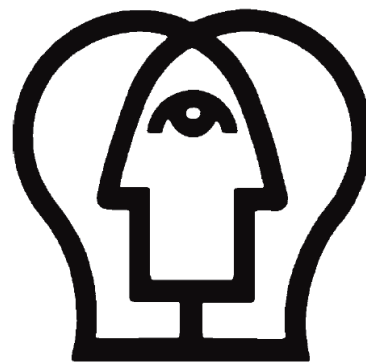


Internetbaserad KBT mot social fobi och paniksyndrom  
förmedlad via dator och smartphone med alternativt utan  
terapeutstöd: en randomiserad kontrollerad studie

Ekaterina Ivanova



Handledare: Per Carlbring

EXAMENSUPPSATS I PSYKOLOGI, 22,5 POÄNG, 2013

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

# INTERNETBASERAD KBT MOT SOCIAL FOBI OCH PANIKSYNDROM FÖRMEDLAD VIA DATOR OCH SMARTPHONE MED ALTERNATIVT UTAN TERAPEUTSTÖD: EN RANDOMISERAD KONTROLLERAD STUDIE<sup>1</sup>

Ekaterina Ivanova

Social fobi och paniksyndrom orsakar stort lidande hos individen och innebär höga samhällskostnader, samtidigt som Internetbaserad KBT-behandling (iKBT) har visat sig både ge goda resultat och vara kostnadseffektivt. Betydelsen av terapeutstöd inom iKBT är en relativt utforskad aspekt och användning av smartphones i behandlingen kan leda till att dessa kan ta över vissa av terapeutens motiverande funktioner. Syftet med studien är att studera effekten av iKBT förmedlad via dator och smartphone med och utan terapeutstöd. Totalt 152 deltagare randomiserades i en av behandlingsgrupperna eller en kontrollgrupp. Behandlingen har visat sig vara effektiv mot social fobi (Cohen's d inom grupperna: med behandlarstöd – 0,79, utan – 0,71, kontrollgruppen - 0,03) men inte mot paniksyndrom och enligt de flesta utfallsmåtten var det endast gruppen med terapeutstöd som förbättrades i jämförelse med kontrollgruppen. Resultaten är svårtolkade och fler studier inom detta område behövs.

Enligt Statens beredning för medicinsk utredning (SBU, 2005) tyder vissa uppskattningar på att var fjärde person under sin livstid drabbas av någon form av ångestsyndrom. Ångestsyndrom resulterar i stor funktionsnedsättning för individen och höga samhällskostnader, framför allt i form av direkta vårdkostnader inom somatisk vård. Den totala samhällskostnaden relaterade till ångestsyndrom i Sverige beräknades uppgå till 20 miljarder kronor år 1996 (SBU, 2005). Några färskare siffror för Sverige verkar inte finnas tillgängliga i nuläget, men i Nederländerna beräknades den totala kostnaden relaterade till paniksyndrom uppgå till 10 269 € per capita och år (Batelaan et al., 2007) och relaterade till social fobi handlar det om 11 952 € per capita och år (Acarturk et al., 2009). Enligt SBU (2005) finns det behov av fler undersökningar som fokuserar på ångestbehandlingarnas effekter och kostnader.

## *Social fobi*

Social fobi är en av de vanligast förekommande ångeststörningarna (Furmark et al., 1999). Social fobi definieras i den diagnostiska manualen DSM-IV-TR som en uttalad och bestående rädsla för en specifik eller flera olika sociala situationer, eller situationer som kräver en prestation, där individen utsätts för okända människor eller risk för kritisk granskning av andra (APA, 2013). Symtomen leder till undvikande av de

---

1 Ett stort tack till projektledaren och uppsatshandledaren Per Carlbring för det förtroende som författaren till denna uppsats fick under arbetet med projektet. Projektet skulle inte bli verklighet utan medverkan av Mats Dahlin, Kristofer Vernmark, Hoa Ly, Björn Paxling, Alexander Rozental, Philip Lindner, Alexander Alasjö, behandlarna Andreas Ottosson, Jenny Thorold, Jeremy Wihdén, Matilda Hulth, Martina Brandter och Sara Renström, samt intervjuarna Balint Karpati, Cecilia Östergren, Elin Karlström, Emil Jäder, Jonas Evander, Josefine Ekström, Katja Sjöblom, Marie Björnstjerna, Mikaela Lundqvist, Pernilla Fredell och Tess Risto Boheman.

fruktade situationerna alternativt genomlevs dessa situationer under stark ångest, vilket leder till kliniskt signifikant lidande hos individen (Herlofson & Landquist, 2002). Tidigare brukade man prata om generaliserad och icke-generaliserad social fobi, där den senare begränsades till vissa specifika sociala situationer. I den senaste versionen av den diagnostiska manualen specificerar man istället en subtyp av social rädsla som endast är kopplad till situationer där individen behöver uppträda inför publik, exempelvis hålla ett tal eller en presentation, uppträda på scen, prestera inför andra inom idrott mm (APA, 2013; Heimberg et al., 2014). I detta sammanhang är det viktigt att notera att Rapee och Spence (2004) argumenterar för att det i nuläget inte är möjligt att urskilja några kvalitativt olika subtyper av social fobi. Författarna menar även att inga, alternativt minimala, skillnader i tankeinnehåll, fysiologiska reaktioner samt beteendemönster kunde påvisas vid jämförelser mellan individer som uppfyllde kriterierna för social fobi och individer som enbart skattade högt på blyghet. Extremt socialt undvikande diagnostiseras ofta som fobisk personlighetsstörning (Rapee & Spence, 2004). Detta resonemang illustrerar att det finns en del utmaningar kvar gällande diagnostisering av social fobi.

De senare studierna uppskattar livstidsprevalensen av social fobi i västvärlden till 7-13% av befolkningen (Furmark, 2002). Detta resultat gör att diagnosen kan räknas som den vanligast förekommande ångeststörningen i dessa länder. Data skiljer sig mycket från land till land men det finns skäl att anta att skillnaderna i stor utsträckning beror på olikheter i diagnostiseringsmetoder. Som det redan nämnts, kan det vara svårt att dra gränsen mellan social fobi och subkliniska socialfobiska symtom samt blyghet, men även snävt definierad social fobi förekommer anmärkningsvärt ofta i den generella populationen (Furmark, 2002). Statistiken kan också påverkas av det faktum att individer med social fobi ofta inte söker hjälp förrän de har utvecklat komorbida tillstånd, samt att vårdgivare ofta brister i sin förmåga att känna igen tillståndet (Turk, Heimberg & Magee, 2008).

Enligt en översiktsstudie, sammanställd av Rapee och Spence (2004) har studier genomgående visat att kvinnor i större utsträckning tenderar uppfylla kriterier för social fobi i jämförelse med män. Det samma gäller förekomsten av enskilda symtom samt resultaten av enkätmätningar gällande social ångest (denna term likställs inte med "social fobi" utan betecknar här ett drag inom ramarna för normalpopulationen) och blyghet. Fördelningen håller sig även hos unga människor. Däremot prevalerar - eller åtminstone ligger på samma nivå - förekomsten av män inom den kliniska populationen, vilken kan förklarats av att social fobi har större inverkan på männens liv i en del kulturer (Rapee & Spence, 2004). Rapee (1995) resonerar kring hur män i västerländska samhällen generellt sett förväntas initiera romantiska relationer, ha högre karriärambitioner och vara mer självsäkra än kvinnor, vilket kan leda till att de i större utsträckning påverkas av eventuell social ångest.

Otto et al. (2001) har bland annat studerat frågan om debuten av social fobi. Av 100 vuxna (18 – 80 år) deltagare i en randomiserad kontrollerad studie om effekterna av medicinering och kognitiv beteendeterapi har 80 % uppgett att tillståndet först uppkommit före 18-årsåldern. Resultatet stämmer överens med tidigare studier. Bl a

hade Nelson et al. (2000) i sin studie med 1344 deltagare kommit fram till medelåldern för debuten av social fobi ligger på 10,8 år. Neufeld, Swartz, Bienvenu, Eaton och Cai (1999) studerade förekomsten av social fobi bland vuxna individer som hade bedömts befinna sig i riskzonen för att utveckla tillståndet och kom fram till frekvensen låg på 4-5 nya fall per 1000 individer per år. Detta gör debuten av social fobi i vuxen ålder till ett mycket sällsynt fenomen. I en studie från 2013 genomförd på 327 förskolebarn (2-5 år) som hade kommit i kontakt med psykiatrisk primärvård hade 20 % social fobi som primär diagnos (Franz et al., 2013). Rankin, Lane, Gibbons och Gerrard (2004) har beskrivit hur tonåringars självmedvetenhet i sociala situationer förändras över tiden (fyra år) och kommit till slutsatsen att den inte ökar utan snarare sjunker i viss utsträckning. Detta väcker en tanke om att debuten av social fobi i just tonårsåldern beror på de störningar i livet som uppstår i samband med social ångest, och inte på ökningen av själva rädslan i sociala situationer (Rapee & Spence, 2004). Det är svårt att studera sjukdomsförloppet över tid och därför finns det inte mycket reliabel data att luta sig mot. Yonkers, Dyck och Keller (2001) följde 178 vuxna individer diagnostiserade med social fobi och observerade full remission hos 38 % av kvinnor och 32 % av män efter åtta år (skillnaden mellan könen var inte signifikant), partiell remission vid samma tidpunkt låg på 50 %. Massion et al. (2002) har observerat remission från GAD, social fobi och paniksyndrom hos patienter med olika typer av personlighetsstörningar och enligt deras observationer hade social fobi signifikant lägst tendens till remission.

Cirka 70-80 % av populationen som lider av social fobi uppfyller även diagnoskriterier för komorbida tillstånd och i de flesta fall uppstår social fobi före dessa. Det behöver dock inte finnas något säkert orsakssamband mellan social fobi och de komorbida tillstånden eftersom det förstnämnda har en tydlig tendens att debutera i tonåren. De vanligaste komorbida tillstånden är andra ångestsyndrom, egentlig depression och alkoholmissbruk (Wittchen & Fehm, 2003). Individer som även lider av komorbida tillstånd tenderar dock att svara på behandlingen i lika stor utsträckning som individer med enbart social fobi (Fehm, Pelissolo, Furmark & Wittchen, 2005).

Enligt sammanställningen av Wittchen och Fehm (2003) orsakar social fobi (med eller utan komorbid depression) signifikant nedsättning i arbetsprestation samt i produktivitet i arbetet. De drabbade lider av signifikant försämrad livskvalité, vilket innebar faktorer som avhopp från skolan, svårigheter i att befinna sig i de huvudsakliga sociala rollerna, missnöje med sitt sociala liv, fritid och inkomst (Wittchen och Fehm, 2003). En longitudinell studie bland ungdomar och unga vuxna i Tyskland har visat en tydlig korrelation mellan sociodemografiska faktorer som lägre utbildning, högre grad av arbetslöshet och högre sannolikhet att vara ogift eller frånskild. Det är dock svårt att uttala sig om huruvida dessa aspekter är riskfaktorer för eller konsekvenser av social fobi (Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Epidemiologiska studier från USA, Kanada och Europa har alla visat att de drabbade individerna sällan vänder sig till sjukvården, vilket kan bero på att just denna patientgrupp inte tenderar prata öppet om sin problematik i kombination med låg igenkänning av tillståndet inom den allmänna primärvården (Wittchen & Fehm, 2003).

Den utspridda förekomsten av social fobi, dess negativa påverkan på individens liv och

dess stabilitet över tiden gör utveckling av effektiva och tillgängliga behandlingsmetoder mycket aktuell.

### *Paniksyndrom*

Diagnosen paniksyndrom kännetecknas av oväntade och återkommande panikattacker med symtom som yrsel, andnöd, bröstsmärtor, hjärtklappningar, överklighetskänslor samt rädsla för att dö eller bli galen (APA, 2013). Man pratar om 13 olika somatiska och kognitiva symtom som individen kan uppleva under en panikattack, minst fyra av dessa symtom ska vara närvarande och nå sin höjdpunkt inom tio minuter för att en panikattack ska räknas som fullbordad. Attacker med tre och färre symtom kallas för begränsade symptomattacker. För att individen ska kunna diagnostiseras med paniksyndrom måste hen även uppleva rädsla för att få en ny panikattack och/eller oroa sig för eventuella konsekvenser av panikattacker och/eller betydlig beteendeförändring kopplad till panikattackerna (APA, 2013). I en del av fallen utvecklar de drabbade individerna agorafobi – rädsla att befinna sig på vissa ställen på grund av upplevd risk att få en panikattack. Situationerna undviks helt eller uthärdas under stark ångest (APA, 2013). Omfattning och typ av agorafobi varierar väldigt mycket, och individer med paniksyndrom löper större risk att drabbas av agorafobi ju längre paniksyndromet förblir obehandlat. Ungefär hälften till en tredjedel av individer som lider av paniksyndrom drabbas av agorafobi (Barlow, 2002, refererad i Andersson & Carlbring, 2011). En signifikant andel av personer med paniksyndrom utvecklar dock inte agorafobi ens efter flera år med sjukdomen (Craske & Barlow, 1988).

Tolv månadersprevalensen för paniksyndrom i Sverige år 2002 uppskattades till 2,2 %, skillnaden mellan kvinnor (5,6 %) och män (1 %) var signifikant. Resultaten stämmer i stor utsträckning överens med data från de flesta länder i västvärlden (Carlbring, Gustavsson, Ekselius & Andersson, 2002). Den signifikanta skillnaden mellan könen har genomgående observerats i epidemiologiska studier (Wittchen & Essau, 1993; Goodwin et al., 2005), skillnaden (med kvinnors prevalens) visade sig vara ännu större när det kommer till agorafobi. Det verkar dock inte finnas någon teori bakom vad könsskillnaderna kan bero på. Goodwin et al. (2005) menar dessutom att förutom de kända korrelationerna mellan de olika demografiska faktorerna å ena sidan och uppkomst och utveckling av paniksyndrom och agorafobi å andra sidan, förblir de viktiga riskfaktorerna utforskade, vilket är en stor brist utifrån folkhälsoperspektivet.

Enligt Reed och Wittchens (1998) studie med 3021 deltagare debuterar paniksyndrom sällan före puberteten där kvinnor har en tydlig tendens att utveckla paniksyndrom tidigare än män. Weissman et al. (1997) observerade en medelålder för paniksyndromets debut som låg i mitten av och i senare delen av 20-årsåldern (Weissman et al., 1997, refererat i Goodwin et al., 2005). Enligt Keller et al. (1994) uppnår upp till 34 % av drabbade remission under ett års tid, men risken för återfall är mycket hög.

Det finns signifikanta samband mellan nästan alla ångestsyndrom, förstämningssyndrom, missbruk och vissa somatoforma tillstånd. "Rena" fall av paniksyndrom är sällsynta, komorbiditeten med depression är vanligast, följd av komorbiditeten med andra ångestsyndrom. Paniksyndrom kan uppstå både före och

efter de komorbida tillstånden (Goodwin et al., 2005).

Paniksyndrom har visat sig ha en klart negativ påverkan på den drabbades livskvalité. Wittchen, Nelson och Lachner (1998) har exempelvis studerat en grupp ungdomar och unga vuxna och fann att paniksyndrom med agorafobi var ett av de mest funktionshinderande tillstånden. Graden av funktionshinder skattades med hjälp av screening av den ekonomiska, sociala och fritidssituationen. Dessutom räknades s k "förlorade dagar" upp, dvs dagar när den drabbade inte kunde fullgöra sina ansvarstagande i arbetet, studierna eller hemmet. Enligt Goodwin et al. (2005) är det dock svårt att med säkerhet uttala sig om vad exakt orsakar funktionsnedsättningen med tanke på att paniksyndrom nästan alltid följs med komorbida tillstånd. Det finns en allmän uppfattning om mycket höga sjukvårdskostnader i samband med behandling av paniksyndrom (Mitte, 2005; Goodwin et al., 2005), men förekomsten av komorbida tillstånd gör analysen på detta område mycket svår.

