

Umeå Universitet
Institutionen för psykologi
Examensarbete 30 hp
HT2011

INTERNETADMINISTRERAD, SKRÄDDARSYDD KBT MED
BEHANDLARSTÖD FÖR PRIMÄRVÅRDSPATIENTER MED
ÅNGESTSYNDROM: EN RANDOMISERAD KONTROLLERAD STUDIE

Stina Eriksson och Emilie Lindkvist



Handledare: Per Carlbring, professor
Institutionen för psykologi
Umeå Universitet

Biträdande handledare: Lise Bergman-
Nordgren, doktorand
Institutionen för beteendevetenskap
och lärande
Linköping Universitet

TACK!

Vår handledare **Per Carlbring** för stor entusiasm och produktiva handledningar. Utöver detta har du varit en fantastisk inkörspport till statistikens magiska värld!

Vår biträdande handledare **Lise Bergman-Nordgren** för mycket goda råd i behandlingsarbete och givande behandlingskonferenser.

Åsa Kadowaki för medicinsk expertis.

Hugo Hesser för tålamod och ordning och reda med randomiseringen.

Alexander Alasjö för hjälp med den tekniska biten.

Linda Snecker för hjälp med eftermätningarna.

Jessica Bodin och **Julie Etienne** för ett fantastiskt förarbete och hjälp med behandlingar under sommarmånaderna.

Elinor Linderot Olsson och **Amanda Johnsson** för en väl genomförd, relevant och trevlig opponering!

Siri som hjälpt oss med regelbundna pauser och frisk luft istället för överdriven kaffekonsumtion.

INTERNETADMINISTRERAD, SKRÄDDARSYDD KBT MED BEHANDLARSTÖD FÖR PRIMÄRVÅRDPATIENTER MED ÅNGESTSYNDROM: EN RANDOMISERAD KONTROLLERAD STUDIE

Stina Eriksson och Emilie Lindkvist

Tidigare studier som undersökt internetadministrerad kognitiv beteendeterapi (KBT) för ångestsyndrom har ofta endast behandlat deltagarens primära diagnos och inte flera diagnoser vid samsjuklighet. I denna studie skräddarsys behandlingen utifrån de diagnoser som deltagaren uppfyller, för att passa problematiken bättre. Syftet med studien var att undersöka effekterna av en internetadministrerad, skräddarsydd KBT med behandlarstöd, för deltagare ur en primärvårdspopulation med ångestsyndrom. Effekterna mäts utifrån fyra självskattningsskalor. I studien undersöktes även om det fanns en korrelation mellan antal genomförda moduler och deltagarnas behandlingsresultat. Studien genomfördes enligt en randomiserad, kontrollerad design och rekryterar deltagare som nyligen sökt till primärvården för ångestproblematik. Resultaten analyserades med "mixed-effect model" och Pearsons korrelationskoefficient och visar att denna behandling ger signifikanta effekter på tre av fyra självskattningsskalor, vid mätning direkt efter avslutad behandling. Korrelationsanalyser visar ingen signifikant korrelation mellan antal genomförda moduler och effekt av behandling. Slutligen är denna behandling kostnadseffektiv men behöver undersökas ytterligare.

Denna studie är en del av NOVA-2 projektet. NOVA-2 undersöker hur internetadministrerad, skräddarsydd KBT med behandlarstöd utfaller hos primärvårdspatienter med ångestproblematik. Patienterna i projektet hade social fobi, generaliserad ångest (GAD), panik eller ångest utan närmare specifikation (UNS) som primärdiagnos men kunde även ha en samsjuklighet med fler ångestdiagnoser och förstämningssyndrom. Uppsatsen genomfördes under 2011 men data till projektet har samlats in sedan 2010. Studien har under denna period refererats till som "NOVA-2" och kommer att kallas så i denna uppsats.

Ångestsyndrom

Ångestsyndrom är ett samlingsbegrepp för flera sjukdomar där rädsla och ångest är primära symtom och utgör ett stort lidande i personens liv (Öhman & Rück, 2010). Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) innebär ett ångestsyndrom att en person har flera specifika symtom på ångest med en viss varaktighet. Syndromen kan delas in i paniksyndrom, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, generaliserat ångestsyndrom, social fobi, specifika fobier och ångestsyndrom UNS (SBU, 2007).

Ångest kommer från emotionen rädsla, som sätts igång av medvetna eller omedvetna hot. Då en person blir rädd aktiveras det autonoma nervsystemet för att kroppen på bästa sätt ska kunna möta hotet genom flykt eller försvar. Då en person istället upplever ångest finns ofta inte ett tydligt hot, vilket gör att denna mobilisering inte får något utlopp utan istället leder till en känsla av hjälplöshet. Ångest kan ta många former för personer, till exempel en känsla av kommande katastrof, en okontrollerbar oro eller en förlamande panik med kroppsliga symtom som hjärtklappning och svårighet att andas. Ångestsyndromen kännetecknas även av personens vilja att undvika de situationer som vanligtvis framkallar ångest (Öhman & Rück, 2010).

För de personer som diagnostiserats med ett ångestsyndrom är tillståndet ofta medelsvårt och kan ge en långvarig funktionsnedsättning. Personens livskvalité är ofta nedsatt och utan behandling finns risk för suicid eller att personen utvecklar en somatisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Risken att drabbas av ett ångestsyndrom är hög (SBU, 2005), en amerikansk studie visar att livstidprevalensen för ångestsyndrom är 24,9 % (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman et al., 1994). Prevalensen verkar även vara likartad i olika länder och kulturer (SBU, 2005).

De samhällsekonomiska kostnaderna för ångestproblematik är höga, många personer med ångestsyndrom är oförmögna att arbeta och för vissa innebär ångestproblematiken att de inte kommer in på arbetsmarknaden överhuvudtaget. Kostnaderna för ångestsyndrom beräknades år 1996 till 20 miljarder per år bara i Sverige (SBU, 2007).

Diagnostik

Att sätta diagnos på olika sjukdomstillstånd har sin grund i nationella sjukdomsregister med syfte att få en överblick på sjukligheten i befolkningen. Detta ger underlag till planerande av sjukvårdens inriktning, resursfördelning och organisation. I psykiatri i Sverige idag används diagnossystemen International Classification of Diseases (ICD-10) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (Herlofsson, 2009). ICD-10 är det officiella diagnossystemet enligt Socialstyrelsen men trots detta är DSM-IV det mest använda diagnossystemet inom psykiatri i Sverige idag (Melin, 2006).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) är ett diagnossystem som ges ut av American Psychiatric Association (APA) för klassificering av psykisk sjukdom. Den nuvarande versionen av DSM, DSM-IV gavs ut 1994. I DSM-IV diagnostiseras egentlig depression och dystymi under förstämningssyndrom och social fobi, paniksyndrom med eller utan agorafobi, GAD och ångest UNS under ångestsyndrom (APA, 2000).

Paniksyndrom

Personer som uppfyller diagnosen paniksyndrom har återkommande panikattacker som sker utan någon tydlig yttre orsak. De har även utvecklat en stark rädsla eller oro för att få en ny panikattack då dessa upplevs som överväldigande och mycket obehagliga. En panikattack är en serie starka kroppsliga reaktioner som kommer hastigt och som avtar inom några minuter. Bultande hjärta, svettningar, darrningar, illamående och smärta i bröstet är några vanliga symtom under en panikattack. Panikattacker kan även utlösas av droger, läkemedel eller i samband med somatisk sjukdom men i sådana fall rör det sig inte om ett paniksyndrom. Dock kan ett paniksyndrom utvecklas efter en sådan panikattack (Andersson, Carlbring, & Svanborg, 2011).

Personer med paniksyndrom överfokuserar ofta på kroppsliga reaktioner och särskilt sådana som härrör från det autonoma nervsystemet. Reaktionerna kan misstolkas som en begynnande panikattack vilket triggar det autonoma nervsystemet ytterligare (Rosenberg, 2005).

Paniksyndrom existerar både med eller utan agorafobi. Agorafobi är ett undvikande av eller rädsla inför situationer där personen med paniksyndrom tidigare fått en panikattack eller där det skulle vara svårt att fly eller få hjälp vid en plötslig panikattack. Minst en tredjedel av alla patienter med paniksyndrom har agorafobi (Andersson et al., 2011).

I en svensk studie var 12-månadersprevalensen för paniksyndrom 2 % och vanligare hos kvinnor än hos män (Carlbring, Gustafsson, Ekselius, & Andersson, 2002). Paniksyndrom är ett av de mest funktionsnedsättande och kostsamma ångestsyndromen som inom primärvården vanligtvis upptäcks när personer söker för somatisk problematik som sedan visar sig vara panikångest (Roy-Byrne et al., 2005).

Social fobi

Personer som uppfyller diagnosen social fobi får stark ångest eller oro i samband med sociala situationer där de har en föreställning om att de kommer uppföra sig på ett sätt som andra värderar som negativt (Öhman & Rück, 2009). Social fobi kan vara specifik och röra en avgränsad situation, exempelvis att hålla en föreläsning, men de flesta som söker hjälp för sin sociala fobi upplever stark ångest i flera olika sociala situationer och upplever att de blir granskade eller värderade. Rädslan för att bete sig pinsamt eller visa symtom på ångest leder ofta till olika former av undvikanden som förstärker problematiken kring den sociala fobin. Social fobi debuterar ofta under tonåren men vissa upplever att de haft social fobi så länge de kan minnas, ofta i form av en utpräglad blyghet eller tillbakadragenhet. (Falk, 2006). Flera personer med social fobi förblir utan diagnos och obehandlade, då symtombilden gör att de drar sig för att söka vårdgivare. Detta är problematiskt då en obehandlad social fobi tenderar att bli kronisk (Furmark, Hedman, Tillfors, & Ekselius, 2011).

Både amerikanska och europeiska studier visar att prevalensen för social fobi är mellan 10-15 % (Öhman & Rück, 2010).

Generaliserat ångestsyndrom

En person med typiskt generaliserat ångestsyndrom (GAD) upplever en konstant ångest kopplad till en överdriven och varaktig oro för olika livshändelser. Denna oro innebär ångestfyllda och orealistiska föreställningar om tänkbara händelser i livet. Oron kan kretsa kring familjemedlemmars hälsa, kommande olyckor eller ogrundade bekymmer för ens ekonomi (Öhman & Rück, 2009). Oron är utan fokus och personen kan aldrig riktigt slappna av (SBU, 2005). I GAD-diagnosen finns kriteriet att dessa symtom ska ha varit närvarande flertalet dagar under minst sex månader (APA, 2000). Dessa personer kommer ofta först i kontakt med vården på grund av sömnstörningar, muskelspänning, irritabilitet, uttrötthet och rastlöshet (Allgulander, Paxling, & Andersson, 2011).

