



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

GUIDAD SJÄLVHJÄLP VIA INTERNET INOM PSYKIATRIN

– en pilotstudie kring metodens potential för patienter med social fobi

Lotten Hjalmarson & Johanna Wängqvist

Psykologexamensuppsats vt 2011
Handledare: Henrik Levinsson

Tack till

Ett stort tack till Olof Johansson och GIR-projektet som givit oss möjlighet att vara en del av det spännande och lärorika arbetet med att utvärdera internetbaserad behandling i Region Skåne. Arbetet i projektgruppen har präglats av ett gott samarbete och en kreativ atmosfär vilket vi har uppskattat högt. Tack även till Björn Paxling, Tore Gustavsson och ännu en gång Olof Johansson, som lagt ner ett stort arbete på att utforma behandlingsmaterialet tillsammans med oss. Vi vill även tacka vår handledare Henrik Levinsson för ett stort engagemang och intresse för ämnet som behandlas i föreliggande uppsats. Din vägledning och din pedagogiska förmåga har varit en stor hjälp på den väg som ledde oss in i ett forskningsområde som var tämligen nytt för oss alla. Slutligen tack till Jonas Bjärehed, Anna Walldén och Elin Bergelin som bidragit med stöd och fungerat som bollplank i tider då vi varit villrådiga.

Abstract

The purpose of this pilot study was to examine the possibility of treating patients within a psychiatric setting with an internet-based guided self-help treatment. The authors also looked into how the self-help treatment was evaluated by the patients. Five participants were recruited to the study and a so-called case series was employed as design. To evaluate the effectiveness of the treatment a method called Jacobson-Truax was used. This method aims to measure clinical significance and was partly utilized because of the small number of participants in the study, but also because of the absence of studies examining this type of significance in the research field of today. The results from this study showed that there are some indications that patients with social phobia can benefit from the current treatment. Four out of five patients showed improvements after the treatment. The results in the current study can indicate trends. However, to gain further proof about whether the current treatment program is effective for patients with social phobia within a psychiatric setting, more studies, with a larger sample is needed.

Keywords: social phobia, internet-based treatment, cognitive-behavioral therapy, self-help, case series, clinical significance, psychiatry.

Sammanfattning

Syftet med denna pilotstudie var att undersöka möjligheten att behandla patienter med social fobi inom psykiatrin med en guidad internetbaserad självhjälpsbehandling. Författarna undersökte även hur självhjälpsbehandlingen upplevdes av patienterna. Fem deltagare rekryterades till studien där en så kallad case series-design tillämpades. För att utvärdera behandlingen och dess effektivitet användes en analysmetod kallad Jacobson-Truax. Denna metod syftar till att mäta klinisk signifikans och valdes delvis på grund av det låga deltagarantalet, men också på grund av bristen på studier som undersöker denna typ av signifikans inom aktuellt forskningsområde. Resultaten från studien ger vissa indikationer på att patienter med social fobi kan dra nytta av aktuell behandling, fyra av fem deltagare förändrades i positiv riktning. Resultaten från föreliggande studie kan indikera trender. För att kunna dra vidare slutsatser kring huruvida aktuellt behandlingsprogram är effektivt för patienter med social fobi inom psykiatrin, bör emellertid fler studier, med ett större urval genomföras.