#### *Internetbehandling av social fobi och paniksyndrom*

Socialstyrelsen (2014) rekommenderar kognitiv beteendeterapi som förstavsbehandling för både social fobi och paniksyndrom. Kognitiv beteendeterapi är ett brett begrepp som innebär en terapiform som lutar sig mot stöd i forskning och som ursprungligen bygger på inlärningsteoretiska principer, där klassisk betingning och operant betingning spelar central roll i utvecklingen av en människas beteenden (Melin, 2013). Den kognitiva teorin bidrar med uppfattningen om kognitiva scheman som präglar människans tankeverksamhet. Schemana resulterar i tankeregler som styr individens tolkning av verkligheten och därmed påverkar dennes beteenden och emotionella responser. Det senaste inslaget i kognitiv beteendeterapi är behandlingstekniker som grundar sig i Relational Frame Theory (RFT) som behandlar språkets betydelse i människans beteendeutveckling. Grundidén bygger på uppfattningen om hur människan bildar associationer med hjälp av språket samt att kontexten där fenomenet uppstår spelar stor roll för individens tolkning av fenomenet. Behandlingstekniker som byggs på RFT brukar refereras till som Acceptance and Commitment Therapi. De tre ovannämnda perspektiven (inlärningsteori, kognitiv teori och RFT) är tre teoretiska grundpelare i modern kognitiv beteendeterapi (Melin, 2013).

Det finns en mängd olika tekniker som en KBT-terapeut kan använda i behandlingen och behandlingsupplägget kan se olika ut beroende på diagnosen, patientens individuella behov och terapeutens särskilda kompetens. Metoden befinner sig även i ständig utveckling och förändring. Kåver (2006) har sammanfattat de principer som kan sägas utgöra basen för modern KBT-behandling. Betydelsen av terapeutalliansen betonas där särskild vikt läggs på en viss nivå av jämlikhet mellan terapeuten och patienten för patientens bästa (till skillnad från neutral och avståndstagande hållning). Dessutom nämns vikten av empati och validering från terapeutens sida, samt öppen kommunikation och strävan till ömsesidig förstärkning i terapeut-patientrelationen. När det gäller upplägget av behandlingen, urskiljer man fyra huvudsakliga faser: bedömnings- och kontraktfas (konceptualisering av problematiken, rational för KBT-behandling, överenskommelse och kontrakt), inledningsfas (beteendeanalys, bedömning med hjälp av lämpliga instrument, problem- och målformulering), åtgärdsfas

(funktionella analyser och åtgärder riktade mot målet, mini-utvärderingar, kontinuerliga omprövningar och nya konceptualiseringar) och avslutningsfas (terapisammanfattning, utvärdering, vidmakthållandeprogram, uppföljning av terapin). Det finns även en modell för hur en enskild session bör se ut, där inledningen på sessionen innebär att patienten välkomnas, hemuppgifterna följs upp, agendan för sessionen sätts och rational för de aktuella åtgärderna ges. Fasen för åtgärder och nyinläring innebär tillämpning av de aktuella teknikerna och behandlingsmanualerna. Under avslutningen ges nya hemuppgifter och praktisk information och sessionen summeras. Det finns ett antal tekniker som brukar associeras med KBT-behandling och som grundar sig på den teoretiska basen som beskrevs i förra stycket, bl a exponering, beteendexperiment, rollspel, tillämpad avslappning, hemuppgifter mm. Det har utformats specifika behandlingsprogram som visat sig vara effektiva vid behandling av enskilda diagnoser, t ex beteendeaktivering vid egentlig depression (Martell, Dimidjan & Herman-Dunn, 2013), Clarks behandlingsmodell vid social fobi (Clark & Wells, 1997) och dialektisk beteendeterapi vid borderline personlighetsstörning (Linehan, 2000). Även transdiagnostiska behandlingsmodeller har visat sig vara effektiva, till exempel Unified Protocol vid ångeststörningar (Barlow, 2013).

Internetbaserad KBT-behandling (iKBT) bygger på samma principer som en sedvanlig KBT-behandling, men olika delar av denna förmedlas via Internetuppkopplad utrustning. Hedman et al. (2011a) jämför iKBT med självhjälpsbehandling med terapeutstöd. Socialstyrelsen (2010) använder termen *textbaserad behandling med terapeutstöd*, vilket är en viktig detalj eftersom en hel del information förmedlas i textform. Enligt Carlbring, Andersson, Andersson och Berman (2010, refererat i Holmgren och Tunlind, 2010) har Internetbehandling sina rötter i biblioterapi, dvs användning av självhjälpsböcker och manualer för psykologisk behandling, en trend som började sprida sig under 1970-talet. Det är dock viktigt att komma ihåg att olika behandlingsprogram kan skilja sig mellan varandra i stor utsträckning. Enligt en meta-analys genomförd av Cuijpers et al. (2009) kan t ex terapeutstödet variera mellan upp till två face-to-face sessioner med terapeuten under behandlingens gång, ett kort telefonsamtal varje vecka, enbart skriftlig feedback från terapeuten eller inget terapeutstöd alls. Trots att texterna preleverar när det gäller sättet att leverera informationen till patienten, börjar mer interaktiva kommunikationsmetoder, som videoinspelningar och ljudfiler, användas i allt större utsträckning (Andersson, Carlbring, Ljótsson & Hedman, 2013).

Det brukar nämnas ett antal fördelar med Internetbaserade behandlingar. Cuijpers, van Straten och Andersson (2008) skriver i sin översikt om att Internetbehandlingar har potential att nå ut till större grupper av individer som annars är otillgängliga för konventionell behandling på grund av fysiska begränsningar, fördomar om psykisk sjukdom eller om psykologisk behandling. Yuen, Johnson, Goetter, Herbert och Forman (2012) menar även att Internetbaserad behandling kan vara en viktig möjlighet för individer som inte kan tänka sig söka hjälp under konventionella former eftersom första steget i så fall skulle innebära att t ex befinna sig i ett väntrum och sedan prata med en obekant person som terapeuten i början är. För deprimerade individer kan det vara en förutsättning för att påbörja en behandling att de först kan kommunicera med

behandlaren från sitt eget hem. Internetbehandlingar har även visat sig vara kostnadseffektiva (Hedman et al., 2013a; Ruby, Marko-Holguin, Fogel & van Voorhees, 2013; Lintvedt, Griffiths, Eisemann & Waterloo, 2013). Hedman et al. (2011b) har observerat att en Internetbehandling som ger resultat, jämförbara med konventionell behandling endast tar 20% av terapeutens vanliga tid i anspråk. Internetbehandlingar ger också större möjlighet för att standardisera behandlingen vilket är viktigt för metodens utvärdering, vid konventionell terapi har endast en mycket liten procent av terapeuter visat sig hålla sig till behandlingsmanualer (Becker, Smith & Jensen-Doss 2013). Bland de utmaningar som brukar kopplas till Internetbaserade behandlingar nämns svårigheter att upprätthålla den nödvändiga nivån av datasäkerhet, vissa minimikrav på Internetkompetens (både från patientens och behandlarens sida), svårigheter för behandlaren att göra vissa bedömningar kring patienten utan att träffa personen samt förhöjd risk att kontakten mellan behandlaren och patienten störs på grund av tekniska problem (Yuen et al. 2012).

Under de två senaste årtionden har man kunnat visa att iKBT leder till resultat som är nästan likvärdiga eller likvärdiga den traditionella psykoterapeutiska behandlingen (Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010). Internetbehandlingar har visat sig vara effektiva vid sådana typer av psykisk problematik som depression (Titov, 2011), social fobi (Carlbring, Bergman Nordgren, Furmark & Andersson, 2009), paniksyndrom (Carlbring et al., 2006), samt inom beteendemedicin för behandling av t ex tinnitus (Hesser et al., 2012) och IBS (Ljótsson et al., 2011).

Internetbaserad KBT med terapeutstöd har i Sverige varit en del av den kliniska verksamheten under de senaste 15 åren (Andersson, Carlbring, Ljótsson & Hedman, 2013). Studierna som genomfördes under den tiden resulterade i en behandlingsmodell som har visat sig vara effektiv vid Internetbehandling av olika vanliga typer av psykisk problematik. Behandlingsmodellen kännetecknas av ett antal principer, varav en är att tillgången till behandlingsprogrammet kräver verifiering – till skillnad från en tillgång som är öppen för alla. Den kontrollerade tillgången anses passa bättre vid allvarigare psykisk problematik där självskattningar behöver kompletteras med intervjuer för att diagnosen ska kunna säkerställas och där ökad kontroll är nödvändig för en högre patientsäkerhet. Noggrann bedömning är också en avgörande faktor för att ta beslut om huruvida individen och behandlingen passar ihop. Framför allt handlar det om symtomskattningen och det har visat sig att de vanligaste självskattningsskalorna, administrerade online, är psykometriskt adekvata. De har även fördelen att inte tillåta individen att missa ett item samt göra beräkning av slutpoängen snabbare med hjälp av automatisering. Användning av Internet underlättar även för patienter att fylla i skattningar kontinuerligt under behandlingen, dessa skattningar kan administreras i samma program som förmedlar behandlingen och t ex krävas för att patienten ska få tillgång till nästa avsnitt av programmet (viktigt i fall där terapeuten behöver kontinuerlig observation av patientens tillstånd). Tekniska system som används vid förmedling av behandlingen är krypterade och använder dubbelautentifikation för inloggning. Även en tydlig deadline har visat sig vara av vikt, eftersom det kan vara svårt för patienter att veta behandlingens tidsgränser jämfört med konventionella behandlingar (Andersson, Carlbring, Ljótsson & Hedman, 2013).



När det kommer till innehållet i behandlingsprogrammen, består det av ett antal texter som antingen kan skrivas ut eller läsas online. Ibland varvas texterna med filmer, ljudfiler och andra interaktiva element. Längden på Internetbehandlingen motsvarar den av konventionell behandling (exempelvis 10 sessioner för Internetbehandling av panikångest). Även behandlingsmekanismerna motsvarar dem i den konventionella behandlingen – som exponering med responsprevention vid behandling av tvångssyndrom. Behandlingsprogrammen brukar bestå av 6 till 15 avsnitt (moduler), de påbörjas alltid med psykoedukation och avslutas med plan för bakslag och prevention av återfall. Innehållet i behandlingsprogrammen följer i stort manualerna för behandling av specifika tillstånd, behandlingsmodulerna revideras dock och utvärderas kontinuerligt, detta har lett till avvikelser från manualerna. Antal moduler och deras innehåll kan ändras för att motsvara patientgruppens behov vilket gör att behandlingen i större utsträckning blir skräddarsydd för patienten. Det som är gemensamt för dessa skräddarsydda behandlingsprogram är att alla hänvisningar till en specifik diagnos är borttagna, vilket gör behandlingen till transdiagnostisk (Andersson et al., 2013).

I Tabell 1 presenteras data från sju olika Internetbaserade behandlingar.

**Tabell 1.** *Exempel på Internetbehandlingar för social fobi och paniksyndrom.*

	Diagnos	N	Kontrollgrupp	Behandlarstöd (+/-)	Cohen's d (inom grupperna)
Andersson et al. (2006)	SF	64	VL	+	1,25
Carlbring et al. (2007)	SF	60	VL	+	1,08
Titov, Andrews & Schwencke (2008)	SF	88	VL	+	1,18
Berger et al., (2011)	SF	82	-	-	1,5
				+	1,49
Carlbring, Ekselius & Andersson (2003)	PD	22	-	+	0,79
Carlbring et al. (2005)	PD	49	-	+	1,43
Wims, Titov, Andrews & Choi (2010)	PD	59	VL	+	0,93

SF - social fobi, PD – paniksyndrom, VL – väntelistegruppen.

När det kommer till transdiagnostiska behandlingar, menar Northon och Barrera (2012) att trots det stora intresset går studierna aldrig längre än små öppna pilottestningar, vilket gör det svårt att dra bredare slutsatser om behandlingarnas effektivitet. I sin randomiserade kontrollerade studie jämför de transdiagnostisk gruppterapi med etablerade diagnosspecifika KBT-behandlingar mot social fobi, paniksyndrom och GAD. Den transdiagnostiska behandlingen byggdes på traditionella KBT-principer och till stor del bestod av kognitiv omstrukturering och exponering, men alla hänvisningar till specifika diagnoser var borttagna. Behandlingsformerna har visat sig vara likvärdiga och författarna menar att transdiagnostiska behandlingsmodeller kan vara ett bra alternativ som kan göra behandlingen tillgänglig för bredare patientgrupper (Northon &

Barrera, 2012). Under de senaste fem åren har även Internetbaserade transdiagnostiska behandlingsprogram utformats och studerats och det finns starka indikationer för att dessa kan vara effektiva mot ångestsyndrom (Titov, Andrews, Johnston, Robinson & Spence, 2010; Titov et al., 2011). Northon och Barrera noterar dock att fler studier behövs för att med säkerhet kunna uttala sig om de transdiagnostiska behandlingarnas effektivitet (Northon & Barrera, 2012).

Socialstyrelsen (2014) prioriterar iKBT i sina rekommendationer som andrahandsval efter face-to-face KBT för vuxna med social fobi (delat med behandling med antidepressiva läkemedel) samt som tredjehandsval efter face-to-face KBT och behandling med antidepressiva läkemedel för vuxna med paniksyndrom.

#### *Betydelsen av terapeutstöd*

Som det redan nämnts kan mängden terapeutstöd skilja sig i stor utsträckning vid jämförelse av olika Internetbaserade behandlingsprogram. Eftersom man brukar påpeka Internetbehandlingens kostnadseffektivitet och tillgänglighet, blir frågan om mängden terapeutstöd mycket aktuell - terapeutstödet är det dyraste och det mest begränsade inslaget i behandlingen. Enligt Marks och Cavanagh (2009) är den vanligaste formen av terapeutstödet som används inom Internetbehandling numera den så kallade minimala kontakten som sker via e-post och där terapeuten lägger mellan 45-100 minuter per patient under hela behandlingen.

Det finns ett antal studier som tyder på ett direkt positivt samband mellan mängden terapeutstöd och utfallet i terapin (Johansson & Andersson, 2012; Spek et al., 2007). Cuijpers et al. (2010) analyserade ett samband mellan terapiutfallet och den tid som terapeuten spenderade för att guida sin klient och observerade ett signifikant positivt samband. Analysen gällde tio studier som bl a jämförde terapiutfallet för Internetbehandling och konventionell terapi, där utfallet för Internetbehandling hade goda effektstyrkor. Newman, Erickson, Przeworski och Dzus (2003) har tittat på självhjälpsprogram mot ångeststörningar och behandlingsprogram med minimal terapeutkontakt och observerat att självadministrerade program var mest effektiva för motiverade patienter som sökte hjälp för specifik fobi. Självhjälpsprogram var även effektiva vid paniksyndrom och vid blandad ångestproblematik. Behandlingsprogram med minimal terapeutkontakt var dock effektiva vid de flesta fall av ångeststörningar. Detta resultat bekräftas av Newman, Szkodny, Llera och Przeworski (2011), minimal terapeutkontakt har gett bättre resultat när det gällde avhopp i terapin och följsamhet i behandling jämfört med behandlingar utan terapeutkontakt. I fallet med förstämningssyndrom var självhjälpsprogram effektiva vid subklinisk problematik och terapeutstödet var att föredra vid klinisk depression. Enligt Marks och Cavanagh (2009) kan endast ett litet tillägg av terapeutstöd ha en stor effekt på behandlingsutfallet.