De symtom som personer upplever blir ofta långvariga och kan göra det svårt att fungera i arbetslivet och socialt (Socialstyrelsen, 2010). Symtomen ökar även risken för sekundära depressioner, självmedicinering med alkohol samt hjärt- och kärlsjukdomar (Allgulander et al., 2011).

Prevalensen för GAD ligger på cirka 5 procent i Sverige och ofta förekommer GAD med andra ångestsjukdomar eller med depression (SBU, 2005).

Ångest UNS

Denna diagnos innebär att patienten har en framträdande ångest eller ett fobiskt undvikande som inte uppfyller kriterierna för något specifikt ångestsyndrom eller annat syndrom som innefattar ångest. Detta är alltså patienter som visar kliniskt signifikanta symtom på till exempel social fobi men som inte heller uppfyller de diagnoskriterier som finns. Det kan även vara så att symtombilden är blandad eller att den innehåller atypiska drag som gör symtombilden otydlig och svåradiagnosticerad. Det är även patienter vars symtoms uppkomst är otydlig, till exempel att symtomen skulle kunna härledas till somatisk sjukdom eller vara substansinducerade. Ångest UNS kan även användas då det av någon anledning inte finns tillräckligt med information om patienten för att kunna uttala sig om en specifik diagnos eller då informationen är motsägelsefull (APA, 2000).

Ångestsyndrom inom primärvård

Primärvården är den svenska vårdens första linje och tar emot patienter med olika sorters problematik. De patienter som söker erbjuds antingen behandling eller så remitteras de vidare till specialistvården (Socialstyrelsen, 2006).

Ångest inom primärvården är vanligt. Huvuddelen av de vuxna och äldre som drabbas av oro och ångest söker och får sin behandling inom första linjens vård, exempelvis på en vårdcentral (Socialstyrelsen, 2010). En amerikansk studie visade att 19,5 % av alla primärvårdspatienter vid ett tillfälle uppfyllde minst en ångestdiagnos, samt att 41 % av dessa vid tillfället inte gick i någon behandling (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Löwe, 2007). Det är ofta som patienter med ångest söker för somatiska besvär som exempelvis hjärklappning, bröstsmärtor, magbesvär eller andra kroppsliga symtom. Diagnostiseringen av ångest sker först efter att primärvårdspersonalen uteslutit somatisk sjukdom som exempelvis cancer eller hjärtinfarkt (SBU, 2005). I primärvården behandlas personer med psykiska besvär oftast med antidepressiva läkemedel, lugnande medicin eller någon form av samtalsbehandling. Tillgången på samtalsbehandling inom primärvården är dock bristande i Sverige idag (Socialstyrelsen, 2006).

Ångest och samsjuklighet

Det sätt vi idag diagnosticerar patienter möjliggör att ge patienter fler olika diagnoser. Antalet diagnoser som kan användas ökar även från år till år och detta medför att patienter i stor utsträckning uppfyller kriterierna för mer än en psykisk sjukdom, de har en så kallad samsjuklighet (SBU, 2005).

Det är väldigt vanligt att patienter med ångestsyndrom lider av flera sjukdomar, både psykiska störningar och somatiska sjukdomar (SBU, 2005). Studier visar att över 90 % av patienter med ångestproblematik har en livstidshistoria av annan psykiatrisk problematik (Kaufman & Charney, 2000). En stor epidemiologisk studie har visat att individer genomsnittligen har mer än två psykiska störningar samtidigt och att det finns patienter med upp till sju olika psykiatriska diagnoser. För personer med generaliserad ångest är det mer en regel än ett undantag med samsjuklighet, då 90 % av dessa patienter uppfyller kriterier för fler diagnoser än en (SBU, 2005). Även patienter med social fobi har en hög grad av samsjuklighet på 60-70 % (Socialstyrelsen, 2010).

Det är mycket vanligt att både ångest och nedstämdhet förekommer hos patienter och samsjukligheten dem emellan är hög (Socialstyrelsen, 2010). Mellan 50-60 % av patienter med en historia av egentlig depression uppfyller även en ångestdiagnos (Kaufman & Charney, 2000) medan ca 25 % av patienter med ångestdiagnoser uppfyller ett förstämningssyndrom (Mineka, Watson & Clark, 1998). Social fobi var i en studie av Maurizio et al. (2000) den ångestdiagnos som hade högst samsjuklighet med egentlig depression.

Patienter med en samsjuklighet av ångestproblematik och depression har ofta svårare symtom av sina diagnoser och högre suicidrisk än patienter utan samsjuklighet (Kaufman & Charney, 2000). De har också ofta en smärtproblematik och drabbas i högre utsträckning av somatisk sjukdom än normalpopulationen (Socialstyrelsen, 2010).

Förstämmningssyndrom

Det finns olika typer av förstämningssyndrom, basen i dessa är en ihållande emotion som färgar upplevelsen av omvärlden. Denna emotion är vanligtvis nedstämd och depressiv som vid egentlig depression men den kan också vara sjuklig upprymdhet som vid mani (Åsberg & Mårtensson, 2009). Depressionssjukdomar, förstämningssyndrom med en depressiv karaktär, anses vara en av de största sjukdomsgrupperna inom både psykiatrisk och allmänmedicinsk vård. Enligt studier kommer 25 % av alla kvinnor och 15 % av alla män någon gång drabbas av en behandlingskrävande depression (Socialstyrelsen, 2010).

Egentlig depression

Egentlig depression är ett av de olika förstämningssyndromen och karaktäriseras av en ihållande nedstämdhet eller irritabilitet som inte beror på en sorgereaktion. Nedstämdhet är det första av de två huvudkriterierna för egentlig depression och det andra huvudkriteriet är en oförmåga att känna glädje. Ett av de två kriterierna ska ha förelegat under minst två veckor för att diagnosen egentlig depression ska uppfyllas. Andra vanliga symtom vid egentlig depression är ångest, minskat emotionellt engagemang, depressiva tankar, livsleda och koncentrationssvårigheter (Åsberg & Mårtensson, 2009). De flesta personer som drabbas av en depression får minst en till sjukdomsepisod senare under livet och ju fler depressionsepisoder en person haft desto mer ökar risken för ytterligare en (SBU, 2004).

Punktprevalensen, en mätning vid ett enstaka tillfälle, för egentligen depression är mellan 4 och 10 % av den vuxna befolkningen och livstidsrisken för att drabbas av en depression varierar i olika studier mellan 5-25 % för kvinnor och 3-10 % för män (SBU, 2004).

Dystymi

Dystymi är ett annat av förstämningssyndromen med nedstämdhet som affektiv bas. Symtomen vid dystymi liknar de vid egentlig depression med skillnaden att symtomen håller i sig en längre tid samt att de är mildare. Det är vanligt att symtomen vid dystymi förvärras så att en egentlig depression uppfylls, ett tillstånd som kallas för en "dubbel depression". Sjukdomsbördan är ofta större för en person med diagnosen dystymi än för en person med diagnosen egentlig depression då den leder till fler självmordsförsök och

sjukhusbesök (Åsberg & Mårtensson, 2009). Dystymi kan uppfattas som en relativt lindrig sjukdom men symtomen gör att det mesta i livet känns som en ansträngning och att ingenting upplevs som riktigt roligt för personen som drabbats av den. Prevalensen för dystymi är omkring 3 % (APA, 2000).

Behandling

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en terapiform som kombinerar tekniker från beteendeterapi (första vågens KBT) och kognitiv terapi (andra vågens KBT). KBT har även på senare år inkluderat teorier från österländsk filosofi (tredje vågens KBT). Övergripande principer för KBT är att samtalet ska ske enligt sokratisk dialog, att terapeuten och klienten gemensamt ska finna lösningar och att de arbetar för att finna det som fungerar för klienten. Under en terapi arbetar klienten tillsammans med terapeuten med sina beteenden och tankar. Vanliga interventioner under en KBT är psykoedukation, exponering, kognitiva tekniker, beteendeeexperiment, avslappningsövningar och rollspel (Kåver, 2006).

Psykoedukation är precis som det låter, ett pedagogiskt inslag med som syfte att lära patienten vad deras diagnos innebär. Här kan terapeuten även undervisa om kopplingen mellan tankar, beteenden och känslor samt vilken inverkan dessa har på varandra (Rosenberg, 2006).

Exponering är en av de viktigaste och vanligaste tekniker i KBT för ångestsyndrom och går ut på att patienten bryter mönster av undvikande och flykt och på ett nytt sätt utsätter sig för det som väcker starkt obehag. Exponering kan göras i verkligheten, in vivo, eller genom att patienten föreställer sig den obehagliga situationen och exponerar sig för den interoceptivt. Beroende på vilken ångestdiagnos patienten har ser exponeringen ut på olika sätt. För en person med social fobi kan en exponering handla om att hålla en föreläsning eller prata i grupp, för en person med paniksyndrom handlar ofta exponeringen om att framkalla kroppsliga sensationer som påminner om en panikattack och en person med GAD kan exponera sig genom att inte oroa sig. Exponeringen kan ske gradvis, då patienten med små steg närmar sig det den är rädd för, eller så kan patienten möta sin svåraste ångestutlösande situation direkt, genom en massiv exponering (Kåver, 2006).

Kognitiva tekniker går ut på att kartlägga och identifiera de tankar, känslor och beteenden som uppstår i en problemsituation och tränar patienten, med hjälp av olika tekniker, på att omtolka negativa tankar så att de blir mer realistiska. Patientens negativa tankar som utmanas och ger i förlängningen en mindre ångestväckande och dominerande effekt (Kåver, 2006).

Beteendeeexperiment syftar till att patienten ska få ett nytt perspektiv på sitt problem genom att antingen testa befintliga hypoteser och övertygelser den har i förhållande till ångestväckande situationer, eller genom att utforska ett nytt sätt att tänka eller beteende. Patientens kan få i uppgift att agera på ett sätt den vanligtvis inte gör, och sedan tillsammans med terapeuten utvärderar vad som hände när patienten gjorde tvärtemot vad den vanligtvis gör (Kåver, 2006).

Avslappningsövningar är ett annat vanligt inslag i KBT med syfte att sänka den allmänna ångestnivån och lära patienter känna igen tidiga signaler på ångest. Tillämpad avslappning (TA) är en form där patienten går igenom sex olika steg för att lära sig snabbt slappna av. I det första steget får patienten träna sig i att först spänna och sedan slappna av i olika muskelgrupper och i det avslutande steget ska patienten kunna slappna av inom en kort stund (Breitholtz, 2006).

Rollspel används i KBT för att klienten ska kunna träna nya sätt att agera i interpersonella relationer. Patienten kan få träna på att föra dialog med viktiga personer den har svårt att hantera och lär sig stegvis tillsammans med terapeuten som spelar den andre personen att agera på nya sätt som är mer gynnsamma för patienten. Rollspel kan också vara ett sätt att komma åt patientens negativa automatiska tankar (Kåver, 2006).