Nyckelord: social fobi, internetbaserad behandling, kognitiv beteendeterapi, självhjälp, case series, klinisk signifikans, psykiatri.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	7
TEORI	8
SOCIAL FOBI	8
<i>Symtom vid social fobi</i>	8
<i>Prevalens</i>	9
<i>Komorbiditet</i>	10
<i>Etiologi</i>	10
<i>Clark and Wells kognitiva modell för social fobi</i>	11
BEHANDLING AV SOCIAL FOBI	12
<i>Läkemedelsbehandling</i>	13
<i>Psykodynamisk terapi</i>	13
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	13
SJÄLVHJÄLPENS FRAMVÄXT	15
INTERNETBASERAD SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING	15
<i>Vikten av terapeutkontakt vid internetbaserade självhjälpsbehandlingar</i>	16
<i>Fördelar med internetbaserade självhjälpsbehandlingar</i>	16
<i>Nackdelar med internetbaserade självhjälpsbehandlingar</i>	18
<i>Etiska aspekter vid internet- och självhjälpsbehandlingar</i>	19
<i>Användningen av internetbaserade behandlingar i Sverige</i>	20
TIDIGARE FORSKNING	21
KLINISK OCH STATISTISK SIGNIFIKANS.....	23
CASE SERIES-DESIGN	25
ANALYSMETOD FÖR ATT BERÄKNA KLINISK SIGNIFIKANS	25
SYFTE.....	28
METOD	28
UNDERSÖKNINGSGRUPP	28
REKRYTERING.....	28
URVAL	28
MATERIAL.....	30
STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV – AXIS I DISORDERS.....	30
SJÄLVSKATTNINGSFÖRMULÄR.....	30
<i>Liebowitz Social AnxietyScale - Self Report</i>	31
<i>Social Phobia Scale och Social Interaction Anxiety Scale</i>	31
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale</i>	32
<i>Utvärdering av behandlingen</i>	32
BEHANDLINGSMATERIAL	32
PROCEDUR	34
ETISKA ASPEKTER	35
DESIGN OCH ANALYSMETOD	35
RESULTAT	36
POÄNG PÅ UTFALLSMÅTTEN SAMT RCI-VÄRDEN.....	37
DELTAGARNAS CUT-OFF VÄRDEN SAMT PASSERANDE AV CUT-OFF GRÄNSER	39
KLASSIFICERING I KATEGORI EFTER BEHANDLING	40
DELTAGARNAS SKATTNINGAR VECKA FÖR VECKA.....	41

DELTAGARNAS UPPLEVELSE AV BEHANDLINGEN	43
DISKUSSION	44
RESULTATDISKUSSION	45
SYMPTOM FÖR SOCIAL FOBI	45
SYMPTOM FÖR DEPRESSION.....	46
DELTAGARNAS UPPLEVELSE AV BEHANDLINGEN	47
STUDIENS FRÅGESTÄLLNINGAR	48
SLUTSATSER AV RESULTATDISKUSSION	48
METODDISKUSSION.....	50
FORSKNINGSDESIGN.....	50
ANALYSMETOD.....	51
STUDIENS STYRKOR OCH SVAGHETER.....	52
ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR.....	54
FRAMTIDA FORSKNING	56
SLUTORD.....	57
REFERENSLISTA	58
BILAGA A: INFORMATION TILL DELTAGARNA OM BEHANDLINGSSTUDIEN	64
BILAGA B: SAMTYCKESFORMULÄR	67
BILAGA C: UTVÄRDERING AV BEHANDLINGEN	68

Inledning

De flesta av oss känner troligen igen oss i att någon gång i livet ha drabbats av ångest i sociala situationer. För vissa individer tar denna sociala ångest överhand och kommer att prägla hela deras vardag. Då individens liv blir så starkt begränsat att det blir svårt att sköta yrkeslivet, upprätthålla relationer och liknande, kan det röra sig om social fobi. Social fobi är ett av de vanligaste psykiatriska tillstånden i vårt samhälle, undersökningar visar att ungefär en åttondel av befolkningen drabbas. För många med social fobi är steget till att söka hjälp stort, de lever istället med sitt lidande i tystnad och begränsar sig själva och sitt liv på olika sätt (Kåver, 1999). Individer i denna patientgrupp löper stor risk att drabbas av andra psykiatriska tillstånd, mer än hälften av de med social fobi uppfyller kriterierna för ytterligare en diagnos. Inte sällan handlar det om olika former av substansmissbruk, många med social fobi tar till alkohol eller lugnande medicin för att mildra sina symtom (Brunello et al., 2000; Acarturk, Graaf, Straten, Have & Cuijper, 2008).

Med tanke på det lidande som social fobi orsakar samt det motstånd som individer med denna diagnos ofta har mot att söka traditionell hjälp, är det av stor vikt att hitta lämpliga behandlingsprogram för att fånga upp denna grupp. Ett sätt att göra detta på som blivit alltmer populärt de senaste åren är via internetbaserade guidade självhjälsprogram. Med denna behandlingsmetod är det möjligt att nå ut till ett stort antal patienter med relativt få resurser och även fånga upp patienter som i vanliga fall inte hade sökt sig till psykiatrin av flera olika skäl. Internetbaserade behandlingar är även ett kostnadseffektivt alternativ vilket är något som efterfrågas inom sjukvården idag, både av vårdtagare och vårdgivare (American Psychological Association, 1978, refererad i Rosen, 1987; Ström, 2003).