Det är fortfarande oklart hur exakt terapeutkontakten påverkar utfallet av behandlingen. Hirai och Clum (2006) har inte kunnat se ett samband mellan mängden och typen av terapeutstöd å ena sidan och terapiutfallet å andra sidan (men effektstyrkorna var fortfarande högre vid jämförelser mellan behandling med och utan terapeutstöd). När Newman et al. (2011) i sin översikt försökte titta närmare på hur olika typer av

terapeutkontakt påverkar behandlingen vid paniksyndrom, kunde de anta att någon form av behandlarkontakt har positiv effekt på utfallet om kontakten sker innan, under eller efter exponeringsövningar. När man har undersökt effekten av två terapeutmejl per vecka jämfört med ett har man inte hittat några signifikanta skillnader i utfallet. I fall med social fobi är resultaten ännu mer svårtolkade eftersom både självhjälpsbehandlingar och behandlingar med minimalt terapeutstöd har visat sig vara genomgående effektiva. Holmgren och Tunlind (2010) har studerat effekten av sammanlagt två telefonsamtal som tillägg till terapeutstöd som annars skedde via e-post en gång i veckan. Tillägget visade sig inte ge någon signifikant förbättring varken i behandlingsutfallet eller den terapeutiska alliansen. Johnsson och Linderot (2011) kunde inte heller hitta någon signifikant skillnad i hur två olika typer av terapeutstöd (via e-post och telefon) påverkar behandlingseffekten, följsamheten i behandlingen eller arbetsalliansen. Alla dessa detaljer är mycket intressanta att studera och förhoppningsvis kommer de så småningom ge en fullare bild av hur exakt terapeutstödet fungerar. Det som verkar vara ganska tydligt nu är att även minimal terapeutkontakt är att föredra och har stor betydelse, men att denna betydelsen har tendens att avta ju mer terapeutstöd vi lägger till (Newman et. al., 2011).

#### *Smartphoneapplikation*

Det finns bara ett fåtal studier som behandlar användning av smartphoneapplikationer i psykologisk behandling, men intresset för detta område ökar. En ny randomiserad kontrollerad pilotstudie som jämförde KBT mot depression förmedlad via dator och smartphone har visat likvärdiga resultat av dessa två behandlingar (Watts et al., 2013). Användning av en smartphoneapplikation för rökavvänjning (Whittaker et al., 2012) och ökad fysisk aktivitet (Fanning, Mullen & McAuley, 2012) har också visat goda effekter. Det ökande intresset för användning av smartphoneapplikationer för psykologisk behandling beror på att applikationerna har potential att ge tillgång till psykoedukativt material när patienter övar i det vardagliga livet. Applikationen kan ge skraddarsydda automatiska meddelanden, feedback och påminnelser som baseras på patientens aktivitet. Patienten kan dessutom registrera sina tankar, känslor och beteenden i realtid utan att behöva vänta med det tills hen får tillgång till programmet (Lindner, Ivanova, Ly, Andersson & Carlbring, 2014). Med hjälp av en smartphoneapplikation kan man tänkas höja följsamheten i behandlingen, möjliggöra realtidsobservation av symtomen och behandlingsaktiviteten samt genomföra kontinuerlig bedömning av behandlingseffekten. Bland faktorer som kan vara problematiska vid användning av applikationer finns eventuella tekniska problem samt möjliga brister i datasäkerhet och konfidentialitet (Donker et al., 2013).

En annan utforskad men högst intressant aspekt av en smartphonebehandling är hur den förhåller sig till terapeutstöd. Det finns inga studier som jämför behandling med hjälp av smartphone med och utan terapeutstöd. Det finns en idé om att smartphoneapplikationens effekt till viss utsträckning kan vara jämförbar med den av terapeutstöd, eftersom en applikation kan ge omedelbar automatiserad feedback samt är designad på ett mer användarvänligt sätt vilket kan bidra till högre följsamhet i behandlingen (Lindner et al., 2014).

*Syfte*

Syftet med det aktuella arbetet var att studera effekter av en transdiagnostisk Internetbaserad KBT-behandling vid social fobi och paniksyndrom förmedlad via både dator och smartphone. Effekterna vid användning av en smartphoneapplikation med respektive utan terapeutstöd kommer också utforskas.

*Hypoteser*

1. Internetbaserad KBT-behandling förmedlad via både dator och smartphone är effektiv mot social fobi och paniksyndrom med och utan agorafobi jämfört med en aktiv väntelistegrupp.
2. Behandlingen med en smartphoneapplikation med terapeutstöd är mer effektiv än den utan terapeutstöd.

*Metod**Undersökningsdeltagare*

Studien fick godkännande av Etikprövningsnämnden innan rekryteringen start. Sammanlagt var 152 deltagare inkluderade i studien, varav 113 hade social fobi och 39 hade paniksyndrom som primär diagnos enligt DSM-IV-TR, se Tabell 2 och 3. Rekryteringen skedde med hjälp av annonsering i ett trettiotal tidningar (helgutgåvor), på Aftonbladets webbsida, på Internet via sökmotorn Google, på Stockholms universitets hemsida, på webbsidan [www.studie.nu](http://www.studie.nu) och på Svenska Ångestsällskapets webbsida samt via inlägg på ett antal Internetforum. Informationen om studien placerades på anslagstavlor på flera lärosäten i landet, vid studentbostäder samt på ett antal vårdcentraler inom Stockholms län. Flera studenthälsoavdelningar i landet spred informationen. Deltagare som tidigare anmält intresse om att delta i kommande studier kontaktades via mail. Alla anmälningar togs emot via studiens hemsida [www.iterapi.se/sites/actsmart](http://www.iterapi.se/sites/actsmart) där det även fanns information om studiens mål och design (lottning i tre grupper, med och utan behandlarstöd samt väntelistan som påbörjar sin behandling 10 veckor efter de första två grupperna), om frivillighet, samt de forskningsetiska principerna.

*Inklusionskriterier.*

För att få delta i studien behövde individen vara myndig, ha tillgång till Internet via en dator varje vecka och ha en smartphone med operativsystemet iOS eller Android, behärska det svenska språket och vara bosatt i Sverige. Vid screeningen skulle deltagaren ha skattat minst 30 i totalpoäng enligt Liebowitz Social Anxiety Scale Self Report (LSAS-SR) (Liebowitz, 1987) och/eller minst 8 enligt Panic Disorder Severity Scale Self Report (PDSS-SR) (Shear et al., 2001). Enligt Patient Health Questionnaire (PHQ-9) skulle individen ha fått mindre än 20 i totalpoäng samt högst 1 poäng på item nio om livslust (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Individen behövde uppfylla diagnoskriterier för social fobi eller paniksyndrom enligt Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I) (First, 1999). Eventuell farmakologisk behandling fick inte

ha ändrats under de senaste tre månaderna. Behandling med benzodiazepiner 2-3 gånger i veckan vid behov var tillåten, men inte antipsykotiska medel eller medicinering mot symtom associerade med bipolär sjukdom. Andra exklusionskriterier var: pågående eller planerad psykologisk behandling, egentlig depression som primär diagnos enligt SCID-I eller missbruk. Individerna kunde även exkluderas när intervjuaren efter samtalet med den intresserade kunde anta att någon form av annan problematik kunde vara så pass påtaglig att det kunde störa behandlingen avsevärt (som när individen svarade mycket osammanhängande under intervjun, eller inte verkade förstå intervjuarens frågor). Deltagaren skulle även ha inlämnat ett skriftligt samtyckesformulär.

#### *Rekryteringsprocedur.*

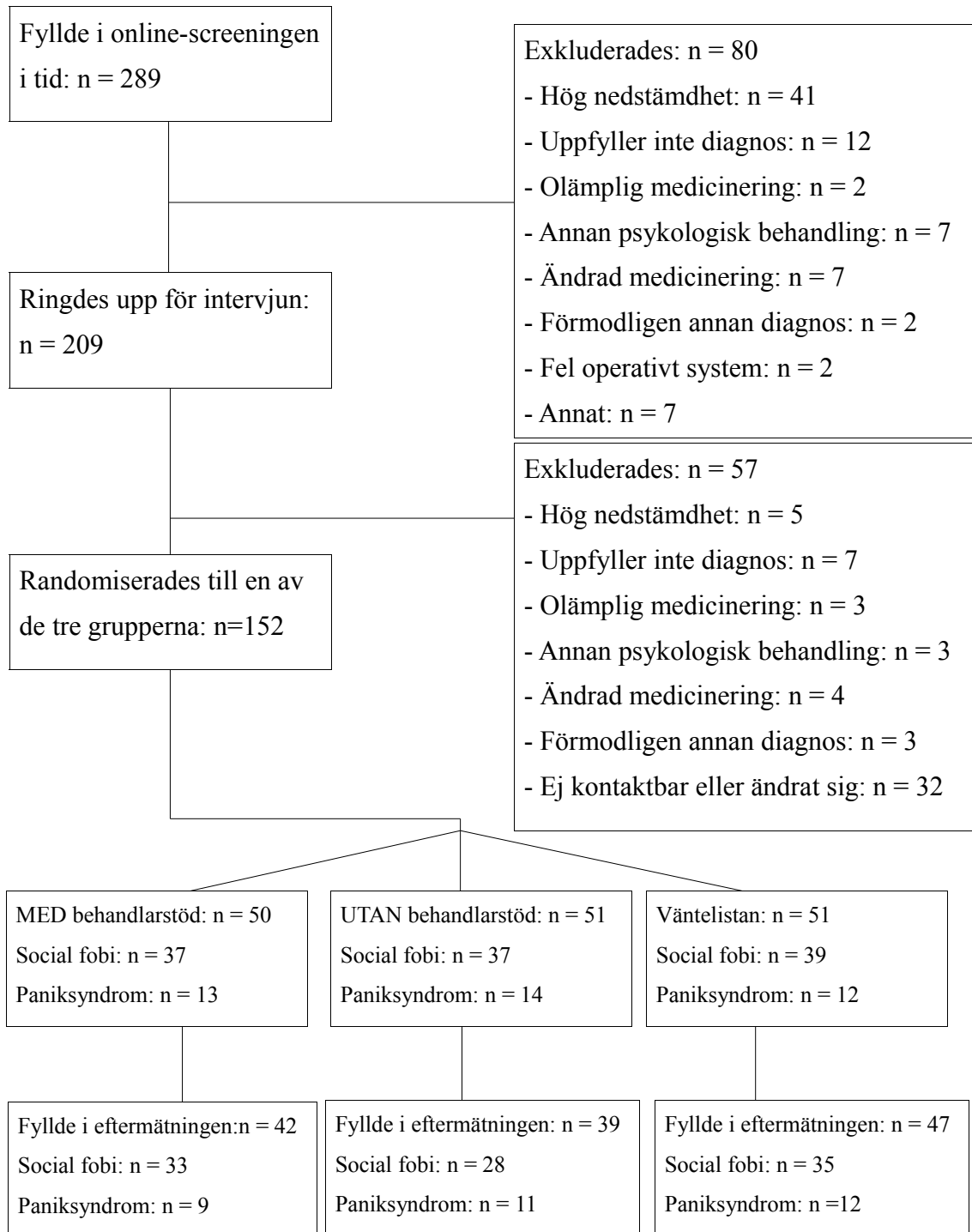
Individer som mötte något av exklusionskriterier vid online-screeningen fick ett meddelande genom det krypterade kontakthanteringssystemet med denna information samt med tips om hur de skulle gå tillväga för att få lämplig hjälp. Individer som inte mötte exklusionskriterier vid online-screeningen blev uppringda av intervjuare och intervjuades per telefon. Intervjuguiden bestod av ett antal demografifrågor, frågor om medicinering och psykologisk behandling, utvalda avsnitt i SCID-I (social fobi, paniksyndrom och egentlig depression), samt informationen om studiens upplägg. Avsnittet om social fobi administrerades före avsnittet om paniksyndrom när online-screeningen hade antytt att social fobi var primärproblematik, och vice versa. Totalt arbetade 15 st intervjuare med rekryteringsprocessen, alla var psykologstudenter på terminer 7 till 9 på Psykologprogrammen vid Uppsala universitet, Stockholms universitet och Karolinska Institutet. Alla hade haft erfarenhet av semi-strukturerade diagnostiska intervjuer sedan tidigare, fick tillgång till en handbok inom ämnet och minst ett utbildningssamtal med en legitimerad psykolog som undervisar inom detta område. Intervjuerna tog 15-30 minuter. Vilka av de potentiella deltagarna mötte inklusionskriterierna avgjordes under en remisskonferens mellan intervjuare och projektansvarig. Individer som mötte något av exklusionskriterierna fick ett exklusionsmeddelande. Individer som mötte alla inklusionskriterier fick ett meddelande om att de var inkluderade samt information om vad som skulle hända framöver. All elektronisk kommunikation skedde via Internetplattformen *iterapi* där dubbelautentifikationssystem användes: deltagarna behövde logga in med användarnamn och lösenord och sedan ange en kod som skickades till deras mobiltelefonnummer. Behandlingen startade i tre omgångar (99, 44 och 9 personer) så att personer som blev inkluderade på ett tidigt stadium inte behövde vänta med att påbörja sin behandling. Inför varje behandlingsstart lottades deltagarna till en av de tre grupperna (med och utan behandlarstöd samt väntelistan), deltagarna som skulle få behandlarstöd lottades till en av sju terapeuter (beskrivning av terapeuterna och deras roll i den aktuella behandlingen finns under rubriken *Procedur*). Lottningen genomfördes av en oberoende forskare, det genomfördes två separata lottningar för de två huvuddiagnoserna. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de olika grupperna avseende förmätningssvärdena och de demografiska aspekterna. Se Figur 1 för flödesschema över urvalsprocessen och behandlingen.

**Tabell 2.** Demografisk beskrivning och bakgrundsdata för deltagarna oavsett primärdiagnosen.

		Social fobi + paniksyndrom			
		MED behandlarstöd	UTAN behandlarstöd	Kontrollgruppen	Totalt
Genomsnittlig ålder		M=36,20 (SD=11,43)	M=36,02 (SD=12,06)	M=33,67 (SD=9,31)	M=35,29 (SD=10,98)
Kön	Man	20 (40,0 %)	19 (37,3 %)	15 (29,4 %)	54 (35,5 %)
	Kvinna	30 (60,0 %)	32 (62,7 %)	36 (70,6 %)	98 (64,5 %)
Civilstånd	Frånskild/änka/änkling	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,0 %)	1 (0,7 %)
	Singel/Ensamstående	10 (20,0 %)	16 (31,4 %)	11 (21,6 %)	37 (24,3 %)
	I en fast relation	38 (76,0 %)	35 (68,6 %)	37 (72,5 %)	110 (72,4 %)
	Annat	2 (4,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,9 %)	4 (2,6 %)
Utbildning	Grundskola	2 (4,0 %)	4 (7,8 %)	6 (11,8 %)	12 (7,9 %)
	Gymnasium/Folkhögskola	14 (28,0 %)	24 (47,1 %)	21 (41,2 %)	59 (38,8 %)
	Postgymnasial utbildning	32 (64,0 %)	23 (45,1 %)	24 (47,1 %)	79 (52,0 %)
	Forskarutbildning	2 (4,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (1,3 %)
Medicinering	Har medicinerat/stabil medicinering	23 (54,0 %)	25 (49,0 %)	17 (33,3 %)	65 (42,8 %)
	Ingen erfarenhet av medicinering	27 (46,0 %)	26 (51,0 %)	34 (66,7 %)	87 (57,2 %)
Psykologisk behandling	Tidigare behandling	27 ( 46,0 %)	32 ( 62,7 %)	30 (58,8 %)	89 (58,6 %)
	Ingen tidigare behandling	23 ( 54,0 %)	19 ( 37,3 %)	21 (41,2 %)	63 (41,4 %)
Sjukskrivning	Ej sjukskriven	49 (98,0 %)	47 (92,2 %)	50 (98,0 %)	146 (96,1 %)
	Sjukskriven	1 (2,0 %)	4 (7,8 %)	1 (2,0 %)	6 (3,9 %)
Operativt system	iOS	29 (58,0 %)	25 (49,0 %)	22 (43,1 %)	76 (50,0 %)
	Android	21 (42,0 %)	26 (51,0 %)	29 (56,9 %)	76 (50,0 %)