KBT rekommenderas som förstavalsbehandling för GAD, social fobi och panik enligt Socialstyrelsen (2010) och metaanalyser har visat goda resultat för flera olika ångestdiagnoser, bland annat GAD, social fobi och panik (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006; Norton & Price, 2007). En metaanalys visar även att KBT har mer ihållande effekter än medicin för dessa diagnoser (Hollon et al., 2006).

I KBT arbetar oftast patienten med hemläxor mellan sessionerna (Kåver, 2006). I studier om hemläxor i KBT undersöker forskare ett begrepp som kallas "homework compliance", vilket beskriver hur mycket av hemläxorna som patienter genomför och hur det är kopplat till patientens behandlingsutfall (Kazantzis & Lampropoulos, 2002). Schmidt och Woolaway-Bickel (2000) beskriver forskningsläget om ämnet som tvetydigt och sammanfattar att "homework compliance" både har, och inte har en inverkan på behandlingsutfall. En nyare metaanalys inom området är positiv och visar att patienter som i högre utsträckning genomför sina hemläxor får ett bättre behandlingsutfall (Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas, & Patterson, 2010).

Det finns även studier som påvisar att en patients "homework compliance" kan ha olika verkningsgrad i olika perioder av behandlingen, exempelvis att en hög "homework compliance" i början och slutet av behandlingen är det som predicerar behandlingsutfallet (Westra, Dozois, & Marcus, 2007).

Internetadministrerad KBT

Då en patient genomgår internetadministrerad KBT innebär det att den tilldelas ett behandlingsprogram som administrerats till datorformat för att passa självständigt arbete. Oftast kompletteras behandlingen av behandlarstöd (SBU, 2007).

Behandlarstöd kan se ut och definieras på olika sätt. I vissa behandlingsprogram är patientens eget arbete övervägande och terapeutens insats är begränsat till bara det nödvändiga som att komma igång med behandlingen. I andra behandlingsprogram har terapeuten så kallad minimal kontakt och hjälper patienten tillgodogöra sig behandlingen på bästa sätt (Mead et al., 2005). Det minimala behandlarstödet kan se ut på olika sätt, till exempel telefon- eller mailkontakt (SBU, 2007). Det finns motstridiga resultat kring vikten av behandlarstöd, vissa studier visar att ett behandlarstöd är positivt för

patientens resultat (Andersson, 2009; Spek et al., 2007) medan en annan studie inte finner något stöd för detta (Berger et al., 2011). Ett problem med denna forskning är att behandlarstöd ser olika ut i olika studier vilket gör studierna svåra att jämföra med varandra (Coull & Morris, 2011).

Forskning som gjorts på internetadministrerad KBT visar spridda resultat (Coull & Morris, 2011). Vissa studier som undersökt effekter vid behandling av ångestsyndrom och depression visar goda resultat (Spek et al., 2007; Andersson, 2009). Internetadministrerad KBT för paniksyndrom har dokumenterat goda effekter (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius, & Andersson, 2001; Carlbring et al., 2006) likaså internetadministrerad KBT för social fobi (Carlbring et al., 2007; Berger et al., 2011; Furmark et al. 2011; Andrews, Davies & Titov, 2011) och GAD (Titov, Andrews & Robinson, 2010). En metaanalys som undersöker effekterna av internetadministrerad KBT för mild till moderat ångest och depression, visar däremot att studier har svårt att visa några långtidseffekter för behandling med internetadministrerad KBT samt att de studier som visar bäst resultat är gjorda på deltagare som inte rekryterats från en klinisk population. De efterfrågar således fler studier som har gjorts på kliniska populationer och som undersöker långtidseffekterna (Coull & Morris, 2011).

En fördel med denna behandlingsform är att den kräver mindre tid av en terapeut vilket gör den kostnadseffektiv (Kiroopoulos et al., 2008).

Idag är det uppskattningsvis 70 % av den svenska befolkningen som använder internet (SBU, 2007) och en av nackdelarna med internetadministrerad KBT är att alla inte använder internet i så stor utsträckning, till exempel är det stora skillnader mellan generationer. Internetadministrerad KBT kräver även att patienten har tillgång till dator och internet och inte har svårigheter att ta till sig en större mängd text. Det kan också vara svårt för terapeuten att veta hur patienten mår när terapeuten aldrig träffar patienten. Därför är det viktigt att patienter som genomgår internetadministrerad KBT är noggrant screenade för nedstämdhet och suicidrisk (Kiroopoulos et al., 2008). I en studie diskuteras risken för att patienten utvecklar ett säkerhetsbeteende kring sin portabla dator eller mobiltelefon. Detta kan leda till att patienten tänker att den måste ha med sig sin portabla dator eller mobiltelefon för att kunna hantera sina svårigheter, vilket är ytterligare en nackdel med internetadministrerad KBT (Andrews et al., 2011).

Psykofarmaka

Idag används främst psykofarmaka som stimulerar serotonin och noradrenalin, alltså SSRI och SNRI-preparat (antidepressiva), för att medicinskt behandla ångestsyndrom (Allgulander, 2009). Undersökningar visar att 6-7 % av Sveriges befolkning behandlas med antidepressiv psykofarmaka. Detta har visat sig verksamt för alla ångestsyndrom, förutom specifik fobi (SBU, 2005). Att använda psykofarmaka har minskat återinsjuknande jämfört med placebo grupper men risken för återinsjuknande finns kvar även om man varit obehandlad ett tag. Därför ska det inte ses som ett nederlag att återuppta medicinering. Om en patient av någon anledning inte svarar på SSRI eller SNRI kan den underhållsbehandlas med bensodiazepiner. En viktig egenskap vid hos bensodiazepiner är att den ångestdämpande effekten kommer snabbt (Allgulander, 2009) men de bör användas med försiktighet på grund av sin beroendeframkallande effekt (Allgulander et al., 2011).

Vid GAD, paniksyndrom och social fobi rekommenderar Socialstyrelsen (2010) läkemedelsbehandling med antidepressiva med prioritet två och tre. Under vissa förutsättningar kan även lugnande medel (bensodiazepiner) användas med prioritet tio. Vid lindrig egentlig depression, som tidigare har medicinerat mot depression rekommenderas antidepressiva med prioritet tre. Om samma typ av patienter inte tidigare har haft läkemedelsbehandling mot depression erbjuds detta enbart i undantagsfall med prioritet tio. Om den egentliga depressionen är medelsvår rekommenderas antidepressiva med prioritet två.

Kombination av KBT och psykofarmaka

Forskning om KBT och psykofarmaka är tvetydig men SBU sammanfattar forskningen som en kombination utan nytta. Den gemensamma effekten är ungefär lika stor som den som dokumenterats vid enskild behandling och därför bör behandlingarna utföras separat. Det enda undantaget är för paniksyndrom, där studier visat att en gemensam behandling är mer verksamt än en separat (SBU, 2005). Om en av behandlingarna inte fungerar för en patient kan det vara en god idé att prova den andra, som kan visa sig vara verksamt (Otto, Smits, Reese, & Hospital, 2005). Senare forskning kommer dock fram till andra slutsatser då Hofmann, Sawyer, Korte & Smits (2009) i en metaanalys visar att kombinerad KBT och psykofarmaka ger större effekter än KBT och placebo för ångestsyndrom, särskilt för paniksyndrom och GAD.

En metaanalys rekommenderar inte kombinerad behandling för depression då tidigare forskning visat bristande stöd för detta. Undantaget är för patienter med en svårare, kronisk form av depression då studier som gjorts på denna patientgrupp har kunnat visa högre effekt för en kombinerad behandling än för en enskild behandling. Resultaten i metaanalysen visar att ett tillägg av KBT i den akuta fasen, när behandling av depression sker med psykofarmaka, minskar risken för återfall. Detsamma gäller när en patient dragit nytta av psykofarmaka, men beslutat sig för att inte längre vilja fortsätta med sin medicinerings. Då rekommenderas också att KBT-tekniker lärs ut för att minska risken för återfall (Otto et al., 2005).

Andra psykoterapiformer

En annan psykoterapiform för behandling av ångest är psykodynamisk korttidsterapi. Psykodynamisk korttidsterapi är en terapi där terapeuten arbetar mer aktivt mot tydliga och uppsatta mål än vad som görs i en konventionell psykodynamisk psykoterapi, och går ut på att identifiera omedvetna interpersonella mönster i patientens liv (Binder, 2004). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2010) rekommenderas psykodynamisk korttidsterapi med prioriteringsgrad tio för GAD, paniksyndrom och social fobi, vilket innebär att åtgärden är uppskattad till att ge mycket liten nytta, alternativt liten nytta i förhållande till de andra åtgärder som finns att tillgå. I jämförelse rekommenderas individuell KBT av Socialstyrelsen med prioriteringsgrad ett.

För lindrig och medelsvår egentlig depression rekommenderar Socialstyrelsen förutom psykodynamisk korttidsterapi, interpersonell psykoterapi (IPT) (Socialstyrelsen, 2010). I en IPT går det terapeutiska arbetet ut på att identifiera patientens relationsmönster samt förstå hur bilden av självet formas i de relationer patienten ingår i (Fredriksson &

Furmark, 2005). I Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderas IPT för lindrig depression med prioriteringsgrad fyra och psykodynamisk korttidsterapi med prioriteringsgrad fem. Socialstyrelsen har bedömt prioriteringsgraden som tre för internet-KBT och fyra för individuell KBT. För medelsvår depression rekommenderas IPT med prioriteringsgrad två och psykodynamisk korttidsterapi med prioriteringsgrad tre. KBT rekommenderas med prioriteringsgrad två (Socialstyrelsen, 2010).

KBT vid social fobi

KBT för social fobi har goda dokumenterade effekter (Clark et al., 2003; Clark et al., 2006). En studie visar att KBT har bättre effekter än den antidepressiva medicinen fluoxetin, vid mätningar som gjorts under, direkt efter behandling och vid uppföljning ett år efter behandlingens avslut (Clark et al., 2003) medan Furmark et al. (2011) sammanfattar forskningen som gjorts på SSRI och KBT för social fobi att ha liknande effekter och föreslår att patienten själv ska bestämma vilken behandling den ska gå igenom, SSRI eller KBT.

