et al., 2011; Johnston, R., Titov, N., Andrews, G., Spence, J., & Dear, 2011; Titov, Andrews, Johnston, Robinson & Spence, 2010; SBU 2013). Mot bakgrund av detta finns anledning att undersöka denna mer transdiagnostiska internetbaserade ACT-behandling ytterligare.

Effectiveness-studier

En randomiserad kontrollerad studie (RCT) är ett kliniskt försök med god intern validitet då undersökningen sker under kontrollerade former. Denna slags behandlingsforskning brukar kallas för efficacyforskning och i en vetenskaplig kontext skiljer man mellan *efficacystudier* och *effectiveness-studier*. Effectiveness-studier undersöker hur en metod fungerar i praktisk verksamhet under ”verkliga” omständigheter och anses därför ha en god extern validitet (Lutz, 2003; Möller, 2011). En kritik mot effectiveness-forskning är den svaga interna validiteten, då bristen på kontrollgrupp gör det svårt att bevisa om spontanförbättring kan förklara de uppmätta resultaten. Andra skillnader mellan dessa två typer av behandlingsforskning är att efficacystudier ofta har behandlare som enbart behandlar det som undersöks och kan anstränga sig mer för att frambringa goda resultat. Behandlare i effectiveness-studier däremot är vanligen inte experter på behandlingen och har ofta heller inte någon särskild handledning för studiens ändamål eller någon som kontrollerar att de följer instruktionerna för behandlingen, s.k. adherens till behandlingsmanualen. Gällande deltagarna sker rekryteringen i en efficacydesign med mer strikta urvalskriterier med hänsyn till undersökningens syfte och kan därför ha mindre komorbiditet och komplex problematik än den population som ingår i den kliniska verkligheten (Shadish et al., 1997; Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995). Efficacy- och effectiveness-studier kan ses som två ytterligheter på ett kontinuum då det i verkligheten inte finns någon skarp distinktion mellan dessa designer (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Brody, 2003; Streiner, 2002a). Sammanfattningsvis säger en efficacystudie jämförelsevis mindre om

behandlingseffekten inom klinisk praktik, liksom en effectiveness-studie säger mindre om det direkta sambandet mellan behandling och utfall (Möller, 2011).

Skillnaderna i design gör att det blir problematiskt att jämföra resultaten mellan olika forskningsmetoder. Weisz et al. har dock funnit markanta skillnader mellan resultaten från vad de kallar för ”forskningsterapi” och ”klinisk terapi” (1995). Den refererade studien gjordes på barn och ungdomar men kan tänkas gälla även för en äldre population. Författarna menar att utfallen generellt är bättre för den kontrollerade efficacyforskningen, vilket man bör forska vidare på. Även att öka de metodologiska kvalitetsaspekterna för effectiveness-studier är att eftersträva för att bättre kunna uttala sig om utfallen. Något motstridigt har man i andra jämförelser mellan efficacystudier och effectiveness-studier sett att de visat ungefär liknande effektstorlekar men att utfallen blir något svagare ju mer kvalitetssäkrad en effectiveness-studie är (Shadish, Matt, Navarro, & Phillips, 2000; Stewart & Chambless, 2009). Å andra sida får en mer kvalitetssäkrad effectiveness-studie en starkare extern validitet (Weisz et al., 1995).

Van Ingen et al. presenterade en metaanalys (2009) med effectiveness-studier gällande KBT-behandling för ångestsyndrom, där 8 av 11 studier visade på stora effektstorlekar, 2 måttliga och 1 visade liten effektstorlek. Samtliga studier innehållande uppföljning, 5 av 11, visade stora effektstorlekar. Andersson och Hedman behandlade i en rapport (2013) hur vägledad iKBT har tillämpats i klinisk verksamhet, i vilken rapport samtliga genomsökta studier visade positiva utfall på att överföra iKBT till praktiken. De visade även prov på att skillnaden i utfall är större mellan face-to-face efficacystudier och effectiveness-studier än mellan iKBT efficacystudier och iKBT effectiveness-studier. I Tabell 1 presenteras behandlingseffekter från 7 olika iKBT effectiveness-studier behandlande ångestsyndrom.

Tabell 1. *Exempel på internetbaserade effectiveness-studier*

Studie	Tillstånd	N	Mätinstrument	Cohen's d*
Alaoui et al. (2015)	Social fobi	654	LSAS-SR	0,86
Aydos et al. (2009)	Social fobi	17	SIAS	1,51
			SPS	0,60
Bergström et al. (2009)	Paniksyndrom	20	PSDD	2,50
Hedman et al. (2013)	Paniksyndrom	570	PSDD-SR	1,07
Ruwaard et al. (2012)	Paniksyndrom	139	PDSS-SR	1,36
	PTSD	478	IES	1,36
Mewton et al. (2012)	GAD	588	GAD-7	0,86
Newby et al. (2013)	Ångestsyndrom	136	GAD-7	1,15

LSAS-SR = Liebowitz Social Anxiety Scale–Self-Rated; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPS = Social Phobia Scale; PDSS = Panic Disorder Severity Scale; PSDD-SR = Panic Disorder Severity Scale Self-Report; IES = Impact of Event Scale-intrusion & avoidance; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale, 7-item version.
*inomgruppseffektstorlekar.

Syfte och hypoteser

Det övergripande syftet med studien är att utvärdera huruvida de två internetbaserade KBT/ACT-behandlingarna *Oroshjälpen* och *Ångesthjälpen* (www.kbtonline.se) fungerar i klinisk praktik. Ett delsyfte är att undersöka hur psykologisk flexibilitet

(AAQ-II) står i relation till livskvalitet (VAS), grad av ångest (VAS) och ångestsymtom (GAD-7) för individerna i de aktuella behandlingsprogrammen. I enlighet med den presenterade forskningen kommer följande hypoteser att undersökas:

1. Oroshjälpen leder till statistiskt signifikanta förbättringar avseende psykologisk flexibilitet, självskattad livskvalitet och ångest.
2. Ångesthjälpen leder till statistiskt signifikanta förbättringar avseende psykologisk flexibilitet, självskattad livskvalitet och ångest.
3. Gällande det transdiagnostiska behandlingsprogrammet Ångesthjälpen, är samtliga diagnosgrupper signifikant förbättrade avseende psykologisk flexibilitet, självskattad livskvalitet och ångest.
4. Ökad psykologisk flexibilitet är signifikant korrelerad med en förhöjd livskvalitet, liksom en ökad psykologisk flexibilitet är korrelerad med en minskad ångest och minskade ångestsymtom.

Metod

Design

Den aktuella studien är en effectiveness-studie utan kontrollgrupp och syftar till att utvärdera effekter av två acceptansbaserade internetbehandlingsprogram i klinisk verksamhet vid Studenthälsan i Linköping. Behandlingsprojektet innehållande de två behandlingsprogrammen Oroshjälpen och Ångesthjälpen, framtagna av psykologföretaget Psykologpartners, startade vårterminen år 2012 och pågår tills vidare. Studien behandlar data från och med vårterminen 2012 till och med vårterminen 2015.

Patienter och procedur

Under perioden för vad denna studie behandlar bestod undersökningsgruppen av en klinisk grupp med 137 patienter, varav 80 kvinnor och 57 män. Samtliga patienter var mellan 19 och 34 år. Patienterna i studien var studenter som sökte Studenthälsan för vård, där de sedan erbjöds internetbehandling och remitterades internt till två kuratorer som ansvarade för internetbehandlingarna. Samtliga av Studenthälsans vårdgivare hade genomgått en halvdagsutbildning inom Ångest- och Oroshjälpen. De behandlingsansvariga kuratorerna gick även en heldagsutbildning inom internetbehandling och hade under de första två åren handledning två gånger per termin, därefter en gång per termin.

De två kuratorerna gjorde initialt en klinisk bedömning av patienterna före behandlingsstart, varefter patienterna rekommenderades något av behandlingsprogrammen Oroshjälpen eller Ångesthjälpen. Av de 137 patienterna, tilldelades 30 Oroshjälpen och 107 Ångesthjälpen. När urval utifrån följande inklusionskriterier och val av program gjorts utifrån behandlarens bedömning, informerades patienten om behandlingsprogrammets upplägg. I samband med denna individuella information gav patienten även sitt samtycke om att skattningsmaterial kunde komma att användas för allehanda framtida forskning. Samtliga patienter

lämnade informerat samtycke och fick information om att de när som helst kunde avbryta behandlingen.

Ytterligare etiska aspekter var att alla namn togs bort och ersattes med koder inför att skattningsmaterial skulle lämnas vidare för denna utvärdering. Eventuella fakta som skulle kunna identifiera patienterna i materialet togs bort av behandlarna. Avseende sekretess under behandlingens gång var det inga personuppgifter eller andra uppgifter som kopplades till koden som gavs ut, annat än registreringarna.

Den kliniska bedömningen vid ett första möte med patienten gjordes utifrån en klinisk erfarenhet och ej något strukturerat diagnostiskt instrument. Detta var underlaget till en indelning av diagnoskategorier som gjordes i den aktuella analysen, för att få en översiktlig bild av vidden av problematik. Problembeskrivningarna delades in i följande diagnoskategorier: GAD ($n = 36$), prestationsångest ($n = 18$), panikångest ($n = 19$), social fobi ($n = 32$), hälsoångest ($n = 6$), tvångssyndrom ($n = 8$), ångestsyndrom ospecifik ($n = 8$) och övrig problematik ($n = 4$). Inför en strukturerad diagnostisering skulle möjligen individerna i kategorin prestationsångest få diagnosen ångest UNS, GAD eller social fobi, men eftersom den primära problembeskrivningen efter den kliniska bedömningen var prestationsångest valdes en kategori för detta. I kategorin ångestsyndrom ospecifik ingår problembeskrivningar med tydliga tecken på ångest men utan någon specifik sådan. I gruppen övrig problematik samlades problembeskrivningar utan vidare förklaringar, som ”aggressionsproblem”, ”sömnproblem” och ”utmattning”.

För att undersöka om det transdiagnostiska behandlingsprogrammet Ångesthjälpen kunde ha effekt på flera olika typer av problematik kategoriserades patienterna likt ovan, trots att den kliniska bedömningen endast gick att tillgå i brist på en mer strukturerad diagnostisk intervju. GAD ($n = 13$), prestationsångest ($n = 14$), panikångest ($n = 18$), social fobi ($n = 30$), hälsoångest ($n = 6$), tvångssyndrom ($n = 9$), ångestsyndrom ospecifik ($n = 8$) och övrig problematik ($n = 2$). Subgruppen övrig problematik lämnades utanför de statistiska jämförelseanalyserna för en bättre intern validitet. För dessa subgrupper utvärderades AAQ-II och VAS-skalorna. Se Tabell 4.

