

Effekten av olika behandlingslängder:

En jämförelse mellan transdiagnostisk självadministrerad internetbehandling vid ångest och/eller depression genom Unified Protocol i 8 eller 16 Veckor

Jacob Stigsson Flygare & Joel Ekdahl

Psykologiska institutionen
Examensarbete 30 hp
Psykologi
Psykologprogrammet (300 hp)
Vårterminen 2022
Handledare: Per Carlbring



EFFEKTEN AV OLIKA BEHANDLINGSLÄNGDER: EN JÄMFÖRELSE MELLAN TRANSDIAGNOSTISK SJÄLVADMINISTRERAD INTERNETBEHANDLING VID ÅNGEST OCH/ELLER DEPRESSION GENOM UNIFIED PROTOCOL I 8 ELLER 16 VECKOR

*

Sammanfattning

Depression och ångest är utbredda folksjukdomar i Sverige. Trots stort vårdbehov bland diagnosticerade, förblir många obehandlade eller erhåller icke-optimal behandling. Evidensbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) är ofta ett bra behandlingsalternativ, men är svårt att erbjuda till alla. Det finns ett glapp mellan antal med behandlingsbehov och antal som erbjuds behandling. Transdiagnostisk internet-KBT genom Unified Protocol (UP) är en behandlingsform med begynnande god evidens som skulle kunna lösa problemet med glappet. Få studier har undersökt sambandet mellan behandlingens längd och utfall, men ett antal studier har funnit ett positivt samband mellan högre behandlingsfrekvens och högre behandlingseffekt. Deltagarna ($N=408$) randomiserades till behandling med UP i 8 veckor ($n=204$) eller 16 veckor ($n=204$). Effekten av behandlingarna utvärderades med GAD-7 och PHQ-9 som primära utfallsmått. Deltagarna fick genomföra självskattningar innan, under och efter behandlingarna. För att utvärdera effekten av respektive behandlingens längd användes linear mixed model (LMM). En signifikant huvudeffekt av tid för båda behandlingsgrupperna återfanns. Däremot ingen huvudeffekt av grupp eller interaktionseffekt mellan tid och grupp. Inomgruppseffekten för 8-veckorsgruppen var på PHQ-9 måttlig till hög ($d=1,04$) och GAD-7 låg till måttlig ($d=0,78$). För 16-veckorsgruppen var inomgruppseffekten på PHQ-9 måttlig ($d=0,85$) och GAD-7 låg ($d=0,64$). Mellangruppseffekten var låg på både PHQ-9 ($d=-0,02$) och GAD-7 ($d=-0,03$). Resultatet är i linje med tidigare studier som undersökt behandlingseffekten av UP som internetbehandling. Resultatet skiljer sig dock från studier som visat att högre behandlingsfrekvens med bibehållen dos ger högre behandlingseffekt. Svagheter med studien är avsaknad av kontrollgrupp samt uppföljningsmätningar och ett stort bortfall, vilket gör säkra slutsatser svåra att dra.

Depression och ångest är de allra vanligaste psykiatriska sjukdomarna globalt sett, där den som drabbas upplever försämrad livskvalitet fördelad på hela livstiden (Whiteford et al., 2015). Depression och ångestsyndrom klassas vidare som folksjukdomar och drabbar alla typer av människor, ung liksom gammal. Risken att drabbas av egentlig depression är för kvinnor 36% och 23% för män (Socialstyrelsen, 2014). Risken att drabbas av ångestsyndrom är ungefär 25% i befolkningen, där kvinnor löper två till tre gånger så stor risk som män att drabbas. Vidare har det skett en markant förändring avseende hur många som får vård för depression eller ångestsyndrom i Sverige under det senaste decenniet. Andelen män och kvinnor som behandlas för depression eller ångestsyndrom fördubblades mellan 2006 och 2016 (Socialstyrelsen, 2018). Många av de som vårdas är i arbetsför ålder, vilket bland annat innebär ekonomiska belastningar för samhället. Så mycket som 90% av alla sjukskrivningar för psykisk ohälsa i Sverige sker på grund av depressions- eller ångestdiagnoser (Försäkringskassan, 2014).

Ångesttillstånd och depressionstillstånd överlappar ofta, och det förekommer ångestsymtom och depressionssymtom vid både depression och ångestsyndrom. Det är viktigt att göra en distinktion mellan vardaglig användning av ångest som symtom och regelrätta, definierade ångestsyndrom, som innebär återkommande oro och rädsla kopplat till specifika situationer eller företeelser. Vid ångestsyndrom lider den drabbade av svårhanterlig ångest som ofta innebär klinisk signifikant nedsättning avseende funktion (Socialstyrelsen, 2021). För att diagnosticeras med depression och ångestsyndrom krävs att den drabbade uppvisar ett visst antal givna kriterier för respektive tillstånd. Dessa kriterier anges i International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) och Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-5). Inom svensk sjukvård används vanligen ICD-10 vid diagnostik och DSM-5 används främst inom forskningsområdet och delvis även i psykiatin. Diagnoskriterierna för egentlig depression i DSM-5 är att en under samma tvåveckorsperiod ska möta minst fem av nio diagnoskriterier, som bland annat utgörs av nedstämdhet, minskat intresse och glädje, energibrist, sömnsvårigheter och försämrad koncentrationsförmåga. Dessutom krävs att ingen manisk eller hypoman period ska ha förekommit. Allvarsgraden bedöms från milda till svåra besvär, där påverkan på funktion och livskvalitet avgör graderingen. Det finns flera olika ångestsyndrom, där de olika diagnoskriterierna också finns angivna under respektive diagnos i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Allvarsgraden vid depressions- och ångestsjukdomar varierar, där problematiken för den drabbade skiftar. Även vid mildare symtombild innebär tillståndet försämrad livskvalitet, där den drabbade kan få svårigheter att klara av både vardag och arbetsliv. Vidare är det inte endast den diagnostiserade som drabbas, utan anhöriga kan också påverkas i hög grad. Det är därför av största vikt att den drabbade får lämplig och tidig vård för att förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig problematik och återinsjuknande (Socialstyrelsen, 2021). Att drabbas av ångest eller depression innebär en rad negativa samhällsliga konsekvenser. Bland annat direkta kostnader för sjukvård och indirekta kostnader genom exempelvis sjukskrivning, belastning av sjukvården, arbetslöshet eller försämrad arbetsförmåga (Birnbau et al., 2009; Andlin-Sobocki & Wittchen, 2005). De samhällsliga konsekvenser som sjukdomarna för med sig är visserligen viktiga att beakta, men ännu viktigare är att belysa att sjukdomarna framförallt innebär individuellt, personligt lidande.

Vård vid depression och ångest

I de nationella svenska riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom finns standardförfaranden för vård vid de olika tillstånden angivna (Socialstyrelsen, 2021). Initialt bör hälso- och sjukvården erbjuda klinisk bedömning för patienter med misstänkt depression

och ångestsyndrom. Leder den kliniska bedömningen till att patienten diagnostiseras med något av tillstånden ska behandling erbjudas. I dagsläget finns olika direktiv för vilket behandlingsalternativ som ska erbjudas vid egentlig depression. Vid lindrig till medelsvår egentlig depression *bör* hälso- och sjukvården i första hand erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) och i andra hand interpersonell terapi eller behandling med antidepressiva läkemedel. Återfallsförebyggande åtgärder som *bör* erbjudas vid egentlig depression är i första hand antidepressiva läkemedel eller KBT i andra hand.

Enligt de nationella svenska riktlinjerna är farmakologisk behandling även rekommenderad behandling vid ångestsyndrom, men rekommendationerna skiljer sig beroende på typ av ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2021). Vid generaliserat ångestsyndrom (GAD) bör sjukvården i första hand erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel och kan vidare erbjuda KBT-behandling. Vid andra ångestsyndrom som paniksyndrom, social fobi eller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) bör sjukvården i första hand erbjuda KBT-behandling anpassad till den specifika diagnosen och kan vidare behandla med antidepressiva läkemedel.

Svårigheter med implementering av KBT

KBT ses som en prioriterad behandlingsinsats vid både depression och ångest (Socialstyrelsen, 2021), men den är betydligt dyrare och kräver mer tid än farmakologisk behandling, varför det potentiellt kan vara närmare till hands att välja det senare. Dessutom talas det om brist på personal inom vården (Socialstyrelsen, 2020), där psykologer är en av de legitimationsyrken som lyser med sin frånvaro. Avdelningar kritiserar för långa kölistor och lång väntetid för psykologisk behandling (Torkelsson, 2022), något som kan göra att behandlingen, trots rekommendationer, ofta är farmakologisk. Ca 1 067 000 personer förskrevs 2020 (Socialstyrelsen, 2020) någon gång med antidepressiva i Sverige vilka bestod till 14% av kvinnorna i Sverige och 7% av männen. Uppgifter om hur stor andel som får psykologisk behandling eller behandling med specifikt KBT skiljer sig mellan olika regioner och insamlad data är otillräcklig för att kunna uttala sig med tillförlitlighet (Socialstyrelsen, 2019). Det finns dock tecken som tyder på att färre får psykologisk behandling än vad målbilden är. Uppgifter från regionernas patientadministrativa system talar om att en av fem patienter med depression- eller ångestsyndrom inom primärvården får behandling med KBT och att en av sex inom den psykiatriska öppenvården får KBT-behandling (Socialstyrelsen, 2019). Detta att jämföra med målbilden som siktar på att 60% av de med depressionssyndrom ska tilldelas psykologisk behandling och ångestsyndrom respektive 70% (Socialstyrelsen, 2019).

Trots att KBT rekommenderas är alltså behandlingen som idag främst nyttjas vid depression och ångest ändå farmakologisk behandling med antidepressiva läkemedel. Vissa negativa aspekter kan urskiljas om farmakologisk behandling (Bischor & Adli, 2008). Det kan dels komma att kräva lång tid och flera byten av typ av läkemedel och dosstorlek innan önskad effekt uppnås. Vidare kan läkemedel medföra oönskade biverkningar. Vanliga bieffekter från en av den vanligaste gruppen antidepressiva läkemedel, selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), är sexuell dysfunktion, illamående, förstoppning och viktuppgång.

Som tidigare nämnt är en svårighet med terapeutisk behandling brist på resurser för att tillgodose den stora efterfrågan på det. Trots att det finns effektiva behandlingar (huvudsakligen evidensbaserad KBT) för ångest och depression, går många diagnosticerade individer obehandlade (Kohn et al., 2004). Faktum är att det globalt sett ofta är så att majoriteten av de som har behandlingsbehov inte erhåller behandling (Kazdin, 2017). Situationen kan beskrivas som ett glapp, där vårdgivare inte kan möta det utbredda behandlingsbehovet. Två av huvudorsakerna till varför leveransen av behandlingen inte går

att anpassa storskaligt, är att den dels är beroende av utbildad personal och dels ofta kräver ett fysiskt möte mellan behandlare och patient. Förutom att behandlingsglappet leder till att individer med behandlingsbehov förblir obehandlade eller behandlas enbart med antidepressiva, kan det även innebära att drabbade individer tar till andra sätt att hantera sina svårigheter. Till exempel förekommer vid affektiva tillstånd, såsom ångest och depression, ofta samtidigt substans- och alkoholbrukssyndrom (Bolton et al., 2009). Sambandet skulle potentiellt kunna förklaras genom att den med affektivt tillstånd självmedicinerar sin psykiska ohälsa med alkohol och droger. Det försvårar sannolikt ursprungsproblematiken och beror sannolikt till viss del på det ovan beskrivna behandlingsglappet.