**Tabell 3. Demografisk beskrivning och bakgrundsdata för deltagarna utifrån primärdiagnosen.**

		Social fobi				Paniksyndrom			
		MED behandlarstöd	UTAN behandlarstöd	Kontrollgruppen	Totalt	MED behandlarstöd	UTAN behandlarstöd	Kontrollgruppen	Totalt
N		37	37	39	113	13	14	12	39
Genomsnittlig ålder		36,03 (11,61)	33,08 (11,59)	32,64 (9,04)	33,89 (10,79)	36,69 (11,35)	43,79 (9,89)	37,0 (9,78)	39,33 (10,64)
Kön	<i>Man</i>	16 (43,2 %)	15 (40,5 %)	12 (30,8 %)	43 (38,1 %)	4 (30,8 %)	4 (28,6 %)	3 (25,0 %)	11 (28,2 %)
	<i>Kvinna</i>	21 (56,8 %)	22 (59,5 %)	27 (69,2 %)	70 (61,9 %)	9 (69,2 %)	10 (71,4 %)	9 (75,0 %)	28 (71,8 %)
C i v i l s t	<i>Frånskild/änka/ änkling</i>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)	1 (0,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	<i>Singel/ Ensamstående</i>	8 (21,6 %)	15 (40,5 %)	8 (20,5 %)	31 (27,4 %)	2 (15,4 %)	1 (7,1 %)	3 (25,0 %)	6 (15,4 %)
	<i>I en fast relation</i>	27 (73,0 %)	22 (59,5 %)	28 (71,8 %)	77 (68,1 %)	11 (84,6 %)	13 (92,9 %)	9 (75,0 %)	33 (84,6 %)
	<i>Annat</i>	2 (5,4 %)	0 (0,0 %)	2 (5,1 %)	4 (3,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
U t b i l d n	<i>Grundskola</i>	1 (2,7 %)	2 (5,4 %)	4 (10,3 %)	7 (6,2 %)	1 (7,7 %)	2 (14,3 %)	2 (16,7 %)	5 (12,8 %)
	<i>Gymnasium/ Folkhögskola</i>	11 (29,7 %)	20 (54,1 %)	15 (38,5 %)	46 (40,7 %)	3 (23,1 %)	4 (28,6 %)	6 (50,0 %)	13 (33,3 %)
	<i>Postgymnasial utbildning</i>	24 (64,9 %)	15 (40,5 %)	20 (51,3 %)	59 (52,2 %)	8 (61,5 %)	8 (57,1 %)	4 (33,3 %)	20 (51,3 %)
	<i>Forskarutbildning</i>	1 (2,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,9 %)	1 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)
Medicinering	<i>Har medicinerat/stabil medicinering</i>	13 (35,1 %)	14 (37,8 %)	12 (30,8 %)	39 (34,5 %)	10 (25,6 %)	11 (78,6 %)	5 (41,7 %)	26 (66,7 %)
	<i>Ingen erfarenhet av medicinering</i>	24 (64,9 %)	23 (62,2 %)	27 (69,2 %)	74 (65,5 %)	3 (76,9 %)	3 (21,4 %)	7 (58,3 %)	13 (33,3 %)
Psykologisk behandling	<i>Tidigare behandling</i>	18 (48,6 %)	21 (56,8 %)	23 (59,0 %)	62 (54,9 %)	9 (69,2 %)	11 (78,6 %)	7 (58,3 %)	27 (69,2 %)
	<i>Ingen tidigare behandling</i>	19 (51,4 %)	16 (43,2 %)	16 (41,0 %)	51 (45,1 %)	4 (30,8 %)	3 (21,4 %)	5 (41,7 %)	12 (30,8 %)
Sjukskrivning	<i>Ej sjukskriven</i>	37 (100,0 %)	35 (94,6 %)	39 (100,0 %)	111 (98,2 %)	12 (92,3 %)	12 (85,7 %)	11 (91,7 %)	35 (89,7 %)
	<i>Sjukskriven</i>	0 (0,0 %)	2 (5,4 %)	0 (0,0 %)	2 (1,8 %)	1 (7,7 %)	2 (14,3 %)	1 (8,3 %)	4 (10,3 %)
Operativt system	<i>iOS</i>	20 (54,1 %)	18 (48,6 %)	16 (41,0 %)	54 (47,8 %)	9 (69,2 %)	7 (50,0 %)	6 (50,0 %)	22 (56,4 %)
	<i>Android</i>	17 (45,9 %)	19 (51,4 %)	23 (59,0 %)	59 (52,2 %)	4 (30,8 %)	7 (50,0 %)	6 (50,0 %)	17 (43,6 %)



**Figur 1.** Flödesschema över rekryteringsprocessen och behandlingen.



## *Material*

### *Diagnostiska instrument och symtomskattningsinstrument.*

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) är en semistrukturerad intervju manual som används för bedömning av psykiatriska diagnoser beskrivna i diagnosmanualen DSM-IV (First, 1999). SCID-I består av 6 st moduler och var och en av dessa motsvarar ett område inom axel I-diagnoserna. I den aktuella studien användes avsnitten om social fobi, paniksyndrom och egentlig depression.

Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report (LSAS-SR) är ett självskattningsformulär som består av 24 items och avser att mäta nivån av rädsla och undvikande i sociala situationer med hjälp av likertskala ("0" – "ingen rädsla", "undviker aldrig", "3" – "extrem rädsla", "undviker alltid"), poängen summeras. Symtomskattningen som motsvarar social fobi ligger på 30 poäng och högre, 60 poäng och högre motsvarar generaliserad social fobi (Liebowitz, 1987). Enligt Fresco et al. (2001) har instrumentet hög intern konsistens och enligt Baker, Heinrichs, Kim och Hofmann (2002) är formuläret lämpligt för att uppskatta behandlingsutfall eftersom det är tillräckligt känsligt för förändring.

Panic Disorder Severity Scale – Self Report (PDSS-SR) är ett självskattningsformulär som består av 7 items och avser mäta symptom på panikattacker samt graden av funktionsnedsättning som orsakas av panikattacker. Skattningen sker med hjälp av en likertskala. ("0" – "inga panikattacker...", "inget undvikande...", "arbetslivet påverkas inte...", "4" – "panikattacker varje dag...", "har anpassat livet helt efter panikattacker...", "har inte kunnat arbeta..."), poängen summeras. Summan på 8 poäng indikerar mild paniksyndrom. Enligt Houck, Spiegel, Shear och Rucci (2002) har PDSS-SR hög intern konsistens, god test-retestreliabilitet och är känslig för förändring så att det kan användas som utfallsmått.

Patient Health Questionnaire – 9 items (PHQ-9) är ett självskattningsformulär som omfattar 9 frågor och avser mäta depressionssymtom med hjälp av en likertskala ("0" – "aldrig", "3" – nästan varje dag), poängen summeras. Symtomskattningen på 5 och högre poäng motsvarar mild depression, 10 och högre – måttlig depression, 15 och högre – medelsvår depression och 20 och högre – svår depression. Enligt Kroenke, Spitzer och Williams (2001) är PHQ-9 ett instrument med mycket god validitet och reliabilitet, bl a mycket hög intern konsistens. Formuläret användes som ett sekundärt utfallsmått.

Generalized Anxiety Disorder – 7 items (GAD-7) är ett självskattningsformulär som omfattar 7 frågor och avser mäta orossymtom med hjälp av en likertskala ("0" – "aldrig", "3" – nästan varje dag), poängen summeras. Enligt Spitzer, Kroenke, Williams och Löwe (2006) är GAD-7 ett instrument med mycket god validitet och reliabilitet. Formuläret användes som ett sekundärt utfallsmått för att studera icke-diagnosspecifika ångestnivåer hos hela gruppen. De vedertagna gränsvärdena för generaliserad ångestsyndrom är inte relevanta i detta sammanhang.

Quality of Life Inventory (QOLI) är ett självskattningsformulär som innefattar 16 items och avser att mäta den upplevda livskvaliteten. Varje item beskriver ett område i livet som kan vara av vikt för individen och man behöver ange för varje item hur viktigt området är, samt hur nöjd man är med detta område i sitt liv. Skattningen sker med hjälp av två likertskalor ("-1" – "helt oviktigt", "1" – "mycket viktigt"; "-3" – "väldigt missnöjd", "3" – "väldigt nöjd"). Därefter skapas det en index där graden av tillfredsställelse med de viktigaste områdena spelar störst roll. Enligt Frisch, Cornell, Villanueva och Retzlaff (1992) har QOLI hög intern konsistens och god test-retestreliabilitet. Formuläret användes som ett sekundärt utfallsmått.

Enligt Hedman et al. (2010) behåller LSAS-SR och QOLI sina psykometriska egenskaper när de administreras online.

#### *Behandlingsmaterial.*

Det huvudsakliga innehållet av behandlingsprogrammet fanns tillgängligt på Internetplattformen *Ångesthjälpen*. Varje deltagare hade en personlig inloggningskod som tar deltagaren tillbaka till det avsnitt där deltagaren loggade ut den senaste gången. Behandlingsprogrammet bestod av 8 avsnitt (se Tabell 4 för avsnittens innehåll), avsnitten bestod huvudsakligen av kortare texter (som man kunde få upplästa), men kunde även innehålla videoinspelningar och ljudfiler. Varje avsnitt började med uppmuntran att göra en reflektion kring de senaste hemuppgifterna, följt av rationellen till avsnittets tekniker, exempel, övningar och förslag till nya hemuppgifter. Deltagaren kunde stjärnmärka sidor inom programmet och inför varje avsnitt behövde deltagaren skatta sitt mående med hjälp av fyra skalor ("Besvär med ångest senaste veckan", "Livskvalitet senaste veckan", "Handlingar i värderad riktning senaste veckan", "Tid lagt på övningar senaste veckan"). Den person inom forskargruppen som ansvarade för en viss deltagare kunde från sitt administratörskonto se deltagarens inloggningsstatistik, tiden som deltagaren varit inloggad, påbörjade och avslutade avsnitt, måendeskattningar och stjärnmärkningar. Bilaga A presenterar programmets layout.

**Tabell 4.** *Behandlingsprogrammets innehåll.*

---

Avsnitt 1: <i>Vad är ångest?</i>	Deltagaren får bekanta sig med programmets upplägg. KBT:s syn på ångest förklaras.
Avsnitt 2: <i>Situationsanalyser</i>	Betydelsen av och principerna bakom situationsanalysen förklaras och deltagaren uppmuntras öva på dem med hjälp av exempel.
Avsnitt 3: <i>Mål och hinder</i>	Deltagaren uppmuntras identifiera sina värderingar, definiera sina mål och de hinder som står i vägen för dessa. Kostnaden av känslan av kontroll diskuteras.
Avsnitt 4: <i>Att hantera hinder</i>	Konceptet av rent och smutsigt obehag, undvikandets konsekvenser, samt acceptans och exponering presenteras.
Avsnitt 5: <i>Tankar och</i>	Deltagaren erbjuds att öva på ett annat förhållningssätt till sina tankar och känslor med hjälp av defusion och övning på att rikta

<i>känslor</i>	sin uppmärksamhet.
Avsnitt 6: <i>Medveten närvaro i vardagen</i>	Deltagaren erbjuds testa några övningar i medveten närvaro. Övningarnas möjliga påverkan på ångesten förklaras.
Avsnitt 7: <i>Värderad riktning</i>	Deltagaren erbjuds att titta närmare på sina värderingar och identifiera konkreta beteenden som hjälper deltagaren införliva dem i sin vardag.
Avsnitt 8: <i>Agerandet som fungerar</i>	Deltagaren uppmuntras gå igenom det hen har lärt sig under programmets gång, att tänka igenom ett vidmakthållandeprogram och göra en plan för bakslag.

---

En arbetsbok i tryckt format hörde till programmet. Arbetsboken följde programmets upplägg och hade förtryckta mallar för registrering av reflektioner och övningar samt innehöll exempel. Programmet kunde hänvisa till arbetsboken flera gånger per avsnitt, då deltagaren t ex uppmuntrades att skriva ner reflektioner kring före detta avsnittet, att göra en övning inom avsnittet samt göra hemuppgifter.

Till programmet hörde även till en CD-skiva med övningar i form av ljudfiler som ingick i programmet (medveten närvaro, observatörsövning). CD-skivan var till för att användas när deltagaren ville öva i vardagen utan att behöva logga in på Internetplattformen.

Smartphoneapplikationen *Viary* användes i behandlingen. Bilaga B presenterar applikationens layout. Ly, Dahl, Carlbring och Andersson (2012b) beskriver utvecklingsprocessen och resultatet av initialutvärdering av smartphoneapplikationen. Totalt 11 iPhone-användare utan psykiatrisk diagnos (1 hade subklinisk depression) deltog i pilottestningen och ökade mängden handlingar i värderad riktning samt graden av den psykologiska flexibiliteten (Ly et al., 2012b). En randomiserad kontrollerad studie har framgångsrikt använt applikationen för behandling av depression, baserad på beteendeaktivering alternativt mindfulness (Ly et al., 2014). Inloggningen på applikationen skedde med hjälp av ett användarnamn och ett lösenord, lösenordet kunde deltagaren byta själv. Applikationen följde programmets upplägg och innehöll ett antal beteenden som hörde till programmet och som deltagaren uppmuntrades arbeta med i vardagen. Vissa beteenden var tillgängliga vid bara ett tillfälle (reflektioner kring före detta avsnitt), andra kunde göras flera gånger (veckoregistreringar, situationsanalyser, handlingar i värderad riktning m fl.). Alla beteenden innehöll en beskrivning som motsvarade den som fanns i programmet. Applikationen gav även tillgång till samma ljudfiler som fanns på Internetplattformen och CD-skivan. Applikationen låste upp nya beteenden automatiskt allteftersom deltagaren registrerade vissa beteenden. Deltagaren kunde skriva en reflektion i samband med ett genomfört beteende samt skatta sitt mående. Applikationen skickade även automatiska meddelanden under programmets gång när ett visst antal beteenden var genomfört, dessa kunde innehålla uppmuntran, instruktioner till nästa steg i programmet samt påminnelser om vad det är viktigt att koncentrera sig på. Via ett administratörskonto kunde terapeuten eller en annan behörig

person inom forskargruppen övervaka deltagarens aktivitet i applikationen. Terapeutkontakten för gruppen med terapeutstöd skedde via applikationen med hjälp av meddelanden från terapeuten. Applikationen gav egentligen endast möjligheten till envägskommunikation eftersom deltagaren inte kunde skicka meddelanden till terapeuten och det fanns ingen chattfunktion. Deltagarna från gruppen med terapeutstöd använde dock inte sällan kommentarsfältet för beteenden för att ställa frågor till sin terapeut.

### *Procedur*

På dagen för behandlingsstarten eller strax innan dess fick deltagarna en försändelse som innehöll ett informationsbrev med bl a informationen om vilken grupp de hade lottats till. Väntelistegruppen informerades om dagen för sin behandlingsstart och om att de skulle behöva fylla i två mellanmätningar och en eftermätning trots att de inte skulle få behandling under de närmaste tio veckorna. Grupperna som skulle få behandlingen med och utan behandlarstöd fick arbetsboken samt CD-skivan med i försändelsen samt informerades om tekniken och behandlingsmaterialet och fick sina inloggningskoder. Deltagarna informerades om att behandlingen bestod av åtta avsnitt och att de rekommenderades gå igenom ett avsnitt per vecka och hade sammanlagt tio veckor på sig. De fick tips på hur de kunde lägga upp behandlingen samt informerades om mellanmätningar och eftermätningar. Gruppen som skulle få behandling med behandlarstöd informerades om hur kontakten med behandlaren skulle se ut. Alla informationsbrev innehöll forskargruppens kontaktinformation. De deltagare som inte kommit igång med behandlingen (eller inte loggat in på antingen Internetplattformen eller smartphoneapplikationen) efter fyra dagar kontaktades av forskargruppen per telefon, det hade bestämts i förväg om högst tre kontaktförsök per deltagare.