Avhopp och databortfall

Sammanlagt var det 19 avhopp, 3 från Oroshjälpen (10%) och 16 från Ångesthjälpen (15%). Behandlingen kunde genomföras trots att samtliga förmätningar ej skattades. Inför de statistiska beräkningarna togs dock de som ej fyllde i samtliga förmätningar ($n = 7$) bort ur materialet för att kunna jämföra före- och efterskattningar. Se flödesschema i Figur 1 nedan för en överskådlig bild av urval och behandlingsprocess. Anledningarna till avhopp som uttrycktes var tidsbrist, motivation, tillfrisknande, flytt, valet att medicinera, avhopp från studier, påbörjan av annan terapi och svåra privata händelser. Av de 19 bortfallen var det 6 individer som avbröt behandlingen utan att meddela orsak till avhopp.

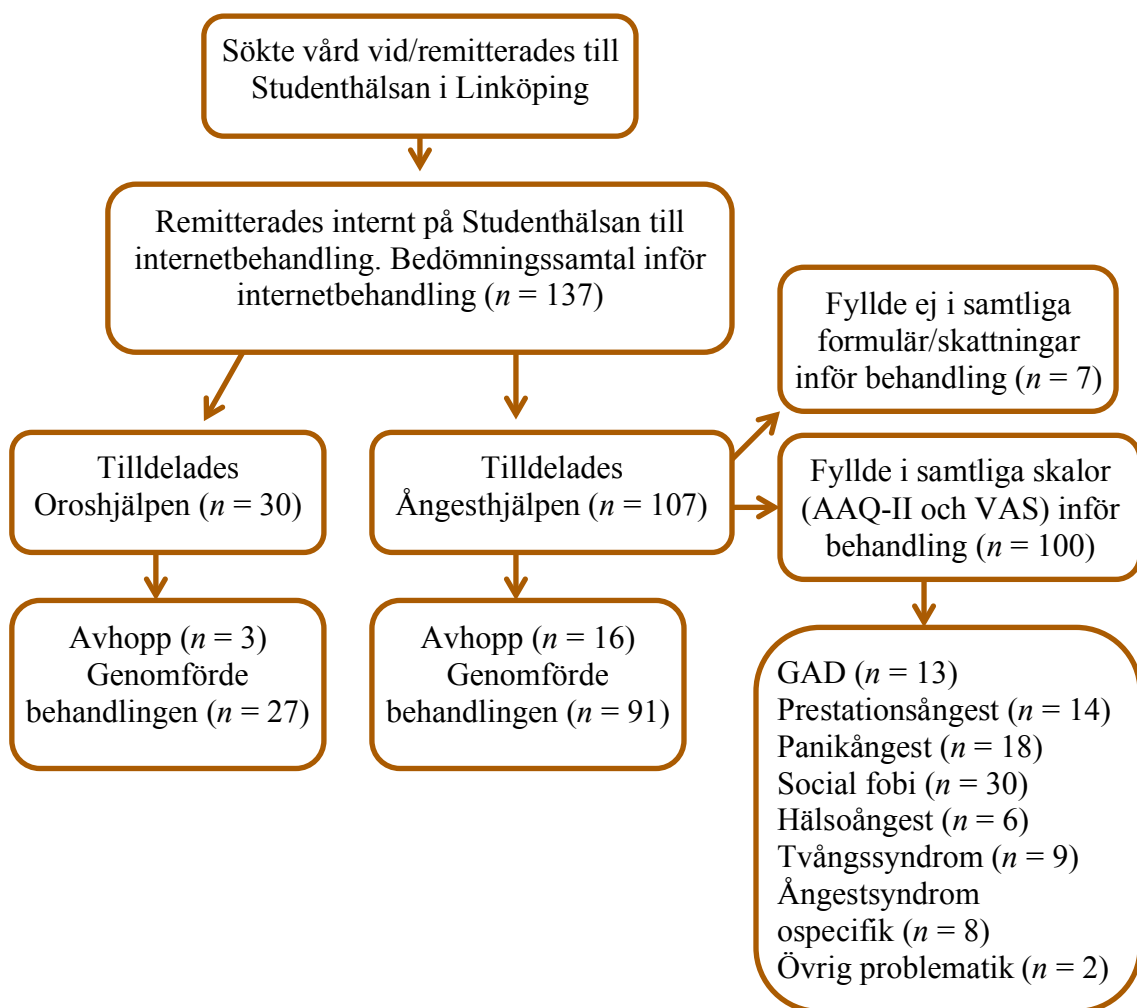
Gällande eftermätningar var det 17 (12%) av 137 som ej skattade AAQ-II liksom VAS-skalorna, detta inklusive avhopp. För uppföljning av AAQ-II var det 60 (44%) av 137 som ej svarade. Avseende GAD-7 som tilldelades från och med höstterminen 2013 och inkluderar 82 patienter var det, 14 (17%) som ej skattade efter behandling och 29 (35%) vid uppföljningen.

Data saknades från 69 (14%) av 493 unika mättillfällen gällande eftermätningarna av AAQ-II, VAS-skalorna och GAD-7 tillsammans. Vid uppföljningsmätningarna av AAQ-II tre månader efter behandling saknades data från 60 (44%) av 137 mättillfällen. Motsvarande databortfall var 29 (35%) av 82 tillfällen för uppföljning av GAD-7. För de mättillfällen som förmättningsvärden fanns men inga efterföljande mätvärden, användes principen last observation carried forward ($n = 138$) vilket gav ett oförändrat mått. I Tabell 2 presenteras bakgrundsdata för patienterna.

Tabell 2. Bakgrundsdata för patienterna

	Oroshjälpen (7 avsnitt)	Ångesthjälpen (8 avsnitt)	Sammanlagd data
N	30	107	137
Kvinnor	23 (77%)	57 (53%)	80 (58%)
Ålder M (SD)	25,20 (2,88)	24,32 (3,13)	24,52 (3,10)
Kontaktillfällen M^* (SD)	8,5 (1,19)	9,5 (1,42)	-
Behandlingens medellängd i veckor (SD)	11,5 (2,83)	13 (3,56)	-
Avhopp	3 (10%)	16 (15%)	19 (13%)

* de som fullföljde behandlingen



Figur 1. Flödesschema över urval och behandlingsprocess.

Urval

Inklusionskriterierna för behandling var: att patienten var villig att ägna ca 2-3 h i veckan åt behandlingen (tid som kunde ingå i många dagliga aktiviteter för att träna sina hemuppgifter), hade tillräcklig koncentrationsförmåga för att genomgå ett avsnitt vid dator under 30-50 minuter, kunde tala, skriva och läsa på svenska, liksom hade tillgång till dator med internetuppkoppling. Exklusionskriterier var: om patienten var suicidbenägen, hade outredda somatiska oklarheter, uppenbara tecken på neuropsykologisk problematik, personlighetsstörning eller missbruk av alkohol och narkotika. Ingen annan parallell eller planerad behandling som eventuellt kunde störa internetbehandlingen var tillåten. Vid eventuell pågående och mild farmakologisk behandling fick den inte ha ändrats under de senaste tre månaderna.

Behandling

Efter bedömning och urval kunde patienterna påbörja behandling omgående. Patienterna loggade in, antingen via Ångesthjälpen eller via Oroshjälpen, med sin personliga inloggningskod och avsnitten bestod mestadels av kortare texter (som kunde läsas upp av en berättarröst) men även registreringar, filmer, bildspel och ljudfiler. Programmen var utformade för att behandlingsinnehållet skulle kunna förmedlas på varierade sätt och skapa en hög grad av interaktivitet för ökad motivation för övningar och inläring. Ångesthjälpen innehöll 8 avsnitt och Oroshjälpen 7 avsnitt (se Tabell 2 och 3 för respektive programs innehåll) och båda behandlingarna beräknades ta 10 veckor. Studenterna var rekommenderade att låta varje avsnitt ta en veckas tid. Det hände dock att några patienter, oftast beroende på studiemängd, behövde ytterligare en veckas träning innan de gick vidare till nästa avsnitt. Detta bestämdes med behandlaren under de veckovisa telefonuppföljningarna. Patienterna hade tillgång till programmet i 100 dagar innan inloggningskodens giltighet gick ut, vilket innefattade uppläggets rekommenderade längd plus ytterligare 4 veckor. Därefter fick de förlänga giltigheten för sin kod om de ej hade hunnit fullfölja alla avsnitt. Av 118 patienter som fullföljde behandlingen var det 25 (21%) som förlängde giltigheten och 42 (36%) som förlängde sin behandling över den rekommenderade tiden (10 veckor), med ett genomsnitt på knappt 3 veckor.

Under varje samtal med behandlaren, som varade ungefär 15 min, stämde det av hur uppgifter och övningar gått den senaste veckan, liksom om det fanns några oklarheter som patienten behövde hjälp med. Denna behandlingsmodell går under vad som kallas *vägledad självhjälp* (Andersson et al., 2008). Varje patient hade således en ansvarig behandlare som gav personligt stöd under behandlingen en gång i veckan, och kunde från sitt administratörskonto följa patientens inloggningsstatistik, som vilka uppgifter patienten genomfört, mängden tid som deltagaren varit inloggad, måndeskattningar och stjärnmarkeringar. Deltagaren hade möjlighet att stjärnmarkera intressanta avsnitt och bilaga 1 presenterar hur denna funktion liksom layouten för programmet såg ut.

Tabell 2 och 3 presenterar innehållet för vardera behandlingsprogram.

Tabell 2. Innehåll för Oroshjälpen

Introduktion/	
Avsnitt 1: <i>Vad är oro?</i>	Introduktion till programmet och tillhörande arbetsbok, psykoedukation kring oro. Identifiering av föreställningar om oro liksom sina strategier för att slippa oro.
Avsnitt 2: <i>Situationsanalyser</i>	Introduktion till A-B-C-analyser för att tydliggöra vad som framkallar oro, vanliga strategier liksom konsekvenser.
Avsnitt 3: <i>Värderingar och aktiviteter</i>	Identifiering av värderingar för olika områden, för att öka medvetenheten kring sitt handlande.
Avsnitt 4: <i>Medveten närvaro</i>	Träning i medveten närvaro för att lättare kunna observera utan att döma upplevelserna.
Avsnitt 5: <i>Oro som process</i>	Fördjupning i att uppmärksamma tankar utan att värdera dem som bra eller dåliga, med syfte att förhålla sig till orostankarna på samma sätt.
Avsnitt 6: <i>Acceptans</i>	Identifiering av det som är svårt att acceptera samt dess konsekvenser. Reflektioner kring hur livet skulle se ut med ökad acceptans.
Avsnitt 7: <i>Vad fungerar bäst för dig?</i>	Uppföljning av momenten ABC-analyser, värderingar, medveten närvaro och acceptans i programmet, samt vidmakthållandeplan.