När social fobi behandlas med hjälp av KBT är vanliga inslag psykoedukation, kognitiva tekniker och exponering. Furmark et al. (2011) lyfter fram tre processer som är viktiga att belysa i en KBT, då de tre processerna vidmakthåller problematiken vid social fobi. Den första processen är självfokuserad uppmärksamhet. Detta innebär att personen i problemsituationer fokuserar överdrivet mycket på sig själv och vänder uppmärksamheten inåt. Detta får konsekvensen att personen upptäcker fler ångestsymtom, men även att den går miste om information i omgivningen som skulle kunna motbevisa negativa tankar. Den andra processen handlar om säkerhetsbeteenden. Säkerhetsbeteenden är beteenden som personen med social fobi använder sig av för att förhindra att det den fruktar ska inträffa, men som medför att problemet vidmakthålls. Exempel på detta kan vara att personen tar på sig en extra tjock tröja för att dölja svettfläckar ska synas, med resultat att personen svettas mer vilket ökar risken för synliga svettfläckar. Den tredje processen som är viktig att bryta är ångestinducerande brister. Ångesten i den sociala situationen gör att personen fungerar sämre och uppfattas på ett mindre sympatiskt sätt av omgivningen, vilket i sin tur leder till att bemötandet tillbaka blir mindre välvilligt. Detta bekräftar i sin tur de negativa tankar personer med social fobi och upprätthåller problemet (Furmark et al., 2011).

KBT vid paniksyndrom

Att behandla paniksyndrom med eller utan agorafobi med KBT har gett goda resultat. Medicinering är också en fungerande alternativ men verkar inte ha lika långvariga effekter som KBT (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000; Mitte, 2005).

Några av de idag vanligaste sätten att behandla paniksyndrom med KBT är psykoedukation, kognitiv omstrukturering och exponering (Mitte, 2005). För att patienten ska förstå sin diagnos är det nödvändigt att arbeta med psykoedukation för att förmedla att paniksyndrom är vanligt, behandlingsbart och inte dödligt. Terapeuten bör även gå igenom vad ångest är samt dess påverkan på kroppen (Öhman & Rück, 2010).

Eftersom en patient med paniksyndrom ofta är väldigt rädd för de kroppsliga upplevelser som denna känner igen från tidigare panikattacker används ofta interoceptiv exponering.

Denna typ av exponering innebär att patienten medvetet får framkalla symtom som liknar de denne upplevt vid panikattacker till exempel genom hyperventilering och att spänna sina muskler. Meningen är att framkalla dessa obehagliga upplevelser i kroppen men att få en känsla av kontroll och goda upplevelser, då det inte resulterar i en panikattack. Om patienten har paniksyndrom med agorafobi är det vanligt att arbeta med exponering in vivo, alltså att patienten får utsätta sig för de situationer som denne tycker är obehagliga till exempel att åka kommunalt eller att träffa vänner ute (Mitte, 2005). Genom exponering sker alltså en nyinlärning för patienten som visar att situationen kanske är obehaglig men helt ofarlig. Andra vanliga arbetsmetoder är tillämpad avslappning och andningsträning (Andersson et al., 2011).

KBT vid generaliserat ångestsyndrom

KBT vid GAD har visat sig ge goda effekter för både ångestsymtom (Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008) och oro (Ladouceur et al., 2000; Linden, Zubaegel, Baer, Franke, & Schlattmann, 2005). Behandlingen har vanligtvis gett något bättre effekt för yngre patienter, men en studie har jämfört en äldre patientgrupp med kontrollgrupp och funnit stora effektstorlekar mellan grupperna. (Covin et al., 2008). KBT har visat sig ha lika stora eller större effektstorlekar jämfört med medicinsk behandling (Linden et al., 2005).

KBT vid GAD kan se lite olika ut men vanliga interventioner är psykoedukation, omstrukturering av tankar, råd för att förhindra återfall och planerad orostid (Allgulander et al., 2011). Planerad orostid är en övning som ska minska den totala orostiden för patienten. Patienten bestämmer en tidpunkt någon gång på dagen, dit allt oroande ska skjutas upp. Kommer orostankar utanför orostiden har patienten som uppgift att vänta med detta oroande till då det är dags för orostid (Breitholtz, 2006). Tillämpad avslappning är en annan intervention som är vanlig vid KBT för GAD. Det är viktigt är att patienter med GAD lär sig känna igen tidiga tecken på oro innan den tillämpade avslappningen används, för att patienten lättare ska kunna kontrollera orosprocessen (Breitholz, 2006).

Ångest UNS

Det verkar finnas en begränsad kunskap om hur kliniker bör behandla patienter med ångest UNS. Diagnosen tas sällan upp i läroböcker och vetenskapliga artiklar. Detta kan tänkas bero på att patienterna som får denna diagnos är så pass heterogena. Det gör det svårt att ge riktlinjer för hur de bör behandlas.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka effekten av internetadministrerad, skraddarsydd KBT med behandlarstöd för primärvårdspatienter med ångest som primär problematik.

Frågeställningarna var:

1. Ger internetadministrerad, skraddarsydd KBT med behandlarstöd en minskning av ångest- och depressionssymtom samt en ökad upplevelse av livskvalité för primärvårdspatienter med paniksyndrom, social fobi, GAD och/eller ångest UNS jämfört med en kontrollgrupp?
2. Finns det ett samband mellan antal moduler som deltagare genomför och behandlingsutfall?

Metod

Undersökningsdeltagare

I studien deltog sammanlagt 101 personer, varav 64 kvinnor och 37 män. Deltagarnas medelålder var 35,31 år med en standardavvikelse på 12,66. Demografiska data för behandlings- och kontrollgruppen visas nedan (se tabell 1).

Tabell 1. Demografisk data över studiens deltagare, indelat i behandlings- och kontrollgrupp.

		Behandling, n=52	Kontroll, n=50
Kön*	Kvinna	34	30
	Man	17	20
Ålder*	Medelålder (standardavvikelse)	34,73 (13,00)	35,88 (12,32)
	Min-max	20-68	19-60
Civilstatus	Gift/sambo med barn	13	23
	Gift/sambo utan barn	13	15
	Särbo med barn	1	0
	Särbo utan barn	2	3
	Ensamstående med barn	6	2
	Ensamstående utan barn	14	7
	Annat	2	0
Utbildning	Avslutad gymnasieutbildning	13	10
	Avslutad yrkesutbildning	4	5
	Pågående	14	14
	högskole/universitetsutbildning	20	21
Sysselsättning	Arbetar hel- eller deltid	21	26
	Arbetar deltid eller sjukskriven deltid	2	2
	Sjukskriven	2	6
	Arbetslös	6	1
	Studerar	17	15
	Annat	3	0
	Kännedom om studien	Vårdcentral	30
	Studenthälsa	5	6
	Ungdomshälsa	1	0
	Genom annan person	2	5
	Annat	13	17
Tidigare psykologisk behandling	Aldrig påbörjad	17	19
	Ja, men avslutad nu	34	31
Medicinering	Aldrig påbörjad	21	22
	Ja, men avslutad nu	16	16
	Ja, pågående	14	12
Primär diagnos	GAD	4 (7,8%)	10 (20%)
	Social fobi	19 (37,3%)	15 (30%)
	Panik med och utan agorafobi	14 (27,5%)	12 (23,5%)
	Agorafobi	4 (7,8%)	4 (8%)
	Ångest UNS	10 (19,6%)	9 (18%)

*Chi-2 visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna med avseende på kön ($p=,487$). Ett oberoende t-test visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna i avseende på ålder ($p=,95$).

Mätinstrument

Structured Clinical Intervju for DSM Disorders

Den intervju som användes för att diagnosticera deltagarna var Structured Clinical Intervju for DSM Disorders – Research Version (SCID-RV; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1997). Detta är en semistrukturerad intervjuguide som är baserad på diagnossystemet i DSM-IV. SCID används både inom klinisk psykiatri och som urvalsinstrument vid forskning (Herlofson, 2009).

Beck Anxiety Inventory

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) är ett instrument som togs fram för att lättare urskilja ångestsymtom från depressionssymtom. BAI består av 21 frågor som undersöker olika ångestsymtom och varje fråga har fyra svarsalternativ som ger mellan 0-3 poäng per fråga. Totalpoängen varierar mellan 0-36.

Studier har visat att BAI är ett känsligt instrument för att urskilja olika former av ångest men att det ger ett högre utslag vid paniksyndrom med eller utan agorafobi än vid andra ångestsyndrom, som exempelvis GAD och social fobi (Leyfer, Ruberg, & Woodruff-Borden, 2006). I en nyligen gjord nederländsk studie bekräftas BAI som lämpligt instrument att använda för att skatta svårighet av ångest i en primärvårdspopulation. Dock visar studien att BAI inte är ett lämpligt instrument för att diskriminera mellan ångest och depression i en primärvårdsgrupp (Muntingh, van der Feltz-Cornelis, van Marwijk, Spinhoven, Penninx, & van Balkom, 2011).

Clinical Outcome in Routine Evaluation - Outcome Measure

Clinical Outcome in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM; Barkham et al., 2001) är ett självskattningsformulär med 34 frågor som undersöker fyra olika områden: subjektivt välmående (fyra frågor), problem/symtom (tolv frågor om ångest, medstämdhet, fysiska- respektive traumasymtom), funktion (tolv frågor) och risk (sex frågor, fyra gällande risk för sig själv och två gällande risk för omgivningen). Respondenten får skatta på en skala mellan 0-4 hur väl ett påstående stämmer, där noll står för "inte alls" och fyra står för "det mesta/hela tiden". Totalpoängen kan således variera mellan 0-135.

CORE-OM har visat sig ha både höga validitet- och reliabilitetsmått, vid test-retest har r varierat mellan ,87-,91 (Evans, 2002).

Montgomery and Asberg Depression rate Scale - Self Rated

Montgomery and Asberg Depression rate Scale-Self Rated (MADRS-S; Montgomery & Åsberg, 1979) är en självskattningsskala för depressionssymtom. Den togs fram för att vara en känslig depressionsskala där eventuell förändring på grund av behandling lättare kan identifieras. MADRS-S mäter åtta olika områden: sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism samt livslust och består av nio stycken items med en sju gradig skala. Totalpoängen kan vara mellan 0-60. En studie jämförde MADRS-S med Beck Depression Inventory (BDI)

som är det vanligaste instrumentet som används för att skatta depressionssymtom, och fann höga interkorrelationer ($r = ,869$). I studien noterades även en skillnad mellan skattningsskalorna, då MADRS-S var känsligare för huvudsymtom vid depression och påverkades mindre av maladaptiva personlighetsdrag, än vad BDI gjorde (Svanborg & Åsberg, 2001).