Det finns således ett behov att kunna erbjuda evidensbaserad behandling som är möjlig leverera i stor skala och som dessutom är mer lättillgänglig än traditionell psykoterapi. Ett sätt att bemöta behandlingsglappet, och nå till fler med behandlingsbehov, är att erbjuda självadministrerade internetbehandlingar, eftersom det vare sig kräver utbildad personal eller kräver att patienter ska infinna sig på en viss geografisk plats.

Internetbehandling

Internetbehandling har blivit allt vanligare och har verkligen aktualiserats i och med covid-19-pandemin (De Witte et al., 2021). Det finns dock ingen entydig definition över vad internetbehandling är (Smoktunowicz et al., 2020). Även ifall närmanden mot något slags konsensus gjorts, råder det fortfarande en del oklarheter kring definitionen och exakt hur mycket mänsklig kontakt en internetbehandling innebär (Smoktunowicz et al., 2020). För- och nackdelar med internetbaserad behandling har kunnat urskiljas. Några av fördelarna är minskad risk för terapeutisk avvikelse från evidensbaserad behandling (tack vare den mekaniska utformningen) samt enklare att utvärdera och mäta då det ofta är inbäddat i behandlingen (Hedman et al., 2013). Vidare är det kostnadsmässigt sparsamt eftersom det inte behövs någon duplicering av resurser, handledning eller utbildning vilket frigör resurser som då kan användas på annat håll istället (Andersson & Titov, 2014). Det finns även nackdelar med internetbehandling. En sådan är att inte alla blir hjälpta av det och vissa lider till och med av förvärrande av symtom (Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson & Carlbring, 2017; Nordgren et al., 2014). Dessutom pekar en metaanalys (Rozental et al., 2017) på att specifikt unga, ensamboende individer med låg högsta nivå av utbildning löper större risk för att förvärras. Den kanske mest utbredda nackdelen är eventuell negativ inställning till internetbaserad behandling bland kliniker och patienter (Stallard et al., 2010; Mohr et al., 2010). Även om behandlare i och med Covid-19-pandemin vittnar om goda erfarenheter med onlinebehandling (De Witte et al., 2021) uttrycks oro kring kvaliteten på behandlingen och frågor om säkerhet. En annan möjlig nackdel är att kliniker kan uppleva sin arbetssituation som hotad ifall samma resultat kan åstadkommas med en datoriserad behandling. Det är dock osannolikt att det skulle bli arbetsbrist på grund av det, givet obalansen mellan antalet hjälpsökande och utbildade kliniker. Dessutom bör internetbaserad behandling endast ses som komplement till normal behandling, med mänsklig kontakt, särskilt då det rör bedömning och svårare psykiatrisk problematik (Andersson & Titov, 2014).

Ännu en nämnvärd potentiell nackdel med internetbehandling är det eventuella bortfallet. Samtidigt som data kring detta är motstridig olika studier emellan. Vid jämförelser mellan internetadministrerad kognitiv beteendeterapi (IKBT) med face-to-face behandling genom en metaanalys (Carlbring et al., 2018) framgår det att bortfallet mellan de två olika typerna av behandling inte skiljer sig signifikant och att de båda behandlingstyperna gemensamt har ett bortfall på 15,7 %. Vidare är detta bortfall även i linje med en metaanalys (Cooper & Conklin, 2015) som undersöker bortfallet vid behandling med individuell psykoterapi, 17,5 %.

Studier som tittat specifikt på bortfallet vid internetadministrerad psykologisk behandling har funnit att bortfallet är väldigt varierande (Melville, Casey & Kavanagh, 2010), med studier med så mycket som 83 % bortfall och ett genomsnitt på 31%. Vid jämförelser mellan data om bortfall från hemsidor med öppen tillgång som erbjuder behandling jämfört med data från kontrollerade studier vars hemsidor har låst tillgång (Christensen, Griffiths & Farrer, 2009) är bortfallet från de kontrollerade studierna lägre och varierar mellan 1-50 %.

Internetbehandling är alltjämt ett tämligen nytt och än så länge förhållandevis outforskat område. Det finns dock starka indikationer för att evidensbaserade internetinterventioner (där åtminstone någon terapeutuppgift delegeras till en dator) fungerar och kan ses som komplement till ordinär behandling (Andersson, Carlbring, Titov, & Lindefors, 2019).

Vidare har självadministrerad KBT på internet visat sig tillämpligt för att behandla ångest och depression avseende effektivitet, acceptabilitet och kan då anses som ett praktiskt sätt att bedriva vård på (Andrews et al., 2018).

Resultatet från en metaanalys (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018), som bland annat berörde behandling av depression och social ångest, visade inte någon signifikant skillnad i behandlingsutfall mellan internetbaserad behandling och vanlig "face-to-face"-behandling. I en annan metaanalys (Spek et al., 2007) utvärderades effekten av internetbehandling med avseende på depressions- och ångestsymtom. Bland de inkluderade studierna som undersökte effekten vid depressionssymtom, fanns en låg- till medeffekt ($d=0,32$). Bland de inkluderade studierna som undersökte effekten vid ångestsymtom återfanns en samlad hög effekt ($d=0,96$). Dessutom fann man i metanalysen att studier där det fanns support hade en samlad hög effektstorlek ($d=1,00$) och studier utan support hade en samlad låg- till medeffekt ($d=0,26$). Ytterligare stöd för internetbaserade behandlingar finns, där självhjälpsterapier och terapier med minimal kontakt visat sig effektiva vid olika typer av ångesttillstånd (Furukawa et al., 2021).

Transdiagnostisk behandlingsmetod

I dagsläget är det typiska och traditionella tillvägagångssättet för att konceptualisera och behandla psykopatologi att diagnosticera och behandla specifika syndrom. Detta sätt att behandla psykopatologi har visat på klinisk användbarhet (Tolin, 2016), men det tar inte i beaktande att många syndrom har en överlappande symtombild och att hög komorbiditet existerar mellan vissa psykopatologiska syndrom inom den kliniska populationen (Hofmeijer-Sevink et al., 2012). Förstämmnings- och ångestsyndrom är sådana mellan vilka det finns en hög komorbiditet (Brown et al., 2001). Samsjuklighet av syndrom tenderar även att orsaka en större funktionsnedsättning än enstaka syndrom allena (Gili et al., 2013) och behandling av patienter med komorbida tillstånd av depression och ångest har visat på sämre behandlingsutfall jämfört med något av tillstånden ensamt (Coplan et al., 2015). Trots den stora förekomsten av samsjuklighet tenderar behandlingsforskning beröra patienter med en avgränsad problematik (Farchione & Bullis, 2014). Likaså har traditionell evidensbaserad KBT vid ångest och depression fokuserat på ett problem i taget, utan att egentligen ta hänsyn till den höga komorbiditeten vid tillstånden (Sandín, Chorot & Valiente, 2012). Den transdiagnostiska approachen skiljer sig från det traditionella behandlingsförfarandet och innebär att större vikt fästs vid att beakta likheterna hos ångest och depression, snarare än att betrakta diagnosspecifika symtom. Det finns även de som påpekar att det glappar mellan forskning om behandling och det faktiska kliniska utförandet, där flera av de beforskade diagnosspecifika behandlingsmetoderna ej görs tillgängliga inom den kliniska verksamheten då expertis inom just den specifika behandlingen kanske inte är särskilt utbredd (Farchione & Bullis, 2014). Det är därför relevant att undersöka alternativa

transdiagnostiska behandlingsmetoder för att bemöta den komorbida sjukdomsbilden samt underlätta kliniskt utförande.

Unified Protocol

The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder (UP) är en transdiagnostisk behandlingsmetod. UP är en form av kognitiv beteendeterapi som ämnar träna upp patientens färdigheter i emotionell reglering. Emotionell reglering hänvisar till förmågan att kunna påverka intensitet och duration av känslotillstånd (Gross & Thompson, 2006), som är en komponent i flera psykiatriska diagnoser. Emotionell reglering är specifikt en nedsatt förmåga hos individer som lider av internaliserande psykopatologi, vilka är syndrom som kännetecknas av inslag av stress/ångest (depression, dystymi, GAD) och rädsla (paniksyndrom, agorafobi, social fobi) (Watson, 2005).

Behandling av emotionell (dys)reglering förekommer mer eller mindre indirekt inom flera olika diagnosspecifika KBT-behandlingar (Tolin, 2016) och är inom vissa behandlingsmoduler, som dialektisk beteendeterapi (DBT) eller acceptance and commitment therapy (ACT), mer direkta behandlingsområden (Sakiris & Berle, 2019). Emotionell dysreglering kan således betraktas som en transdiagnostisk färdighetsbrist, vilken UP som transdiagnostisk behandlingsmetod specifikt ämnar behandla.

Evidensen för traditionell face-to-face-terapi med UP är god. I en randomiserad kontrollerad studie (RCT) undersöktes effekten av UP vid olika typer av ångesttillstånd (Barlow et al., 2017). UP jämfördes i studien med protokoll avsedda för endast en specifik diagnos, där UP liksom de specifika protokollen innebar symtomreduktion jämfört med en kontrollgrupp. Dessutom visade deltagarna som tilldelades UP en större följsamhet till behandlingen. Dessa fynd föreslår att UP kan vara lika effektiv som specifikt inriktade behandlingsprotokoll vid olika ångesttillstånd. En metaanalys av Sakiris och Berle (2019) visade att UP hade en stor effektstorlek på reducering inom mätningar av flera ångesttillstånd, bland annat GAD (generaliserat ångestsyndrom), paniksyndrom, agorafobi och SAD (social anxiety disorder), samt att dessa förändringar var stabila över tid vid sex månaders uppföljning. Vidare visade metaanalysen på måttlig till stor effekt på reducering inom mätningar av depression och ångestsymtom.

Även ifall det än så länge saknas storskalig forskning kring UPs effektivitet vid datoriserad, självadministrerad terapi, finns indikationer om att det kan vara en effektiv intervention. I en pilotstudie visade sig självadministrerad UP vara en effektiv behandlingsmetod för ungdomar med ångest eller depression (Sandín et al. 2020). I en annan större studie jämfördes 10 veckors självadministrerad UP med en kontrollgrupp på väntelista (Schaeuffele et al., 2020). Deltagarna hade endast asynkron kommunikation med en terapeutkontakt under behandlingen, där varje terapeut spenderade i genomsnitt 24 minuter per deltagare och vecka. Deltagarna kunde genomföra behandlingen i eget bestämt tempo, men rekommenderades att arbeta med en modul (totalt 10) per vecka. I studien återfanns signifikanta behandlingseffekter avseende bland annat symtomens påverkan på livet, livskvalitet och markörer för ångest och depression. En annan studie (Tulbure et al., 2018) jämförde 10 veckors självadministrerad UP där det fanns stöd av asynkron, skriftlig terapeutkommunikation med en kontrollgrupp. Relativt kontrollgruppen innebar behandling med UP en medium till stor effektstorlek avseende bland annat självskattad depression och ångest i den studien. Ytterligare en studie föreslår att UP kan översättas till internetbaserat format med små positiva förändringar rörande depressions- och ångestsymtom som resultat (Wurm et al., 2017).

Behandlingslängd

Psykologisk behandling med textbaserade behandlingsåtgärder, exempelvis internetbaserad KBT samt självhjälpplitteratur, varar enligt de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2010) i genomsnitt i 6-10 veckor, men några specifika rekommendationer om behandlingens längd existerar inte. En kvalitativ studie som undersökte erfarenheterna hos deltagarna av en internetbehandling på 8 veckor (Bendelin et al., 2011) fann att flera upplevde den tillgängliga behandlingstiden som otillräcklig för att de ska kunna utföra behandling på önskat sätt vilket vidare bidrog till försämrad motivation till behandlingen.