Tabell 3. Innehåll för Ångesthjälpen.

Introduktion/	
Avsnitt 1: <i>Vad är ångest?</i>	Introduktion till programmets upplägg, olika ångestdiagnoser och dess likheter, psykoedukation om upplevelsemässigt undvikande. Uppgifter kring värderingar och inre obehag.
Avsnitt 2: <i>Situationsanalyser</i>	Introduktion till A-B-C-analyser, med tillhörande övningar. Fortsatt fokus på undvikandebeteenden.
Avsnitt 3: <i>Mål och hinder</i>	Identifiering av värderingar, mål och hinder. Konsekvensen av upplevelsemässigt undvikande beskrivs.
Avsnitt 4: <i>Att hantera hinder</i>	Fördjupning av acceptans och villighet. Beskrivning av ”rent” och ”smutsigt” obehag i förhållande till livsutrymme, funktionella strategier samt exponering i värderad riktning.
Avsnitt 5: <i>Tankar och känslor</i>	Utforskande av tankemässiga regler och antaganden. Observationsövning för defusion.
Avsnitt 6: <i>Medveten närvaro i vardagen</i>	Upplevelsebaserade övningar i medveten närvaro och acceptans. Träning i värderat handlande.
Avsnitt 7: <i>Värderad riktning</i>	Träning i konkreta dagliga handlingar i värderad riktning.
Avsnitt 8: <i>Agerandet som fungerar</i>	Repetition och uppföljningsarbete av moment i behandlingen. Vidmakthållandeplan i värderad riktning och plan för bakslag.

Inför varje avsnitt skattade patienten sitt mående, dels för att själv kunna följa sin utveckling genom behandlingen, dels för att behandlaren skulle kunna få en överblick av problematik och framsteg hos patienten. Detta skattades på den 10-gradiga VAS-skalan för fyra skalor. Gemensamt för både Oroshjälpen och Ångesthjälpen skattades två av skalorna: hur mycket patienten besvärats av ångest senaste veckan och hur

tillfredsställd patienten varit med veckan som gått avseende positiva upplevelser. I Oroshjälpen skattades även besväret av orostankar liksom besväret av anspänning under den senaste veckan. I Ångesthjälpen skattades istället hur många handlingar/beteenden patienten gjort i värderad riktning senaste veckan och hur mycket tid patienten lagt den senaste veckan på att utföra övningarna i behandlingsprogrammet. Patienternas skattningar från den första behandlingsveckan liksom den sista från två av de ovan nämnda skalorna, ångest och livskvalitet, har tagits med i denna studies analys. De resterande skalorna, orostankar, kroppslig spänning, värderad riktning och nerlagd tid på hemuppgifter, har alltså ej tagits med i denna analys.

I början av varje avsnitt uppmuntrades patienten till att reflektera kring de senaste uppgifterna i föregående avsnitt, därefter följdes en rational för det aktuella avsnittets fokus, exempel, övningar och förslag till nya uppgifter att ta med sig under veckan. Avsnitten tog ca 30-50 minuter i anspråk.

En tillhörande arbetsbok delades ut innehållande psykoedukation, exempel samt mallar och scheman för registrering av reflektioner och övningar. I programmet uppmuntrades patienten att använda sig av arbetsboken, i vilken alla övningar och hemuppgifter gjordes. Med arbetsboken följde även en CD-skiva med övningar i medveten närvaro, som var ett hjälpmedel de kunde använda under veckorna utan att behöva logga in på internetportalen.

Gemensamma och skilda moment för Oroshjälpen och Ångesthjälpen

Behandlingsprogrammen Oroshjälpen och Ångesthjälpen innehåller de gemensamma momenten psykoedukation, funktionella analyser, värderingsarbete, acceptans, medveten närvaro liksom exponering. De har ett stort innehåll av ACT-komponenter och beskrivs som två acceptansbaserade KBT-program. De traditionella KBT-teknikerna som återfinns i de båda programmen är exempelvis psykoedukation, funktionella analyser och exponering. Även upplägget med hemuppgifter kan ses som ett bidrag från KBT. Det som skiljer programmen åt är att Oroshjälpen lägger större vikt vid beteendeaktivering och att bryta beteendet ”oroande”. Oroshjälpen vilar även teoretiskt på en mindfulness-modell av Orsillo och Roemer (2011), en modell som innehåller samma komponenter som återfinns inom ACT. Främst handlar det om medveten närvaro, acceptans och att finna sina värderingar. Ångesthjälpen kan ses som ett mer transdiagnostiskt instrument då fler olika typer av psykiatriska diagnoser ryms inom detta program. Trots dessa skillnader har programmen till största del ett gemensamt innehåll med element från ACT som fokuserar på att främja en psykologisk flexibilitet, vilket gjorde det mer intressant att undersöka det gemensamma än det som skiljer dem åt.

Mätinstrument

Ett av självskattningsformulären som användes var Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), liksom den reviderade versionen av AAQ-II, som alltså har samma beteckning men innehåller 7 frågor istället för 10. AAQ-II är en vidareutveckling av originalformuläret AAQ som skapades av Hayes et al. (2004). AAQ är det mest använda formuläret för mätningar av psykologisk flexibilitet och mäter mer specifikt graden av inre undvikande i form av emotionell och kognitiv kontroll, undvikande av negativa känslor och oförmåga att agera i riktning mot sina mål (Bond et

al, 2011). Den första versionen av AAQ-II som användes i studien består av tio påståenden som skattas på en sjugradig likertsskala (1-7) och poängsätts efter samma skala med 10 poäng som lägst och 70 poäng som högst, vilket indikerar lägre eller högre grad av psykologisk inflexibilitet och upplevelsemässigt undvikande (Ciarrochi & Bilich, 2006). Exempel på påståenden är: ”Jag har kontroll över mitt liv”, ”Det är OK om jag minns något obehagligt” och ”Jag är rädd för mina känslor”. Den engelska versionen av AAQ-II är validerad och har uppvisat goda psykometriska egenskaper; tre respektive tolv månaders test retest-reliabilitet på ($r = ,81$) och ($r = ,79$), Cronbachs alfa på 0.84 och hög korrelation med ursprungsformuläret ($r = 0,97$, Bond et al., 2011). AAQ-II med tio påståenden har översatts till svenska av Parling och Lundgren (Lundgren & Parling, opublicerad). Inför höstterminen 2014 under det aktuella behandlingsprojektet valde man att övergå till den reviderade kortversionen (de tre omvända svarsalternativen har utelämnats), som har bättre psykometriska egenskaper (Bond et al., 2011). Denna version har 7 påståenden med minimum 7 poäng och maximum 49 poäng där högre poäng innebär lägre grad av psykologisk flexibilitet.

Andra självskattningar ur behandlingsmaterialet som båda behandlingsprogrammen innehöll var en Visuellt analog skala (VAS) med parametrarna *livskvalitet* och *ångest*. Dessa aspekter skattades varje vecka och i denna analys jämförs skattningarna mellan det första och det sista tillfället. VAS-skalan kategoriseras från 0-10: Låg = 0-4, Medel = 5-7, Hög = 8-10. En svaghet med VAS är att det finns en risk för att patienterna överskattar eller underskattar sin upplevelse av livskvalitet eller ångest. Kritik kan även riktas mot att skalan är endimensionell och inte tar hänsyn till aspekter som bedömningen baseras på.

Generalized Anxiety Disorder Scale – 7 items (GAD-7) är ett självskattningsformulär som omfattar 7 frågor och avser mäta ångestsymtom, hur mycket man besvärats av symtom på nervositet, oro, rastlöshet etc. med hjälp av en tregradig likertsskala. Totalpoängen ligger således inom intervallet 0 till 21, där poäng ≥ 5 kategoriseras som mild GAD, ≥ 10 som måttlig GAD och ≥ 15 som svår GAD. Formuläret anses ha mycket god validitet och reliabilitet (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) och används även för att screena för andra ångeststörningar än generaliserat ångestsyndrom (GAD). Instrumentet var inte med i behandlingsprojektet från början utan lades till inför höstterminen 2013, vilket betyder att 82 (60%) av 137 fick möjligheten att fylla i GAD-7.

Statistiska analyser

Statistiska beräkningar utfördes i Statistical Package for the Social sciences (IBM SPSS Statistics, version 22 för Mac OS X, Chicago, USA). För samtliga beräkningar användes last observation carried forward i de fall data saknades, för att leva upp till intention-to-treat-principen. En alfanivå på 5% användes vid varje signifikansprövning.

För att mäta skillnader mellan de patienter som fullföljde och de som valde att avbryta behandlingen, liksom mellan de som fick förlänga sina behandlingar och de som fullföljde behandlingen inom rekommenderad tid, gällande demografiska variabler och förmätningar, användes beräkningar med oberoende t-test liksom testning med chi-två.

Skalan för det första formuläret av AAQ-II med 10 items (poängskala 10-70)

transformerades till den reviderade skalan av AAQ-II med 7 items (poängskala 7-49). Detta gjordes med följande formel, där x är värdet som transformeras från den första skalan: $(7 \cdot (80 - x)) / 10 = \text{AAQ-II (reviderad skala)}$.

För att se om det förelåg några statistiskt signifikanta skillnader mellan samtliga mättillfällen gjordes beräkningar med ANOVA för upprepade mätningar. Dessa skillnader undersöktes även genom att beräkna den kliniska signifikansen för AAQ-II enligt Jacobson och Truax (1991) riktlinjer. Författarna menar att en statistiskt uträknad signifikant skillnad i effektstyrka inte behöver betyda att patienten förbättrats på ett kliniskt betydelsefullt sätt. Till att börja med beräknas ett reliable change index (RCI) för varje deltagare för att säkerställa att förändringen inte återspeglar ett mätfel. Sedan användes följande formel för att beräkna den minimala förbättringspoängen: $x_1 - x_2 = \text{RCI} \cdot (\sqrt{2 \cdot (\text{SD}_{\text{förmätning}} \cdot \sqrt{1 - \text{Chronbach's alpha}})})^2$.

Om patientens värde på RCI överstiger $\pm 1,96$ har sannolikt en verklig förändring ägt rum ($p < ,05$) och det första villkoret för klinisk signifikans har bekräftats. Det andra villkoret är att klientens förbättringsvärde ska nå över ett cut-off-värde. Författarna presenterar olika sätt att beräkna cut-off-värden och *formel c* bedöms vara den mest lämpliga, men i denna analys användes *formeln a*, då AAQ-II saknade jämförande normer. I *formel a* beräknas värdet ligga två standardavvikelser ifrån medelvärdet, i riktning mot förbättrade värden: $a = M_1 \pm 2s_1$.