Quality of Life Inventory

Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992) är en skattningsskala som mäter livstillfredsställelse och togs fram med syfte att komplettera andra skattningsskalor som fokuserar på symtom. QOLI baseras på en modell om att en persons övergripande livstillfredsställelse beror på summan av tillfredsställelse inom olika områden. QOLI består av 16 olika items som berör olika livsområden där respondenten får skatta 1. Hur viktigt området är för deltagaren på en tregradig skala från inte viktigt (0), till extremt viktigt (2). Hur tillfredsställd personen är med området på en sexgradig skala från väldigt otillfredsställd (-3) till väldigt tillfredsställd (3). Poängen fås genom att multiplicera poängen inom varje item och dela med antal områden som anses som viktiga eller mycket viktiga. På så vis används enbart de områden som anses som viktiga för respondenten när poängen ska beräknas. När QOLI togs fram fann man test-retest reliabilitet från ,80-,91 i både kliniska och icke-kliniska populationer och goda korrelationer med andra mått på subjektivt välmående.

Övriga skattningsskalor

Deltagarna fick även fylla i skattningsskalorna Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Wennberg, 1996) som undersöker deltagarnas alkoholvanor, Manual trumbis/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (TIC-P; Haakart-van Roijen, 2002) som är en skattningsskala med fokus på hälsoekonomi med samhällligt perspektiv och EURO-QOL som mäter hälsorelaterad livkvalité (Euro-Qol-Group, 1990).

Material

De 19 moduler som var utbudet för behandlingen bestod av PDF-filer som deltagarna fick tillgång till i det krypterade kontakthanteringssystemet. Modulerna var mellan 9-43 sidor långa och bestod av psykoedukativ text samt övningar och i slutet fanns hemläxor för deltagaren att skicka in till sitt behandlarstöd. Fyra moduler fanns med för alla deltagare, de tre första (introduktion, tankens kraft del 1 och 2) samt den sista (avslut). Nedan följer en sammanfattning av det material som finns i modulerna med sidantal inom parentes. Vissa områden omfattas av flera moduler, exempelvis generaliserad ångest som består av tre moduler.

Introduktion (19 sidor): information om behandlingsupplägget och fakta om ångest, KBT samt internetbehandling.

Tankens kraft del 1 och 2 (23 och 31 sidor): automatiska tankar, grundantaganden, livsregler, vidmakthållande, förändra tankar, tankefällor, säkerhetsbeteenden och målformulering för behandlingen.

Social ångest del 1 och 2 (29 och 23 sidor): vanliga symtom för social fobi, problemsituationer, säkerhetsbeteenden, realitetstestning, exponering, ångesthierarki, självfokus, skiftande av fokus, uppmärksamhetsträning, perfektionism, självförtroende och vikten av belöning.

Generaliserad ångest del 1, 2 och 3 (13, 11 och 17 sidor): information om GAD och oro, beteendeanalys, påverkan av värderingar och mål, att bryta oroande, schemalagd orostid, orosfria zoner, praktisk problemlösning och övning av orosexponering.

Paniksyndrom del 1 och 2 (29 och 43 sidor): information om paniksyndrom, överandningstest, hyperventilering, andningsövning, utmana centrala rädslor, tillvänjande exponering samt fakta om ångest och kroppsliga reaktioner.

Agorafobi (37 sidor): information om och behandling av agorafobi, exponering, säkerhetsbeteenden och att sätta upp mål.

Beteendeaktivering del 1 och 2 (35 och 18 sidor): inlärningsperspektivet, situation – beteende – konsekvens, nedstämdhet ur ett KBT-perspektiv, beteenden påverkar hur vi mår, aktivitetsplan, minusaktiviteter och att belöna sig själv då man når sina mål.

Avslappning (32 sidor): allmänna spänningsnivåns betydelse, kroppens snabba och långsamma reaktioner, tidiga ångestsignaler och tillämpad avslappning.

Problemlösning (9 sidor): exempel på praktisk problemlösning i vardagen och genomförande av detta.

Att sätta gränser (20 sidor): att stå upp för sig själv, "säga nej"-tekniker, jag-budskap, och relationer.

Medveten närvaro (23 sidor): att förhålla sig till ångest, nedstämdhet och depression, medveten närvaro och andning/kroppen. Till kapitlet hörde tre ljudfiler med mindfulnessövningar.

Sömn (23 sidor): psykoedukation om sömn och faktorer som påverkar den, sju strategier för att förbättra sömnen, information om sömnmediciner, att spendera mindre tid i sängen, tankar och känslor i förhållande till sömn, att hantera svåra dagar, sömndagbok, räkna ut sömneffektivitet och sömnschema.

Stresshantering (23 sidor): psykoedukation om stress, balans i aktivitetsnivån, att hantera stress på jobbet och motion.

Avslutning (39 sidor): acceptera sina känslor och stå upp för sig själv, nej-tekniker, jag-budskap, att hantera stress och ångest, faktorer som hjälper vårt välmående (tid, motion, kost och sömn) och att se till att bakslag endast är tillfälliga.

Procedur

Rekrytering

Eftersom deltagarna i studien skulle tillhöra en primärvårdspopulation tog projektledare och ansvarig psykiater kontakt med vårdcentraler och studenthälsor i Östergötland, Södermanland och Norrland för att informera om studien. Rekryteringen pågick mellan januari 2010 – april 2011. En folder med information om studien samt kontaktuppgifter togs fram för att kunna delas ut till eventuella deltagare. Denna folder lämnades ut till intresserade vårdinstanser. Om personal vid dessa vårdinstanser bedömde att en patient kunde vara lämplig för denna typ av behandling så delades en folder ut. Totalt 71 personer rekryterades till studien på detta sätt.

För att rekrytera fler deltagare till studien skickades i mars 2011 ett mail ut till personer som anmält sig intresserade av internetbehandling på hemsidan www.studie.nu. För att försäkra sig om att deltagarna skulle uppfylla kriteriet som primärvårdspatient fanns information om att deltagaren skulle ha haft kontakt med primärvården på grund av sin ångest relativt nyligen. I mailet fanns även adressen till hemsidan för anmälan till studien.

Den hemsida som användes för NOVA-2 var www.kbt.info/nova2. Där fanns information om studien och de olika personer som var knutna till projektet. På hemsidan fanns även information om rådande etiska forskningsprinciper, sekretess- och tystnadsplikt samt anmälan till studien. Där fanns även en blankett för samtycke enligt Personuppgiftslagen (1998:204) att skriva ut, för att skicka till projektledaren. Samtycket innebar att ens personuppgifter används i studien, att deltagaren har förstått vad studien innebär och att deltagaren kan avsluta behandlingen när den vill.

Anmälan och förmätning

På hemsidan fanns möjlighet till anmälan till studien. För att anmäla sig svarade deltagaren på de tidigare nämnda skattningsskalorna samt demografiska frågor och skattningsskalorna EURO-QOL (livskvalité), TIC-P (hälsoekonomiska mått med samhällligt perspektiv) och AUDIT (alkoholvanor). Detta var även deltagarens förmätning. Då deltagaren hade gjort sin förmätning fick den en studiekod som gjorde att den kunde kontaktas via ett krypterat kontakthanteringssystem.

Inkludering

Under studien fanns inklusionskrav som gjorde att vissa anmälda deltagare exkluderades i olika etapper, se figur 1 för hela inklusionsförloppet. Den första exkluderingen utgick ifrån förmätningen med skattningsskalor och demografiska data. För att fortfarande ha möjlighet att inkluderas i studien behövde deltagaren:

1. Vara minst 18 år
2. Uppfylla någon eller några av följande diagnoser; generaliserat ångestsyndrom, social fobi, paniksyndrom, agorafobi, ångest UNS enligt DSM-IV mätt med SCID- I RV. Personer med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), tvångssyndrom, specifik fobi, depression och/eller dystymi inkluderades så länge det inte vara deras primära diagnos.
3. Inte ha annan pågående psykologisk behandling. Om tidigare psykologisk behandling

förekommit måste denna vara avslutad vid tiden för anmälan.

4. Vid eventuell medicinering av ångest eller depression ha haft en stabil dos sedan minst tre månader. Vid behov-mediciner får inte användas under tiden som deltagaren ingår i studien.

5. Ha skattat lägre än 4 poäng på MADRS-S item nio, angående livslust och suicidtankar. Detta kriterium ändrades under datainsamlingen till att samtliga deltagare med 4 eller fler poäng på item nio intervjuas av ansvarig psykiater med utgångspunkt i Sad Person Scale (SAD-S), som därefter tar ställning till eventuell exkludering.

6. Ha tillgång till dator och internetanslutning.

7. Ge ett skriftligt samtycke till lagring av personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (1998:204).

8. Ha möjlighet att genomföra en telefonintervju.

Om deltagaren exkluderas i denna fas fick personen ett meddelande via det krypterade kontakthanteringssystemet om detta. Deltagaren fick veta anledningen till exkludering samt information om andra möjligheter till behandling.

Diagnosticering

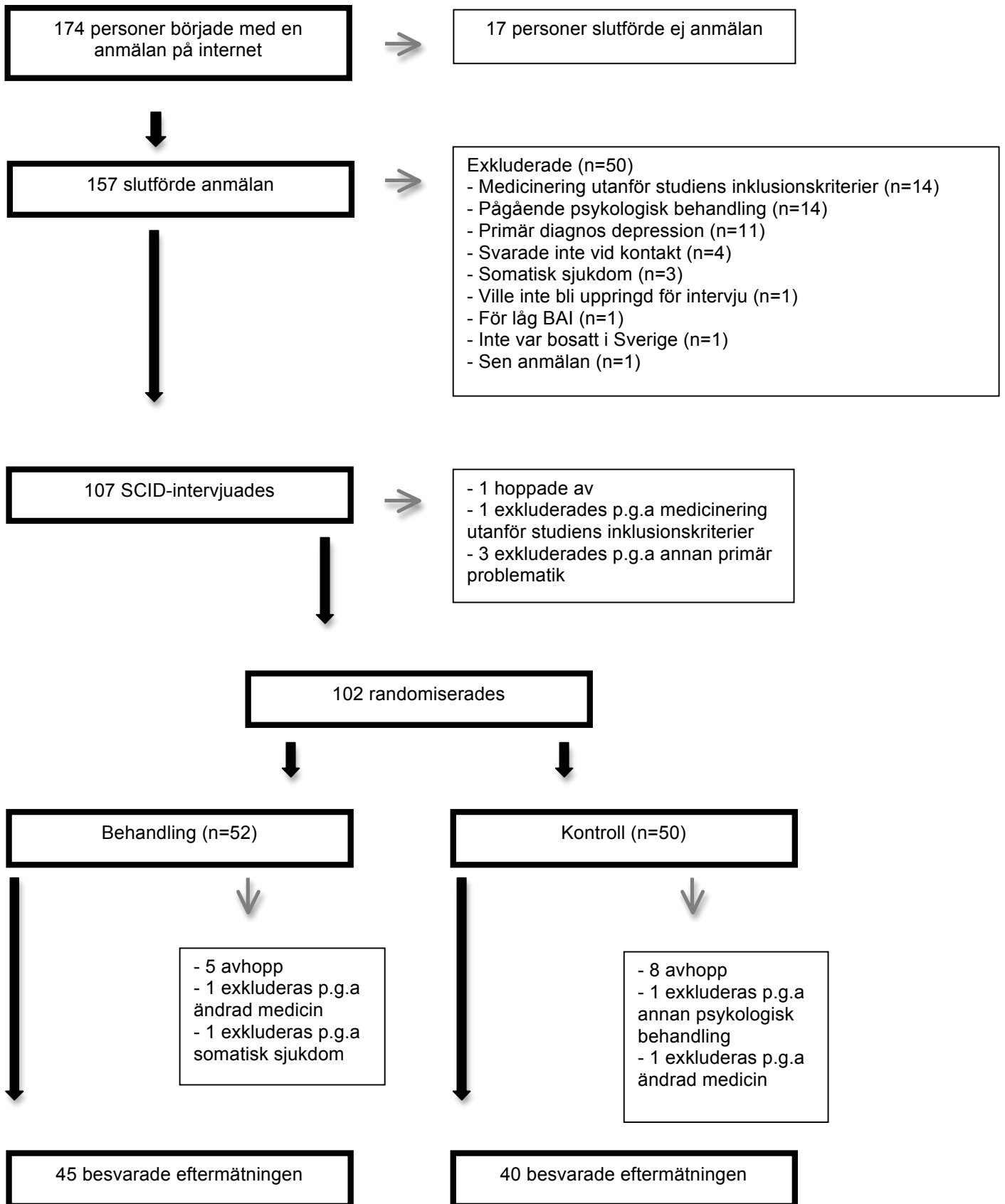
De deltagare som fanns kvar i studien fick ett meddelande i det krypterade kontakthanteringssystemet angående en telefonintervju. Deltagare och intervjuare bestämde en tid för intervjun som sedan genomfördes. Delar ur SCID-RV användes som intervju. De delar som användes var egentlig depression, dystymi, paniksyndrom, agorafobi, tvångssyndrom, PTSD, social fobi, GAD och ångestsyndrom UNS. Intervjun tog mellan 25-60 min att genomföra och genomfördes av en psykologstudent.