Mellanmätningar och eftermätningar genomfördes via Internetplattformen iterapi. Deltagarna fick ett mejl med en inbjudan att fylla i formuläret, varpå de behövde logga in på sina sidor. Mellanmätningarna bestod av LSAS-SR och PDSS-SR, skickades ut på behandlingsdag 27 och 48, var öppna i 7 dagar, systemet skickade även tre påminnelser under dag 2-4. Inför eftermätningen fick alla deltagare ett meddelande om att behandlingen inom ramarna för studien snart skulle vara slut och uppmuntrades att fylla i formuläret. Väntelistegruppen informerades om att de skulle få sitt behandlingsmaterial så fort deras eftermätningar inkommit, behandlingsgrupperna skulle få förlängd tillgång till behandlingsprogrammet efter ifyllandet. Eftermätningen bestod av LSAS-SR, PDSS-SR, PHQ-9, GAD-7, QOLI samt frågor om deltagarnas upplevelse av behandlingen. Eftermätningen skickades ut på behandlingsdag 70 och var öppen i 16 dagar. Deltagarna som inte fyllde i eftermätningen under den första veckan kontaktades av forskargruppen utan begränsning av antalet kontaktförsök.

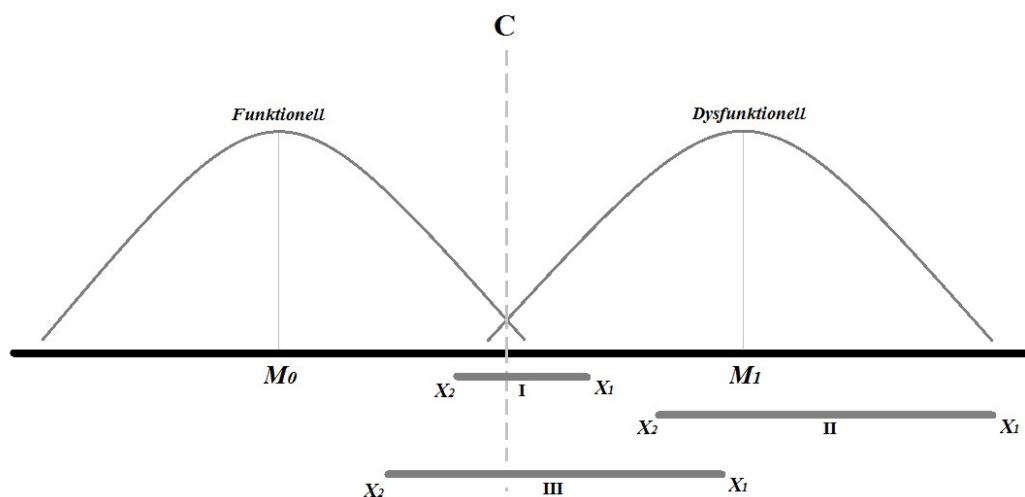
Gruppen som fick behandling med terapeutstöd lottades mellan projektets 7 terapeuter. Terapeuterna var psykologstudenter på termin 8-9 från Uppsala universitet och Stockholms universitet och hade KBT som sin terapiinriktning. Terapeuterna fick distanshandledning (via Skype) av en legitimerad KBT-psykoterapeut med erfarenhet i Internetbehandlingar. Terapeuterna hade 7 eller 8 patienter och de kunde övervaka patienternas aktivitet i både Internetplattformen och smartphoneapplikationen.

Terapeuternas huvudsakliga funktion var att ge personlig feedback på patientens aktivitet (som då skulle vara kvalitativt annorlunda från automatiska meddelanden som applikationen skickade själv), att uppmuntra till fortsatt aktivitet ifall patienten har hamnat efter och att ge svar på patientens eventuella frågor som de ställde när de kommenterade sina beteenden. Terapeuterna rekommenderades komma i kontakt med sina patienter 2 till 3 gånger i veckan och spendera sammanlagt ca 15 minuter per patient och vecka.

### Analys

För att se om det fanns någon skillnad mellan de olika grupperna över tid användes en *mixed effects model* som, precis som mixed design ANOVA, hanterar data från olika grupper som mäts upprepade gånger. Resultatet av en *mixed effects model*-analys tolkas på liknande sätt som en reguljär variansanalys. Enligt Gueorguieva och Krystal (2004) har modellen den fördelen att den använder sig av all tillgänglig data, tar hänsyn till korrelationer mellan upprepade mätningar av samma subjekt, har större flexibilitet när det kommer till tidseffekterna och hanterar bortfallen data på ett bättre sätt. Vi använde Östs (2006) gränsvärden för inomgruppseffektstorlekar, där effekten  $ES > 0,5$  anses vara liten,  $ES > 0,8$  – måttlig och  $ES > 1,1$  – stor.

Förutom den eventuella statistiskt signifikanta skillnaden mellan grupperna studerades även de kliniskt signifikanta skillnaderna, dvs hur många individer i behandlingsgrupperna faktiskt uppnådde kliniskt signifikant förbättring. Jacobson och Truax (1991) menar att en individ i behandlingen måste i sin eftermätning ligga närmare den funktionella populationen än den dysfunktionella populationen i kombination med att individen ska ha förbättrats minst ett visst antal poäng, se Figur 2.



**Figur 2.** Kliniskt signifikant förbättring enligt Jacobson och Truax (1991).

I Figur 2 står  $M_1$  för medelvärdet av den dysfunktionella populationen och  $M_0$  för medelvärdet för den funktionella populationen. Linjen C betecknar det beräknade cut-off-värdet, där individen måste gå över från området till höger om C i sin förmätning

( $x_1$ ) till området till vänster om C i sin eftermätning ( $x_2$ ). Förutom cut-off-värdet måste det finnas ett visst minimalt avstånd mellan  $x_1$  och  $x_2$ . Linjen I illustrerar en individ som i sin som har gått över cut-off-värdet men förbättringspoängen är alltför låg för att förbättringen ska räknas som kliniskt signifikant. Individen II har förbättrats nog mycket men har inte kommit tillräckligt nära den funktionella populationen. Endast individen III uppfyller båda kriterierna och kan sägas ha uppnått kliniskt signifikant förbättring.

Jacobson och Truax (1991) föreslår olika sätt att för att beräkna cut-off-värdet och i detta arbete kommer *formeln c* användas, där värdet beräknas med hjälp av medelvärden och standardavvikelser från den funktionella populationen ( $M_{\text{funktionell}}$ ,  $SD_{\text{funktionell}}$ ) och från den aktuella studiens förmätning ( $M_{\text{före}}$ ,  $SD_{\text{före}}$ ),  $\text{Cut-off} = (SD_{\text{funktionell}} \cdot M_{\text{före}} + SD_{\text{före}} \cdot M_{\text{funktionell}}) / (SD_{\text{funktionell}} + SD_{\text{före}})$ . Värdena från den funktionella populationen avseende LSAS-SR togs från Fresco et al. (2001) och avseende PDSS från Klein et al. (2006). Man måste vara tydlig med att det inte finns någon normativ data när det gäller varken PDSS eller PDSS-SR. Data från Klein et al. (2006) kommer således användas endast som en fingervisning, denna studie valdes ut eftersom resultatet av behandlingen hade en stor effektstyrka och mer än hälften av deltagarna förbättrades ytterligare efter avslutad behandling. Det skulle vara en värdig jämförelse för den aktuella studien. I Tabell 5 presenteras utgångsdata och de beräknade cut-off-värdena.

**Tabell 5.** Utgångsvärdena och de beräknade cut-off-värden för LSAS-SR och PDSS-SR.

	$M_{\text{före}}$	$SD_{\text{före}}$	$M_{\text{funktionell}}$	$SD_{\text{funktionell}}$	Cut-off
LSAS-SR <sup>1</sup>	69,36	21,79	13,49	12,70	34,06
PDSS-SR <sup>2</sup>	13,13	4,84	4,33	5,60	10,44

<sup>1</sup>LSAS-SR – Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report

<sup>2</sup>PDSS-SR – Panic Disorder Severity Scale – Self Report

I Jacobson och Truax (1991) presenteras en formel för att beräkna den minimala förbättringspoängen ( $x_1 - x_2$ ) med hjälp av standardavvikelsen för den dysfunktionella populationen ( $SD_{\text{dysfunktionell}}$ ) och test-retest-reliabilitetskoefficienten. Efter Lambert och Ogles (2009) användes skalorna Chronbach's alpha för intern konsistens istället för test-retest-reliabilitetskoefficienten. Formeln som är aktuell för den studien ser således ut på följande sätt:  $x_1 - x_2 = RC \cdot (\sqrt{2 \cdot (SD_{\text{dysfunktionell}} \cdot \sqrt{1 - \text{Chronbach's alpha}})})^2$ , där RC står för Reliable Change Index och dess vedertagna värde är 1,96 (Jacobson & Truax, 1991). Data från Hedman et al. (2010) användes för LSAS-SR och från Wuyek, Antony och McCabe (2011) för PDSS-SR. I Tabell 6 presenteras utgångsdata och de beräknade minimala förbättringspoängen ( $x_1 - x_2$ ).

**Tabell 6.** Utgångsvärdena och de beräknade förbättringsintervallerna för LSAS-SR och PDSS-SR.

	SD <sub>dysfunktionell</sub>	Chronbach's alpha	X <sub>1</sub> -X <sub>2</sub>
LSAS-SR <sup>1</sup>	22,48	0,94	15,26
PDSS-SR <sup>2</sup>	4,11	0,80	5,09

<sup>1</sup>LSAS-SR – Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report

<sup>2</sup>PDSS-SR – Panic Disorder Severity Scale – Self Report

Studien är dimensionerad på så sätt att den ska med 80% power upptäcka skillnader mellan grupperna vid effekstorleken Cohen's d = 0,50.

## Resultat

Bortfallsanalysen visade inte några skillnader avseende demografiska variabler samt förmättningsvärden mellan gruppen som slutförde eftermätningen och gruppen som inte gjorde det.

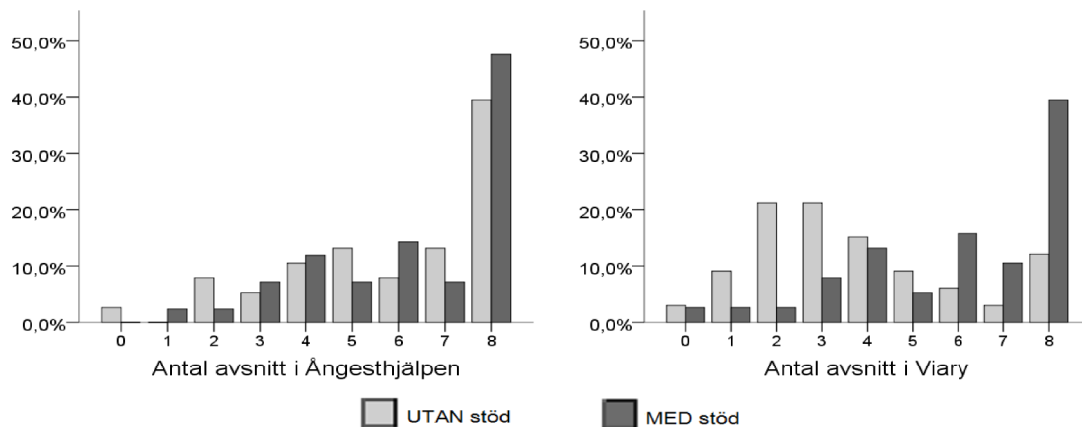
I Tabell 7 presenteras medelvärden och frekvenser för några av följsamhetsvariablerna, så som hur många timmar deltagarna spenderade per vecka med att arbeta med behandlingsprogrammet samt hur stor andel av deltagarna använde sig av applikationen Viary. Det framgår att av alla deltagare som fick behandling gick nästan hälften igenom alla avsnitt i Ångesthjälpen (behandlingsprogrammet på Internet), de flesta använde sig av Viary (smartphoneapplikationen) under behandlingen och en dryg fjärdedel gick igenom alla avsnitt i Viary.

**Tabell 7.** Deskriptiv statistik över följsamhet i behandlingen för deltagarna i båda behandlingsgrupperna.

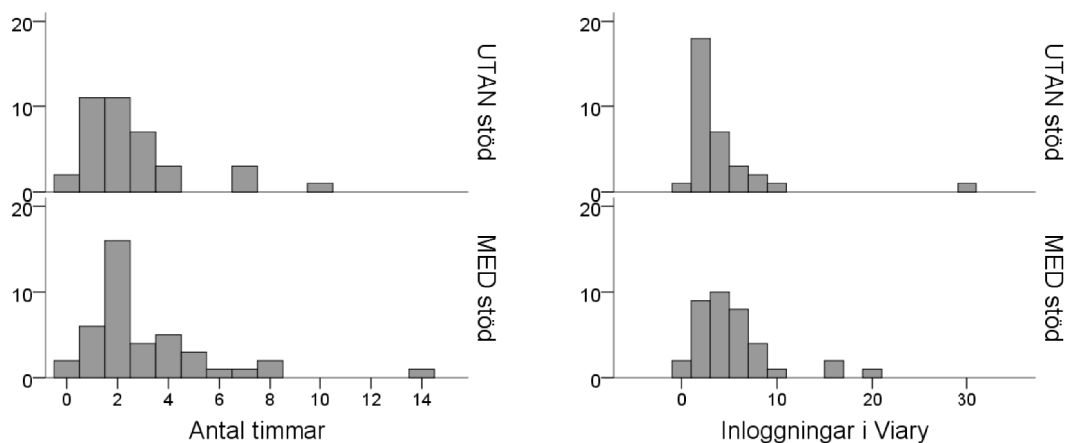
Antal timmar per vecka: M (SD)	2,79 (2,40)
Antal avsnitt i Ångesthjälpen: M (SD)	6,05 (2,23)
Antal avsnitt i Viary: M (SD)	4,93 (2,49)
Inloggningar i Viary per vecka: M (SD)	4,31 (4,75)
Alla avsnitt i Ångesthjälpen: n	35 (43,2 %)
Användning av Viary: n	71 (87,7 %)
Alla avsnitt i Viary: n	19 (26,8 %)

T-test för två oberoende medelvärden har visat att gruppen med behandlarstöd hade gått igenom fler avsnitt i Viary än gruppen utan behandlarstöd,  $t_{69} = -4,09$ ,  $p < 0,001$ , samt loggade in i Viary fler gånger per vecka,  $t_{67} = -2,58$ ,  $p = 0,012$ . Fler deltagare i gruppen med behandlarstöd blev klara med alla avsnitt i Viary,  $\chi^2 = 6,74$ ,  $p = 0,009$ . Figur 3 presenterar spridningen av hur många avsnitt i Ångesthjälpen samt i Viary deltagarna har gått igenom och man kan även se skillnader mellan de olika behandlingsgrupperna. I

Figur 4 presenteras spridningen av hur många timmar per vecka (individens uppskattning) deltagarna har spenderat med att arbeta med behandlingsprogrammet och hur många gånger per vecka (individens uppskattning) de loggade in i Viary. Det finns ett extremvärde där en individ i gruppen utan behandlarstöd angav att hen loggade in i applikationen 30 gånger per vecka, detta extremvärde togs bort från analysen.



**Figur 3.** Det totala antalet avsnitt i Ångesthjälpen (Internetplattformen) och i Viary (smartphoneapplikationen), som deltagare gick igenom under behandlingsperioden utifrån behandlingsgruppstillhörigheten beräknat i procent av hela behandlingsgruppen.



**Figur 4.** Antal timmar per vecka som deltagare arbetade med hela behandlingsprogrammet och antal inloggningar i Viary (smartphoneapplikationen) per vecka.