Beräkningar av inomgruppseffektstorlekar (Cohen's d) gjordes genom att dividera skillnaden mellan medelvärdena med de poolade standardavvikelserna ($d = (\mu_1 - \mu_0) / \sigma$) och kategoriserades enligt Östs gränsvärden för inomgruppseffektstorlekar: $ES > 0,5$ liten effekt, $ES > 0,8$ måttlig effekt och över 1,1 stor effekt (Öst, 2013).

Korrelationen mellan psykologisk flexibilitet, ångest och livskvalitet beräknades med en bivariat sambandsanalys. Även en regressionsanalys gjordes för att se om någon variabel hade större effekt på livskvalitet.

Resultat

Behandlingsföljsamhet och förlängning av behandling

För att se huruvida de personer som avbröt studien i förtid ($n = 19$) skilde sig från de som fullföljde behandlingen ($n = 118$) gjordes en bortfallsanalys genom gruppvisa jämförelser med oberoende t-test och chi-två-test. Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan dessa grupper framkom vad gällde kön ($p = ,70$), ålder ($p = ,43$) eller symtomnivå på förmätningar (AAQ-II: $p = ,81$; VAS-livskvalitet: $p = ,32$; VAS-ångest: $p = ,62$; GAD-7: $p = ,17$). Gällande behandlingsföljsamheten fullföljde 85% av patienterna från Ångesthjälpn hela behandlingen respektive 90% av patienterna från Oroshjälpn. Ett Chi-två-test korrigerat med Fishers exakta test visade att denna skillnad inte heller var signifikant: $\chi^2 = 0,48$; $N = 137$; $df = 1$; $p = ,77$. En avslutad behandling betraktades som avslutad när patienten genomfört modulernas hemuppgifter och återkopplat dessa i de veckovisa telefonsamtalen med sin behandlare, samt skattat både före- och eftermätningar.

Inga skillnader för ovan presenterade parametrar framkom heller mellan de patienter

som fick förlänga sin behandling och de som fullföljde inom 100 dagar eller inom de rekommenderade 10 behandlingsveckorna. De individer som förlängde sin behandling hade generellt ett sämre värde avseende psykologisk flexibilitet ($p = ,10$). Ångesthjälpen hade i genomsnitt fler individer som förlängde behandlingen i jämförelse med Oroshjälpen och visade det närmaste signifikanta värdet ($p = ,09$).

Behandlingsutfall

Hypotes 1, 2 och 3: Förbättringar gällande samtliga variabler.

Signifikant bättre resultat för samtliga parametrar: psykologisk flexibilitet, självskattad ångest och livskvalitet sågs vid efter- och uppföljningsmätningar för båda programmen. Alla signifikansvärden mättes till $p < ,001$ med undantag för variabeln självskattad ångest gällande Oroshjälpens patienter som var signifikant på $,01$ -nivån. Effektstyrkorna sågs från spannet liten effekt ($,73$) till stor effekt ($1,55$). Se Tabell 4. För Ångesthjälpens subgrupper med olika diagnoskategorier erhöles även signifikanta skillnader för samtliga utfall ($p < ,01 - p < ,001$).

I Tabell 4 visas medelvärden och standardavvikelse vid förmätningar och eftermätningar för varje variabel samt uppföljningsmätningar för psykologisk flexibilitet (AAQ-II) och ångestsymtom (GAD-7). Tabellen visar även signifikansnivåer av ANOVA-beräkningar med upprepad mätning och effektstorlekar för samtliga mått. Trots att mätinstrumentet GAD-7 endast inkluderade 82 (60%) av 137 patienter, med 7 patienter som hoppade av under perioden som GAD-7 användes (HT 2013-VT 2015), valdes det att tas med i denna analys.

Tabell 4. Statistik för estimerade medelvärden, standardavvikelser, signifikansvärden och effektstorlekar.

Program (N)	AAQ-II			VAS-Ångest			VAS-Livskvalitet			GAD-7		
	M	(SD)	ES	M	(SD)	ES	M	(SD)	ES	M	(SD)	ES
Oroshjälpen (30)												
Före	31,13	(5,51)		6,36	(1,56)		5,63	(1,77)		11,90	(3,76)	
Efter	22,55***	(6,51)	1,43	4,77**	(2,30)	0,83	6,83***	(1,51)	0,73	6,90**	(5,30)	1,10
3 mån	21,86***	(6,30)	1,57							7,60**	(5,48)	0,93
Ångesthjälpen (100)												
Före	32,84	(6,43)		6,68	(1,99)		4,44	(1,75)		11,71	(4,69)	
Efter	23,32***	(7,81)	1,34	4,34***	(2,29)	1,10	6,42***	(1,74)	1,13	7,27***	(5,11)	0,91
3 mån	21,89***	(7,56)	1,57							6,05***	(4,64)	1,21

Signifikansnivåer: ** $p \leq ,01$, *** $p \leq ,001$. ES = effektstorlek (Cohens d) inom grupperna.

I Tabell 5 nedan presenteras statistik för de diagnostiserade besvären för Ångesthjälpen. Variabeln GAD-7 som inte skattades av hela patientgruppen valdes bort då grupperna redan var mycket små.

Tabell 5. Statistik för estimerade medelvärden, standardavvikelser, signifikansvärden och effektstorlekar gällande Ångesthjälpens diagnosgrupper.

Diagnos (n)	AAQ-II			VAS-Ångest			VAS-Livskvalitet		
	M	(SD)	ES	M	(SD)	ES	M	(SD)	ES
GAD (13)									
Före	35,25	(4,24)		6,99	(1,71)		4,12	(2,04)	
Efter	24,15***	(10,06)	1,55	4,69**	(2,23)	1,17	6,44**	(1,77)	1,26
3 mån	24,35***	(7,71)	1,83						
Prestationsångest (14)									
Före	32,21	(7,03)		5,94	(2,36)		4,32	(1,05)	
Efter	21,24***	(6,03)	1,68	3,26**	(1,67)	1,27	6,71***	(1,23)	2,00
3 mån	19,73***	(6,95)	1,79						
Paniksyndrom (18)									
Före	34,23	(8,13)		6,43	(1,88)		5,07	(1,76)	
Efter	21,36***	(8,26)	1,57	3,86**	(2,35)	1,90	7,31***	(1,48)	2,00
3 mån	19,17***	(7,44)	1,93						
Social fobi (18)									
Före	33,04	(6,47)		6,95	(2,27)		4,17	(1,80)	
Efter	26,25***	(7,98)	0,94	5,16***	(2,50)	0,75	5,83***	(1,88)	0,90
3 mån	24,51***	(7,69)	1,20						
Hälsångest (6)									
Före	30,37	(3,29)		5,97	(1,79)		4,28	(1,41)	
Efter	22,13**	(3,74)	2,34	4,35†	(1,77)	1,00	5,87†	(1,20)	1,00
3 mån	19,80**	(6,53)	2,15						
Tvångssyndrom (9)									
Före	31,34	(6,43)		7,18	(0,86)		4,62	(1,86)	
Efter	20,07***	(6,22)	1,78	4,06**	(2,15)	2,12	6,43*	(2,11)	1,26
3 mån	19,82**	(5,73)	1,89						
Ångest ospecifik (8)									
Före	31,21	(4,69)		6,85	(2,26)		4,69	(2,46)	
Efter	24,11*	(7,94)	1,12	3,73**	(2,46)	1,32	6,69†	(1,91)	1,26
3 mån	23,09**	(8,96)	1,19						

Signifikansnivåer: † $p < ,10$; * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$. ES = effektstorlek (Cohens d) inom grupperna.

Det utfallsmått som klinisk signifikans beräknades för var AAQ-II, med en test-retest-reliabilitet på ,81 för 3 månader. Tabell 6 presenterar frekvenserna för patienter med klinisk signifikant förbättring. Patienter som ej fyllde i några eftermätningar erhöi i enlighet med intention to treat-principen sitt förmättningsvärde och klassificerades som oförbättrade (last observation carried forward, LOCF).

Tabell 6. Antal patienter som uppnådde klinisk signifikant förbättring och antal patienter som erhöll oförbättrat mått med LOCF.

AAQ-II	N	N LOCF efter- mätning	Antal patienter som uppnått klinisk signifikant förbättring - eftermätning	N LOCF upp- följning	Antal patienter som uppnått klinisk signifikant förbättring - uppföljning
Oroshjälpen	30	3	11 (37%)	16	15 (50%)
Ångesthjälpen	107	9	41 (38%)	40	42 (39%)
GAD	13	2	6 (46%)	7	7 (54%)
Prestationsångest	14	1	5 (36%)	4	6 (43%)
Panikångest	18	1	6 (33%)	5	6 (33%)
Social fobi	30	2	7 (23%)	9	7 (23%)
Hälsångest	6	0	4 (67%)	4	4 (67%)
Tvångssyndrom	9	0	5 (56%)	6	5 (56%)
Ångest ospecifik	8	2	4 (50%)	3	4 (50%)

Klinisk signifikans erhöles för 37% av patienterna från Oroshjälpen och sammanlagt 38% från Ångesthjälpen vid eftermätning. Ingen patient nådde en kliniskt signifikant försämring. Hypoteserna 1 och 2 bekräftades då statistiskt signifikanta skillnader påträffades för samtliga variabler. Signifikanta skillnader sågs för alla diagnoskategorier med undantag för efterskattningar av livskvalitet för de minsta grupperna: hälsångest ($n = 6$; $p = ,11$) och ångest ospecifik ($n = 8$; $p = ,10$) liksom för patienter med hälsångest avseende självskattad ångest ($p = ,19$). Trots ickesignifikant skillnad för endast 3 av 28 mättillfällen förkastas hypotes 3.

Hypotes 4: Korrelationer mellan variabler.

För hela patientgruppen erhöles signifikanta Pearsonkorrelationer mellan samtliga förbättringspoäng. Starka signifikanta samband sågs bland annat mellan ökad psykologisk flexibilitet och minskad ångest ($-,42^{**}$), ökad psykologisk flexibilitet och ökad livskvalitet ($,44^{**}$), ökad psykologisk flexibilitet och minskade ångestsymtom ($-,60^{**}$) samt ökad livskvalitet och minskad ångest ($-,53^{**}$). Se Tabell 7 för korrelationsmått gällande uppföljningsvärden. Alla mått inkluderar de patienter som skattade samtliga skalor inför behandling ($n = 130$), förutom GAD-7 som tillkom i ett senare skede och endast skattades av 76 patienter. Korrelationsmåten var signifikanta på ,01-nivå. Hypotes 4 bekräftas således.