Tidigare forskning visar att internetbaserade behandlingar har en god effekt för flera olika typer av psykiatriska tillstånd, däribland social fobi (Cuijpers, Donker, van Straten & Andersson, 2010). Den forskning som gjorts har däremot främst bedrivits på populationer i en icke klinisk miljö där fokus har varit statistiskt signifikanta resultat på gruppnivå (Andersson, Carlbring & Cuijpers, 2009). Föreliggande studie syftar istället till att undersöka lämpligheten av internetbaserad behandling i ett psykiatriskt sammanhang samt att titta på så kallad klinisk signifikans, resultaten av en behandling på individnivå. Studien grundar sig på ett uppdrag från öppenpsykiatriska mottagningen i Malmö som genom det så kallade GIR-projektet (Guidad självhjälp i Region Skåne) syftar till att implementera och utvärdera effekten av guidad självhjälp via internet. Författarna skapade inför studien det behandlingsmaterial som användes. Behandlingsmaterialet kom att kallas ”Vivo - en internetbaserad självhjälsbehandling för social fobi” (hädanefter kallad Vivo-behandlingen). Namnet Vivo

betyder leva på latin och togs som en symbol för att de som genomfört behandlingen i större grad skulle få chansen att leva sitt liv fullt ut.

Teori

Social fobi. Enligt DSM-IV innebär social fobi en stark och ihållande rädsla för sociala situationer som kan innebära risk för kritisk granskning eller exponering för andra människor. Den uttalade rädslan grundar sig främst i en oro för att andra ska se ångestsymtomen eller för att individen ska uppföra sig på ett förödmjukande sätt. Vid social fobi finns ofta en insikt om att den sociala rädslan är överdriven eller till och med orimlig, men det hindrar inte att den fruktade sociala situationen så gott som alltid framkallar en mycket stark ångest och ibland även panikattacker. För att uppfylla diagnosen social fobi krävs att tillståndet orsakar ett påtagligt lidande, alternativt att det stör normalt fungerande i vardagen och påverkar arbetsliv eller studier, fritidsaktiviteter och sociala relationer (American Psychiatric Association, 2002). Exempel på sociala situationer som ofta upplevs vara ångestfyllda är att hålla tal, äta framför andra, stå i kö, samt generellt situationer där individen riskerar att få andras uppmärksamhet på sig (Barlow, 2002).

I DSM-IV förekommer social fobi i två olika subgrupper: generell social fobi och specifik social fobi. Det generella tillståndet formuleras som att ångest upplevs i de flesta sociala sammanhang och inte bara när individen utför något när andra ser på, vilket är fallet vid specifik social fobi. Vid båda former rör sig rädslan dock kring en oro över att bli förödmjukad eller att inte kunna leva upp till de förväntningar som individen har på sig själv (American Psychiatric Association, 2002; Barlow, 2002; Kåver, 1999).

Symtom vid social fobi. Symtomen vid social fobi är av både känslomässig, kognitiv, kroppslig och beteendemässig karaktär. Dessa symtom interagerar och påverkar varandra ömsesidigt (Kåver, 1999).

De känslomässiga symtomen kan benämnas som grunden i social fobi, framförallt ångest och rädsla. Dessa känslor riskerar leda till att individen isolerar sig och blir alltmer nedstämd som en effekt av att inte kunna leva sitt liv eller utvecklas på önskat sätt. Ilska och skam är ytterligare två vanliga känslor förknippade med social fobi. Ilskan kan riktas utåt men vänds oftare inåt och övergår till en irritation över att inte kunna leva upp till sina, ofta alltför högt ställda, krav på sig själv. Den skam som upplevs av personer med social fobi grundar sig vanligtvis i tankar om hur omgivningen upplever dem och att andra människor kanske ser

dem som rädsla och undvikande. Det kan även föreligga skamkänslor över oförmågan att använda sin kapacitet fullt ut, vilket i längden ofta påverkar självförtroendet (Kåver, 1999).

De kognitiva symtomen vid social fobi visar sig genom att uppmärksamhet, tolkningsförmåga, minnen och föreställningar påverkas. Personer med social fobi uppmärksammar potentiellt hotande social information i högre grad än vad andra gör. Individen förväntar sig det värsta i sociala situationer och förefaller ha ett överdrivet negativt sätt att tolka saker på. Individer med social fobi tycks även minnas negativa upplevelser av att bli bedömd av andra i högre grad än positiva upplevelser. Inte sällan underskattas den egna förmågan och personen saknar tilltro till sig själv (Clark & Beck 2010; Spokas, Rodebaugh & Heimberg, 2007).