I en studie undersöktes sambandet mellan olika behandlingens längder och behandlingsutfall (Bruijnicks et al., 2020). I studien deltog patienter med egentlig depression, vilka delades in i fyra olika grupper med olika betingelser. Två grupper genomförde KBT eller interpersonell terapi (IPT) en gång per vecka i 16 veckor, två grupper genomförde KBT eller IPT två gånger per vecka i 8 veckor. För båda behandlingarna innebar två sessioner per vecka större reduktion avseende depressionssymtom, snabbare behandlingseffekt och färre avhopp än grupperna som genomförde en session per vecka. Författarna ger ingen förklaring till varför två sessioner tycks vara mer effektivt, men diskuterar dock att resultatet möjligtvis var i underkant, då behandlingarna generellt bedömdes hålla måttlig kvalitet. Det diskuteras att en högre behandlingskvalitet kanske hade inneburit att högre behandlingsfrekvens hade haft ännu större effekt på utfallet.

Tidiga studier om dos-respons (Howard et al., 1986) och den generella åsikten (Falkenström et al., 2016) var att ju fler sessioner en patient gick, desto bättre resultat gav behandlingen. I Howard et al., (1986) hade 53% av patienterna uppnått signifikant förbättring efter åtta sessioner, och efter 26 sessioner hade 74% det. Dock klingade behandlingsresponsen av ju fler sessioner som utfördes i den studien. På senare tid har dos-respons modellen ifrågasatts där flera (Baldwin et al., 2009; Barkham et al., 2006) menar att den inte tar skillnaden i behandlingsrespons patienter emellan i beaktande. Barkham et al., (2006) fann att patienter som gick fler sessioner inte uppnådde bättre resultat än de som gick färre eller att sessioner hade en avtagande effekt ju fler sessioner man gick. Detta indikerar snarare att förbättringstakten är fast och att patienter reagerar olika snabbt på behandling. Studier som undersökt patienter inom primär- och psykiatrisk vård (Baldwin et al., 2009; Barkham et al., 2006; Falkenström et al., 2016) vittnar om att patienter går det antalet sessioner som krävs för att uppnå önskad förändring och att fler sessioner inte betyder större förändring. Begränsningar med dessa studier är att dessa ofta utvärderar olika typer av populationer, lättbehandlade, svårbehandlade och de som är benägna att reagera på behandling och de som inte är det. Baldwin et al. (2009) belyser behovet av randomiserade patientgrupper som tilldelas olika behandlingens längder för att faktiskt kunna fastställa om någon är att föredra, något som vore önskvärt att undersöka för att kunna implementera en standardiserad behandlingens längd vid vård.

I en metaanalys över hur mycket terapi som behövs för att behandla depression, återfanns inget samband mellan vare sig antal terapisesioner/längd på behandlingskontakten och effektstorlek (Cuijpers et al., 2013). Mer intressant är dock att det i samma studie däremot fanns en stark association mellan antal sessioner per vecka och effektstorlek, där en ökning från en session till två sessioner, och samtidigt behålla det totala antalet sessioner konstant, ökade effektstorleken med ($g=0.45$).

Antalet behandlingssessioner kan dock variera kraftigt över kulturer, där olika länder ofta har olika principer, där det sällan är evidensbaserade skäl som ligger till grund för hur många sessioner som genomförs i slutändan (Flückiger et al., 2020). Det behövs alltså mer precisa svar över hur många sessioner som är tillräckligt och det är vidare vanskligt att generalisera kring ett optimalt antal behandlingssessioner givet den i dagsläget tvetydiga och

fattiga evidensen på området. (Baldwin et al., 2009; Cuijpers et al., 2013; Flückiger et al., 2020)

Som beskrivits ovan, finns ett antal studier som har undersökt effekten olika behandlingsfrekvens har på behandlingsutfall avseende olika face-to-face-behandlingar. Det finns enligt vår kännedom dock inga studier som specifikt undersökt och jämfört hur olika långa behandlingslängder påverkar behandlingsutfallet i självadministrerad UP-behandling på internet.

Summering

Depression och ångest är folksjukdomar som drabbar stora delar av befolkningen. Sjukdomarna innebär negativa konsekvenser för både individ och samhälle. På grund av att det i dagsläget råder ett behandlingsslapp, går många individer som är drabbade obehandlade. Behandlingsslappet hanteras delvis genom att alltför många individer erhåller en snabbare åtgärd via farmakologisk behandling, vilket inte alltid är den bästa lösningen. Behandling via evidensbaserad KBT är oftast att föredra, men är svår att erbjuda storskaligt till alla som har ett sådant behov på grund av att behandlingen vare sig är kostnadseffektiv eller tillräckligt lättillgänglig i dagsläget. Transdiagnostisk internetbaserad KBT är en effektiv behandlingsmetod som potentiellt skulle kunna lösa problemet med behandlingsslappet, och innebär att fler kan få tillgång till adekvat vård. Slutligen visar studier som undersökt sambandet mellan behandlingslängd och utfall, att ökad behandlingsfrekvens (med samma totala behandlingsdos/längd, det vill säga samma dos med tätare frekvens) kan associeras till gynnsammare utfall, även ifall mer forskning behövs för att etablera ett sådant samband.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka effekt på självskattad depression och ångest efter genomgången behandling av självadministrerad, internetbaserad Unified Protocol med varierande behandlingslängd (8 eller 16 veckor). Frågorna som studien ämnar besvara är: Vilken effekt har behandlingslängderna på självskattad ångest och depression? Finns det någon skillnad i utfall mellan behandlingarna?

Metod

Denna uppsats skrivs inom ramen för ett forskningsprojekt som avser jämföra självadministrerade transdiagnostiska internetbehandlingar gällande behandlingstyp, behandlingstid och effekten av ett diskussionsforum modererat av kliniker. Det pågående projektet är förlagt på Institutionen för psykologi vid Stockholms universitet, där Per Carlbring är huvudansvarig forskare. Projektet är förregistrerat, etiskt godkänt och beskrivet i Clinical Trials (id: NCT05016843). Den här uppsatsen fokuserar på behandlingsformen (UP) avseende behandlingstid där validerade självskattningsskalor utgör primära utfallsmått.

Etiska överväganden

Denna studie har godkänts av etikprövningsmyndigheten. Deltagarna i studien gav informerat samtycke innan den initiala screeningen. All data samlades in och lagrades via plattformen iTerapi (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring & Andersson, 2016) som kräver tvåfaktorsautentisering, vilken därmed kan anses säker. Plattformen iTerapi är krypterad och godkänd av en GDPR-konsult, vilket säkerställer korrekt hantering av känsliga uppgifter. All kommunikation mellan forskningspersonal och deltagare sparades och krypterades på plattformen. I samband med att deltagarna registrerades i studien fick de information att de närsomhelst kunde dra sig ur densamma utan att behöva ange orsak.

Att gå i psykologisk behandling innebär ofta att en utsätter sig för potentiellt jobbiga situationer och tankar. Något som kan innebära att obehagskänslor uppstår. Även ifall psykoterapi ofta kan vara gynnsamt är det inte alltid så. Evidensbaserad KBT leder inte alltid till förbättring utan för vissa individer kan det innebära att förbättring uteblir. Vidare kan det oavsett om en terapi är framgångsrik eller inte, förekomma vissa bieffekter vid psykologisk behandling (Berk & Parker, 2009). Det saknas dock entydiga definitioner och sätt att mäta negativa effekter av terapi och det krävs ytterligare forskning för att etablera ett sådant samband (Olthuis et al., 2016). I kliniska forskningssammanhang saknas ofta information om potentiella bieffekter av behandling, varför det är svårt att dra några egentliga slutsatser kring eventuella negativa effekter av behandling i forskningskontext (Jonsson et al., 2014). Gällande KBT på internet har vissa negativa upplevelser rapporterats över stress kring påminnelser att logga in i programmet, dåligt samvete över inaktivitet och upplevelser av bristfälligt stöd och individanpassning vid datoriserad KBT (Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson, & Carlbring, 2017; Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt & Carlbring, 2015). Emellertid är den sammantagna förhoppningen att nyttan av de potentiellt positiva effekterna av internetbehandling ska överväga eventuella negativa aspekter av behandling. Hänsyn bör även tas till att vissa negativa upplevelser i terapi kan anses som nödvändigt ont eftersom det i många terapiformer är inbyggt att en ska utsätta sig för jobbiga situationer, såsom vid exponering till exempel.

Terapin administrerades via plattformen iTerapi som i flera tidigare sammanhang visat sig effektiv avseende funktion och användarvänlighet, vilket borgar för en möjlighet till effektiv behandling (Vlaescu et al., 2016). Plattformen har funnits i 20 år och har kontinuerligt utvecklats av forskare baserat på återkoppling från patienter, vilket innebär att många svårigheter som normalt sett kopplas till internetterapi ej förekommer vid användning av iTerapi. Även negativa effekter av behandling mättes vid terapislutet för att ta hänsyn till sådana möjliga effekter (Rozental et al., 2019).

Undersökningsdeltagare

Deltagarna ($N=408$) randomiserades automatiskt av internetplattformen till en av två grupper. Den ena gruppen erhöll transdiagnostisk behandling via UP under 8 veckor och den andra gruppen genomförde behandlingen under 16 veckor. Deltagarna rekryterades via sociala medier, vilket innebar att deltagare från hela landet rekryterades, vilket vidare medförde att chansen till heterogenitet avseende sociodemografiska variabler ökade. För att inkluderas i studien krävdes att följande kriterier möttes:

- Behärska svenska språket via läsning och i skrift
- Tillgång till enhet med möjlighet till internetuppkoppling
- Minst 18 år
- Minst 5 poäng GAD-7 och/eller minst 10 poäng på PHQ-9

Följande kriterier gällde för exklusion:

- Annan, samtidig psykologisk behandling
- Börjat eller ändrat medicinering för ångest, oro eller depression mindre än en månad innan bakgrundskontrollen
- Svår depression (minst 20 poäng på PHQ-9) eller suicidtankar nästan varje dag (3 poäng på item 9 i PHQ-9)