Tabell 7. Korrelationsmått mellan förbättringspoängen för samtliga patienter.

	AAQ-II eftermätning	AAQ-II 3 mån	VAS- livskvalitet	VAS- ångest	GAD-7 eftermätning
AAQ-II 3 mån	,85**	-	-	-	-
VAS-livskvalitet	,44**	,37**	-	-	-
VAS-ångest	-,42**	-,35**	-,53**	-	-
GAD-7 eftermätning	-,60**	-,50**	-,40**	,47**	-
GAD-7 3 mån	-,46**	-,59**	-,36**	,37**	,81**

**Signifikant korrelation på ,01-nivån.

Tabell 8 visar även signifikanta korrelationer mellan förmättningsvärden för samtliga patienter.

Tabell 8. Korrelationsmått mellan förmättningsvärden.

	AAQ-II	VAS- livskvalitet	VAS- ångest
VAS-livskvalitet	,33**	-	-
VAS-ångest	-,31**	-,42**	-
GAD-7	-,41*	-,24*	,36**

**Signifikant korrelation på ,01-nivån. *Signifikant korrelation på ,05-nivån.

En regressionsanalys visade att beta-koefficienterna för VAS-ångest ($\beta = -,32$) liksom för AAQ-II ($\beta = ,06$) var nästan precis lika stora, då AAQ-II transformerades till motsvarande skala. Variablen AAQ-II ($\beta = ,39$) kunde påvisa en större effekt på livskvalitet än VAS-ångest ($\beta = -,32$), men skillnaden var alltså liten.

Diskussion

Det är känt att ångestsyndrom är den vanligaste gruppen av psykiska sjukdomar och är associerat med en hög grad av komorbiditet (Kessler et al., 1994, 2005). Psykisk ohälsa är utbredd och effektiva psykologiska behandlingar behövs. Acceptansbaserade behandlingsformer innehållande transdiagnostiska aspekter, liksom internetbehandling har visat lovande resultat och skulle kunna bidra till att fler i behov av psykologisk behandling blir hjälpta. Syftet med den föreliggande studien var att utvärdera effekten av två acceptansbaserade internetbehandlingar, liksom sambanden mellan variablerna. Eftersom båda behandlingsprogrammen, Oroshjälpen och Ångesthjälpen gemensamt har störst behandlingsfokus på psykologisk flexibilitet genom behandlingsmoment som funktionella analyser, värderingar, medveten närvaro och acceptans, valdes att undersöka förändringar av just den psykologiska flexibiliteten (AAQ-II) och dess samband med livskvalitet (VAS), ångest (VAS) och ångestsymtom (GAD-7), istället för att ställa programmen mot varandra. Utfallsmåtten analyserades med oberoende t-test, ANOVA för beroende mätningar samt sambandsanalyser med bivariat korrelationsanalys och regressionsanalys.

Resultatdiskussion

Resultaten visade statistiskt signifikanta förbättringsvärden för samtliga utfallsmått gällande både Oroshjälpen och Ångesthjälpen. Efter behandling sågs störst inomgruppseffektstorlekar för psykologisk flexibilitet ($d = 1,42$ för Oroshjälpen respektive $1,34$ för Ångesthjälpen) och 3 månader senare visade båda programmen lika stora effektstorlekar, $d = 1,57$. Den minsta behandlingseffekten erhöles för livskvalitet ($d = ,73$) gällande Oroshjälpens patienter. Effektstorlekar för resterande utfallsmått var måttliga till stora. Resultaten indikerar en betydande positiv förändring för samtliga mått, främst psykologisk flexibilitet för de båda behandlingsprogrammen. Med andra ord indikerar resultaten ett samband mellan den framställda betydelsen av upplevelsemässigt undvikande och lidande. Att måttet livskvalitet inte nådde en lika stor förbättringseffekt var väntat utifrån tidigare forskning som visar att förändringar i upplevelsen av livskvalitet tar längre tid att uppmärksamma och är en relativt stabil variabel i jämförelse med symtomfokuserade variabler (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010; Costa, McRae & Zonderman 1987; Cummins, 2010; Cummins, Li, Wooden, & Stokes, 2014; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Palmore & Kivett, 1977), även om upplevelsen av livskvalitet setts variera mer i en ung population, som fanns i denna studie (Petito & Cummins, 2000).

Studiens okontrollerade design medför dock att samtliga resultat bör tolkas med försiktighet då spontanförbättring kan ha förekommit. Eftersom kontrollgrupp saknas i effectiveness-studier är det alltså inte möjligt att påvisa om förbättringsmåtten berodde på den aktiva behandlingen, tillfälliga variationer i symtom eller andra externa variabler. Dock har tidigare RCT-studier av iKBT med transdiagnostiska komponenter visat på goda resultat i de flesta fall. En av dessa är en uppsatsstudie av Ivanova (2013) som även den behandlade social fobi och paniksyndrom via Ångesthjälpen ($n = 152$, $d = ,79$ för social fobi och $1,17$ för paniksyndrom). I denna RCT-studie visade dock endast social fobi ett signifikant förbättringsvärde i jämförelse med väntelistgrupp. En annan RCT-studie (Johnston et al., 2011) med transdiagnostisk internetbaserad KBT-behandling ($n = 131$) för GAD, social fobi och paniksyndrom visade vid eftermätning inomgruppseffektstorlekar på $1,24$ och 3 månader senare $1,11$. Ytterligare en studie av liknande format ($n = 77$) Titov et al. (2011) som redovisat jämförbara inomgruppseffektstorlekar för ångestsyndrom ($,57 - ,69$) är även i linje med den föreliggande studiens resultat vid de lägre utfallsmåtten. Sammanfattningsvis kan dessa tidigare transdiagnostiska studier visa hur de funna resultaten i den aktuella studien ligger inom ramen för tidigare forskning på området. Denna föreliggande studie har till skillnad från de ovan presenterade studierna gjort en ansats till att undersöka fler olika diagnostiska besvär i samma studie och bidrar på så sätt med ny information till den transdiagnostiska forskningen.

Likvärdiga effektstorlekar med de som rapporterats i den aktuella studien syns i en sammanställning av 16 RCT-studier för iKBT (Hedman et al, 2012) med effektstorlekar mellan $,66$ och $1,53$. Även 20 av 22 studier i en metaanalys av Andrews et al., (2010) innehållande diagnosspecifika iKBT-behandlingar visar utfallsmått som är likvärdiga med utfallsmåtten i sammanställningen ovan. De goda jämbördiga resultaten för transdiagnostisk och diagnosspecifik behandling pekar på att ingen av behandlingarna i nuvarande form överträffar den andra.

Samma tendens till likvärdig effekt syns även för tidigare iKBT effectiveness-studier, vilket är det format som mest liknar den aktuella studiens design, med undantag för de transdiagnostiska komponenterna. IKBT effectiveness-studier visar effektstorlekar mellan 0,60 och 1,51 (Alaoui et al. 2015; Aylos et al., 2009; Hedman et al., 2013; Ruward et al., 2012; Mewton et al., 2012; Newby et al., 2013) och skiljer sig således inte heller från den aktuella studiens resultat, med undantag för en studie för Paniksyndrom (Bergström et al 2009) med en avvikande effektstyrka på 2,50. Dock är det ingen av dessa effectiveness-studier som använt sig av AAQ-II, vilket är det primära utfallsmåttet för den aktuella studien.

En tidigare effectiveness-studie i gruppformat med utfallsmåttet AAQ-II (Hjalmarsson, 2013) påträffades, i vilken även Ångesthjälpen utvärderades med goda resultat. Den kliniska signifikansen valdes dock ej att rapporteras på grund av alltför stora standardavvikelser och studien hade något lägre statistiskt signifikanta skillnader och effektstyrka ($ES = ,59$) i jämförelse med den föreliggande ($ES = 1,57$).

En del forskare menar att det är mer relevant att se till den kliniska än den statistiska signifikansen och att processen att byta fokus till den kliniska signifikansen går alltför långsamt (Jacobson & Traux, 1991). Klinisk signifikans för samma typ av behandling av ångestsyndrom påträffades i Ivanovas studie (2013) med värden för AAQ-II på 13,5% för social fobi och 46,5% för panikångest. Vid eftermätning av AAQ-II i den föreliggande studien var 37% (enligt Jacobson och Truax krav på klinisk signifikans) av patienterna från Oroshjälpen förbättrade eller återställda och motsvarande 38% från Ångesthjälpen. Tre månader senare var frekvensen något större, 50% av Oroshjälpens patienter och 39% av Ångesthjälpens patienter var då kliniskt signifikant förbättrade. Både stora spridningar av utfallsmått inom grupperna, liksom avsaknad av jämförande normvärden utmanade den kliniska signifikansen. Förbättringsvärdet mellan efter- och uppföljningsmätningen gällande Oroshjälpen var relativt stort trots att standardavvikelseerna var ungefär lika stora (6,51 respektive 6,30). En bidragande orsak var en faktisk förbättring i mätvärden och en ytterligare anledning kan ha varit gruppens storlek ($n = 30$) i kombination med att nästan hälften av patienterna inte svarade på uppföljningsmätningen och därmed erhöll sina eftermätningvärden. En liten grupp ökar känsligheten för skillnad och om resultatet kan ha påverkats till det bättre eller till det sämre är svårtolkat (Streiner, 2002b).

Vad gäller studiens hypotes om att transdiagnostisk behandling har effekt på olika besvär sågs signifikanta förbättringsvärden för samtliga diagnoser, med undantag för de två allra minsta grupperna, hälsoångest och ångest ospecifik vid 3 av 8 mättillfällen efter genomförd behandling. Då grad av statistisk signifikans är beroende av interventionsgruppens storlek är denna skillnad i gruppstorlek relevant (Clark-Carter, 1997) och därför bör man ej dra slutsatsen att denna typ av behandling inte är effektiv för just dessa diagnoser. Om man bortser från studiens bristande design, som bland annat innefattade indelningen av kategorier som ej utfördes på säkra grunder, visar mönstret att de större grupperna med mer reliabla resultat, erhöll signifikanta förbättringsvärden. Dessa förbättringar som kunde ses för samtliga diagnosgrupper för det primära måttet AAQ-II, stödjer även teorin att olika besvär har grundläggande psykologiska mekanismer. För dessa subgrupper inom Ångesthjälpen låg den kliniska signifikansen inom intervallet 23-67%, vilket är relativt höga frekvenser. Detta kan innebära ett stöd för samma tes om att gemensamma psykologiska processer återfinns

inom olika diagnoser. Men med tanke på det stora antalet patienter som ej svarade på mätningarna och de i vissa fall små grupperna, kan dock inga säkra slutsatser dras kring dessa frekvensvärden.