De kroppsliga symtomen vid social fobi visar sig vanligtvis i form av förhöjd puls, illamående, svettningar, rodnad, skakningar och muntorrhet. De uppstår till följd av att det sympatiska nervsystemet aktiverats, vilket gör att kroppen förbereder sig för flykt eller kamp. Personer med olika typer av ångestsyndrom, däribland social fobi, tycks ha ett överkänsligt nervsystem som aktiveras alltför lätt. På grund av den ständiga anspänningen i kroppen upplever många individer med social fobi även en överdriven trötthet (Barlow, 2002; Kåver, 1999).

De beteendemässiga symtomen består ofta av så kallade säkerhetsbeteenden och undvikandebeteenden som syftar till att dölja den sociala rädslan. Undvikandebeteenden innebär att individen försöker hålla sig ifrån de sociala situationer som utlöser ångest. Säkerhetsbeteenden är ett mer subtilt sätt att hantera ångest på, som aktualiseras då det är svårt att undvika en situation helt och hållet. Det kan till exempel vara strategier som att prata tyst eller fort, hålla saker med båda händerna för att inte skaka, eller att dölja symtom som rodnad och svettningar med hjälp av smink och bylsiga kläder (Clark & Wells, 1995; Kåver, 1999).

Prevalens. Social fobi är det tredje vanligaste psykiatriska tillståndet och livstidsprevalensen i USA beräknas uppnå 13,3 % (Barlow, 2002). Enligt Furmark (2002) uppskattas livstidsprevalensen i västvärlden vara 7-13 %. Furmark drar dock slutsatsen att prevalensen under de två senaste decennierna troligen har påverkats av olika DSM-versioner där diagnoskriterierna har skilt sig åt. En amerikansk populationsstudie visade att medelåldern för insjuknandet var 19,1 år och att medelsnittet för hur länge sjukdomen varade uppnådde 16,8 år (Acarturk et al., 2008; Furmark, 2002).

Att individer upplever en mildare form av social ångest kan ses som relativt vanligt.

Sociala hämningar och rädsla för att utvärderas på ett negativt sätt, samt ångest och känslor av att bete sig inadekvat i sociala situationer rapporteras till exempel uppstå stundtals till måttligt ofta i den icke-kliniska populationen. Distinktionen för social fobi görs med hänsyn till antalet sociala situationer som ger upphov till rädsla samt hur stark rädslan upplevs vara (Clark & Beck, 2010).

Komorbiditet. Om en individ uppnår kriterierna för social fobi följer också en högre risk för andra psykiatriska tillstånd. De vanligaste komorbida tillstånden förefaller vara depression, substansmissbruk, generaliserat ångestsyndrom (GAD) och panikångest (Brunello et al., 2000). Resultaten från en amerikansk studie visade att 66 % av individerna med social fobi led av ytterligare ett psykiatriskt tillstånd (Acarturk et al., 2008). En annan amerikansk undersökning visade att 56,9 % av personerna med diagnosen social fobi även hade en komorbid ångeststörning där de vanligaste var specifik fobi (37,6 %), agorafobi (23,2 %) och GAD (13,3 %) (Magee, Eaton, Witchen, McGonagle & Kessler, 1996, refererade i Clark & Beck, 2010). Egentlig depression återfanns i 37,2 % av fallen och substansmissbruk i 39,6 % av fallen (Kessler & Chiu, 2005, refererade i Clark & Beck, 2010).

Etiologi. Idag saknas exakt kunskap om hur och varför social fobi uppstår men forskare tycks vara överens om att det handlar om en kombination av flera olika faktorer (Rapee & Spence, 2004).

Tidigare forskning på området har bland annat lyft fram idéer om ångest som ett evolutionärt grundläggande alarmsystem som har utvecklats för att svara på farliga situationer. Detta alarmsystem är vanligen funktionellt men aktiveras förmodligen på felaktiga grunder hos individer med social fobi. Ytterligare en förklaring till social rädsla är att den är biologiskt determinerad och att människan i alla tider har kopplat samman rädsla med arga, kritiska eller avvisande ansikten (Barlow, 2002). Det har för överlevnad och reproduktion varit viktigt att bli accepterad och få hjälp av andra gruppmedlemmar och därav har människor en inbyggd känslighet för signaler och ledtrådar som indikerar avvisande eller risk för övergivande (Sloman, Farvolden, Gilberg & Price, 2005).