Intervjuaren sammanfattade sedan intervjun samt bedömde primär diagnos och eventuella övriga diagnoser. Sedan hölls en behandlingskonferens tillsammans med projektansvarig och leg. psykolog där en ytterligare bedömning om inkludering och diagnoser gjordes samt ett behandlingsupplägg.

Randomisering

Randomiseringen genomfördes av en oberoende part, som inte hade någon insyn i screeningförfarandet. Denna person fick ett mail med antal patienter som skulle randomiseras och svarade då vilka som blev randomiserade till kontroll- och behandlingsgrupp.

Flödesschema



Figur 1: Flödesschema över inklusionsförloppet.

Behandlingsgrupp

Totalt 52 personer randomiserades till behandlingsgruppen men under behandlingen exkluderades en deltagare på grund av somatisk sjukdom. Detta innebär att 51 personer ingick i de statistiska beräkningarna för behandlingsgruppen. Efter att deltagaren blivit randomiserad till behandlingsgrupp så startade behandlingen följande måndag. Deltagarna fick ett meddelande genom det krypterade kontakthanteringssystemet med information om behandlingen, presentation av behandlaren och tillgång till en första modul. Till varje modul fanns ett antal hemuppgifter som deltagarna skulle arbeta med under veckan och lämna in senast söndag till sin internetbehandlare. Deltagarna fick även information om att de skulle få återkoppling på sina hemuppgifter och tillgång till nästa modul följande måndag. Hade deltagaren inte gjort klart hemuppgifterna fick den arbeta vidare med samma modul. Deltagarna hade mellan åtta och tio moduler i sitt behandlingsupplägg. Deltagarna hade möjlighet att kontakta sin internetbehandlare under veckan om de hade frågor om modulen. Internetbehandlarna hade dock fått instruktion om att inte lägga mer än i genomsnitt 15 minuter per deltagare och vecka.

Kontrollgrupp

Sammanlagt 50 deltagare blev randomiserade till kontrollgrupp. Även dessa fick ett välkomstmeddelande följande måndag efter randomisering med information om att de hade lottats till kontrollgrupp under tio veckor och att de kommer att få behandling efter att kontrolltiden är slut. Kontrollgruppen fick varje måndag ett meddelande med fyra frågor. Deltagaren fick svara på frågorna och skicka in till behandlaren som tog emot svaren men inte skickade något svar tillbaka.

För att veta att det inte är ökad uppmärksamhet som ger effekt utan själva behandlingen skickades detta meddelande till kontrollgruppen:

Hej!

1. Hur har du i allmänhet mått under veckan? Jämför med hur det brukar vara:

Mycket bättre

Lite bättre

Likadant

Lite sämre

Mycket sämre

2. Beskriv kortfattat ditt mående med egna ord.

3. Hur har du sovit under veckan?

4. Hur stor del av tiden har du känt dig stressad under den senaste veckan? Skatta dig själv på en 10- gradig skala, där 10 är "hela tiden" och 0 är "inte alls".

Eftermätning

Efter tio veckor i behandling- eller kontrollgrupp skickades ett meddelande till deltagarna om att gå in på hemsidan och göra en eftermätning. Eftermätningen bestod liksom förmätningen av de olika skattningsskalorna BAI, CORE-OM, MADRS-S och QOLI samt frågor om medicinering och uppsökande av vård under de senaste tio veckorna.

Eftermätningen innehöll även frågor om hur deltagarna upplevt behandlingen med avseende på längd, arbetsinsats och internetbehandlare.

När behandlingsgruppen skickat in sin eftermätning fick de en present samt tillgång till moduler som personer eventuellt inte hunnit med under behandlingsveckorna. När kontrollgruppen skickat in sin eftermätning fick de följande måndag påbörja sin behandling.

De deltagare som inte skickat in sin eftermätning påmindes först genom ett meddelande i det krypterade kontakthanteringssystemet och efter fyra veckor påmindes de genom sms.

Etiska överväganden

Studien var prövad och godkänd av en etiknämnd och deltagarna fick fylla i och skicka in samtycke till att medverka i studien. Uppgifter om deltagarna hanterades enligt Personuppgiftslagen (1998:204) och all data sparades avidentifierat. För att säkerställa att ingen annan än deltagare och internetbehandlare kunde läsa kommunikationen som skedde genom det krypterade kontakthanteringssystemet, användes ett SSL-certifikat mellan server och deltagarens dator. Detta SSL-certifikat krypterar kommunikationen vilket gör den omöjlig att få tag på för andra. Allt forskningsmaterial kommer även förstöras när dess arkiveringstid löpt ut.

Databearbetning

För att mäta behandlingsutfall bearbetades de data, som erhöles genom förmätningen och eftermätningen av kontroll- och behandlingsgrupp, med "mixed effect model". Detta sätt att bearbeta data möjliggör användning av alla deltagare, även de där det saknas eftermätningensdata, eftersom "mixed effect model" uppskattar vilket resultat den saknade deltagaren hade haft. Därför kan analysmetoden ses som mer flexibel. Uppskattningen görs genom att utgå ifrån andra deltagare med liknande förmätning som deltagaren som saknar eftermätning. Med uppskattade värden kan slutsatser dras från hela gruppen som anmälde sig till studien och metoden gör att resultaten förblir opåverkat trots bortfall av data (Gueorguieva & Krystal, 2004). Sammanlagt 101 deltagare användes i de statistiska beräkningarna.

Deltagarna delades även in i fyra grupper, utifrån hur många moduler de genomfört (se tabell 2). Därefter genomfördes en statistisk analys på skattningar från totalt 44 personer, för att fastställa Pearson's korrelationskoefficient för skattningsskalorna (BAI, CORE-OM, MADRS-S och QOLI) och modulgrupp.

Tabell 2. *Fördelning av antal moduler deltagarna genomfört.*

Antal moduler	Antal deltagare	Procentuell fördelning
0-1	3	5,9 %
2-4	10	19,6%
5-7	7	13,7%
8-10	31	60,8%

Resultat

Behandlingsutfall

Parvisa jämförelser av kontroll- och behandlingsgrupp visar att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan gruppernas förmätning, på någon av skattningsskalorna BAI ($p=,908$), CORE-OM ($p=,377$), MADRS-S ($p=,167$) och QOLI ($p=,149$).

Medelvärdet för både kontroll- och behandlingsgrupp hade efter tio veckor förbättrats i alla skattningsskalor (se tabell 3). Behandlingsgruppen hade dock haft en större förändring, vilket visar sig i de signifikanta interaktionseffekterna mellan grupperna för tre av de fyra skattningsskalorna; BAI: $F(1, 95,84) = 6,14$; $p = ,015$, CORE-M: $F(1, 90,75) = 28,88$; $p = ,000$, MADRS-S: $F(1, 89,74) = 25,11$; $p = ,000$, QOLI: $F(1, 90,81) = 6,01$; $p = ,016$.

Tabell 3. Medelvärden (*M*) och standardavvikelser (*SD*) för behandlings- och kontrollgruppens för- och eftermätningar på skattningsskalorna BAI, CORE-OM, MADRS-S och QOLI.

	Behandling (n=51)		Kontroll (n=50)		Mellangrupp-effektstorlek
	M	SD	M	SD	Cohens d
BAI					0,58
Före	21,10	9,64	21,32	9,62	
Efter	11,78	7,86	16,30	7,78	
CORE-OM					0,86
Före	62,67	20,76	60,02	14,99	
Efter	37,28	18,10	52,82	17,96	
MADRS-S					0,69
Före	19,70	6,71	17,84	6,72	
Efter	10,89	7,35	15,94	7,35	
QOLI					0,19
Före	0,41	1,57	0,87	1,56	
Efter	1,30	1,43	1,03	1,48	

Notering: BAI= Beck Anxiety Inventory, CORE-OM= Clinical Outcome in Routine Evaluation- Outcome Measure, MADRS-S= Montgomery and Asberg Depression rate Scale-Self Rated och QOLI= Quality of Life Inventory.

Effektstorlekar

Som tabell tre visar är effektstorleken för behandlingsgruppen (mellangrupp) efter tio veckor hög för CORE-OM, moderat för MADRS-S och BAI samt obefintlig för QOLI.

Trots att behandlingsgruppens Cohens d (mellangrupp) för QOLI var obefintlig fanns en moderat inomgruppseffektstorlek för behandlingsgruppen ($d=0,59$).

Antal genomförda moduler och behandlingsutfall

Pearsons korrelationskoefficient för antal moduler och deltagarens behandlingsutfall visar en obefintlig korrelation mellan variablerna, för samtliga skattningsskalor (se tabell 4). Det finns alltså inget samband mellan hur många moduler en deltagare genomför och hur mycket den förbättras i skattningsskalorna.

Tabell 4. Pearsons korrelationskoefficient för modulgrupperna (n=44).