Ett resultatet liknande det för alla deltagare sammanlagt observerades vid analysen av deltagarna som hade social fobi som primärdiagnos. T-test för två oberoende medelvärden har visat att gruppen med behandlarstöd hade gått igenom fler avsnitt i Viary än gruppen utan behandlarstöd,  $t_{51} = -4,46$ ,  $p < 0,001$ , samt loggade in i Viary fler gånger i veckan,  $t_{50} = -3,21$ ,  $p = 0,002$ . Fler deltagare i gruppen med behandlarstöd blev klara med alla avsnitt i Viary,  $\chi^2=8,91$ ,  $p = 0,003$ . I Tabell 8 presenteras deskriptiv statistik av följsamhetsvariablerna för deltagare med social fobi som primärdiagnos



utifrån behandlingsgruppen.

**Tabell 8.** Statistik på följsamhetsvariablerna för deltagare med social fobi som primärdiagnos utifrån behandlingsgruppen.

	Utan behandlarstöd	Med behandlarstöd	Statistiskt mått
Antal timmar per vecka: M (SD)	2,61 (2,25)	3,30 (2,86)	$t_{58} = -1,03$
Antal avsnitt i Ångesthjälpen: M (SD)	5,96 (2,08)	6,48 (2,00)	$t_{58} = -0,99$
Antal avsnitt i Viary: M (SD)	3,57 (2,29)	6,33 (2,20)	$t_{51} = -4,46^{***}$
Inloggningar i Viary per vecka: M (SD)	2,18 (1,47)	5,13 (4,12)	$t_{50} = -3,21^*$
Alla avsnitt i Ångesthjälpen: n	9 (15,0 %)	18 (30,0 %)	$\chi^2 = 2,70$
Användning av Viary: n	23 (38,3 %)	30 (50,0 %)	$\chi^2 = 0,72$
Alla avsnitt i Viary: n	2 (3,8 %)	14 (26,4 %)	$\chi^2 = 8,91^{**}$

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

Analysen av data för deltagarna med paniksyndrom som primärdiagnos visade inte några signifikanta skillnader avseende följsamhetsvariablerna. I Tabell 9 presenteras deskriptiv statistik av följsamhetsvariablerna för deltagare med paniksyndrom som primärdiagnos utifrån behandlingsgruppen.

**Tabell 9.** Statistik på följsamhetsvariablerna för deltagare med paniksyndrom som primärdiagnos utifrån behandlingsgruppen.

	Utan behandlarstöd	Med behandlarstöd	Statistiskt mått
Antal timmar per vecka: M (SD)	2,36 (1,86)	2,25 (0,89)	$t_{17} = 0,16$
Antal avsnitt i Ångesthjälpen: M (SD)	5,91 (2,74)	5,56 (2,13)	$t_{16} = 0,121$
Antal avsnitt i Viary: M (SD)	4,20 (2,15)	4,50 (2,00)	$t_{18} = 0,92$
Inloggningar i Viary per vecka: M (SD)	4,10 (3,07)	4,14 (5,08)	$t_{15} = -0,02$
Alla avsnitt i Ångesthjälpen: n	6 (30,0 %)	2 (10,0 %)	$\chi^2 = 2,16$
Användning av Viary: n	10 (50,0 %)	8 (40,0 %)	$\chi^2 = 0,02$
Alla avsnitt i Viary: n	2 (11,1 %)	1 (5,6 %)	$\chi^2 = 0,18$

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

#### *Mixed effects model analys*

Mixed effects model analysen utförd på alla grupper utan hänsyn till primärdiagnosen har visat signifikant interaktionseffekt av gruppstillhörigheten och tiden,  $F_{6, 118} = 5,68$ ,  $p < .001$ . Detta innebär att det fanns en skillnad mellan grupperna i förändringen av symtom på social fobi, parvisa jämförelser visar att gruppen med behandlarstöd förbättrades i större utsträckning än väntelistegruppen. Detsamma gäller interaktionseffekten avseende poäng på PDSS-SR,  $F_{6, 119} = 3,87$ ,  $p = .001$ . Det fanns

alltså en skillnad mellan grupperna i förändringen av symtom på paniksyndrom, men det fanns ingen skillnad i slutpoängen enligt parvisa jämförelser, skillnaden observerades endast med hänsyn till tid. Ett liknande utfall har observerats avseende poäng på GAD-7, med en signifikant interaktionseffekt,  $F_{2, 134} = 5,01$ ,  $p = .008$ . I fallet med poäng på PHQ-9 har det inte observerats någon signifikant interaktionseffekt, det fanns ingen skillnad mellan grupperna avseende förändringen i symtom på depression över tid. Inga signifikanta effekter har observerats avseende poäng på QOLI. I Tabell 10 presenteras statistiken för mixed effects model analys för alla utfallsmått beräknat på alla deltagare utan hänsyn till huvuddiagnosen.

**Tabell 10.** Statistik för mixed design analyser för alla deltagare.

	Förmätning		Eftermätning		Cohen's d (inom gruppen)	F	Parvisa jämförelser
	M	SD	M	SD			
<b>Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report (LSAS-SR)</b>							
VL	65,02	[23,85]	64,23	[23,79]	0,03	T = 17,13***	MST>VL
UST	66,88	[23,85]	55,81	[22,36]	0,48	G = 2,70	MST=UST
MST	62,76	[23,83]	46,60	[23,01]	0,69	I = 5,68***	UST=VL
<b>Panic Disorder Severity Scale – Self Report (PDSS-SR)</b>							
VL	8,04	[6,00]	7,16	[5,43]	0,15	T = 19,75***	MST=VL <sup>1</sup>
UST	10,02	[6,00]	6,76	[5,25]	0,58	G = 0,19	MST=UST
MST	9,30	[6,01]	4,39	[5,31]	0,87	I = 3,87**	UST=VL
<b>Patient's Health Questionnaire – 9 items (PHQ-9)</b>							
VL	8,04	[4,64]	7,40	[4,73]	0,14	T = 22,50***	MST>VL
UST	8,65	[4,64]	7,05	[4,50]	0,35	G = 3,31*	MST>UST
MST	7,14	[4,60]	4,56	[4,60]	0,56	I = 2,86	UST=VL
<b>Generalized Anxiety Disorder – 7 items (GAD-7)</b>							
VL	7,73	[4,64]	7,01	[4,18]	0,16	T = 39,20***	MST>VL
UST	8,86	[4,64]	5,80	[4,01]	0,71	G = 0,78	MST=UST
MST	8,18	[4,67]	4,83	[4,08]	0,76	I = 5,01*	UST=VL
<b>Quality of Life Inventory (QOLI)</b>							
VL	0,70	[1,71]	0,84	[1,49]	0,09	T = 3,58	MST=VL
UST	0,66	[1,71]	0,81	[1,44]	0,09	G = 0,67	MST=UST
MST	0,90	[1,70]	1,22	[1,49]	0,2	I = 0,75	UST=VL

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001

VL – väntelistgruppen, UST – gruppen utan behandlarstöd, MST – gruppen med behandlarstöd, T – huvudeffekten av tid, G – huvudeffekten av grupp, I – interaktionseffekten av TIDxGRUPP

<sup>1</sup>p=.052

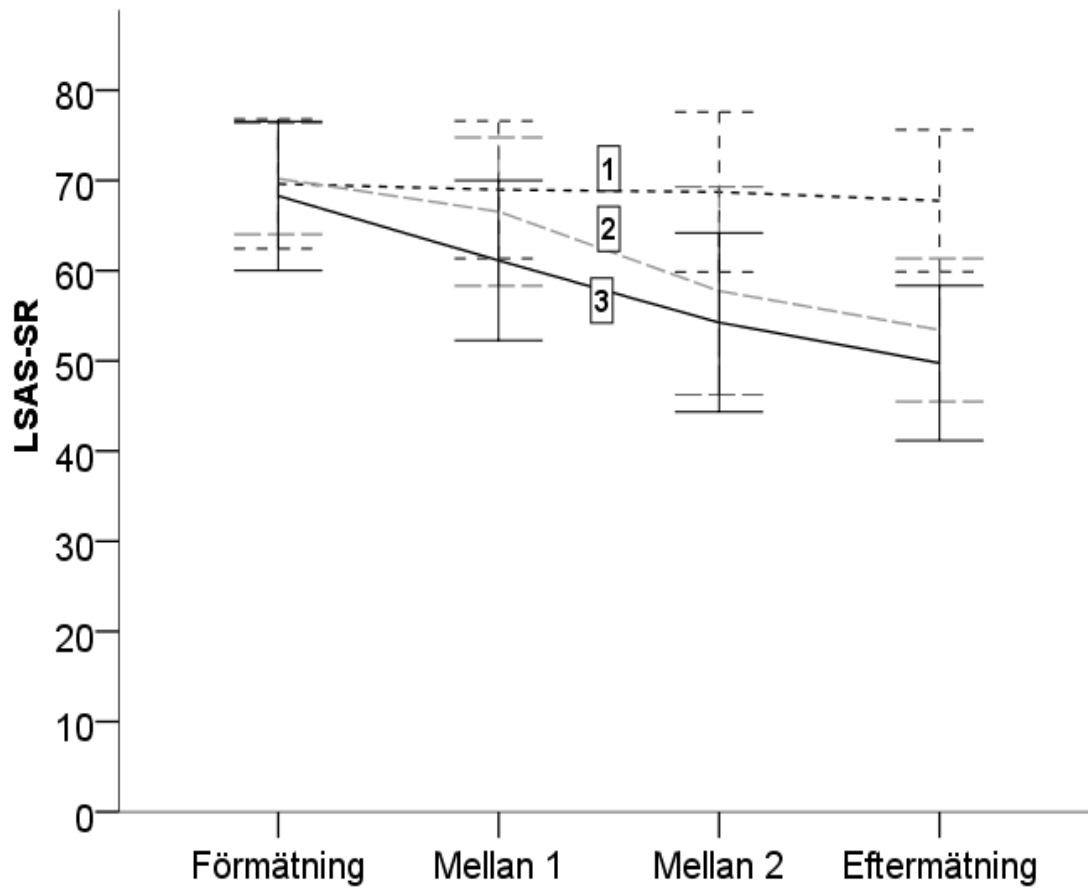
Mixed effects model analysen utförd på deltagarna med social fobi som primärdiagnos har visat signifikant interaktionseffekt av gruppstillhörigheten och tiden,  $F_{6, 85} = 5,84$ ,  $p < .001$ . Detta innebär att det fanns en skillnad mellan grupperna i förändringen av symtom på social fobi över tid, parvisa jämförelser visar att både gruppen med behandlarstöd och utan behandlarstöd förbättrades i större utsträckning än väntelistgruppen. I Tabell 11 presenteras resultatet av mixed effects model analyser på LSAS-SR-poängen för deltagarna med social fobi som primärdiagnos. Analyser på de sekundära utfallsmåtten (PHQ-9, GAD-7 och QOLI) visar resultat liknande det avseende alla deltagare utan hänsyn till primärdiagnosen. I Figur 5 presenteras LSAS-SR-medelvärden för TIDxGRUPP för deltagarna med social fobi som primärdiagnos.

**Tabell 11.** Resultatet av mixed effects model analyser på LSAS-SR-poängen för deltagarna med social fobi som primärdiagnos.

	Förmätning	Mellanmätning 1	Mellanmätning 2	Eftermätning	Cohen's d (inom gruppen)	F	Parvisa jämförelser
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
VL	69,62 (21,98)	68,01 (19,91)	70,05 (18,89)	68,97 (21,59)	0,03	T = 16,37***	MST > VL
UST	70,19 (21,96)	67,69 (22,26)	56,34 (15,48)	55,03 (20,48)	0,71	G = 2,24	MST = UST
MST	68,28 (21,96)	61,54 (20,31)	56,91 (18,03)	51,11 (21,54)	0,79	I = 5,84***	UST > VL

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

VL – väntelistegruppen, UST – gruppen utan behandlarstöd, MST – gruppen med behandlarstöd, T – huvudeffekten av tid, G – huvudeffekten av grupp, I – interaktionseffekten av TIDxGRUPP



**Figur 5.** Estimerade medelvärden med 95 % KI för primärutfallsmåttet LSAS-SR för gruppen med social fobi som huvuddiagnos. Linje 1 – väntelistegruppen, linje 2 – gruppen utan behandlarstöd, linje 3 – gruppen med behandlarstöd.

Mixed effects model analysen utförd på deltagarna med paniksyndrom som

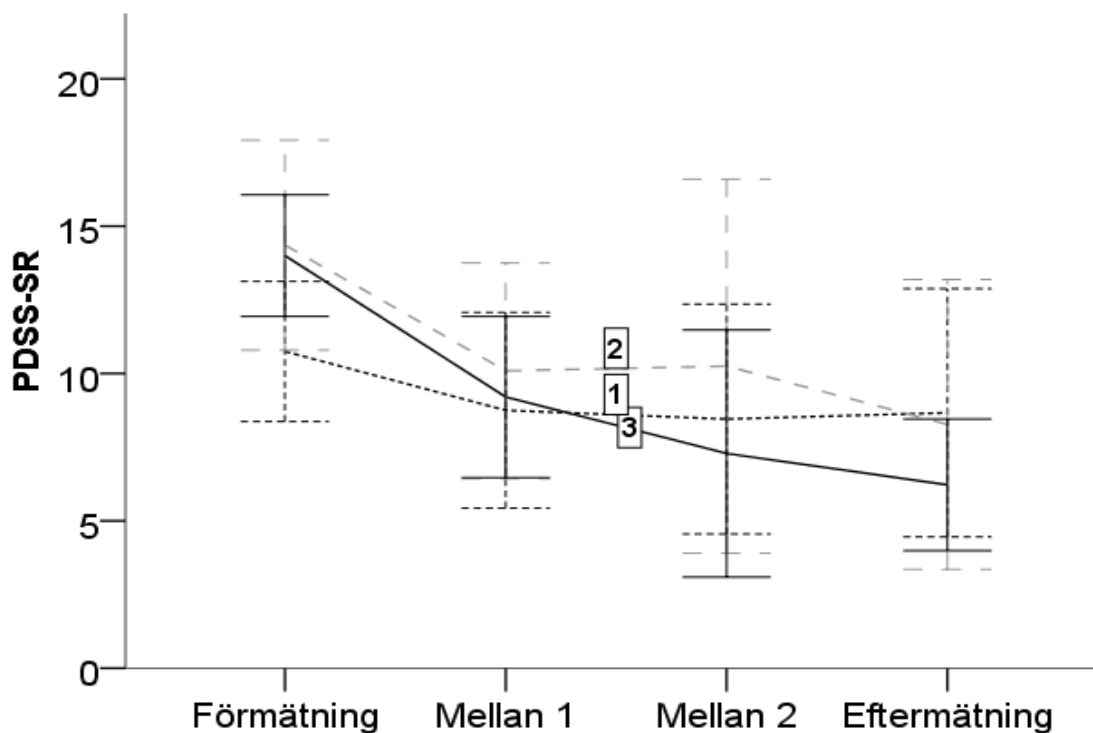
primärdiagnos har visat att interaktionseffekten av grupptillhörigheten och tiden inte var signifikant,  $F_{6,27} = 0,81$ ,  $p = .573$ . Det fanns ingen skillnad mellan grupperna avseende förändringen i symtom på paniksyndrom över tid. I Tabell 12 presenteras resultatet av mixed effects model analyser på PDSS-SR-poängen för deltagarna med paniksyndrom som primärdiagnos. Analyser på de sekundära utfallsmått (PHQ-9, GAD-7 och QOLI) visade inga signifikanta interaktionseffekter. I Figur 6 presenteras PDSS-SR-medelvärden för TIDxGRUPP för deltagarna med paniksyndrom som primärdiagnos.