Forskningsfältet är idag relativt överens om att även genetiska faktorer spelar en roll i utvecklandet av social fobi (Rapee & Spence, 2004). I en tvillingstudie av Stein, Jang och Livesley (2002) konstaterades att rädslan för att bli negativt bedömd, vilken antas vara grunden i social fobi, är måttligt genetisk. En effektstorlek på $d=0,48$ demonstrerades i studien bestående av 437 vuxna tvillingpar. Ytterligare fynd var gemensamma

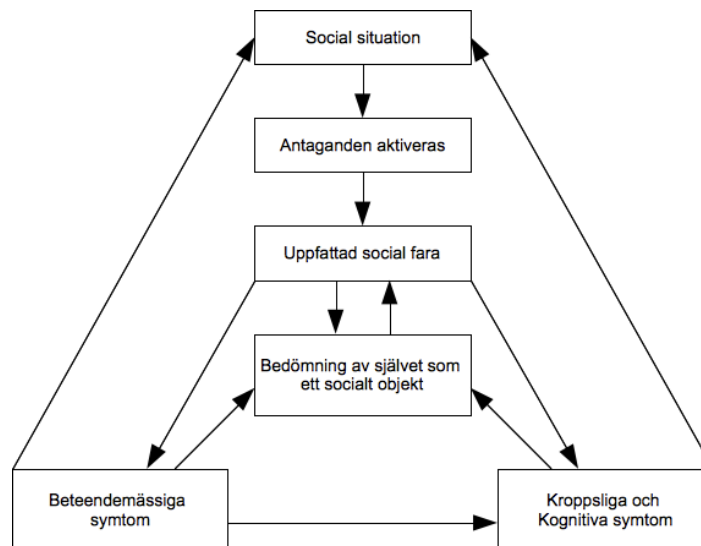
personlighetsdrag som kan kopplas till oro, socialt undvikande och undergivenhet. I en studie av Kendler, Myers, Prescott och Neale (2001) visade resultaten att så mycket som 13 % av variansen i social rädsla kunde kopplas till genetiska faktorer som är unika för just den här typen av rädsla. Endast 5 % av variansen kunde tillskrivas genetiska faktorer som är gemensamma för alla typer av rädsor. För utvecklingen av social fobi så verkar generella genetiska faktorer, som även påverkar andra störningar, vara betydelsefulla tillsammans med gener som är mer specifika för social ångest. Tillsammans tycks dessa spela en måttlig roll för en individs utvecklande av social fobi (Kendler et al., 2001, refererade i Rapee & Spence, 2004).

Social fobi kan även förklaras med att individen upplevt motgångar i barndomen (Kessler, Davis & Kendler, 1997, refererade i Clark & Beck, 2010). Rapee och Spence (2004) menar att negativa livshändelser och lärandesituationer kan bidra till en ökad risk för patologisk social ångest, det vill säga social fobi.

Slutligen menar Clark och Beck (2010) att individer med social fobi kan ha fler negativa sociala erfarenheter just på grund av att de fått färre positiva reaktioner av andra. Detta förklaras med att deras sociala beteende hämmas av den ångest de upplever i sociala situationer. Enligt Clark och Beck är det dock viktigt att komma ihåg att en person med social fobi vanligen värderar sina sociala prestationer överdrivet negativt vilket är det största bidraget till att fobin kvarstår (Clark & Beck, 2010). Tankegångar kring att det är överdrivet negativt tänkande i sociala situationer som leder till skapandet och upprätthållandet av social fobi utvecklades ursprungligen av Clark och Wells (1995). De har skapat en kognitiv modell som belyser processen då en person med social fobi hamnar i en ångestskapande situation. Denna modell redogörs för nedan.

Clark och Wells kognitiva modell för social fobi. Clark & Wells (1995) modell (figur 1) åskådliggör hur sociala situationer aktiverar ett automatiskt ångestprogram hos individer med social fobi. Detta ångestprogram innefattar en rad olika komponenter och kan beskrivas som en ond cirkel. Enligt modellen har individen från tidigare erfarenheter med sig ett antal negativa antaganden om sig själv som en social varelse och om den sociala situationen. Sådana negativa antaganden får individen att värdera sociala situationer som farliga, vilket skapar ångest och fokus läggs på självet som ett socialt objekt. Detta i sin tur leder till att personen blir mycket självfokuserad och drar felaktiga slutsatser om hur han/hon uppfattas av andra.