Gällande studiens frågeställning om variabelernas samband, sågs signifikanta korrelationer mellan ökad psykologisk flexibilitet och minskad ångest (-,42^{**}) samt minskade ångestsymtom (-,60^{**}) och ökad livskvalitet (,44^{**}) för hela patientgruppen. De slutsatser som kan dras utifrån dessa observationsvärden är att det tycks finnas samband mellan dessa processer, vilket bekräftar teorin om att dessa variabler samvarierar. Dessa korrelationsanalyser visar dock inte om orsakssamband finns dem emellan. Det gjorde till viss del däremot en regressionsanalys, som fann att minskad ångest och ökad psykologisk flexibilitet hade nästan lika stor effekt (32% respektive 39%) på ökad livskvalitet. Detta utesluter dock inte att andra variabler kan ha haft ett större förklaringsvärde eller att någon extern variabel kan förklara varför måtten samvarierar. Således bör sambanden tolkas med försiktighet.

Att nästan lika stora effekter sågs för ökad livskvalitet, liksom att signifikanta korrelationer mellan samtliga variabler förelåg redan innan behandlingsstart, kan tyda på att patienten likställer variablerna. Som att exempelvis frånvaro av ångest är ett annat uttryck för god livskvalitet för patienten. Detta blir ett slags cirkelresonemang som visar hur svårt det är för både forskare och patienter att urskilja dessa variabler, liksom hur sammanlänkade dessa uttryck är med varandra. Att frånvaro av ångest och livskvalitet eller psykologisk flexibilitet är samma sak beskriver dock inte ACT-litteraturen, som istället framhäver att du kan leva ett rikt liv trots upplevelsen av obehag och ångest. Därmed inte sagt att patienter som genomgår acceptansbaserade behandlingar uppvisar mer ångest bara för att den tillåts, utan all exponeringsforskning visar tvärtemot hur ångestsymtom avtar genom att patienten i både KBT- och ACT-behandling stegvis får möta och acceptera det obehagliga som begränsar livskvaliteten. Således syns en symptomreduktion trots att fokus, särskilt inom ACT, inte ligger på symptomreduktion, utan på att hitta ett accepterande förhållningssätt till obehaget. Den föreliggande studien bekräftar att en symptomreduktion sker trots att fokus inte låg på detta.

Metoddiskussion

Utöver de nämnda begränsningarna med studien var en stor brist den okontrollerade urvalsprocessen och indelningen av diagnoskategorier. Den okontrollerade designen liksom de ostrukturerade diagnosintervjuerna som gjordes inför behandling bidrog bland annat till en osäkerhet gällande om de studenter som valdes ut hade särskilda egenskaper i förhållande till andra patienter. Eftersom designen var sådan att vårdgivarna valde ut patienter till internetbehandling främst utifrån inklusions- och exklusionskriterier och ingen randomisering tillämpades, finns stora hot mot den interna validiteten, samt risk för typ-1 fel. Detta hot sänker behandlingseffekternas tillförlitlighet. Även det faktum att en strukturerad diagnosintervju saknades efter behandling är en metodologisk brist, då en klinisk bedömning om i vilken utsträckning patienterna besvärades vore önskvärt.

Angående mätinstrumentet AAQ-II som bedöms mäta psykologisk flexibilitet, finns en fråga om instrumentets validitet. En frånvaro av ångest skulle kunna påverka patienten att skatta en högre psykologisk flexibilitet, trots att det handlar om att patienten inte möter obehag i livet just vid det mättillfället och inte om en faktisk högre psykologisk

flexibilitet. Frågor från AAQ-II-formuläret som ”Jag är rädd för mina känslor”, ”Jag har kontroll över mitt liv”, ”Ängslan står i vägen för min framgång”, är några exempel på frågor som möjligen är lättare att skatta till det bättre under en period med lägre ångest. Då KBT- liksom ACT-behandling uppmanar patienten till att välja det som är viktigt i livet trots att det väcker ångest kan skattningsvärdena oundvikligen bli svårtolkade. Detta kan innebära att en modig patient som utsätter sig för sitt obehag för att få uppleva något viktigt i livet, upplever en ökad ångest och därmed finns risken att hen skattar ett sämre värde för AAQ-II. Att formulera skattningsformulär som beskriver psykologisk flexibilitet är inte en lätt uppgift och detta är naturligtvis inte bara ett dilemma för ett formulär som AAQ-II, således är den interna validiteten viktig att undersöka för varje mätinstrument. Gällande transformationen av skalan för den första versionen av AAQ-II till kortversionen av AAQ-II (se sid 16 för beskrivning) försvann en liten precision, även om denna var ytterst liten. Två av de andra skalorna som användes i studien, VAS-ångest liksom VAS-livskvalitet, skattades av patienten på en endimensionell skala, vilket ökar risken för mätfel och att endast en fråga besvarades. Skalorna kan därmed sägas utgöra ett allvarligt hot mot både validiteten och reliabiliteten. Således vore det intressant att i en framtida studie undersöka sambanden mellan dessa variabler genom mer tillförlitliga mått. Att mäta variabeln livskvalitet har sina speciella svårigheter. Å ena sidan är det ett så pass dynamiskt begrepp eftersom våra attityder och humör varierar ofta under en dag och å andra sidan i jämförelse med andra variabler upplevs begreppet livskvalitet mer stabilt över en längre tid. Detta behöver tas i beaktande för att säkerställa validiteten inför en framtida studie inom detta område (Lindner, Andersson, Öst & Carlbring, 2013).

Vidare kan diskuteras hur man egentligen på bästa sätt undersöker dessa konstrukt tillsammans. En begränsning till endast formulär är inte nödvändig utan möjligen skulle den vägledande terapeuten kunna fråga patienten några strukturerade intervjufrågor under de veckovisa telefonsamtalen, för att i en studie kunna kombinera detta med statistiska metoder och på så sätt få en ökad förståelse. Att låta psykologisk flexibilitet (AAQ-II) och ångestsymtom (GAD-7) mätas en eller flera gånger under behandlingen, liksom de övriga måtten, hade kunnat ge ytterligare information kring hur variablerna förhåller sig till varandra.

En population av studenter, med förhållandevis lägre medelålder än de flesta andra studier behandlande ångestsyndrom, kan ha bidragit till bättre resultat än studier med en äldre population. Det är nämligen vanligt att risken för att utveckla en depression, som ofta försvårar en effekt i behandlingsutfall, ökar ju längre du har ett obehandlat syndrom (Allgulander, 2006).

Andra begränsningar med studien var ett stort databortfall. Detta kan förklaras av behandlingens genomförande i klinisk verksamhet där resurser inte fanns till att nå samtliga patienter för uppföljningsmätningar. Att patienterna var studenter som kunde flytta efter avslutad termin blev en ytterligare utmaning då uppföljningen skulle lämnas in i pappersformat. En jämförelse kan göras med RCT-studier där forskare ofta kan avsätta mer tid för uppföljningar. Med anledning av databortfall och avsaknad av längre uppföljningsmätningar, går det inte att bekräfta att förbättringarna håller sig stabila över tid. Å andra sidan har det visat sig att symtom fortsätter minska efter avslutad behandling som en vanlig effekt av KBT (Dobson, 2010). Att replikera behandlingen med större kontroll, andra populationer och förlängda uppföljningsmätningar skulle

kunna ge bättre svar kring behandlingens effektivitet över tid.

Trots en liten respons vid uppföljningsmätningarna var följsamheten relativt stor, 85% för Ångesthjälpen och 90% för Oroshjälpen. Detta är en styrka med behandlingen även om anledningen delvis kan bero på att kraven för att genomföra behandlingsmaterialet ej var särskilt höga, liksom att behandlingens längd var relativt kort i duration. Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv finns en stor fördel med att behandlingen var relativt kort (10 behandlingsveckor) och krävde mycket få timmar per person. Detta kan jämföras med det tidsintervall som vanligtvis erbjuds i manualbaserad KBT som ofta innefattar 12-16 sessioner (Dobson, 2010). Ytterligare en styrka var det på förhand bestämda behandlingens innehåll som bidrog till att alla patienter fick samma program, vilket eliminerar vissa hot mot den externa validiteten.

En rad fördelar som är utmärkande för internetbehandling har presenterats. Vad som också kan diskuteras är den eventuella begränsningen en internetbehandling kan ha gällande en behandling med ACT-komponenter. Vissa ACT-interventioner i en face-to-face-behandling handlar om att låta patienten möta sitt obehag via språket och bygger därmed på grundteorin RFT. Dessa interventioner leds då av terapeuter som hjälper patienten närma sig obehaget och med en kunskap om timing för fördjupning eller avslut i en övning (Baer, 2010). Intressant vore att utveckla fler internetbaserade ACT-interventioner kopplade till språket där behandlingsprogrammet skulle kunna läsa av patientens ångestskattningar på en internetbaserad ångestskala, för att därefter kunna presentera en lämplig nivå av intensitet i behandlingen.

Då transdiagnostisk behandling i klinisk praktik innefattar patienter med olika besvär, är det troligt att risken för att en varierad symptomtyngd är större i denna population i jämförelse med en population som genomgått en mer kontrollerad urvalsprocess för specifika diagnoser. Patienter med varierande typer av besvär kan skatta olika på olika mätinstrument, vilket resulterar i större standardavvikelser, som i sig ger större krav på att uppnå ett kliniskt signifikant förbättringsvärde. För de uppdelade diagnosgrupperna borde därför detta krav ha sjunkit och en RCT-studie med stora populationer för de olika diagnosgrupperna kunde därför vara intressant att undersöka. En RCT-design är dock förenad med vissa etiska ställningstaganden, eftersom detta kan innebära fördröjd behandling, icke-aktiv kontrollbehandling eller andra kostnader för patienten. Dock visar ACT och internetbehandling så pass lovande effekter, och därmed vinster för både patient och vården i stort, att det skulle kunna motivera denna kostnad för patienten. Eftersom denna typ av behandling är så pass enkel att behandla och replikera, tidseffektiv och brett tillämpbar, främjar det vidare utforskning av den.

Över de senaste årtiondena har ACT med sina transdiagnostiska komponenter i behandling för ångestsyndrom vunnit momentum som en evidensbaserad behandling (Davis et al., 2015). Detta visar att den föreliggande studien ligger väl i tiden och stärker anledningen till att fortsätta utforska dessa områden. Acceptansbaserade internetbehandlingar har, till min kännedom, aldrig tidigare prövats i just detta format som effectiveness-studie och med en yngre population. Då få internetbehandlingar har haft inriktning mot ”tredje vågens” beteendeterapier med ett funktionellt kontextualistiskt perspektiv kan denna studie ses som förstudie till kommande studier. Inför en kommande studie hade det dock varit intressant att se en större tillämpning av RFT, som är den evidensbaserade teorin ACT grundar sig i. Medveten närvaro kan

förklaras som defusion med våra verbala kognitiva regler och är ett stort delmoment i de båda behandlingsprogrammen och ett bra användande av RFT. Dock hade ytterligare interventioner som fokuserar på språkets koppling till lidande möjligen kunnat göra behandlingen ännu mer verksam.