**Tabell 12.** Resultatet av mixed effects model analyser på PDSS-SR-poängen för deltagarna med paniksyndrom som primärdiagnos.

	Förmätning	Mellanmätning 1	Mellanmätning 2	Eftermätning	Cohen's d (inom gruppen)	F	Parvisa jämförelser
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
VL	10,75 (4,68)	8,75 (5,06)	7,84 (5,84)	8,67 (6,27)	0,38	T = 8,99***	MST = VL
UST	14,36 (4,68)	10,84 (4,78)	10,64 (5,26)	8,86 (6,14)	1,01	G = 0,64	MST = UST
MST	14,00 (4,69)	10,05 (4,71)	8,31 (5,11)	7,78 (5,85)	1,17	I = 0,81	UST = VL

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

VL – väntelistegruppen, UST – gruppen utan behandlarstöd, MST – gruppen med behandlarstöd, T – huvudeffekten av tid, G – huvudeffekten av grupp, I – interaktionseffekten av TIDxGRUPP.



**Figur 6.** Estimerade medelvärden med 95 % KI för primärutfallsmåttet PDSS-SR för gruppen med paniksyndrom som primärdiagnos. Linje 1 – väntelistegruppen, linje 2 – gruppen utan behandlarstöd, linje 3 – gruppen med behandlarstöd.

*Klinisk signifikans*

Frekvenserna för kliniskt signifikant förbättring var beräknade utifrån förmätningspoängen och eftermätningspoängen. För deltagare med social fobi användes deras poäng på LSAS-SR, för individer med paniksyndrom som primärdiagnos användes deras poäng på PDSS-SR. Inga signifikanta skillnader observerades mellan väntelistegruppen, gruppen utan behandlarstöd och gruppen med behandlarstöd avseende antal individer som har uppnått kliniskt signifikant förbättring. Tabell 13 visar frekvenserna för individer med kliniskt signifikant förbättring utifrån grupperna.

**Tabell 13.** *Antal individer som uppnådde kliniskt signifikant förbättring utifrån grupper.*

	Antal individer som har uppnått klinisk signifikant förbättring, N (%)			$\chi^2$ (p)
	Väntelistegruppen	Utan behandlarstöd	Med behandlarstöd	
Social fobi (LSAS-SR)	1 (2,6 %) (N total = 39)	3 (8,1 %) (N total = 37)	5 (13,5 %) (N total = 37)	3,11 (0,212)
Paniksyndrom (PDSS-SR)	4 (33,3 %) (N total = 12)	5 (35,7 %) (N total = 14)	6 (46,2 %) (N total = 13)	0,50 (0,778)

## Diskussion

Den aktuella studien har visat att Internetbehandling förmedlad via dator och smartphone är effektiv mot social fobi i jämförelse med en aktiv väntelistegrupp, effektstyrkor inom grupperna är dock låga, Cohen's  $d = 0,79$  för behandling med terapeutstöd och  $0,71$  för behandling utan terapeutstöd. Behandlingen (varken den med eller utan terapeutstöd) har inte visat sig vara effektiv mot paniksyndrom i jämförelse med en aktiv väntelistegrupp. Trots att de beräknade effektstyrkorna inom behandlingsgrupperna är från medelstor (Cohen's  $d = 1,01$  för gruppen utan behandlarstöd) till stor (Cohen's  $d = 1,17$  för gruppen med behandlarstöd), fanns det inte någon statistisk skillnad i jämförelse med väntelistegruppen.

Studiens resultat skiljer sig från det som andra studier på samma område har visat. Internetbehandlingar mot både social fobi och paniksyndrom har under det senaste decenniet visat sig vara effektiva i jämförelse med kontrollgrupper med medelstora till stora effektstyrkor. I fall med social fobi gäller detta även rena självhjälpsbehandlingar (Boettcher et al., 2013). Inom båda diagnoserna finns det även ett fåtal exempel på studier som har visat resultat likvärdiga med traditionella behandlingar, t ex Hedman et al. (2011b) för social fobi och Kiropolous et al. (2008) för paniksyndrom.

Enligt översikten gjord av Boettcher et al. (2013) har man i 6 studier om behandling av social fobi även räknat på hur stor andel av de behandlade individerna som uppnådde en kliniskt signifikant förbättring uppmätt med LSAS-SR. Denna andel varierar mellan 43% och 55 % vilket är betydligt större än vad vi såg i den aktuella studien (11%). När det gäller paniksyndrom, verkar inte data om kliniskt signifikant förbättring vara lika tillgänglig. Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius och Andersson (2001) har

studerat effekterna av ett Internetbaserat självhjälpssystem mot paniksyndrom och observerat en kliniskt signifikant förbättring i 81 % av fallen, skalorna som används som primärfallsmått var Body Sensations Questionnaire, Agoraphobic Cognitions Questionnaire och Mobility Inventory for Agoraphobia. Trots att studien använde sig av andra skalor, ger dessa siffror en fingervisning för hur en förbättring i ett Internetbaserat program mot paniksyndrom kan se ut. Resultatet av den aktuella studien går således inte i linje med det man har kunnat observera tidigare.

Som det redan nämnts, är effektstyrkorna för inom grupperna för deltagarna med paniksyndrom måttlig för gruppen utan behandlarstöd (Cohen's  $d = 1,01$ ) och stor för gruppen med behandlarstöd (Cohen's  $d = 1,17$ ). Dessa effektstyrkor ligger i linje med andra Internetbaserade KBT-behandlingar mot paniksyndrom. Men på grund av att interaktionseffekten i jämförelse med väntelistegruppen saknas, behåller vi nollhypotesen. Det är dock viktigt att ta hänsyn till den stora (men icke-signifikanta) mellangruppskillnaden vid förmätningen: väntelistegruppen har en tydligt lägre poäng på PDSS-SR. Dessutom förbättras väntelistegruppen i början av behandlingsperioden, och förbättringen är tydligt större än den hos väntelistegruppen för deltagarna med social fobi som primär diagnos. Förbättringen hos väntelistegruppen (Cohen's  $d = 0,38$ ) kan vara konsekvens av deltagarnas förväntning på att snart få behandling. Förbättringen och de stora mellangruppskillnaderna vid förmätningen ledde till att skillnaden mellan grupperna under behandlingens gång inte blivit nog stor, trots de höga inomgruppsförändringarna. All diskussion om detta blir mycket spekulativ förstås, men resultatet är inte entydigt och det skulle verkligen vara intressant att studera effekterna av samma behandlingsprogram på individer med paniksyndrom i en framtida studie.

Det är också viktigt att betona att samplet av deltagare med paniksyndrom som primär diagnos blev litet, endast 39 personer, fördelade på tre grupper, med den problematiken påbörjade behandlingen. Detta antal är alltför litet för att upptäcka de skillnader som man ville upptäcka när studien designades. Powerberäkningarna som gjordes innan rekryteringsstart tog inte hänsyn till att det skulle komma att finnas två grupper av deltagare som kommer bedömas både gemensamt och separat.

#### *Betydelsen av terapeutstöd*

I fallet med social fobi har inte behandlingen med terapeutstöd visat sig vara mer effektiv än behandling utan terapeutstöd när det gällde det primära utfallsmåttet och hypotesen om att behandlingen med terapeutstöd skulle vara mer effektiv än den utan stöd i detta avseende måste förkastas. Det är dock viktigt att vara tydlig med att de sekundära utfallsmåtten PHQ-9 och GAD-7 endast visade förbättring hos gruppen med terapeutstöd i jämförelse med väntelistegruppen, beräknat både på alla deltagare och på dem som hade social fobi som primär diagnos. När det gäller depressionssymtomen hos hela gruppen oavsett diagnos så har gruppen med behandlarstöd visat en förbättring i jämförelse med både gruppen utan behandlarstöd och väntelistegruppen. På grund av de låga effektstyrkorna är det svårt att göra några generella slutsatser utifrån dessa resultat. Enligt tidigare studier (Johansson & Andersson, 2012; Spek et al., 2007) associeras närvaro av behandlarstöd med ett bättre behandlingsutfall, vilket inte är fallet i våra resultat eftersom vi fick väldigt oklara förbättringar vid jämförelse av gruppen med

behandlarstöd och den utan behandlarstöd.

Det intressanta är att gruppen som visade det bästa svaret på behandlingen enligt de flesta utfallsmåtten – deltagarna med social fobi som primär diagnos – har inte visat någon skillnad i reduktion av de socialfobiska symtomen mellan de som fick och inte fick behandlarstöd. Återigen, på grund av de låga effektstyrkorna måste dessa resultat tolkas med stor försiktighet. Men detta går tvärtemot det man har sett i de flesta av studierna hittills. Resultatet öppnar upp för en diskussion om vilken roll smartphoneapplikationen spelade i behandlingsutfallet, vilket kommer diskuteras längre fram i detta arbete.

Som det redan nämnts brukar terapeutstödet inom Internetbehandlingar associeras med lägre avhopp och bättre följsamhet i behandlingen. För att kunna bedöma vilka effekter terapeutstödet hade för deltagarna avseende dessa aspekter, behöver man även genomföra en separat analys av deltagarnas utvärderingar som är samlade i textform. Vi har dock räknat på hur länge och hur ofta deltagare arbetade med programmet samt hur långt de hade kommit. Grupperna med och utan behandlarstöd skilde sig endast i två aspekter: de som fick behandlarstöd gick igenom fler avsnitt i smartphoneapplikationen och fler individer i den gruppen blev klara med alla avsnitt i smartphoneapplikationen. Detta ter sig högst logiskt med tanke på att det var via applikationen som de fick terapeutstödet. I övrigt skiljde sig inte bortfall och följsamhet mellan behandlingsgrupperna. Av 152 deltagare fyllde 128 personer eftermätningen, vilket innebär bortfall på 16 %. Det faktum att behandlingsgrupperna inte skiljer sig i avhopp och följsamhet kan även bero på att gruppen med behandlarstöd fick lägre följsamhet och större avhoppsfrekvens än vad man brukar se i liknande studier.

Även om resultaten gällande terapeutstöd är svårtolkade, bidrar den aktuella studien till den samlade kunskapen på området genom att än en gång synliggöra att effekterna av terapeutstödet kan vara mycket komplexa och att betydligt fler studier med rätt fokus behövs i fortsättningen.

#### *Smartphoneapplikationen*

Eftersom den aktuella studien inte fokuserade sig på just effekterna av smartphonekomponenten i behandlingen – det fanns ingen grupp utan smartphoneapplikationen att jämföra med – går det inte att uttala sig över hur stor roll applikationen spelade. Det är dock intressant att se att i behandlingsgrupperna med social fobi förbättrades alla deltagare i lika stor utsträckning, oavsett terapeutstödet. Det faktumet säger oss inte så mycket med tanke på att vi vet väldigt lite om betydelsen av terapeutstöd vid Internetbehandling av social fobi. Men det skulle vara intressant att ha det i åtanke vid kommande studier om smartphoneapplikationer inom psykologisk behandling. Ly, Carlbring och Andersson (2012a) har redan uttryckt en tanke om att en skraddarsydd smartphoneapplikation med dess tillgänglighet kan vara motivationsskapande. Barazzone, Cavanagh och Richards (2012) menar att det kan finnas alliansskapande faktorer i automatiserade komponenter av Internetbehandlingar. Janni och Wrede (2013) har studerat deltagarnas upplevelser i en studie om en smartphonebehandling av depression. Deltagarna har bl a uttryckt tanken att det var



motivationshöjande att ha smartphonen med behandlingsprogrammet med sig, ett par av deltagarna har även beskrivit närvaron av smartphonen som en trygghet.

#### *Utformning av behandlingsprogrammet*

Som det redan nämnts tidigare har man i Sverige under det senaste decenniet utvecklat grundprinciper för Internetbaserade behandlingsprogram (Andersson et al., 2013). Som ett av karaktärsdragen i programmen nämns det faktum att dessa består av vissa moduler där hänvisningar till specifika diagnoser är borttagna och modulerna kan kombineras på olika sätt så att behandlingen kan vara skraddarsydd för patienten. Andersson, Estling, Jakobsson, Cuijpers och Carlbring (2011) har även genomfört en pilotstudie för 27 deltagare med olika typer av ångestproblematik där bra tre behandlingsmoduler var förbestämda och deltagarna kunde själva välja innehållet i resten av programmet. Studien fick goda resultat och detta öppnar för mycket intressanta möjligheter angående både transdiagnostiska och skraddarsydda behandlingsprogram. Det aktuella programmet är tänkt som transdiagnostiskt, men det är viktigt att komma ihåg att det inte är skraddarsytt för deltagarna utifrån deras individuella problematik och de fick inte heller välja innehållet, alla moduler var förbestämda. Vidare verkar det som att många av de senare studierna som är genomförda i Sverige och som har visat goda effektstyrkor fortfarande är diagnosspecifika (Carlbring et al., 2001; Carlbring, Ekselius & Andersson, 2003; Carlbring et al., 2006; Hedman et al., 2013b; Andersson, Carlbring & Furmark, 2012; Carlbring et al., 2007), även om en ny epok är på gång. I så fall kan det moderata resultatet tyda på att just det här programmet behöver utvecklas ytterligare för att kunna vara ett välfungerande transdiagnostiskt behandlingsprogram. Den aktuella studiens resultat öppnar upp för en tanke om att programmet passar bättre för individer med social fobi som primärdiagnos samt ger bäst effekt på symtom på social fobi. (Man kan dock anta detta med stor försiktighet – gruppen med social fobi som primärdiagnos var betydligt större än den med paniksyndrom.) För övrigt är det mycket viktigt att fortsätta studera transdiagnostiska behandlingsprogram, det finns starka indikationer på att man kan tillämpa principen inom Internetbaserade behandlingar (Titov, et al., 2010; Titov et al., 2011).

En monitoring av de existerande programmen har visat att acceptance and commitment therapy-inslaget saknas där eller åtminstone inte är lika framträdande som i det aktuella programmet. Det aktuella programmet byggs i relativt stor utsträckning på ACT-principer. Tidigare studier har visat att ACT-baserade behandlingar kan ha potential vid behandling av både social fobi (Dalrymple & Herbert, 2007) och paniksyndrom (Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes & Craske, 2012), i det senare fallet kombinerades ACT-tekniker med exponering. Enligt Dalrymple och Herbert (2007) krävs det fler studier för att få en bra förståelse av ACT-teknikernas effektivitet samt de verksamma mekanismerna bakom dessa. Sammanfattningsvis kan man säga att det aktuella behandlingsprogrammet förvisso följer de etablerade principerna för en Internetbaserad behandling. Men ACT-inslaget kan ha blivit så stort att det ändå handlar om en ny typ av program som då avslöjar hur en Internetbaserad behandling med större ACT-inslag skulle fungera mot social fobi och paniksyndrom.

Det som kan vara en nackdel med studiens design är det faktum att behandlingen bestod av ett stort antal komponenter (Internetplattformen, arbetsboken, Smartphoneapplikationen). Det är inte ovanligt att man testat ett behandlingspaket, men i det här fallet är det väldigt svårt att avgöra vad som var verksamt och vad som kunde vara ofördelaktigt. Det grundläggande behandlingsprogrammet så som det var upplagt på Internetplattformen följer förvisso principerna som man utvecklat under det senaste decenniet av arbete med Internethandlingar. Men just den designen har inte varit testad som den är utan terapeutstöd alls eller med terapeutstöd som är mer konventionellt i liknande sammanhang, t ex mejlkontakt eller korta telefonkontakt. Den aktuella smartphoneapplikationen hade inte testats för ångestbehandling förut. Applikationen har inte heller testats som ett komplement till traditionellt Internetbehandling med en huvudsaklig funktion att vara det enda forumet för terapeutstöd. Det stora antalet variabler gör det mycket svårt att bedöma varför studiens resultat ser ut som det gör.