Då en social situation värderas som farlig av individen uppstår olika former av somatiska, kognitiva och beteendemässiga symtom. Som en konsekvens undviker individen sociala situationer eller använder sig av säkerhetsbeteenden för att förhindra att den fasade katastrofen ska inträffa. Dessa beteenden uppkommer som ett sätt att hantera den ångest som det innebär att utsättas för den sociala situationen. Både säkerhetsbeteenden och undvikandebeteenden skapar en trygghet och ger ett större lugn i stunden. I det längre loppet bidrar de dock till att fobin kvarstår eftersom individen aldrig exponeras för de fruktade situationerna och därmed aldrig får sina katastroftankar motbevisade. Istället tolkar patienten det som att han/hon överlever situationerna tack vare sina säkerhetsbeteenden och på så sätt skapas en ond cirkel (Clark & Wells, 1995; Kåver, 1999).



Figur 1. Kognitiv modell för social fobi. Fritt översatt från Clark och Wells modell (1995).

Behandling av social fobi. Social fobi behandlas vanligen med kognitiv beteendeterapi (KBT), psykodynamisk terapi eller läkemedelsbehandling. Terapeutisk behandling kan ges antingen individuellt eller i grupp. Trots användningen av olika psykoterapier för behandling av social fobi är det endast KBT som fått empiriskt stöd i RCT-studier, det vill säga randomiserade kontrollerade studier och det är den terapi som främst rekommenderas i Sverige idag (Harb & Heimberg, 2006; Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2005). Av denna anledning samt då interventionen i den här studien var KBT-baserad, görs en mer omfattande genomgång av denna behandlingsform. Först ges dock en kortare redogörelse för andra möjliga behandlingsalternativ.

Läkemedelsbehandling. Bland de preparat som ordineras vid social fobi i svensk sjukvård, är det olika typer av SSRI-preparat som har en starkt dokumenterad effekt (SBU, 2005). Enligt Socialstyrelsen (2010) har även lugnande preparat, så kallade bensodiazepiner, god effekt för vuxna med socialfobiska symtom. Långtidsbehandling med lugnande preparat är dock förknippat med problem i form av biverkningar, beroende eller förvärrade symtom och därav rekommenderas hälso- och sjukvården erbjuda sådan behandling endast i särskilda fall och under en mycket begränsad period.

En annan möjlig behandling är att kombinera läkemedel med psykoterapi. I dagsläget saknas dock enhetliga resultat som påvisar att en kombinationsbehandling skulle ha starkare effekt än behandling var för sig (Harb & Heimberg, 2006).

Psykodynamisk terapi. Vad gäller psykodynamisk behandling vid social fobi tycks det lida stor brist på kontrollerade studier för att utvärdera behandlingens effektivitet (Fonagy, Roth & Higgitt, 2005). Enligt Trierweiler (2006) har psykodynamisk terapi visat sig vara effektiv i icke-experimentell forskning men inte i RCT-studier eftersom det är svårt att utvärdera terapin på det sätt som krävs i mer kontrollerade studier. Socialstyrelsen (2010) förordar i dagsläget att dynamisk terapi endast bör erbjudas i undantagsfall.

Kognitiv beteendeterapi. Begreppet kognitiv beteendeterapi började synas i den vetenskapliga litteraturen i mitten på 1970-talet och har sedan dess blivit den ledande psykoterapin i det västerländska samhället (Clark & Fairburn, 1997). Som namnet antyder består KBT av både kognitiva och beteendemässiga komponenter och terapin kan beskrivas som problemfokuserad, mål- och framtidsorienterad samt empiriskt grundad. I KBT, som är en tidsbegränsad terapi på vanligtvis 12-16 sessioner, utgår terapeuten från patientens aktuella problem och specifika omständigheter och strävar efter att patienten ska föras med positiva erfarenheter och färdigheter i att hantera sina problem (Grant, Young & DeRubeis, 2005).

En KBT-behandling för en patient med social fobi inleds med en kartläggning av hur fobin gestaltar sig för patienten ifråga. Terapeuten socialiserar patienten till den kognitiva modellen för social fobi och med den som utgångspunkt kartläggs och registreras patientens säkerhetsbeteenden, självfokusering, kroppsliga symtom och negativa automatiska tankar (Clark, 1997).

Individer med social fobi använder ofta sina känslor som en indikator på om de har gjort bra eller dåligt ifrån sig i en social situation och patientens medvetenhet om detta eftersträvas i behandlingen. Patienten får lära sig att en känsla inte är samma sak som en

objektiv sanning och kan till exempel få spela in en konversation eller fråga andra om deras åsikt. Den feedback som fås indikerar ofta att patienten inte upplevs så ångestfylld eller nervös som han/hon först bedömde. Därmed ges insikt i att känslor inte är den bästa vägledaren för hur prestationer i sociala situationer bör bedömas (Clark, 1997).