	Pearsons korrelationskoefficient	p-värde
BAI	0,11	,462
CORE-OM	0,09	,561
MADRS-S	0,13	,414
QOLI	-0,24	,125

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka effekten av internetadministrerad, skraddarsydd KBT med behandlarstöd för primärvårdspatienter med ångestproblematik. Studiens resultat visar att den undersökta behandlingen ger en signifikant minskning av ångest- och depressionssymtom för deltagare med paniksyndrom, social fobi, GAD och/eller ångest UNS direkt efter behandlingsslut. Behandlingen gav inte en ökad upplevelse av livskvalité då behandlings- och kontrollgruppen jämfördes men då behandlingsgruppens för- och eftermätningar jämförs så visar Cohens d på en moderat inomgruppseffektstorlek. Studien undersökte även om antalet genomförda moduler korrelerar med en deltagares behandlingsutfall men kunde inte ge stöd för detta.

Studier har visat olika resultat för internetadministrerad KBT (Coull & Morris, 2011) och vår studie går i linje med den tidigare forskning som visat positiva resultat (Spek et al., 2007; Andersson, 2009).

En av studiens fördelar är att deltagarna rekryterades ur en primärvårdspopulation. Eftersom de olika behandlingar som undersöks är tänkta att användas i en klinisk verklighet är det av största intresse att veta om de passar för patienter som söker vård till exempel i primärvården. Tidigare studier har rekryterat genom annonser och hemsidor och det är inte säkert att de urvalen är representativa för primärvårdspatienter. Tyvärr rekryterades en del av deltagarna till denna studie inte direkt genom primärvården utan med ett e-postutskick. I utskicket var ett av kriterierna, som angavs för att få vara med i studien, att personen har varit i kontakt med primärvården den senaste tiden. Huruvida så var fallet var inget som kontrollerades då deltagarna kontaktades och därmed kan det inte försäkras att hela urvalet i denna studie kom från en primärvårdspopulation. Hemsidan, där deltagare anmälde sig till studien, var även hela tiden öppen och tillgänglig för alla internetanvändare.

Vårt urval kan också ha påverkats av kravet på tillgång till internet och kunskap om internet. För att kunna följa behandlingen och få tillgång till den krävs en viss vana och regelbunden användning av internet. Exempelvis måste deltagaren förstå strukturen på hemsidan och logga in på sin e-post minst en gång per vecka. Något annat som kan ha påverkat vilka som söker till studien och genomför den är mängden text i de olika modulerna. Den längsta modulen var 43 sidor och det kan antas vara jobbigt för exempelvis personer med mindre läsvana, lässvårigheter eller koncentrationssvårigheter. Textmängden kan ha lett till att personer blir avskräckta från att påbörja behandlingen, inte orkar med att slutföra behandlingen eller inte kan tillgodogöra sig all information.

Det är även värt att poängtera att en hög andel av deltagarna i denna studie hade genomgått tidigare psykologisk och/eller medicinsk behandling, vilket tyder på att det är en representativ grupp för en klinisk population. Det är även en grupp som kan tänkas vara svårbehandlad då tidigare behandling inte har varit verksamt.

Under screeningförfarandet undersöktes inte huruvida deltagarna hade en psykosjukdom, maniska episoder eller använde droger. Deltagarna fick fylla i ett formulär om alkoholanvändning vid förmätningen men detta togs inte i beaktande vid inkluderingsprocessen. Om denna typ av samsjuklighet har förelegat bland deltagarna kan det ha påverkat deltagarens möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen.

Andra faktorer som kan ha påverkat resultaten är att elva psykologstudenter från två olika universitet varit aktiva som intervjuare och behandlare. Allt arbete har skett med stöd av en klinisk handledare men studenterna har till största del arbetat under eget ansvar. Detta kan ha lett till olika behandlarstöd för deltagarna i studien och inkonsekvens i diagnosticering och behandlingsplanering. En studie har dock visat att det inte föreligger någon skillnad mellan studentterapeuters inverkan på deltagarens resultat av behandling. En orsak till detta kan tänkas vara att studenterna följer behandlarprotokollet noggrant (Andersson, 2009). Dessutom är behandlingen tänkt att användas av flera olika behandlare och förfarandet kan därför tänkas likna en klinisk situation. En fördel som detta för med sig är att deltagare i studien har rekryterats från olika delar av Sverige vilket ökar generaliserbarheten.

I vår studie fanns inte den tidsmässiga möjligheten att undersöka långtidseffekter av behandlingen. En metaanalys om forskning inom internetadministrerad KBT har visat att det saknas belegg för långsiktiga effekter och föreslår att detta borde undersökas vidare (Coull & Morris, 2011). Även SBU (2007) lyfter fram behovet av fler långtidsuppföljningar. I dagsläget finns dock några studier som har undersökt om effekten av behandling består över längre tid. Internetadministrerad KBT för social fobi har visat sig effektiv vid 30 månaders uppföljning (Carlbring, Nordgren, Furmark, & Andersson, 2009) samt efter fem år (Hedman et al., 2011). En studie om skraddarsydd internetadministrerad KBT vid ångestsyndrom visade goda resultat både vid ett och två års uppföljning (Carlbring et al., 2011). Eftersom Socialstyrelsen (2010) lyfter fram internetadministrerad KBT som ett kostnadseffektivt alternativ är det viktigt att visa evidens på långsiktiga effekter och därför borde framtida forskning fortsätta undersöka ämnet.

I studien avslutades varje modul av en hemläxa. Denna hemläxa var bestämd i förväg och alla deltagare som gjorde en viss modul, fick även samma hemläxa. En artikel som

sammanfattar forskning kring hemläxor ser fördelar med att hemläxan utformas i samråd mellan terapeut och klient, då klienten blir mer motiverad att genomföra hemläxan (Kazantzis & Lampropoulos, 2002). Det hade varit intressant att undersöka hur ett sådant arbete hade påverkat våra resultat.

Det hade även varit intressant att undersöka hur många av deltagarna som inte längre uppfyllde kriterierna för sin primärdiagnos vid behandlingens slut. Att uppfylla en diagnos innebär att uppfylla ett kliniskt signifikant lidande och således är det intressant att utreda om detta lidande finns kvar efter behandlingen. Skattningsskalorna som används i studien undersöker ångest- och depressionssymtom men säger inget om den faktiska primärdiagnosen. Ett annat sätt att undersöka deltagarnas förändring är att använda sig av intervjun Clinical Global Impressions (CGI; Guy, 1976) där en blind intervjuare skattar deltagarens symtom efter behandling. Detta förutsätter en förmätning med exempelvis SCID-RV för att kunna jämföra med den kliniska bilden innan behandling.

Att modulantal inte korrelerar med behandlingsutfall var ett förvånande resultat då det kan tänkas att ju fler moduler deltagaren genomför desto större blir effekten av behandlingen. Att så inte var fallet i denna studie skulle kunna förklaras utifrån tidigare studier som har undersökt vid vilka tidpunkter i behandlingen symtomminskning sker. De visar att förändring av symtom ofta sker tidigt under KBT och att denna initiala förändring ofta predicerar patientens totala symtomminskning, ju större plötslig förbättring desto bättre slutresultat (Westra et al., 2007). Det vore dock intressant att veta om deltagarna i denna studie, som gjorde färre moduler, har effekter som består under längre tid.

Tang och DeRubeis (1999) fann att deltagare med depressionsdiagnos upplevde en plötslig förbättring. Denna förändring kom mellan fjärde och femte sessionen av KBT och följde kognitiv förändring hos deltagarna. Deltagarna i studien fick goda effekter som bestod vid en 18-månaders uppföljning. Dock genomförde dessa deltagare, till skillnad från deltagarna i denna studie, hela behandlingen som bestod av 16 sessioner. Därför är det svårt att veta om det endast är den plötsliga förändringen som står för behandlingsutfallet och långtidseffekterna.

Att antalet slutförda moduler inte korrelerar med behandlingsutfall skulle även kunna bero på att de tre första modulerna i studiens behandlingsupplägg är väldigt grundläggande. De presenterar begrepp som negativa automatiska tankar, livsregler, scheman, exponering och tankefallor. Kanske fick deltagarna under dessa moduler en tillräckligt grundläggande introduktion för att snabbt må bättre.

En annan förklaring är att de deltagare som länge har väntat på att få behandling för sin ångest, blir mer positivt inställda till sin tillvaro och motiverade till förändring då de blivit antagna till studien och förväntar sig att få hjälp. Att få läsa att ens problem är vanliga, få en förklaring till varför de uppstår och upprätthålls och få stöd av behandlaren kan tänkas leda till att deltagare tidigt känner sig förstådda och mår bättre.

Reliabilitet och validitet

Det är viktigt att en studie har ett representativt urval för att kunna generaliseras. Vårt urval bestod av 101 personer, varav 64 kvinnor (63 %) och 37 män (37 %). Detta kan tänkas likna en primärvårdspopulation, där kvinnor är överrepresenterade (SBU, 2005). Gruppen sträcker sig från 19-68 år med en medelålder på 35 år, vilket även ger studien en stor spridning i ålder.

Resultaten i studien utgår ifrån skattningsskalorna BAI, CORE-OM, MADRS-S och QOLI. Dessa är välanvända skalor med god reliabilitet och validitet. BAI är dock något mer känsligt för mer somatiska symtom, som vid paniksyndrom, än mer generella som vid social fobi eller GAD (Leyfer, et al., 2006). Detta kan ha gjort att deltagarnas ångest inte har dokumenterats tillräckligt och att det finns ångestsymtom som inte fångats upp av skattningsskalorna. Ett alternativ är att använda ett annat eller ytterligare ett ångestmätt för att kunna försäkra sig om att alla deltagares symtom på ångest mäts.

För att kunna replikera en studie behöver tillvägagångssättet vara tydligt förklarat. Denna studie har använt sig av ett behandlarstöd, där instruktionerna för behandlarna varit övergripande. Eftersom det inte har funnits några egentliga riktlinjer, förutom tidsangivelse, kring behandlarstödet utformning kan det bli svårt för framtida studier att försöka replikera det.

Framtida forskning

På senare år har flera studier börjat undersöka hur verksam internetadministrerad KBT är i kliniska populationer med varierande resultat (Coull & Morris, 2011). Denna forskning bör fortsätta eftersom internetadministrerad KBT på ett kostnadseffektivt sätt kan ge behandling till stora grupper människor som lider mycket av sin ångest och som av olika anledningar inte kan ta del av traditionell KBT. Detta är särskilt viktigt eftersom att ångestsyndrom är ett utbrett problem i Sverige idag och orsakar mycket lidande och kostnader för samhället (SBU, 2007). Många patienter med ångestsyndrom söker hjälp i primärvården där det finns begränsade möjligheter att tillhandahålla evidensbaserad psykologisk behandling. Under de senaste tio åren har internetadministrerad KBT utvärderats och ofta har goda resultat dokumenterats.