En särskild teknisk aspekt som diskuterades inom forskargruppen var det som man kallade för "technical overload", tekniskt överbelastning. Internetbehandlingar har den utmaning att de kräver en viss teknisk kompetens från patienterna, kompetensen som kan skilja sig i stor utsträckning mellan olika sociodemografiska grupper. I den aktuella studien behövde deltagarna hantera tre olika tekniska komponenter – plattformen för rekrytering och administrativ kommunikation, plattformen för behandlingsprogrammet och smartphoneapplikationen. Alla tre hade olika inloggningskoder och olika inloggningsprocedur. Detta kan ha påverkat deltagarnas motivation under behandlingens gång.

#### *Validitet och reliabilitet*

Vid vissa tillfällen under behandlingens gång uppstod det tekniska problem med smartphoneapplikationen. Oftast kunde terapeuterna eller administratören se om programmet inte fungerade som det var tänkt och kunde åtgärda problemet. I andra fall hörde deltagarna av sig till forskargruppen. Ett större problem kunde uppstå när administratören/ terapeuten inte upptäckte problemet i tid och när deltagaren bara lät bli att fortsätta logga in på applikationen utan att höra av sig. Detta kan illustrera hur felfritt applikationen behöver fungera för att individen som får behandlingen skulle vara motiverad att använda den. Detta kan ha blivit ett hot mot studiens validitet, eftersom det blir oklart hur programmet såg ut i slutändan för en del av deltagarna.

Det specifika med metoden var att deltagarna i princip fick välja om de ville använda Arbetsboken för att arbeta med övningarna/hemuppgifterna. Internetplattformen hänvisade till Arbetsboken i sina texter men majoriteten av deltagarna använde sig ändå av smartphoneapplikationen i någon utsträckning. Grundtanken var att Arbetsboken och applikationen skulle vara ömsesidigt utbytbara och var och en av deltagarna skulle då kunna använda sig av det som de fann mest passande, inklusive kombinationen av båda. Detta kan tänkas ha gjort behandlingen mer tillgänglig och ha sänkt tröskeln för att använda så mycket av programmet som möjligt. Det kunde också ha blivit överflödigt med olika typer av material för deltagarna. Dessutom var det intressant att försöka studera effekterna av smartphoneapplikationen som komplettering till behandlingen som har den fördel att den kan ge omedelbar feedback och oftast är tillgänglig i vardagen.

Detta är svårt att göra nu när applikationen spelade en sådan biroll i behandlingen. Precis som tekniska problem med applikationen kan det ha blivit ett hot mot studiens validitet.

En svaghet avseende reliabiliteten som kan nämnas är det faktum att färre än hälften av de självskattningsskalorna som använts är studerade avseende online-administrering.

#### *Förslag till vidareforskning*

I fortsättningen är det intressant att ytterligare studera betydelsen av terapeutstöd vid användningen av Internetbaserade behandlingsprogram. Man behöver också utforska smartphoneapplikationers möjligheter vidare samt fortsätta studera vilka individer som blir mest hjälpta av behandlingsprogram med tekniskt stöd och minimal terapeutkontakt. Den aktuella studien har också samlat behandlingsutvärderingar i textform som behöver bli fokus i en separat kvalitativ undersökning.

### Referenser

Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: A population-based study. *Journal of affective disorders, 115*, 421-429.

American Psychiatric Association (APA) (2013). Anxiety disorders. I American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (sid. 189-234). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andersson, G., & Carlbring, P. (2011). Panic disorder. I W. T. O'Donohue, & C. Draper (Red.), *Stepped care and e-health: Practical applications to behavioral disorders* (sid. 61-67). New York, NY: Springer Springer New York.

Andersson, G., Carlbring, P., & Furmark, T. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in Internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *PloS ONE, 7*, e37411. Hämtad 07.02.2014 från <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0037411&representation=PDF>

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., et al. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 677-686.

Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided Internet-Based CBT for Common Mental Disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 43*, 223-233.

Andersson, G., Estling, F., Jakobsson, E., Cuijpers, P., & Carlbring, P. (2011). Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored Internet treatment of anxiety disorders. *Cognitive Behavior Therapy, 40*, 57-64.

Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H.-J., & Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: A preliminary psychometric analysis. *Behavior Research and Therapy, 40*, 701-715.

Barlow, D. (2013). *Unified Protocol: diagnosöverskridande psykologisk behandling*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Batelaan, N., Smit, F., de Graaf, R., van Balkom, A., Vollebergh, W., & Beekman, A. (2007). Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. *Journal of affective disorders, 104*, 127-136.
- Barazzone, N., Cavanagh, K., & Richards, D. A. (2012). Computerized cognitive behavioral therapy and the therapeutic alliance: A qualitative enquiry. *British Journal of Clinical Psychology, 51*, 396-417.
- Becker, E. M., Smith, A. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Who's using treatment manuals? A national survey of practicing therapists. *Behavior Research and Therapy, 51*, 706-710.
- 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*, 158-169.
- Boettcher, J., Carlbring, P., Renneberg, B. & Berger, T. (2013). Internet-based interventions for social anxiety disorders – an overview. *Verhaltenstherapie, 23*, 160-168.
- 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., et al. (2006). Remote treatment of panic disorder: A randomized trial of Internet-based cognitive behavioral therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry, 163*, 2119–2125.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 129-140.
- Carlbring, P., Gunnarsdottir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of Internet-delivered cognitive-behavioral therapy with telephone support. *British Journal of Psychology, 190*, 123-128.
- Carlbring, P., Gustavsson, 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*, 207-211.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldo, V., et al. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the Internet. *Behavior Research and Therapy, 43*, 1321-1333.
- 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*, 751-764.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1997). Cognitive therapy for anxiety disorders. I L. J. Dickstein, M. B. Riba., & J. M. Oldham (Red.), *American psychiatric press review of psychiatry, vol. 16* (sid 9-44). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.
- Craske, M. G., & Barlow D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review, 8*, 667-685.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis

of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943-1957.

Cuijpers, P., Marks, I. M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 66–82.

Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 169-177.

Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Behavioral Modification*, 31:543. Hämtad 03.03.2014 från <http://bmo.sagepub.com/content/31/5/543>

Donker, D., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M.R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e247. Hämtad 09.02.2014 från [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841358](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841358)

Fanning, J., Mullen, S. P., & McAuley, E. (2012). Increasing physical activity with mobile devices: a meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e161.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H.-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453–462.

First, M. B. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.

Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, E. J., Towe-Goodman, N., & Egger, H. (2013). Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: Prevalence and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 1294-1303.

Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., et al. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.

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, 92-101.

Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.-O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.

Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.

Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R., et al. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 435-443.

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, 310-317.

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

- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., et al. (2011b). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavior group therapy for social anxiety disorder: A randomized control non-inferiority trial. *PloS ONE*, *6*. Hämtad 01.02.2014, från <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0018001&representation=PDF>
- Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindefors, N., et al. (2011a). A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research*, *13*, 34-43.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kaldo, V., et al. (2013b). Effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*, 457-467.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Furmark, T., Carlbring, P., Lindefors, N., et al. (2010). Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: A psychometric evaluation. *Computers in Human Behavior*, *26*, 736-740.
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A. J., Stein, M. B., et al. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. [Elektronisk version]. *Depression and Anxiety*, *31*, 1-8.
- Herlofson, J., & Landquist, M. (2002). *MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim press.
- Hesser, H., Gustafsson, T., Lundén, C., Henrikson, O., Fattahi, K., Johnsson, E., et al. (2012). A randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 649-661.
- Hirai, M., & Clum, G. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*, *37*, 99-111.
- Holmgren, J., & Tunlind, F. (2010). *Effekten av två telefonsamtal på behandlingsutfall och arbetsallians vid Internetbaserad kognitiv beteendeterapi med behandlarstöd för paniksyndrom*. (Opublicerad D-uppsats). Umeå universitet, Institutionen för Psykologi.
- Houck, P. R., Spiegel, D. A., Shear, M. K., & Rucci, P. (2002). Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depression and Anxiety*, *15*, 183-185.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Janni, E., & Wrede, R. (2013). *Terapeuten i fickan: Upplevelsen av en smartphonebaserad depressionsbehandling*. (Opublicerad D-uppsats). Stocholms universitet, Psykologiska Institutionen.
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*, 861-870.
- Johnsson, A., & Linderot, E. (2011). *Två former av behandlarstöd vid Internetbaserad depressionsbehandling: påverkan på utfall, följsamhet och allians*. (Opublicerad D-uppsats). Umeå universitet, Institutionen för Psykologi.
- Keller, M. B., Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Pratt, L. A., Gollan, J. K., Massion, A. O., et al. (1994). Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: A prospective short interval naturalistic follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *182*, 290-296.

- Kiropoulos, L., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., et al. (2008). Is Internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1273-1284.
- Klein, B., Richards, J. C., & Austin, D. W. (2006). Efficacy of Internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- Kåver, A. (2006). *KBT i Utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19, 493-501.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lindner, P., Ivanova, E., Ly, K. H., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Guided and unguided CBT for social anxiety disorder and/or panic disorder via the Internet and a smartphone application: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14, 437. Hämtad 09.02.2014 från [www.trialsjournal.com/content/14/1/437](http://www.trialsjournal.com/content/14/1/437)
- Lindvedt, O. K., Griffiths, K. M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2013). Evaluating the Translation Process of an Internet-Based Self-Help Intervention for Prevention of Depression: A Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 15, 43-57.
- Linehan, M. (2000). *Dialektisk beteendeterapi: färdighetsträningsmanual*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ljótsson B., Hedman E., Andersson E., Hesser H., Lindfors P., Hursti T., et al. (2011). Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial. *American Journal of Gastroenterology*, 106, 1481-1491.
- Ly, K. H., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012a). Behavioural activation-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 62. Hämtad 10.02.2014 från <http://www.trialsjournal.com/content/pdf/1745-6215-13-62.pdf>
- Ly, K. H., Dahl, J., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012b). Development and initial evaluation of a smartphone application based acceptance and commitment therapy. *SpringerPlus*, 1:11. Hämtad 05.03.2014 från <http://www.springerplus.com/content/pdf/2193-1801-1-11.pdf>
- Ly, K. H., Trüschel, A., Jarl, L., Magnusson, S., Windahl, T., Johansson, R., Carlbring, P., & Andersson, G. (2014). Behavioral activation vs. Mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 4, e003440. Hämtad 05.03.2014 från <http://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e003440.full.pdf+html>
- Marks, I., & Cavanagh, K. (2009). Computer-aided psychological treatments: Evolving issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 121-141.
- Martell, C., Dimidjan, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Beteendeaktivering vid depression*. Lund: Studentlitteratur.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, T. M., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic

disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 434-440.

Melin, L. (2013). Teoretisk bakgrund. I L.-G. Öst (Red.), *KBT inom psykiatrin* (sid. 19-36). Stockholm: Natur & Kultur.

Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Hayes, S. C., & Craske, M. G. (2012). Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 606-618.

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, 27-45.

Nelson, E. C., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Glowinski, A., Madden, P. A. F., Reich, W., et al. (2000). Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: co-morbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychological Medicine*, 30, 797-804.

Neufeld, K. J., Swartz, K. L., Bienvenu, O. J., Eaton, W. W., & Cai, G. (1999). Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 186-192.

Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.

Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S.J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 89-103.

Northon, P. J., & Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled oninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29, 874-882.

Otto, M. W., Pollack, M. H., Maki, K. M., Gould, R. A., Worthington, J. J. III, Smoller, J. W., et al. (2001). Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: Rates, correlates, and comparisons with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 14, 209-213.

Rankin, J. L., Lane, D. J., Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (2004). Adolescent self-consciousness: Longitudinal age changes and gender differences in two cohorts. *Journal of Research on Adolescence*, 14, 1-21.

Rapee, R. M. (1995). Descriptive Psychopathology of Social Phobia. I R. G. Heimberg (Red.), *Social Phobia: Diagnosis, Assesment, and Treatment*, (sid. 41-66). London: Guilford Press.

Rapee, R. M., & Spence, N. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.

Reed, V. & Wittchen, H.-U. (1998). DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: how specific are panic attacks? *Journal of Psychiatric Research*, 32, 335-345.

Ruby, A., Marko-Holguin, M., Fogel, J., & van Voorhees, B. W. (2013). Economic Analysis of an Internet-based depression prevention intervention. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16, 121-130.

Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., et al. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 293-296.



- Socialstyrelsen (2014). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Besökt 09.02.2014. [www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordepressionochangest/sokiriktlinjerna](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordepressionochangest/sokiriktlinjerna)
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Socialstyrelsen.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- Statens beredning för medicinsk utredning (SBU). (2005). *Behandling av ångestsyndrom: en systematisk litteraturoversikt (SBU 2005:171)*. Mölnlycke: Elanders Infologistics Väst.
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 18-23.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 48, 890-899.
- Titov, N., Andrews, G., & Schwencke, G. (2008). Shyness 2: Treating social phobia online: Replication and extension. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 595-605.
- Titov, N., Dear, B. F., Schwenke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M., et al. (2011). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 49, 441-452.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Magee, L. (2008). Social anxiety disorder. I H. D. Barlow, (Red.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (sid. 123-153). New York: The Guilford Press.
- Watts, S., Mackenzie, A., Thomas, C., Griskaitis, A., Mewton, L., Williams, A., & Andrews, G. (2013). CBT for depression: a pilot RCT comparing mobile phone vs. computer. *BMC Psychiatry*, 13, 49.
- Wims, E., Titov, N., Andrews, G., & Choi, I. (2010). Clinician-assisted Internet-based treatment for panic: A randomized control trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 599-607.
- Wittchen, H.-U., & Essau, C. A. (1993). Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 47-68.
- Wittchen, H.-U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychological impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wittchen, H.-U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescence and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., Rodgers, A., & Gu, Y. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*, 11, CD006611. Hämtad

09.02.2014 från [www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD006611.pdf](http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD006611.pdf)

Wuyek, L. A., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2011). Psychometric properties of the Panic Disorder Severity Scale: Clinician administered and self-report versions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*, 234-243.

Yonkers, K. A., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, *52*, 637-643.

Yuen, E. K., Johnson, R. H., Goetter, E. M., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2012). Challenges and opportunities in Internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: research and Practice*, *43*, 1-8.

Öst, L.-G. (2006). Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar. I L.-G. Öst (Red.), *KBT inom psykiatrin* (Sid. 263–279). Stockholm: Natur och Kultur.

## Bilaga A. Internetplattformen Ångesthjälpen.

MENY

### Avsnitt 3

## Mål och hinder

I det här avsnittet kommer du lära dig mer om att tydliggöra dina mål och värderingar, samt vilka hinder som finns på vägen mot dessa

TILL AVSNITT 3

MENY

### Registreringar

Besvär med ångest senaste veckan

Väldigt lite Väldigt mycket

ÅNGRA

Livskvalitet senaste veckan

Väldigt låg Väldigt hög

ÅNGRA

Handlingar i värderad riktning senaste veckan

Väldigt få Väldigt många

ÅNGRA

Tid lagd på övningar senaste veckan

Lite tid Mycket tid

ÅNGRA

MENY

### Värderingar, mål och hinder

Nu ska vi titta närmare på värderingar, mål och hinder inom specifika områden i livet som många människor tycker är viktiga. Finns det konkreta mål du skulle vilja uppnå som ett steg i att gå i en riktning som leder mot dina värderingar och mål? Börja med att läsa sidan 20 och 21 i arbetsboken och fyll sedan formuläret för Värderad riktning på sidan 22. Efter du skrivit ner vill vi att du skattar på en skala från 1-10 hur viktigt respektive område är för dig (1=inte viktigt, 10= mycket viktigt) och hur du tycker att du agerar enligt den riktningen i dagsläget (1=inte alls i riktning, 10=precis i den riktning jag vill agera i).

Lämna rutorna med hinder tomma tillsvidare. Du kommer få titta närmare på dessa inom kort.

**Bilaga B.** *Smartphoneapplikationen Viary.*