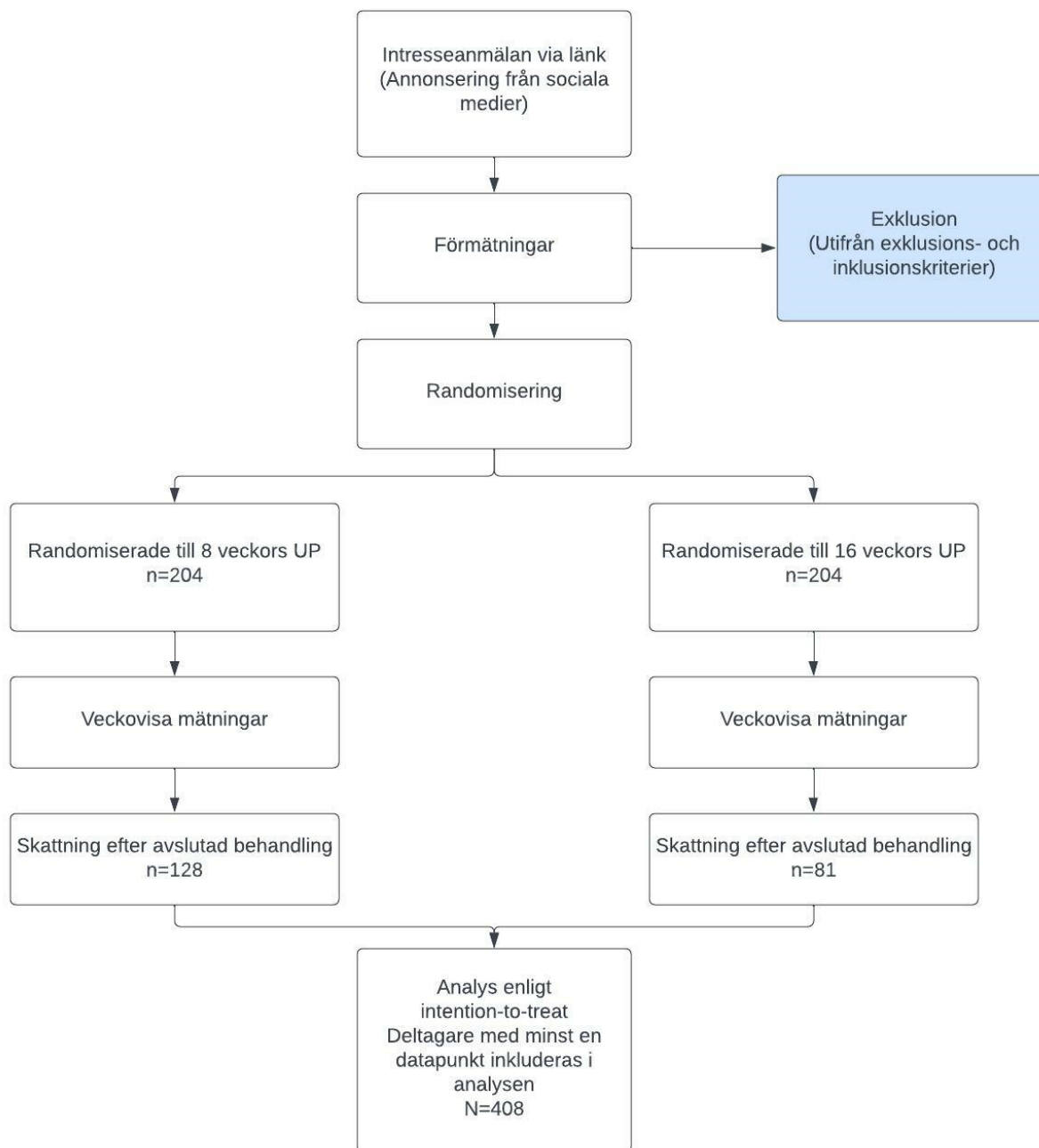
Deltagare som skattade svår depression eller suicidalitet exkluderades ur studien och hänvisades till annan vårdgivare.

Procedur

Studien genomfördes enbart online via terapiplattformen iTerapi. Plattformen har utvecklats av Institutionen för beteende och lärande vid Linköpings universitet (Vlaescu et al., 2016). All kontakt med deltagare, genomförande av frågeformulär och den självadministrerade behandlingen skedde via plattformen. Plattformen är responsiv och är följaktligen tillgänglig via såväl datorer som mobiltelefoner och andra skärmar. Det är dessutom möjligt att använda sig av plattformen i olika operativsystem. Deltagarna rekryterades till studien via sociala medier, där deltagande efterfrågades genom en bifogad länk till en intresseanmälan. Intresserade personer fick sedan fylla i intresseanmälan, där en e-postadress behövde anges och ett elektroniskt informerat samtycke behövde godkännas. Sedan genomförde deltagarna alla frågeformulär. Ifall deltagarna uppfyllde alla inklusionskriterier utan att möta exklusionskriterier, inkluderades de i studien. De personer som inte inkluderades i studien uppmuntrades att söka vård via annan vårdgivare. Därefter randomiserades deltagarna till de två olika grupperna. Behandlingen påbörjades för varje deltagare dagen efter anmälan hade utförts. I samband med uppstarten av behandlingen fick deltagarna återigen ge ett samtycke för att påminnas om frivillighet och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande utan frågor. Deltagarna fick sedan registrera sig som användare på iTerapi och fick identifiera sig i plattformen med BankID. I samband med registreringen på plattformen fick de möjlighet att ändra inställningar i sin profil för att bland annat kunna få notifikationer från plattformen när ny information lagts till där. När behandlingen sedan startade, var det helt upp till deltagarna själva att välja när de ville arbeta med behandlingen. Den enda skillnaden mellan de olika grupperna var att den ena gruppen hade tillgång till behandlingsmaterial via iTerapi fördelat över 8 veckor och den andra hade tillgång till behandlingsmaterial fördelat över 16 veckor. Båda grupperna fick tillgång till en ny modul varje vecka och hade tillgång till den modulen under hela den kvarstående behandlingstiden. Under hela behandlingen hade ingen av grupperna tillgång till terapeutstöd. Deltagarna hade däremot tillgång till teknisk support mejlledes vid behov. Innan behandlingen fick deltagarna fylla i formulär med bakgrundsfrågor och självskattningsformulär. Under behandlingen (veckovis) och direkt efter avslutad behandling fick de återigen fylla i självskattningsformulär.

Figur 1

Flödesschema över studien

**Mätinstrument**

Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) är ett självadministrerat, validerat och reliabelt formulär för kriteriebaserad bedömning av depressionssymtom (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). PHQ-9 innehåller 9 items för poängsättning baserad på de i DSM-5 angivna diagnoskriterierna för depression. Skalan poängsätter varje depressionssymtom under de senaste två veckorna från "0" (inte alls besvärats) till "3" (besvärats nästan varje

dag). Depressionssymtomen poängsätts från 0-27. En totalpoäng på 0-4 indikerar minimala symtom, 5-9 poäng indikerar milda symtom, 10-14 poäng indikerar måttliga symtom, 15-19 poäng indikerar måttliga till allvarliga symtom och 20-27 poäng indikerar allvarliga symtom.

Generalised anxiety disorder assessment (GAD-7) är ett självskattningsformulär för screening av ångest. Skalan har testats på en amerikansk population med goda indikationer om hög reliabilitet och validitet (Spitzer et al., 2006). Formuläret kan användas för att bedöma aktuell symtombild, men kan också följa ett förlopp över tid. Formuläret är utvecklat för att mäta generaliserat ångestsyndrom, men har även visat sig effektivt även för att mäta ångest generellt (Johnson et al., 2019). Skalan består av sju frågor kopplade till symtom på ångest, där den som besvarar skalan ska utgå ifrån de senaste två veckorna. Varje fråga poängsätts från "0" (inte alls besvärats) till "3" (besvärats dagligen). Symtomen poängsätts följaktligen på en skala från 0-21. Poäng mellan 0-5 indikerar ingen ångest, 6-10 mild ångest, 11-15 medelsvår ångest och 16-21 svår ångest.

Intervention

Alla deltagare erhöll självadministrerad KBT genom UP som intervention. Ena gruppen genomförde behandlingen under 8 veckor och andra gruppen under 16 veckor.

UP är en transdiagnostisk behandlingsmetod som bygger på forskning som fastställt ett samband mellan olika emotionella sjukdomar, däribland ångest, depression och andra relaterade sjukdomar (Bullis et al., 2019; Barlow et al., 2020). Alltmedan behandlingens fortskridande, utforskas domänerna tankar, fysiska sensationer och beteende i detalj (Barlow et al., 2020). Övergripande fokus för behandling är att klarlägga dysfunktionell känsloreglering som patienter utvecklat över tid inom respektive domän och att patienterna därefter ska lära sig mer adaptiva sätt att reglera sina känslor på. UP är följaktligen en emotionsfokuserad intervention inom KBT-spektrumet, vilken består av fem kärnmoduler.

De fem modulerna är medveten känslomässig närvaro, kognitiv flexibilitet, identifiera och förebygga emotionellt undvikande, öka medvetenhet och tolerans att uppleva känslorelaterade fysiska sensationer samt interoceptiv och situationsbetingad känslufokuserad exponering (Barlow et al., 2017). Modulerna bygger på KBT-element som visat sig effektiva vid negativa känslotillstånd och aversiva reaktioner på känslor när de uppstår (Barlow et al., 2020).

Det internetbaserade programmet förmedlade dessa moduler på 13 moment för 8 veckorsgruppen och 17 moment för 16 veckorsgruppen. Vissa av momenten från 8-veckorsprogrammet delades i 16-veckorsprogrammet upp i två moment. Introduceringen av momentet *Läkemedelsbehandling vid känslomässiga syndrom* skiljde sig mellan de två programmen där det i 8-veckorsprogrammet genomfördes under vecka 3 som moment 7 medan det i 16-veckorsprogrammet genomfördes vecka 15 som moment 16.

Tabell 1

UP 8 veckor	Modul	UP 16 veckor	Modul
Vecka 1	Moment 1: Vad är känslomässiga syndrom? Moment 2: Om behandlingen. Moment 3: Lär dig registrera dina upplevelser.	Vecka 1	Moment 1: Vad är känslomässiga syndrom? Moment 2: Om behandlingen.
Vecka 2	Moment 4: Sätta upp mål och behålla motivationen. Moment 5: Känslor	Vecka 2	Moment 3: Lär dig att registrera dina upplevelser.
Vecka 3	Moment 6: Förstå känslor och använd känslornas ARK. Moment 7: Läkemedelsbehandling vid känslomässiga syndrom.	Vecka 3	Moment 4: Sätta upp mål och behålla motivationen.
Vecka 4	Moment 8: Medveten känslomässig närvaro.	Vecka 4	Moment 5: Känslor
Vecka 5	Moment 9: Kognitiv flexibilitet.	Vecka 5	Moment 6: Förstå känslor och använd känslornas ARK
Vecka 6	Moment 10: Motverka känslomässiga beteenden.	Vecka 6	Moment 7: Medveten känslomässig närvaro
Vecka 7	Moment 11: Förstå och möta kroppsliga förnimmelser. Moment 12: Omsätt kunskapen i handling – känslomässig exponering.	Vecka 7	Moment 8: Vi övar vidare på känslomässig närvaro
Vecka 8	Moment 13: Att gå vidare – uppmärksamma framsteg och blicka framåt.	Vecka 8	Moment 9: Kognitiv flexibilitet
		Vecka 9	Moment 10: Vi fortsätter med kognitiv flexibilitet.
		Vecka 10	Moment 11: Motverka känslomässiga beteenden
		Vecka 11	Moment 12: Känslostyrda beteenden
		Vecka 12	Moment 13: Förstå och möta kroppsliga förnimmelser
		Vecka 13	Moment 14: Omsätt kunskapen i handling – känslomässig exponering
		Vecka 14	Moment 15: fortsatt exponering
		Vecka 15	Moment 16: Läkemedelsbehandling vid känslomässiga syndrom
		Vecka 16	Moment 17: Att gå vidare – uppmärksamma framsteg och blicka framåt.

Beskrivning av varje veckas behandlingsmodul inom de båda behandlingslängderna.

Dataanalys

Data analyserades huvudsakligen med hjälp av IBM SPSS Statistics, version 27. Alla statistiska beräkningar genomfördes enligt intention to treat-principen, vilken innebär minskad risk för en överskattning av behandlingseffekten på grund av bias (McCoy, 2017). Principen innebär vidare att alla deltagare som randomiseras till en grupp inkluderas i alla analyser, oaktat eventuell avsaknad av data. Enda förutsättningen för att inkluderas i analysen i den här studien var att deltagaren hade åtminstone en datapunkt. Ett alternativt förfarande är att exkludera deltagare som inte genomfört alla mätningar. Det innebär dock en förhöjd risk att överskatta behandlingseffekten, eftersom endast de deltagare som fullföljt behandlingen,

och som förmodligen har en relativt god uppfattning om densamma, ingår i analysen.

I ett första skede genomfördes en deskriptiv analys av sociodemografisk bakgrund och annan bakgrundsinfo om deltagarna för att ge en översiktlig beskrivning av dessa.