Patienters undvikande av de sociala situationer som fruktas upprätthåller problematiken, därav är exponering en avgörande del av behandlingen. Genom exponering får patienten uppleva en habituering av ångesten i sociala situationer. Förutom exponering är också beteendexperiment och social färdighetsträning vanliga inslag i en KBT-behandling för social fobi (Grant et al., 2005; Leahy, McGinn, Busch & Milrod, 2005). Genom beteendexperiment utmanas frekvent förekommande katastroftankar. Patienten kan exempelvis medvetet få dra uppmärksamheten till sig eller göra något klantigt och upptäcker då att den väntade sociala katastrofen i de allra flesta fall inte inträffar (Clark, 1997).

De mer kognitiva interventionerna i behandlingen går ut på att identifiera patientens negativa antaganden, livsregler och automatiska tankar. Därefter påbörjas den kognitiva omstruktureringen där patienten får lära sig att ifrågasätta negativa tankar och skapa mer rationella antaganden om sig själv. Ofta använder terapeuten sig av en så kallad sokratisk frågeteknik där frågor ställs på ett sätt som får patienten att ifrågasätta och inse orimligheten i sina negativa tankar, livsregler och antaganden (Clark, 1997; Grant et al., 2005).

Innan social fobi infördes som en diagnos i DSM-III, var det få studier som undersökte effekten av olika behandlingar vid detta tillstånd. Sedan 1980-talet har dock ett stort antal studier gjorts, de flesta är RCT-studier där behandlingsgrupp jämförs med en grupp som står på väntelista. Det finns idag ett växande bevismaterial som indikerar att KBT är en effektiv behandling vid social fobi. Flertalet studier har även påvisat att effekterna av en KBT-behandling är relativt bestående över tid, i en period upp till fem år efter avslutandet av terapin (Leahy et al., 2005).

Enligt SBU (2005) finns ett starkt stöd för att både KBT och läkemedel har effekt vid social fobi men KBT är den psykoterapiform som i första hand förordas av Socialstyrelsen (2010). Vidare rekommenderar Socialstyrelsen idag även att hälso- och sjukvården vid lindriga ångestsyndrom hjälper patienter genom att ge råd om egenvård i form av självhjälp-litteratur eller textbaserad behandling med behandlarstöd. Ett exempel på sistnämnda är just KBT-baserad självhjälp vilket är det som behandlas i denna uppsats. Detta är ett relativt nytt sätt att behandla psykiatriska syndrom på som kräver mindre resurser och som visat på mycket tillfredsställande resultat. Nedan kommer en fördjupning i ämnet.

Självhjälps framväxt. Självhjälp kan beskrivas som en standardiserad, psykologisk behandling som genomförs oberoende av en terapeut. Behandlingen är ofta av full längd, det vill säga lika omfattande som en traditionell KBT-behandling och innehåller förutom psykoedukation också övningar och uppgifter. Steg för steg får patienten lära sig olika terapeutiska tekniker för att hantera sina svårigheter (Kaldo, 2008).

"Bibliotherapy" var namnet på en av de allra första artiklar som berörde ämnet självhjälp, denna publicerades av Menninger år 1937. Menninger var av åsikten att psykiatriska patienter kunde dra nytta av psykoedukativt material kring deras tillstånd och att deras läkare borde förse dem med detta (Menninger, 1937, refererad i Kaldo, 2008; Roy, 1979). På 1960-talet förde George Miller (1969) fram tankar kring att en av de allra viktigaste uppgifterna för yrkesutövare inom det psykologiska fältet var att lära människor hur de kunde hjälpa sig själva. Miller ansåg att psykologisk kunskap borde spridas fritt till alla som var i behov och kunde använda sig av den samt att självhjälp var ett sätt på vilket detta kunde uppnås.

Idag är allmänhetens intresse för olika former av självhjälpsmaterial såsom böcker, ljudband och datorbaserade program enormt. I USA visar statistiken att över 3500 nya självhjälpsböcker publicerades bara under 2003 och att marknaden för självhjälpsböcker växte med 50 % mellan år 2000 och 2004.