Huruvida det acceptansbaserade innehållet med fokus på att bryta det upplevelsemässiga undvikandet var effektivt, är svårt att fastställa. Därför kunde fortsatta studier med jämförelser mellan iKBT och acceptansbaserad iKBT kunna ge en ökad förståelse kring hur ACT-interventionerna påverkar de olika variablerna. Möjligen är skillnaderna för små för att någon signifikant interaktionseffekt för behandling skulle kunna uppstå, men andra upptäckter kunde ändå vara intressanta.

Möjligen innehåller manualbaserad KBT-behandling för enskilda diagnoser och behandling med symtomfokus komponenter som leder till samma goda resultat. Det är dock värt att fortsätta utforska både transdiagnostiska behandlingar och internetbaserad terapi för mer effektiva behandlingar då de visats vara mer resurssnåla. Utöver den tidsmässiga fördelen handlar kostnadseffektiviteten bland annat om att kunna skala bort mängden specifika diagnosmanualer för att underlätta behandling vid exempelvis komorbiditet, där det kan vara svårt att veta patientens primära besvär.

En förenkling behöver inte betyda att all diagnosspecifik behandling försvinner, utan transdiagnostisk behandling liksom internetbehandling kan fungera som effektiva komplement i vården som har knappa resurser. Möjligen kan transdiagnostisk behandling användas som en inledande behandling för all slags problematik innan det eventuellt framkommer om mer specifik sådan krävs. Idag med utvecklingar som Stepped care-program, där försök görs att erbjuda stegvisa behandlingsprogram med en billigare basbehandling och därefter mer eller mindre intensiv och påkostad hjälp (Bower & Gilbody, 2005), skulle en internetbaserad transdiagnostisk behandling kunna fungera som en bra första-hjälpen-behandling för många patienter med ångestsyndrom. Mer intensiv hjälp via acceptansbaserad internetbehandling i form av påbyggnadsprogram skulle även kunna utvecklas med ytterligare psykoedukation och fördjupade övningar kring upplevelsemässigt undvikande och kognitiv defusion liksom andra viktiga delmoment inom ACT.

Förslag på förbättringar att bibringa framtida studier har berörts liksom några komponenter vars effekter vore intressanta att undersöka. Ytterligare betydelsefulla komponenter utöver de ovan nämna kan vara arbetet med värderad riktning, nerlagd tid på hemuppgifter, socialt stöd, uppdelning av kognitivt respektive emotionellt undvikande samt i vilken utsträckning patienterna besväras av komorbida tillstånd. Komorbida tillstånd är särskilt intressant att undersöka eftersom användningen av dagens diagnostiska kategoriseringssystem kan tyckas vara problematisk, då diagnoser ofta inte tillåts vara relativa utan absoluta definitioner och är topografiskt klassificerade utifrån en rad symtom istället för funktion (Follette & Houts, 1996). Då diagnoserna inte grundas på funktion går de heller inte ihop med den funktionella analysen, som är ett etablerat redskap inom KBT/ACT. Att forska kring komorbiditet kan förhoppningsvis hjälpa oss att få en bättre teoretisk förankring gällande de beteendemässiga och kognitiva processerna bakom olika sjukdomstillstånd och på så sätt bidra till att hitta ett mer funktionellt kategoriseringssystem. På samma sätt kan

ACT med sin transdiagnostiska natur och teoretiska grund inom den funktionella kontextualismen, vara en hjälp för forskningen i att bättre förstå de grundläggande processerna bakom olika sjukdomstillstånd. Vidare skulle en ökad förståelse kring dessa processer bidra till möjligheten att utforma mer effektiva behandlingar.

Slutsatser

Den föreliggande studiens resultat är i linje med tidigare forskning inom KBT/ACT, transdiagnostisk KBT/ACT liksom internetbaserade effectiveness-studier gällande ångestsyndrom. Om man bortser från de metodologiska bristerna kan studien placeras bland andra studier med starka effektstyrkor gällande psykologisk flexibilitet. Trots ett stort databortfall och de i vissa fall små grupperna som sänker den externa validiteten, tyder resultaten på att acceptansbaserad internetbehandling innehållande transdiagnostiska aspekter är verksamt. Resultaten indikerar att patienterna fått en ökad psykologisk flexibilitet, livskvalitet och förmåga att påverka sin livssituation, samt minskade ångestsymtom. De tyder även på att psykologisk flexibilitet främjar en god livskvalitet, liksom att denna typ av behandling för ångestsyndrom är möjlig i en klinisk kontext. Resultaten i den föreliggande studien och i tidigare forskning inom området är tillräckligt lovande för att motivera vidare forskning under mer vetenskapligt rigorösa former och möjligtvis dröjer det inte länge innan behandlingen implementeras i den psykiatriska rutinvården och ett tydligt acceptansfokus liksom andra transdiagnostiska moment utgör en mycket större del i sedvanlig KBT.

Referenser

- Abramowitz, J. S. (2013). The practice of exposure therapy: Relevance of cognitive-behavioral theory and extinction theory. *Behavior Therapy, 44*, 548–558.
- Alaoui, S., Hedman, E., Kaldo, V., Hesser, H., Kraepelien, M., Andersson, E., et al. (2015). Effectiveness of internet-based cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 902-914.
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. I D. H. Barlow (Red.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (4:e utgåvan). New York: The Guilford Press.
- Allgulander, C. (2006). Generalized anxiety disorder: What are we missing? *European Neuropsychopharmacology, 16*, 101–108.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual (4th ed.) -Text Revision (DSM- IV-TR)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 175-180. doi.org.ezp.sub.su.se/10.1016/j.brat.2009.01.010
- Andersson G. (2015-11-06). *Presentation: Enduring effects of internet interventions*. 7:e Swedish Congress on internet interventions (SWEsrii), 6-7 November 2015, Stockholm, Sweden.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldo, V., et al. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the internet: The Swedish experience. *Journal of Technology in Human Services, 26*, 161–181. doi.org/10.1080/15228830802094627
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 13*, 288-295.
- 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*, e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of guided internet-based cognitive behavior therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie, 23*, 140–148.
- Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hulcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS ONE, 9*, e98118. doi:10.1371/journal.pone.0098118
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015a). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 30–36. doi:10.1159/000365764
- Aydos, L., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Shyness 5: The clinical effectiveness of internet-based clinicianassisted treatment of social phobia. *Australian Psychiatry, 17*, 488-492.
- Baer, R. A. (2010). *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. Oakland, CA: New Harbinger.

- Baird, B.M., Lucas, R.E., & Donnellan, M.B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99, 183-203. doi: 10.1007/s11205-010-9584-9
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M., L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, H. D. (2013). *Unified protocol arbetsbok: Diagnosöverskridande psykologisk behandling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Barlow, H. D. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (5th ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.
- Barnes-Holmes, D., O’Hora, D., Roche, B., Hayes, S. C., Bissett, R. T., & Lyddy, F. (2001). Understanding and verbal regulation. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Red.), *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition* (sid. 103-117). New York: Plenum Press.
- Baum, M. (1970). Extinction of avoidance responding though response prevention (flooding). *Psychological Bulletin*, 74, 276-284.
- Bergström, J., Andersson, G., Karlsson, A., Andréewitch, S., Rück, C., Carlbring, P., et al. (2009). An open study of the effectiveness of internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Nord J Psychiatry*, 63, 44–50.
- Bissett, R. T., & Hayes, S. C. (1999). The likely success of functional analysis tied to the DSM. *Behaviour Research Therapy*, 37, 379-83.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–II: A revised measure of asychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676–688.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11–17.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313–328. doi:10.1037/0021-843X.116.2.313
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835–844.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599. doi:10.1037//0021-843X.110.4.585
- Carlbring, P, Nordgren, L. B., Furmark, T., & Andersson, G. (2009). Long-term outcome of internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: A 30-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 848–850.

- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 32, 1063–1080. doi:10.1111/j.1469-7610.1991.tb00350.x
- Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248–260. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.248
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Red.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. (sid. 69–93). New York: Guilford Press.
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: From design to report*. Psychology Press, Hove, East Sussex, UK.
- Ciarrochi, J., & Bilich, L. (2006). *Acceptance and commitment therapy: Measures package. Process measures of potential relevance to ACT*. Opublicerat manuskript, University of Wollongong, Australia. doi:10.1177/0145445507302037
- Corrigan, P. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24, 189-193.
- Costa, P.T., Jr., McCrae, R.T., & Zonderman, A. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology*, 78, 299-306.
- Cummins, R. A. (2010). Subjective wellbeing, homeostatically protected mood and depression: A synthesis. *Journal of Happiness Studies*, 11, 1–17.
- Cummins, R. A., Li, N., Wooden, M., & Stokes, M. (2014). A demonstration of set-points for subjective wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 15, 183–206.
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality*, 66, 233-247.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO: Westview Press.
- Craske, M. G. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. New York, NY: APA Books.
- Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art & science of valuing in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.
- Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011) An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 830-837.
- Degenhardt L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). *Comorbid mental disorders and substance use disorders: Epidemiology, prevention and treatment*. National Drug and Alcohol Research Centre, Australian Government, The Department of Health and Ageing, Australia.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.

- El Alaoui, S., Hedman, E., Kaldo, V., Hesser, H., Kraepelien, M., Andersson, E., et al. (2015). Effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 902-914.
- 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, 5*.
- Erickson, D. H. (2003). Group cognitive-behavioural therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 32*, 179-186.
- Erickson, D.H., Janeck, A.S., & Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services, 58*, 1205-1211.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., et al. (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
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., & Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification, 34*, 503- 519. doi:10.1177/0145445510378379
- Follette, W. C. (1996). Introduction to the special section on the development of theoretically coherent alternatives to the DSM system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1117-1119. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1117
- Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1120-1132. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1120
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment, American Psychological Association, 23*, 692-713.
- Garcia, M. S. (2004). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy in patients with anxiety disorders. *Psychology in Spain, 8*, 89 - 97.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, Gool, C. van, & Dorsselaer, S. van. (2011). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands mental health survey and incidence study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 203-213. doi.org/10.1007/s00127-010-0334-8
- Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291.
- Gross, A. C., & Fox, E. J. (2009). Relational frame theory: An overview of the controversy. *The Analysis of Verbal Behavior, 25*, 87-98. doi:10.1177/1079063208326928
- Harris, R. (2011). *ACT helt enkelt: En introduktion till acceptance and commitment therapy*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of ACT and traditional CBT. *Clinical Psychology. Science and Practice, 15*, 286-295.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*, 1-16. doi: 10.1016/j.jcbs.2012.09.004

Hayes, S. C., Bunting, K., Herbst, S., Bond, F. W., & Barnes-Holmes, D. (2006). Expanding the scope of organizational behavior management: Relational frame theory and the experimental analysis of complex human behavior. *Journal of Organizational Behavior Management, 26*, 1-23. doi: 10.1300/J075v26n01_01

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., 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

Hayes, S., & Smith, S. (2009). *Get out of your mind and into your life*. ReadHowYouWant.