För att utvärdera effekten av de olika behandlingslängderna användes linear mixed model (LMM) för upprepade mätningar. Att använda LMM är förenligt med intention to treat-principen, då alla deltagare med minst en mätpunkt inkluderas. Analys med LMM innebär en automatiserad reduktion av inflytande bland deltagare som saknar viss data. Följaktligen har deltagarna olika stort inflytande på estimeringen av effekten som undersöks, där graden av inflytande styrs av datamängden per deltagare. Det finns även andra statistiska metoder som är förenliga med intention to treat-principen vid longitudinella studier med stort bortfall. I vissa fall kan ad hoc-metoder vara motiverade, men i studier med en stor andel bortfallen data, är LMM utan ad hoc-imputation det lämpligaste valet (Chakraborty & Gu, 2019). Jämfört med andra mer traditionella statistiska metoder är LMM mer dynamisk, inte endast avseende hur den kan hantera bortfall, utan även för att modellera icke-linjär, individuell karaktäristik bland deltagare. (Krueger & Tian, 2004).

Totalpoäng på PHQ-9 och GAD-7 var beroendevariabler i modellen. Mättillfällena och gruppstillhörighet var satta som *fixed effects* och deltagare som *random effect*. En *unstructured* kovariansmatris användes. Poängen på skattningsskalorna analyserades som intervalldata. Utifrån värden från den primära analysen i LMM i SPSS gjordes sedan separata beräkningar i Excel, där standardavvikelse räknades ut baserat på standardfel vid respektive mättillfälle och därefter räknades effektstyrkor enligt Cohen's d fram.

Slutligen analyserades deltagarnas svar på hur de upplevde sin behandlingslängd genom att göra separata beräkningar i Excel över frekvensen i procent för varje deltagares svar på frågan.

Resultat

Totalt inkluderades 408 deltagare ($n=204$ UP 8 veckor) ($n=204$ UP 16 veckor) på förmätningarna. På eftermätningarna svarade totalt 209 (51,2%) deltagare. I 8-veckorsgruppen svarade 128 deltagare (62,7%) på eftermätningarna och i 16-veckorsgruppen svarade 81 deltagare (39,7%) på eftermätningarna. I enlighet med intention to treat-principen, inkluderades samtliga 408 deltagares svar i den statistiska analysen. Detta eftersom syftet är att generalisera till samtliga randomiserade deltagare. I resultatet presenteras sociodemografisk bakgrund och annan relevant information om studiens deltagare inledningsvis (Tabell 2). Därefter genom redogörelse av medelvärden och standardavvikelser för båda grupperna vid respektive mättillfälle, huvud- och interaktionseffekter samt inom- och mellangrupps effekter (Tabell 3). Vidare redovisas medelvärden från de olika grupperna vid respektive mättillfälle med konfidensintervall på 95% (Figur 2 och Figur 3). Slutligen anges i text hur deltagarna upplevde sin behandlingslängd.

Tabell 2

Sociodemografisk bakgrund och annan bakgrundsinformation gällande deltagarna.

	8 veckor (n = 204)	16 veckor (n = 204)	Totalt (N = 408)
Kön, n (%)			
Antal kvinnor	160 (78,4)	171 (83,8)	331 (81,1)
Antal män	42 (20,6)	32 (15,7)	74 (18,1)
Annat	2 (1,0)	1 (0,5)	3 (0,8)
Ålder (Standardavvikelse)			
Medelvärde	41,92 (12,04)	42,07 (12,77)	41,99 (12,42)
Min-Max	19 – 74	18 – 83	18 - 83
Civilstånd n (%)			
Singel	68 (33,3)	63 (30,9)	131 (32,1)
Särbo	21 (10,3)	23 (11,3)	44 (10,8)
Gift/Sambo	115 (56,4)	118 (57,8)	233 (57,1)
Högsta avklarade utbildning n (%)			
Grundskola	8 (3,9)	4 (1,9)	12 (3,0)
Gymnasium	64 (31,4)	61 (29,9)	125 (30,6)
Högskoleutbildning upp till 3 år	52 (25,5)	54 (26,5)	106 (26,0)
Högskoleutbildning längre än 3 år	80 (39,2)	85 (41,7)	165 (40,4)
Huvudsakliga sysselsättning n (%)			
Förvärvsarbete	146 (71,6)	142 (69,6)	288 (70,6)
Studier	26 (12,7)	28 (13,7)	54 (13,3)
Arbetslös	13 (6,4)	10 (4,9)	23 (5,6)
Ålderspensionär	6 (2,9)	8 (3,9)	14 (3,4)
Föräldraledig	2 (1,0)	1 (0,5)	3 (0,7)
Sjukskriven	11 (5,4)	15 (7,4)	26 (6,4)
Psykofarmaka, pågående n (%)			
Ja	57 (27,9)	45 (22,1)	102 (25,0)
Nej	147 (72,1)	159 (77,9)	306 (75,0)
Psykofarmaka, någonsin n (%)			
Ja	94 (46,1)	112 (54,9)	206 (50,5)
Nej	110 (53,9)	92 (45,1)	202 (49,5)
Tidigare behandling för ångest eller nedstämdhet n (%)			
Samtalsterapi			
Ja	136 (66,7)	137 (67,2)	273 (66,9)
Nej	68 (33,3)	67 (32,8)	135 (33,1)
Internetbehandling			
Ja	17 (8,3)	18 (8,8)	35 (8,6)
Nej	187 (91,7)	186 (91,2)	373 (91,4)

Frågeställningar

Denna studies frågeställningar var om UP under 8 eller 16 veckor hade effekt på självskattad depression och ångest samt om det fanns en skillnad i utfall mellan behandlingslängderna. För att besvara frågeställningarna användes LMM för upprepade mätningar.

Statistisk analys

Resultatet (Tabell 3) visar att det fanns en signifikant huvudeffekt av tid avseende både reduktion av depressionssymtom ($p < .001$) och ångestsymtom ($p < .001$). Ingen signifikant huvudeffekt av grupp eller interaktionseffekt mellan tid och grupp går att skönja i resultatet. I båda grupperna såg deltagarna en förbättring avseende både grad av ångest och depression. För 8-veckorsgruppen hade förbättringen avseende depressionssymtom måttlig till hög inomgruppseffekt ($d=1,04$). Angående ångestsymtom för samma grupp var inomgruppseffekten liten till måttlig ($d=0,78$). 16-veckorsgruppen hade en måttlig effektstorlek av inomgruppseffekt gällande förbättring av depressionssymtom ($d=0,85$) och gällande förbättring av ångestsymtom var även denna grupps effektstorlek liten till måttlig ($d=0,64$). Givet att det inte fanns någon signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp, var mellangruppseffekterna låga gällande både depressionssymtom ($d=-0,03$) och ångestsymtom ($d=-0,02$).

Analys av behandlingslängd

Deltagarna fick också svara på deras upplevelse av behandlingslängden. Frågan löd "Behandlingslängden i denna studie var antingen 8 eller 16 veckor. Vad tyckte du om din behandlingslängd?" Frågan besvarades på en femgradig skala där 1=Alldeles för kort; 2= Lite kort; 3=Lagom; 4= Lite lång och 5= Alldeles för lång). 124 deltagare besvarade frågan i 8-veckorsgruppen och 72 deltagare besvarade frågan i 16-veckorsgruppen. Bland de som svarade på frågan i 8-veckorsgruppen tyckte 22 deltagare (17,8%) att behandlingen var alldeles för kort, 26 deltagare (21%) tyckte att behandlingen var lite kort, 66 deltagare (53,2%) tyckte att behandlingen var lagom lång, 7 deltagare (5,6%) tyckte att behandlingen var lite lång och 3 deltagare (2,4%) tyckte att behandlingen var alldeles för lång. I 16-veckorsgruppen tyckte 4 deltagare (5,5%) att behandlingen var alldeles för kort, 7 deltagare (9,7%) tyckte behandlingen var lite kort, 49 deltagare (68,1%) tyckte att behandlingslängden var lagom, 11 deltagare (15,3%) tyckte att behandlingen var lite lång och 1 deltagare (1,4%) tyckte att behandlingen var alldeles för lång.

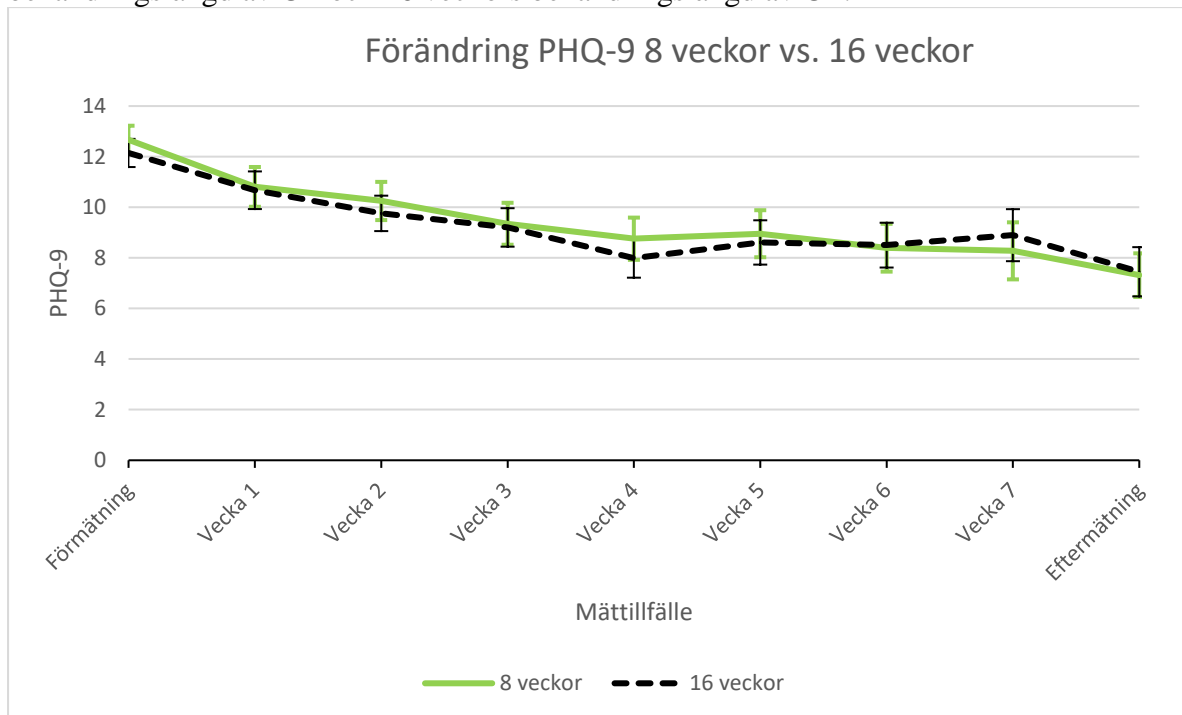
Tabell 3

Resultatpresentation av medelvärden (M), standardavvikelser (SD), huvud- och interaktionseffekter samt effektstorlekar (inomgruppseffekter samt mellangruppsseffekter) för de olika grupperna