Coull och Morris (2011) visar att forskning inom kliniska populationer inte har varit lika verksam som inom självrekryterade urval men vår studie går emot dessa resultat, då deltagarna har rekryterats efter att de sökt hjälp inom primärvården. Därför är det upp till framtida forskning att undersöka hur effektiv internetadministrerad KBT är i kliniska populationer.

Att denna studie är skraddarsydd är relativt nydanande och det finns inte så mycket forskning som undersöker om ett sådant upplägg förbättrar behandlingsresultaten. En tidigare studie har visat att internetadministrerad, skraddarsydd KBT för ångestsyndrom är verksam (Carlbring et al., 2011), vilket vår studie bekräftar. Ett annat sätt att behandla med internetadministrerad KBT är att använda sig av så kallade transdiagnostiska behandlingar där deltagare med olika diagnoser får samma behandling. Forskning har även visat stöd för sådan behandling vid olika ångestdiagnoser (Titov, Andrews, Johnston, Robinson & Spence, 2010) och förstämningssyndrom och/eller ångestdiagnoser (Dear et al., 2011). En studie som har jämfört en skraddarsydd e-mailterapi med en internetbehandling som inte är skraddarsydd finner att dessa behandlingar var lika

verksamma (Vernmark et al., 2010). Detta är alltså ett ämne som bör undersökas vidare, då en skräddarsydd behandling kräver mer tid och resurser av behandlaren vilket då bör vägas upp av behandlingens effektivitet för deltagaren. Detsamma gäller för behandlarstödet, där forskningen är tvetydig.

Sammanfattningsvis har denna studie visat att internetadministrerad, skräddarsydd KBT med behandlarstöd för patienter med ångestsyndrom inom en primärvårdspopulation är verksamma. Resultatet visar även att deltagares behandlingsutfall inte är beroende av hur många moduler de genomför. Detta skulle kunna bero på att deltagarna har fått en plötslig förbättring av symtom tidigt under behandlingen. Det skulle också kunna bero på att de tidiga modulerna är väldigt grundläggande i psykologisk behandling. Några förslag till framtida forskning är att undersöka långtidseffekterna av denna typ av behandling samt effekten av de enskilda delarna i behandlingen, till exempel behandlarstödet och att den är skräddarsydd.

Referenslista

- Allgulander, C. (2009). Farmakologisk behandling av ångestsyndrom. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s. 534-538). Lund: Studentlitteratur.
- Allgulander, C., Paxling, B., & Andersson, G. (2011). Generaliserad ångest kan behandlas effektivt. *Läkartidningen*, (14), 792-794.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 175-80. doi:10.1016/j.brat.2009.01.010.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Svanborg, C. (2011). Paniksyndrom – ond cirkel av feltolkade kroppsliga signaler. *Läkartidningen*, 108(14), 795-797.
- Andrews, G., Davies, M., & Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(4), 337-40. doi:10.3109/00048674.2010.538840.
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R. T., den Boer, J. a, et al. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of psychopharmacology*, 19(6), 567-96. doi:10.1177/0269881105059253.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, Chris, Benson, L., et al. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 184-196. doi:10.1037//0022-006X.69.2.184.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 283(19), 2529-36. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10815116>.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893-7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204199>.
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D., & Andersson, G. (2011). Internet-based treatment of social phobia: a randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 158-69. doi:10.1016/j.brat.2010.12.007.
- Binder, J. (2004) *Key competencies in brief dynamic psychotherapy: clinical practice beyond the manual*. New York, NY: Guilford Press.
- Breitholtz, E. (2006). Generaliserat ångestsyndrom. I L-G Öst (Red) *Kognitiv Beteendeterapi inom psykiatrin* (s. 89-108). Finland: Natur och Kultur.
- 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(1), 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003.
- Carlbring, P., Bergman Nordgren, L., 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.

- Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B. E., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *The American journal of psychiatry*, *163*(12), 2119-25. doi:10.1176/appi.ajp.163.12.2119.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *190*, 123-8. doi:10.1192/bjp.bp.105.020107.
- Carlbring, P., Gustafsson, H., Ekselius, L., & Andersson, G. (2002). 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *37*(5), 207-11. doi:10.1007/s00127-002-0542-y.
- Carlbring, P., Maurin, L., Törngren, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthan, E., Strååt, M., et al. (2011). Individually-tailored, internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *49*(1), 18-24. doi:10.1016/j.brat.2010.10.002.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, *32*(4), 751-764. doi:10.1016/S0005-7894(01)80019-8.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennel, M., Campell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(6), 1058-67.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *74*(3), 568-78.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of anxiety disorders*, *22*(1), 108-16.
- Coull, G. & Morris, P. G. (2011). The clinical effectiveness of CBT-baser guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, *41*, 2239-2252.
- 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 Therapy*, *49*(12), 830-7.
- EuroQol-Group. (1990). EuroQol e a new facility for the measurement of health- related quality of life. *Health Policy*, *16*(3), 199e208.
- Evans, C. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE--OM. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(1), 51-60. doi:10.1192/bjp.180.1.51.
- Falk, T. (2006) Kognitiv terapi vid social fobi. I M. Mørch (red) *Kognitiv terapi- modeller och metoder* (s.107-126). Malmö, Elanders Berlings AB: Gleerups.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, *4*(1), 92-101. doi:10.1037//1040-3590.4.1.92.
- Fredriksson, M., & Furmark, T. (2005). Motivation och emotion. I P. Hwang (Red). *Vår tids psykologi* (s. 91-110). Finland, WS, Bookwell: Natur och Kultur.

Furmark, T., Hedman, E., Tillfors, M., & Ekselius, L. (2011). Social fobi – ingen vanlig blyghet. *Behavior Therapy, 108*(14), 802-805.

Gueorguieva, R., & Krystal, J. H. (2004). Move over ANOVA: progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of general psychiatry, 61*(3), 310-7. doi:10.1001/archpsyc.61.3.310.

Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions. ECDEU assessment manual for psychopharmacology US department of health and human services. Rockville: NIMH.

Haakart-vanRoijsen, L. (2002). Manual Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment.

Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindfors, N., & Andersson, G. (2011). Five-year follow-up of internet-based cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research, 13*(2):e39. Open access: [doi: 10.2196/jmir.1776].

Herlofsson, J. (2009). Psykiatrisk klassifikation och diagnostik. I J. Herlofsson (Red), *Psykiatri* (s. 117-124). Lund: Studentlitteratur.

Hofmann, Stefan G., Sawyer, A. T., & Korte, Kristina J., & Smits, J. A. J. (2009). Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *International Journal of Cognitive Therapy, 1, 2*(2), 160–175. doi:10.2964/jsik.kuni0223.

Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual review of psychology, 57*, 285-315. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190044.

Kazantzis, N. & Lampropoulos, G. K. (2002). Reflecting on homework in psychotherapy: what can we conclude from research and experience? *Journal of clinical psychology, 58*(5), 577-85. doi:10.1002/jclp.10034.

Kaufman, J. & Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety, 12*(1), 69-76.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S. Y., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (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*(1), 8-19.

Kiropoulos, L. A, Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., P., C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of anxiety disorders, 22*(8), 1273-84. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.008.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5), 317-325.

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling - En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 957-964.

Leyfer, O. T., Ruberg, J. L., & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders, 20*(4), 444-58. doi:10.1016/j.janxdis.2005.05.004.

Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychotherapy and psychosomatics, 74*(1), 36-42.

- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive therapy and research*, 34(5), 429-438. doi:10.1007/s10608-010-9297-z.
- Maurizio, F., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F., (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 97-102.
- Mead, N., MacDonald, W., Bower, P., Lovell, K., Richards, D., Roberts, C., & Bucknall, A., (2005). The clinical effectiveness of guided self-help versus waiting-list control in the management of anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 35(11), 1633-43. doi:10.1017/S003329170500560X.
- Melin, L. (2006) Teoretisk bakgrund. I L-G. Öst (red), *Kognitiv Beteendeterapi inom psykiatrin* (s.13-29). Stockholm: Natur och Kultur.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Reviews Psychology*, 49, 377-412.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of affective disorders*, 88(1), 27-45. doi:10.1016/j.jad.2005.05.003.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. doi:10.1192/bjp.134.4.382.
- Muntingh, A. D. T., van der Feltz-Cornelis, C. M., van Marwijk, H. W. J., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & van Balkom, A. J. L. M. (2011a). Is the Beck Anxiety Inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *BMC family practice*, 12(1), 66. BioMed Central Ltd. doi:10.1186/1471-2296-12-66.
- 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(6), 521-31.
- Otto, M. W., Smits, J. A. J., Reese, H. E., & Hospital, M. G., (2005). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: Review and analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 12(1), 72-86. doi:10.1093/clipsy/bpi009.
- Rosenberg, N. K. (2006). Kognitiv terapi vid paniksyndrom, OCD och generaliserat ångestsyndrom. I M. Mørch (Red). *Kognitiv terapi-modeller och metoder*. Malmö, Elanders Berlings AB: Gleerups.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., Golinelli, D., et al. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of general psychiatry*, 62(3), 290-8. doi:10.1001/archpsyc.62.3.290.
- Schmidt, N. B. & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 13-18. doi:10.1037//0022-006X.68.1.13.
- Socialstyrelsen (2006). *Hälsa- och sjukvård - primärvård*. Lägesrapport.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological medicine*, 37(3), 319-28. doi:10.1017/S0033291706008944.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Elanders Infologistics Väst AB.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt* (SBU 2005: 171/1-2). Mölnycke: Elanders Infologistics Väst AB.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU Alert-rapport nr 2007-03.

Svanborg, P. & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of affective disorders*, 64(2-3), 203-16.

Tang, T. & DeRubeis, R. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 894-904.

Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research Therapy*, 48(9), 890-9.

Titov, N., Andrews, G., Robinson, E., Schwencke, G., Johnston, L., Solley, K., & Choi, I. (2010). Clinician-assisted internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: Randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (43), 905-912.

Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., Carlbring, P., et al. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour research and therapy*, 48(5), 368-376. doi:10.1016/j.brat.2010.01.005.

Wennberg, P. (1996). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A psychometric evaluation. *Reports from the Department of Psychology, Stockholm Univ.*

Westra, H. a, Dozois, D. J. A, & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(3), 363-73. doi:10.1037/0022-006X.75.3.363.

Åsberg, M. & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom. I J. Herlofsson (Red), *Psykiatri*, (s. 305-333). Lund: Studentlitteratur.

Öhman, A. & Rück, C. (2009). Ångestsyndrom. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s. 117-124). Lund: Studentlitteratur.