Hayes, S. C., Smith, S., & Rundgren, P. (2007). *Sluta grubbla, börja leva*. Natur och kultur.

Hays, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Publications, Inc.

Hays, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *ACT i teori och tillämpning: Vägen till psykologisk flexibilitet*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*, 553-578.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152–1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152

Hedman, E., Andersson, E., Lindfors, N., Andersson, G., Rück, C., & Ljótsson, B. (2013a). Cost-effectiveness and long-term effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *Psychological Medicine, 43*, 363-374.

Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., & Lindfors, N. (2011). Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 729–736. doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.009

Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: Evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Natur & Kultur, Stockholm.

Hedman, E., El Alaoui, S., Lindfors, N., Andersson, E., Rück, C., Ghaderi, A., et al. (2014). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of Internet- vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-year follow-up of a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy, 59C*, 20-29.

Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindfors, N., et al. (2011) A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research, 13*, e39. doi:10.2196/jmir.1776

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindfors, 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*, 745–764. doi:10.1586/erp.12.67

Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kaldö, V., et al. (2013). Effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*, 457–467. doi:10.1111/acps.12079

- Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2013). Caution: The differences between CT and ACT may be larger (and smaller) than they appear. *Behavior Therapy*, *44*, 218-223. doi:10.1016/j.beth.2009.09.005
- Hjalmarsson, E. (2013). *Transdiagnostisk gruppbehandling inom specialistpsykiatrisk vård: En klinisk effektstudie*. (Opublicerad C-uppsats). Uppsala universitet, Institutionen för psykologi.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, *28*, 1-16.
- Ivanova, E., (2013). *Internetbaserad KBT mot social fobi och paniksyndrom förmedlad via dator och smartphone med alternativt utan terapeutstöd: en randomiserad kontrollerad studie*. (Opublicerad examensuppsats). Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Johnston, R., Titov, N., Andrews, G., Spence, J., & Dear, B. F. (2011). A RCT of a transdiagnostic internet-delivered treatment for three anxiety disorders: Examination of support roles and disorder-specific outcomes. *PLoS One*, *6*. doi: 10.1371/journal.pone.0028079
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, *72*, 1301–1333.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1301–1320. doi:10.1016/j.brat.2005.10.003
- KBT-online; Oroshjälpen & Ängesthjälpen*. (2015). Besökt 15 september 2015 på www.kbtonline.se.
- Kessler, R. C. (1995). Epidemiology of psychiatric comorbidity. I M. T., Tsuang, M., Tohen, GEP Zahner Red. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, 179–97.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593–602.
- 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.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Levin, M. & Hayes, S. C. (2011). Mindfulness and acceptance: The perspective of acceptance and commitment therapy. I J. D. Herbert & E. M. Forman (Red.). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy* (sid. 291-316). Hoboken, NJ: Wiley.
- Linehan, M. M. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clinical Psychology. Science and Practice*, *7*, 113–119.
- Lindner, P., Andersson, G., Öst, L-G., & Carlbring, P. (2013). Validation of the internet-administered quality of life inventory (QOLI) in different psychiatric conditions. *Cognitive Behaviour Therapy*, *42*, 315–327. doi:10.1080/16506073.2013.806584

- Lintvedt, O. K., Griffiths, K. M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2013). Evaluating the translation process of an internet-based self-help intervention for prevention of depression: A cost-effectiveness analysis. *Journal of Medical Internet Research, 15*, e18. doi:10.2196/jmir.2422
- Lundgren, T., & Parling, T. (2006). *Acceptance and action questionnaire, AAQ-II*. (Opublicerat manuskript). Uppsala universitet, Institutionen för psykologi.
- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal Clinical Psychology, 59*, 745–750.
- Malicki, S., & Ostaszewski, P. (2014). Experiential avoidance as a functional dimension of a transdiagnostic approach to psychopathology. *Postępy Psychiatrii I Neurologii, (0)*. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.04.002
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*.
- Marks, I. M., Cavanagh, K., Gega, L. (2007). Computer-aided psychotherapy: Revolution or bubble? *The British Journal of Psychiatry, 191*, 471-473. doi: 10.1192/bjp.bp.107.041152
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*, 20–33. doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal Psychiatry, 157*, 669–682.
- Mewton, L., Wong, N., & Andrews, G. (2012). The effectiveness of internet cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder in clinical practice. *Depression & Anxiety, 29*, 843-849. doi: 10.1002/da.21995
- Morina, N. (2007). The role of experiential avoidance in psychological functioning following war-related stress in Kosovar civilians. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 697–700.
- Möller, H. J. (2011). Effectiveness studies: Advantages and disadvantages. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*, 199–207.
- Newby, J. M., Mackenzie, A., Williams, A. D., McIntyre, K., Watts, S., Wong, N., et al. (2013). Internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and depression: a randomized controlled trial and evidence of effectiveness in primary care. *Psychological Medicine, 43*, 2635-2648. doi: 10.1017/S0033291713000111
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalglish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review, 40*, 91–110. doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002
- Norton, P. J. (2006). Toward a clinically-oriented model of anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 35*, 88–105. doi.org/10.1080/16506070500441561
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy, 39*, 242–250.

- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depressive disorders. *Depression and Anxiety, 20*, 198–202.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36*, 79–97.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 521–531. doi:10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: Break free from chronic worry and reclaim your life*. New York: The Guilford Press.
- Ott, L., & Rickardsson, F. (2007). *Varför ACT?: Tretton terapeuters tankar om varför de valt att arbeta med acceptance and commitment therapy*. (Opublicerad Studentuppsats), Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Palmore, E., & Kivett, V. (1977). Change in life satisfaction: A longitudinal study of persons aged 46–70. *Journal of Gerontology, 32*, 311–316.
- Paxling, B., Almlöv, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T., & Andersson, G. (2011). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*, 159–173. doi:10.1080/16506073.2011.576699
- Petito, F., & Cummins, R. A. (2000). Quality of life in adolescence: The role of perceived control, parenting style, and social support. *Behaviour Change, 17*, 196–207.
- Pickett, S. M., & Kurby, C. A. (2010). The impact of experiential avoidance on the inference of characters' emotions: Evidence for an emotional processing bias. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 493–500. doi:10.1007/s10608-009-9262-x
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 73–80.
- Rosenthal, M. (2003). Tiagabine for the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized, open-label, clinical trial with paroxetine as a positive control. *The Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 1245–1249.
- Ruby, A., Marko-Holguin, M., Fogel, J., & Van Voorhees, B. (2013). Economic analysis of an internet-based depression prevention intervention. *Journal of Mental Health Policy Economics, 16*, 121–130.
- Ruiz, F. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*, 333–357.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS One*. doi:10.1371/journal.pone.0040089
- SBU. (2005). *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU. (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A. T., Woolaway-Bickel, K., & Preston, J. L. (2012). Randomized controlled trial of false safety behavior elimination therapy (F-SET): A unified cognitive behavioral

treatment for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*, 43, 518–532. doi.org/10.1016/j.beth.2012.02.004

Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.

Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G; Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., et al. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355–365. doi:10.1037/0022-006X.65.3.355

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: Stöd för styrning och ledning*. Retrieved: Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2013). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

Sonawalla, S.B., Farabaugh, A., Johnson, M.W., Morray, M., Delgado, M.L., Pingol, M.G., et al. (2002). Fluoxetine treatment of depressed patients with comorbid anxiety disorders. *Journal of Psychopharmacology*, 16, 215-219.

Spira, A. P., et al. (2007). Experiential avoidance, acceptance, and depression in dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 30, 55-64.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives Of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Brody, P. E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 963–972.

Streiner, D. L. (2002a). The 2 ‘es’ of research: efficacy and effectiveness trials. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 552–556.

Streiner, D. L. (2002b). The case of the missing data: Methods of dealing with dropouts and other research vagaries. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 68-75.

Stewart, I., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Bond, F. W., & Hayes, S. C. (2006). Relational frame theory and industrial/organizational psychology. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26, 55-90. doi: 10.1300/J075v29n01_03

Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77, 595-606. doi: 10.1037/a0016032

Strosahl, K., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. V. (2004). An ACT primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. I S. C. Hayes & K. Strosahl, (Red.) *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (sid. 31-58). New York: Springer.

Suárez L, Bennett S, Goldstein C, Barlow DH. (2009). Understanding anxiety disorders from a “triple vulnerabilities” framework. I M. M. Antony & M. B. Stein, (Red.) *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (sid. 153–172). New York: Oxford.

Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 48, 890-899.

- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., McEvoy, P. M., Wootton, B., et al. (2014). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: A 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *PLoS ONE*, *9*. doi:10.1371/journal.pone.0089591
- Titov, N., Dear, B. F., Schwenke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M., et al. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, *49*, 441-452.
- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 199-210.
- Törneke, N., (2014). Andra upplagan. *Relationsinramningsteori, Teori och klinisk tillämpning*, Lund: Studentlitteratur.
- Van Ingen, D. J., Freiheit, S. R., & Vye, C. S. (2009). From the lab to the clinic: Effectiveness of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, *40*, 69–74. doi:10.1037/a0013318
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 688-701.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, *51*, 59–91.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, *27*, 882–890. doi:10.1002/da.20735
- Wittchen, H-U, Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 355–364.
- Wulfert, E., Greenway, D. E., Farkas, P., Hayes, S. C., & Dougher, M. J. (1994). Correlation between self-reported rigidity and rule-governed insensitivity to operant contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *27*, 659-671. doi: 10.1901/jaba.1994.27-659
- Yuen, E. K., Johnson, R. H., Goetter, E. M., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2012). Challenges and opportunities in Internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: research and Practice*, *43*, 1-8.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 296–321.
- Öst, L-G. (2013). *KBT inom psykiatrin. (2:a utgåvan)* Stockholm: Natur & Kultur.

Bilaga 1. Oroshjälpens och Ångesthjälpens grafiska utformning.