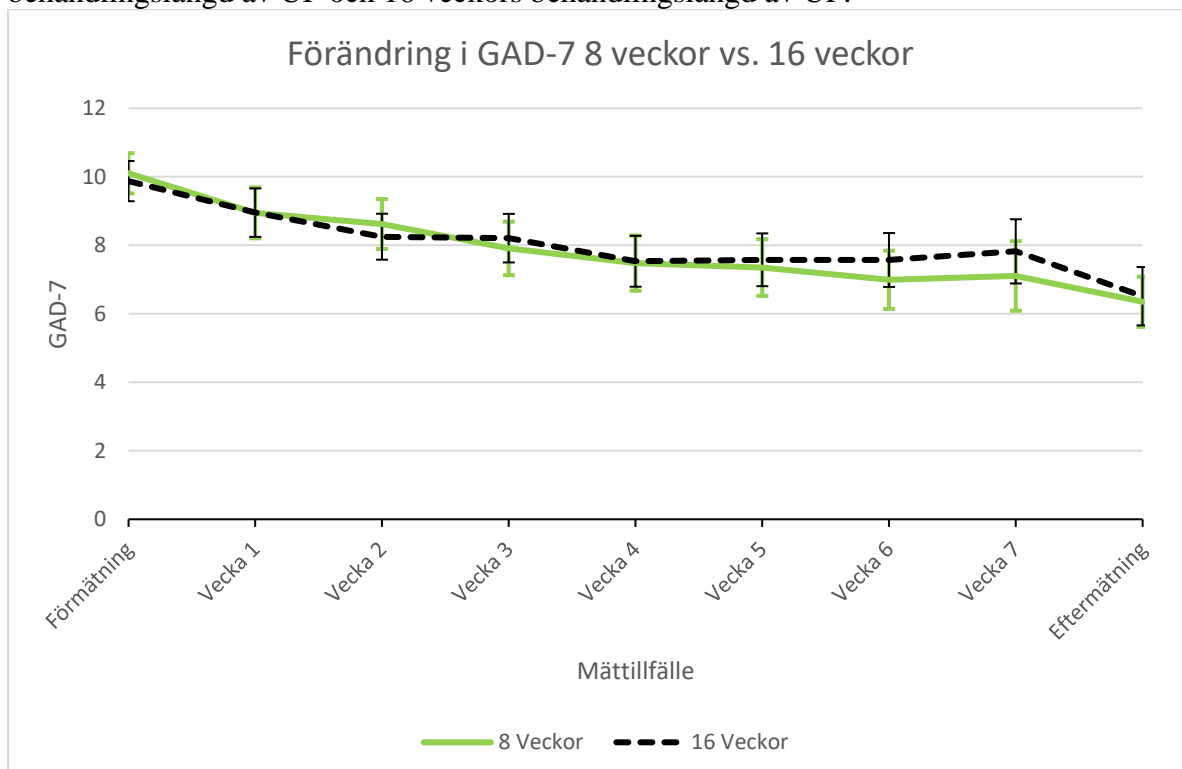
Beroendevariabel	8 veckor	16 veckor	Cohen's d	F (df)	Cohen's d
	<i>n=204</i>	<i>n=204</i>	<i>inomgruppseffekt</i>	<i>Huvudeffekter</i>	<i>mellangruppsseffekt</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>För- eftermätning</i>	<i>(tid, grupp)</i>	<i>Eftermätning</i>
				<i>Interaktionseffekt</i>	
				<i>(tid*grupp)</i>	
Generalized Anxiety Disorder 7 – item scale					
Förmätning	10,10(4,27)	9,87(4,27)	8 veckor: 0,78	T8, 216,149=22,22*	8v vs. 16v: -0,03
Vecka 1	8,95(5,41)	8,95(5,14)	16 veckor: 0,64	G1, 359,817=0,16	
Vecka 2	8,62(5,28)	8,25(4,87)		I8, 216,149=0,58	
Vecka 3	7,91(5,67)	8,21(5,14)			
Vecka 4	7,48(5,84)	7,52(5,38)			
Vecka 5	7,35(6,01)	7,58(5,60)			
Vecka 6	6,99(6,17)	7,58(5,70)			
Vecka 7	7,10(7,37)	7,82(6,80)			
Eftermätning	6,35(5,31)	6,51(6,18)			
Patient Health Questionnaire – 9					
Förmätning	12,67(4,04)	12,15(4,04)	8 veckor: 1,04	T8, 207,965=42,21*	8v vs. 16v: -0,02
Vecka 1	10,80(5,70)	10,67(5,40)	16 veckor: 0,85	G1, 355,401=0,14	
Vecka 2	10,25(5,48)	9,76(5,08)		I8, 207,965=0,78	
Vecka 3	9,35(6,01)	9,20(5,51)			
Vecka 4	8,76(6,05)	8,00(5,65)			
Vecka 5	8,96(6,74)	8,61(6,35)			
Vecka 6	8,40(6,84)	8,50(6,41)			
Vecka 7	8,28(8,17)	8,90(7,45)			
Eftermätning	7,32(6,25)	7,45(7,05)			

Figur 1

Totalpoäng över tid av skattning av PHQ-9 med 95%-konfidensintervall mellan 8 veckors behandlingslängd av UP och 16 veckors behandlingslängd av UP.

**Figur 2**

Totalpoäng över tid av skattning av GAD-7 med 95%-konfidensintervall mellan 8 veckors behandlingslängd av UP och 16 veckors behandlingslängd av UP.



Diskussion

Uppsatsens syfte var att utreda potentiella skillnader i symtomförändring vid avslutad internetadministrerad transdiagnostisk behandling i form av UP beroende på vilken längd samma behandling distribuerades över. Frågeställningarna som skulle besvaras var om behandlingslängderna hade effekt på skattad depression och ångest samt om det fanns några skillnader i utfall mellan längderna.

Deltagarna utförde internetadministrerad UP fördelad över en behandlingslängd på antingen 8 eller 16 veckor. Datapunkterna bestod av förmätning, veckovisa mätningar vecka 1-7 samt eftermätning vid avslutad behandling.

Resultatet visade en statistiskt signifikant huvudeffekt av tid angående båda behandlingslängderna gällande båda utfallsmåtten som mäter symtomgrad av depression respektive ångest. Det fanns dock ingen signifikant huvudeffekt gällande tid och det fanns inte heller någon interaktionseffekt mellan grupp och tid.

Inomgruppseffekterna angående förändring av ångestsymtom föll för båda grupperna inom spannet låg till måttlig effektstorlek, och vad gäller depressionssymtom var inomgruppseffekterna för båda grupperna måttliga till höga.

Generellt skattade 8-veckorsgruppen sina symtom lägre än 16-veckorsgruppen efter avslutad behandling, dock utan några signifikanta skillnader. Dessutom fick deltagarna skatta hur de upplevde behandlingslängden. Deltagarna i 16-veckorsgruppen bedömde längden som något bättre än 8-veckorsgruppen, där den största skillnaden i åsikt var att 8-veckorsgruppen i högre utsträckning fann behandlingslängden kort.

Resultatdiskussion

Nedan jämförs effektstorlekar i förevarande studie med effektstorlekar från andra studier. Avsnittet delas upp i jämförelser med andra studier som undersökt effekten av UP, olika behandlingslängder och internet-KBT.

Behandlingsstudier med UP

Vad gäller inomgruppseffekter rörande depressionssymtom i förevarande studie var dessa effektstorlekar som nämnt inom spannet måttliga till höga, ($d=1,04$) för 8-veckorsgruppen och ($d=0,85$) för 16-veckorsgruppen. Dessa resultat är i linje med de studier som tidigare undersökt behandlingseffekterna av behandling med UP på depressionssymtom.

Gällande effektstorlekar avseende depressionssymtom i Sakiris och Berle (2019), fanns en måttlig mellangruppsseffekt ($g=0,57$) i kontrollerade studier med UP. För de okontrollerade studierna som tagits med i Sakris och Berle (2019), var den sammantagna inomgruppseffekten avseende depressionssymtom måttlig ($g=0,92$).

Sandín et al. (2020) undersökte effekten av internetbaserad UP för ungdomar med förstämningssyndrom mellan 13-18 år. Inomgruppseffekter baserade på för- och eftermätningar på depressionsskalor visade på låga till måttliga inomgruppseffekter ($d=0,66$) och ($d=0,58$). Schaeuffele et al. (2020) undersökte internetadministrerad UP som intervention för en tysk, vuxen population med förstämningssyndrom. Inomgruppseffekten för behandlingsgruppen var på PHQ-9 hög ($g=1,15$). Även jämfört med en kontrollgrupp var mellangruppsseffekten hög på PHQ-9 ($g=0,91$). I Tulbure et al. (2018) hade behandlingsgruppen som erhöll UP hög inomgruppseffekt med avseende på depressionssymtom ($g=1,18$) och även en hög mellangruppsseffekt ($g=0,83$) jämfört med en kontrollgrupp.

Inomgruppseffekterna avseende GAD-7 i förevarande studie var för 8-veckorsgruppen ($d=0,78$) och för 16-veckorsgruppen ($d=0,64$). Generellt kan sägas att UP-

behandlingen hade något lägre effekt rörande minskning av ångestsymtom på deltagarna i denna studie.

I Sakiris och Berle (2019) återfanns måttliga till höga effektstorlekar i okontrollerade studier för GAD ($g=0,97$) och ångest ($g=0,99$). I de studier som jämförde med kontrollgrupp fanns en måttlig mellangrupps effekt avseende GAD ($d=0,73$) och en hög mellangrupps effekt avseende ångest ($d=0,81$). Gällande skalor som mäter ångest och GAD, återfanns i Sandín et al. (2020) höga inomgrupps effekter ($d=1,43$) och ($d=1,25$). I Schaeuffele et al. (2020) fanns en måttlig inomgrupps effekt på GAD-7 ($g=1,01$). Jämfört med en kontrollgrupp var mellangrupps effekten på GAD-7 hög ($g=0,85$). I Tulbure et al. (2018) hade behandlingsgruppen en måttlig inomgrupps effekt avseende ångestsymtom ($g=0,85$). Jämfört med kontrollgruppen var mellangrupps effekten måttlig till hög ($g=0,73$).

Angående depressionsmätningar är utfallet i dessa studier som undersökt internetbaserad UP som sagt tämligen likt de i denna studie. Vad gäller mätningar av ångest skiljer sig resultatet i förevarande studie, där inomgrupps effekt är låg till måttlig medan övriga studiers effektstorlekar samtliga är måttliga till höga. Även om uttalanden om de bakomliggande faktorerna till skillnader är svåra att göra, ska det nämnas att det föreligger skillnader i utförande, som möjligtvis kan förklara skillnaderna.

Sakiris och Berle (2019) baserade sin metaanalys huvudsakligen på UP i face-to-face- eller gruppformat (där endast en internetadministrerad studie inkluderades). Övriga studier har vidare haft varierande tillgång till kontakt med behandlare under behandlingens gång, medan det i förevarande studie inte har funnits någon möjlighet till direktkontakt.

Behandlingslängderna är också nämnvärda skillnader med denna och andra studier. I Sandin et al. (2020) rekommenderades en behandlingslängd på nio veckor, där UP fördelat på åtta moduler skulle genomföras. Deltagarna i Schaeuffele et al. (2020) rekommenderades att genomföra UP-behandlingen fördelat på 10 moduler under 10 veckor, det vill säga en modul per vecka. Även deltagarna i Tulbure et al. (2018) rekommenderades att genomföra ett behandlingsmoment/session i veckan men var fördelat över nio moment. Vidare krävdes det att varje moment delvis hade genomförts innan tillgång till nästa moment tilläts.

Dessutom har mätinstrumenten skiljt sig studierna emellan, vilket även det medför svårigheter med att jämföra resultaten.

Effekten av olika behandlingslängder

I den här studien fanns det ingen signifikant skillnad avseende behandlingsutfall mellan de olika behandlingsgrupperna. Mellangrupps effekterna var låga avseende både PHQ-9 ($d=-0,02$) och GAD-7 ($d=-0,03$). Detta skiljer sig från andra studier som undersökt effekten av olika långa behandlingslängder har på behandlingsutfall. Buijnicks et al. (2020) jämförde effekten av olika långa behandlingslängder med samma totala dos upp till max 20 tillfällen. I studien ingick patienter med depression; en erhöll KBT en gång per vecka; en andra grupp erhöll KBT två gånger per vecka; en grupp erhöll IPT en gång per vecka och en grupp erhöll IPT två gånger per vecka. Det primära utfallsmåttet var självskattade depressionsymtom. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende typ av behandling. Däremot fanns en signifikant skillnad gällande behandlingsfrekvens, där de som behandlades två gånger per vecka (oavsett behandlingsform) fick en större symtomreduktion med måttlig mellangrupps effekt på ($d=0,55$). Även ifall denna studie skiljer sig en del från Buijnicks et al. (2020) i utförande, konstateras att mellangrupps effekterna skiljer sig åt. En tänkbar eventuell förklaring till detta kan vara att deltagarna i den studien erhöll terapeutledd face-to-face-terapi, i vilken högre behandlingsfrekvens möjligtvis är särskilt effektivt. Naturligtvis kan de olika resultaten även ha att göra med att olika behandlingsformer utvärderades i den här studien och i Buijnicks et al. (2020). Oavsett ifall dessa olikheter spelar en betydande roll

eller inte vid jämförelser av resultaten, är det intressant att konstatera att ökad behandlingsfrekvens gav högre effekt i den studien. I metaanalysen av Cuijpers et al. (2013) visade det sammanvägda resultatet från alla inkluderade studier att ökad behandlingsfrekvens med bibehållen total dos (två terapisesioner jämfört med en) innebar en förhöjd behandlingseffekt avseende minskning av depressionssymtom med ($g=0,45$). Även i den metaanalysen inkluderades endast studier där deltagarna genomgått face-to-face-behandling. Mellan gruppseffekten avseende depressionssymtom i den metaanalysen skiljer sig således också från den i förevarande studie ($d=-0,02$).

Även ifall det är svårt att dra några slutsatser baserade endast på resultatet i den här studien, indikerar detsamma trots allt att ökad behandlingsfrekvens möjligtvis inte är lika väl motiverat vid självadministrerad internetterapi som vid face-to-face-terapi. Vidare skulle resultatet i den här studien även kunna förklaras av att UP är en behandling där behandlingsfrekvensen inte har lika stor effekt på behandlingsutfallet som i andra behandlingar.

Bendelin et al. (2011) fann i en kvalitativ studie att deltagarna som gick en internetadministrerad behandling på 8 veckor upplevde den behandlingstiden som otillräcklig och som en följd av detta sjönk även deras motivation till behandling. I den här studien fick deltagarna besvara hur de upplevde sin behandlingstid. Utifrån de deltagare som svarat på frågan om behandlingstid konstateras att en majoritet i båda grupperna upplevde behandlingstiden som lagom (53,2%), samtidigt som en större majoritet gjorde så i 16-veckorsgruppen (68,1%). Värt att nämna är att en ansevärd andel av 8-veckorsgruppen (38,8%) upplevde behandlingstiden som lite eller alldeles för kort, något som överensstämmer med Bendelin et al. (2011) studie som berörde samma behandlingstid. Deltagarna i 16-veckorsgruppen var dessutom mer jämnt fördelade med 15,2% som upplevde behandlingstiden lite eller alldeles för kort, och 16,7% som upplevde längden lite eller alldeles för lång. Samtidigt verkar skillnaden i upplevelse av behandlingstid inte ha haft någon större inverkan på resultatet eftersom mellan gruppseffekterna var låga. Deltagarna i 8-veckorsgruppen kan således ha upplevt behandlingen mer stressfull men de uppnådde ändå likvärdig förbättring av symtom och gjorde så under en kortare period. Det väcker frågor om vad som lämpar sig bäst vid administrering av behandling, snabbt utförande trots viss stress eller ett mer behagligt tempo med likvärdig fast potentiellt senarelagd effekt.

Effekten av internet-KBT

Jämförs den här studiens resultat med Spek et al. (2007) metaanalys över internet-KBT, finns både likheter och skillnader rörande effektstorlekar. I den studien återfanns en låg- till medeleffekt ($d=0,32$) rörande depressionssymtom och vidare fanns en hög effekt ($d=0,96$) rörande ångestsymtom. I den studien fanns dock stora skillnader mellan studier med och utan support, där studier med support hade hög effekt ($d=1,00$) och studier utan support hade låg effekt ($d=0,26$). Av fem inkluderade studier som undersökte effekten vid depressionssymtom, hade endast en tillgång till support och av sex inkluderade artiklar som undersökte effekten vid ångestsymtom hade fyra tillgång till support. Den stora skillnaden i den analysen kan således ha berott på att studierna som undersökte effekten vid ångest i högre utsträckning hade tillgång till support. En intressant skillnad mellan resultatet i Spek et al. (2007) och i förevarande studie, är att den här studien (där deltagare i praktiken inte hade någon support) resultat avseende effektstorlekar snarare ligger i linje med de inkluderade studierna *med* support ($d=1,00$), än studierna *utan* support ($d=0,26$). De flesta av studierna utan support (fyra av sex) som inkluderades i Spek et al. (2007) rörde visserligen depressionssymtom och de flesta med support (fyra av fem) rörde ångestsymtom.

Skillnaderna i resultat i den studien kanske snarare förklaras av att internet-KBT är mer effektivt vid ångestsymtom än depressionssymtom, snarare än om det finns tillgång till support eller inte. Oavsett vad effekten beror på i den studien konstateras att den här studiens intervention tycks effektivare än andra studier som undersökt sambandet mellan internet-KBT utan stöd och behandlingsutfall avseende ångest- och depressionssymtom.

Metodologiska styrkor och förbättringsmöjligheter

För- och nackdelar med skattningsskalor

Samtliga mätinstrument i studien var självskattningar. Självskattningar har självfallet sina brister, till exempel hur deltagarna kan tolka frågor olika och även värdera allvarsgraden/styrkan av sina symtom olika. Det vill säga att det finns subjektiva komponenter som självskattningar inte kan ta hänsyn till. Det kan vidare bli ännu mer oprecist i internetbaserade behandlingar, där det inte finns tillgång till förtydligande eller stöd från externa personer som en terapeut. Dock är de självskattningsskalor som använts i den här studien väl validerade och har god reliabilitet.

GAD-7 som har använts för att mäta samtida ångest (Spitzer et al., 2006; Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010) har visat en god reliabilitet samt validitet och är ett väletablerat mätinstrument för ångest. Även PHQ-9 har visat på god känslighet och specifikation för att mäta depressiva symtom (Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010). Även ifall dessa skalor är validerade och ger en god uppskattning av ångest- och depressionssymtom, kan de inte ersätta professionell, klinisk bedömning. Även det faktum att eftermätningarna bygger på självskattningsskalor, och inte klinisk bedömning, gör att det inte med fullständig säkerhet går att bekräfta behandlingsutfallet. Till exempel hade en oberoende klinikerbedömning enligt Clinical Global Impression (CGI) kunnat vara ett bra komplement till skattningsskalorna avseende bedömning i den här studien (Guy, 1976).

Slutligen inkluderades deltagare bland annat på basis av resultat på självskattningsskalor (minst 5 poäng på GAD-7, 9-20 poäng på PHQ-9 och lägre än 3 poäng på item 9 i PHQ-9). Poängen på skattningsskalorna analyserades vidare som intervalldata, trots att dessa i korrekt bemärkelse bör betraktas som ordinaldata. Eftersom svarsalternativen i både PHQ-9 och GAD-7 kvantifieras utifrån antal dagar, bedömdes det möjligt att hantera dessa som just intervalldata.

Bortfallsanalys

Deltagarna i studien randomiserades till de olika behandlingslängderna och har därefter genomgått behandling med tillgång till samma material som övriga deltagare i samma behandlingsgrupp, något som talar för en god intern validitet. Dock var det knappt hälften av deltagarna som svarade på eftermätningar, vilket kan konstateras vara ett stort bortfall, något som därmed hotar såväl den interna som den externa validiteten.

En metaanalys som jämför IKBT med face-to-face behandling (Carlbring et al., 2018) fann att bortfallet de två olika behandlingstyperna emellan inte skiljde sig. Vidare överensstämde deras bortfall (15,7%) med en metaanalys (Cooper & Conklin, 2015) som specifikt undersökte bortfallet vid behandling av faktisk depression med individuell psykoterapi (17,5%). Bortfallet i förevarande studie vida överskrider det från båda dessa metaanalyser. Det finns dock studier som funnit att internetadministrerad behandling för psykologiska besvär kan ha ett väldigt varierande bortfall med högsta noterade bortfallet på 83% (Melville, Casey & Kavanagh, 2010; Christensen, Griffiths & Farrer, 2009). Slutligen var andelen som svarade på eftermätningarna mycket högre i 8-veckorsgruppen än i 16-veckorsgruppen, vilket innebär att bortfallet var mycket större i 16-veckorsgruppen.

Analysmetod

LMM valdes som analysmetod för att bemöta det stora bortfallet och för att analysera enligt intention to treat-principen. Samtidigt som analys med LMM visserligen innebär att risken för att överskatta behandlingseffekten på grund av bias minskar, innebär det dock en ökad risk för att underskatta behandlingseffekten (McCoy, 2017). Detta måste belysas som en svaghet med analysmetoden. Behandlingseffekterna kan på basis av detta alltså vara i underkant.

Vidare valdes en *unstructured* kovariansmatris, vilket är en mer konservativ analysmetod, som dock är förenlig med intention to treat-principen. Det innebär ett antagande om att det inte finns någon systematik eller något mönster gällande varians eller kovarians mellan mätpunkter, utan dessa förutsätts vara oberoende av varandra. Således antas bortfallet i den valda modellen vara avhängigt slumpmässiga faktorer. Det är dock inte självklart att så är fallet. Bortfallet skulle snarare kunna bero på systematiska, individuella faktorer. Till exempel kanske deltagare hoppade av behandlingen i förväg eftersom de tyckte att de uppnått tillräcklig förbättring eller att de helt enkelt inte uppskattade behandlingen och så vidare. Den valda analysmetoden har trots många förtjänster således även brister.

Slutligen skulle en completer analysis, att endast använda data från deltagare som fullföljt behandlingen, vara ett intressant tillägg att kontrastera mot resultatet.

Avsaknad av kontrollgrupp

Jämförelser av olika behandlingstider vid transdiagnostisk behandling är något som det inom forskningsvärlden, utifrån vår uppfattning, verkar finnas ont om, där det finns ett behov för vidare forskning. I denna studie fanns dock ingen kontrollgrupp som skulle möjliggjort jämförelser med eventuellt naturlig reducering av symtom. Detta är något som i förlängningen sänker studiens interna validitet.

Generaliserbarhet

Ju mer representativ för populationen studiens urval är, desto större generaliserbarhet kan en säga att studien har. Det kan konstateras att angående könsfördelningen består studiens deltagare till en något större andel kvinnor (81,1%) än vad den kliniska populationen består av (2-3 gånger fler kvinnor än män enligt Socialstyrelsen (2021). Vidare är även utbildningsnivån väsentligt högre bland urvalet (66,4% hade eftergymnasial utbildning) än hos den vanliga befolkningen, där 43% har eftergymnasial utbildning (Statistiska centralbyrån, 2019).

Det har även visat sig att hur deltagarna kommer i kontakt med behandlingen kan medföra att man når olika typer av grupper som dessutom kan vara olika svåra att behandla. En studie (Lindner, Nyström, Hassmén, Andersson & Carlbring, 2015) visade att deltagare som själva sökte behandling för depression genom till exempel google-sökningar var jämförbara med en kliniskt deprimerad patientgrupp och hade en större allvarsgrad av symtom jämfört med deltagare som kommit i kontakt med och anmält sig till behandlingen genom annonseringar i tidningar, anslagstavlor eller andra passiva sätt att hitta behandlingen. Eftersom deltagargruppen i denna studie rekryterades genom annonsering i sociala medier, faller det inom kategorin passivt rekryterade. Det kan tyda på att deltagare i studien jämförelsevis är lättare att behandla och har mindre allvarlig symtomgrad än kliniskt deprimerade eller folk som själva hade hittat behandlingen. Samtidigt vittnar data om deltagarna en annorlunda bild då ungefär hälften av deltagarna (50,5%) vid något tillfälle hade nyttjat psykofarmaka och en stor andel hade tidigare behandlats för ångest eller nedstämdhet (samtalsterapi: 66,9% och internetbehandling: 8,6%). Historik av tidigare försök till behandlingar föreslår att studiens deltagargrupp potentiellt var en svårbehandlad sådan.

Ojämn dostilldelning vid mätpunkter

Veckomätningarna som inkluderades i analysen genomfördes under båda behandlingsbetingelsernas första sju veckor. Eftersom deltagarna genomförde samma behandling under olika längder, innebär detta att analysen bygger på mätpunkter vid vilka deltagarna i de olika grupperna hade genomgått olika mycket behandling. Deltagarna i de båda grupperna jämfördes således inte vid tillfällena då de hade erfårit lika stor dos behandling.

Avsaknad av uppföljning

Fortsättningsvis genomfördes inga uppföljningsmätningar, vilket är ytterligare en svaghet med den här studien. Utan uppföljningsmätningar går det inte att uttala sig om hur behandlingseffekten ter sig över tid. Exempelvis saknas data om hur deltagare i 8-veckorsgruppen skattar sina symtom efter 16 veckor, vilket gör det svårt att göra direkta jämförelser mellan grupperna efter behandlingens slut.

Låg kontroll

Det finns slutligen ytterligare svagheter rörande graden av kontroll kring att deltagarna endast genomförde UP som intervention. Så fort en deltagare inkluderades i studien, fanns behandlingen att tillgå därefter. Det kan således exempelvis ha varit så att vissa deltagare under behandlingsfasen valde att påbörja en annan samtidig behandling eller erhöill medicinsk behandling samtidigt.

Slutsats

Syftet med den här studien var att undersöka effekten av internet-KBT genom UP i 8 och 16 veckor, och om det fanns någon skillnad mellan längderna. Båda behandlingslängderna gav behandlingseffekt med avseende på depressions- och ångestsymtom mätta med PHQ-9 och GAD-7. Vidare fanns ingen signifikant skillnad rörande behandlingseffekt mellan behandlingsgrupperna. Resultatet skiljer sig från tidigare studier som undersökt sambandet mellan behandlingsfrekvens och utfall, där det i tidigare studier visat sig ha en högre behandlingseffekt att genomföra behandlingen med högre frekvens (Bruijnicks et al., 2020; Cuijpers et al., 2013). Den här studiens resultat ligger inte i linje med dessa fynd. Den här studien utfördes med en del brister och en kan därför inte dra för vida slutsatser utifrån resultatet. Den bidrar dock till att utöka evidensunderlaget för det aktuella forskningsfältet.

Framtida forskning

Internetbehandlingar skulle kunna möjliggöra att fler med behov får tillgång till behandling. Ett realistiskt och potentiellt mer lättillgängligt sätt att leverera KBT via internet, vore att erbjuda ännu mer stöd i behandlingen än vad som var fallet i den här studien. Till exempel skulle videomaterial kunna komplettera det skriftliga innehållet, för att göra det enklare för fler att tillgodogöra sig behandlingen. Det skulle potentiellt sett även kunna innebära en forskningsmässig fördel, då det potentiellt skulle kunna innebära mindre omfattande bortfall. I förlängningen innebär det såväl högre validitet som högre statistisk power. Vidare vore det betydelsefullt med fler studier som undersöker sambandet mellan behandlingsfrekvens och behandlingsutfall för att ytterligare bygga på den empiri som finns i dagsläget. Sådan empiri vore värdefull såtillvida att den förhoppningsvis kan leda till att patienter får tillgång till bättre hjälp genom effektivare behandlingar.

Referenser

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th edn. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindefors, N. (2019). Internet interventions for adults with anxiety and mood disorders: a narrative umbrella review of recent meta-analyses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *64*(7), 465-470.
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, *13*(1), 4-11.
- Andlin-Sobocki, P., & Wittchen, H. U. (2005). Cost of anxiety disorders in Europe. *European Journal of Neurology*.
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *55*, 70-78.
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A., & Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(2), 203.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *Journal of consulting and clinical psychology*, *74*(1), 160.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, *74*(9), 875-884.
- Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, *19*(2), 245.
- Bendelin, N., Hesser, H., Dahl, J., Carlbring, P., Nelson, K. Z., & Andersson, G. (2011). Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: a qualitative study. *BMC psychiatry*, *11*(1), 1-10.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(9), 787-794.
- Birnbaum, H. G., Kessler, R. C., Kelley, D., Ben-Hamadi, R., Joish, V. N., & Greenberg, P. E. (2010). Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: mental health services utilization and costs, and work performance. *Depression and anxiety*, *27*(1), 78-89.

- Bischor, T., & Adli, M. (2008). Treatment of depressive disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(45), 782.
- Bolton, J. M., Robinson, J., & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of affective disorders*, 115(3), 367-375.
- 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(4), 585.
- Brujniks, S. J., Lemmens, L. H., Hollon, S. D., Peeters, F. P., Cuijpers, P., Arntz, A., ... & Huibers, M. J. (2020). The effects of once-versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 222-230.
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1-18.
- Chakraborty, H., & Gu, H. (2019). A mixed model approach for intent-to-treat analysis in longitudinal clinical trials with missing values.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 11(2), e1194.
- Cooper, A. A., & Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57-65.
- Coplan, J. D., Aaronson, C. J., Panthangi, V., & Kim, Y. (2015). Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. *World journal of psychiatry*, 5(4), 366.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 1-13.
- De Witte, N. A., Carlbring, P., Etzelmueller, A., Nordgreen, T., Karekla, M., Haddouk, L., ... & Van Daele, T. (2021). Online consultations in mental healthcare during the COVID-19 outbreak: An international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. *Internet interventions*, 25, 100405.
- Falkenström, F., Josefsson, A., Berggren, T., & Holmqvist, R. (2016). How much therapy is enough? Comparing dose-effect and good-enough models in two different settings. *Psychotherapy*, 53(1), 130.

Farchione, T. J., & Bullis, J. R. (2014). Addressing the global burden of mental illness: why transdiagnostic and common elements approaches to evidence-based practice might be our best bet. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*(2), 124-126.

Flückiger, C., Wampold, B. E., Delgado, J., Rubel, J., Vīslā, A., & Lutz, W. (2020). Is there an evidence-based number of sessions in outpatient psychotherapy?—A comparison of naturalistic conditions across countries. *Psychotherapy and Psychosomatics, 89*(5), 333-335.

Furukawa, T. A., Suganuma, A., Ostinelli, E. G., Andersson, G., Beevers, C. G., Shumake, J., ... & Cuijpers, P. (2021). Dismantling, optimising, and personalising internet cognitive behavioural therapy for depression: a systematic review and component network meta-analysis using individual participant data. *The Lancet Psychiatry, 8*(6), 500-511.

Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. Socialförsäkringsrapport. 2014; 4.

Gili, M., Toro, M. G., Armengol, S., García-Campayo, J., Castro, A., & Roca, M. (2013). Functional impairment in patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(12), 679-686.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2006). Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of emotion regulation*.

Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.

Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kaldö, V., ... & Lindefors, N. (2013). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*(6), 457-467.

Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Meegen, H. J., Penninx, B. W., Cath, D. C., van den Hout, M. A., & van Balkom, A. J. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders, 137*(1-3), 106-112.

Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric properties of the general anxiety disorder 7-item (GAD-7) scale in a heterogeneous psychiatric sample. *Frontiers in psychology, 10*, 1713.

Jonsson, U., Alaie, I., Parling, T., & Arnberg, F. K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: A review of current practice. *Contemporary clinical trials, 38*(1), 1-8.

Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behaviour research and therapy, 88*, 7-18.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization, 82*, 858-866.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16*(9), 606-613.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 32(4), 345-359.
- Krueger, C., & Tian, L. (2004). A comparison of the general linear mixed model and repeated measures ANOVA using a dataset with multiple missing data points. *Biological research for nursing*, 6(2), 151-157.
- Lindner, P., Nyström, M. B., Hassmén, P., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Who seeks ICBT for depression and how do they get there? Effects of recruitment source on patient demographics and clinical characteristics. *Internet Interventions*, 2(2), 221-225.
- Marrs, R. W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American journal of community psychology*, 23(6), 843-870.
- McCoy, C. E. (2017). Understanding the intention-to-treat principle in randomized controlled trials. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1075.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 455-471
- Mohr, D. C., Siddique, J., Ho, J., Duffecy, J., Jin, L., & Fokuo, J. K. (2010). Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(1), 89-98.
- Nordgren, L. B., Hedman, E., Etienne, J., Bodin, J., Kadowaki, Å., Eriksson, S., ... & Carlbring, P. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59, 1-11.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative effects of internet interventions: a qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223-236.
- Rozental, A., Kottorp, A., Forsström, D., Månsson, K., Boettcher, J., Andersson, G., ... & Carlbring, P. (2019). The Negative Effects Questionnaire: psychometric properties of an instrument for assessing negative effects in psychological treatments. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(5), 559-572.
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(2), 160.
- Smoktunowicz, E., Barak, A., Andersson, G., Banos, R. M., Berger, T., Botella, C., ... & Carlbring, P. (2020). Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the internet or digital components. *Internet interventions*, 21, 100331.
- Socialstyrelsen. (2020). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso-och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020.

Spek, V., Cuijpers, P. I. M., 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), 319-328.

Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751.

Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica= Transdiagnostic: a new frontier in clinical psychology.

Sandín, B., García-Escalera, J., Valiente, R. M., Espinosa, V., & Chorot, P. (2020). Clinical utility of an internet-delivered version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): a pilot open trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8306.

Schaeuffele, C., Homeyer, S. L., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C., ... & Boettcher, J. (2020). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: randomized controlled trial.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

Stallard, P., Richardson, T., & Velleman, S. (2010). Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 38(5), 545-560.

Statistiska Centralbyrån. (2019). Utbildningsnivån i Sverige.

Swedish National Board of Health and Welfare [Socialstyrelsen]. (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010-stöd för styrning och ledning.

Swedish National Board of Health and Welfare [Socialstyrelsen]. (2014). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst : lägesrapport 2014.

Swedish National Board of Health and Welfare [Socialstyrelsen]. (2018). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst : lägesrapport 2018.

Swedish National Board of Health and Welfare [Socialstyrelsen]. (2019). Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom.

Swedish National Board of Health and Welfare [Socialstyrelsen]. (2020). Statistik om läkemedel 2020.

Swedish National Board of Health and Welfare [Socialstyrelsen]. (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2021 - stöd för styrning och ledning.

Tolin, D. F. (2016). *Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions*. Guilford Publications.

Torkelsson, A. (2022). 20 regioner saknar personal till BUP - växande köer kritiserar IVO. *Läkartidningen*.

Tulbure, B. T., Rusu, A., Sava, F. A., Sălăgean, N., & Farchione, T. J. (2018). A web-based transdiagnostic intervention for affective and mood disorders: randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 5(2), e8901.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst : lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6, 107-114.

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 522.

Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*, 10(2), e0116820.

Wurm, M., Strandberg, E. K., Lorenz, C., Tillfors, M., Buhrman, M., Holländare, F., & Boersma, K. (2017). Internet delivered transdiagnostic treatment with telephone support for pain patients with emotional comorbidity: a replicated single case study. *Internet interventions*, 10, 54-64.