I en metastudie från 2004 inkluderades 24 studier som undersökt effekten av självhjälpsbaserade material för depression och ångest och resultaten visade en stor effektstorlek ($d=1,00$) vid jämförelse med kontrollgrupp (Menchola, Arkowitz & Burke, 2007). I en annan metastudie av Gould och Clum (1993) som inkluderade 40 RCT-studier jämfördes självhjälpsmaterial för bland annat depression, huvudvärk, svårigheter med sociala färdigheter samt sömnproblem med kontrollgrupper. Självhjälpsmaterialen bestod av tryckt material eller ljud/videoband. Resultaten visade en genomsnittlig effektstorlek på $d=0,76$ för självhjälpsinterventioner. Metastudien uppvisade även goda resultat gällande långtidseffekt av självhjälpsmaterial (Gould & Clum, 1993).

Denna uppsats behandlar fenomenet internetbaserad självhjälpsbehandling vilket är en förgrening av den självhjälp som beskrivs ovan. Denna behandlingsform har påvisat goda resultat för ett flertal psykiatriska tillstånd, bland annat social fobi. Nedan presenteras en genomgång av metoden samt forskningsläget idag.

Internetbaserad självhjälpsbehandling. En självhjälpsbehandling via internet är ofta grundad i terapimanualer eller självhjälpsböcker, anpassad till ett datorformat men med ett

upplägg som ser ut ungefär som vid traditionell behandling. Ofta används begreppet guidad självhjälp vilket innebär att patienten har kontakt med en ansvarig behandlare som kommunicerar med patienten (Andersson et al., 2008; SBU, 2007).

Behandlaren i en guidad självhjälpsbehandling via internet har som uppgift att ge feedback och svara på frågor från patienten. Patienten i sin tur får göra olika former av hemuppgifter och övningar som sedan mailas till behandlaren. Grad av kontakt med behandlaren varierar och sker vanligen genom mail, via telefon samt i vissa fall genom några få, korta möten. Rent generellt kan dock sägas att majoriteten av guidad självhjälp via internet sker med så kallad minimal terapeutkontakt, det vill säga med ytterst liten kontakt med terapeuten. I praktiken innebär detta att guidad självhjälp hamnar någonstans mittemellan traditionell psykologisk behandling och helt datoriserade behandlingar utan kontakt med behandlare (Andersson et al., 2008; Glasgow & Rosen, 1978).

De flesta studier och kliniska tillämpningar av internetbaserad guidad självhjälp är grundade i KBT-tekniker. Detta innebär inte nödvändigtvis att andra terapeutiska skolor inte kan användas vid guidad självhjälp, utan snarare att KBT har dominerat i den litteratur som finns om självhjälp (Andersson et al., 2008).

Vikten av terapeutkontakt vid internetbaserade självhjälpsbehandlingar.

Terapeutens roll vid självhjälpsbehandlingar har varit en omtvistad fråga i forskningen och resultaten spretar åt olika håll. Vissa forskare menar att terapeutkontakt inte alls påverkar behandlingens effekt medan andra funnit motsatt resultat (Kaldo, 2008). Gould och Clum (1993) fann i en metaanalys inga skillnader i effekt mellan studier med, respektive utan terapeutkontakt. I en senare metaanalys fann forskarna däremot att studier där deltagarna hade terapeutiskt stöd hade större effektstorlek än studierna utan detta stöd (Spek et al., 2007). Trots att de huvudsakliga komponenterna vid en internetbaserad självhjälpsbehandling återfinns i textmaterialet verkar det finnas ett behov av en professionell behandlare under programmets gång. Av vikt tycks vara att behandlaren har kunskap om principerna bakom KBT-metoden samt goda kommunikationsförmågor via text då e-mail är huvudförfarandet för kontakt (Andersson et al., 2008).

Fördelar med internetbaserade självhjälpsbehandlingar. I slutet på 70-talet publicerade American Psychological Association en rapport på ämnet självhjälpsterapier och konstaterade att självhjälpsprogram har stor potential att hjälpa individer att förstå sig själva och andra. I rapporten lyftes fram att sådana program kan nå ut till en stor mängd individer,

att de upprätthåller autonomi och individualitet genom att minska beroendet till professionella samt att de kan ha ett undervisande och förebyggande syfte (American Psychological Association, 1978, refererad i Rosen, 1987). Trots att rapporten inte gällde internetbaserade självhjälsprogram torde ovan nämnda fördelar gälla även för detta format. Rowan och Andrasik (1996) påpekar till exempel att det faktum att internetbaserade behandlingar är lättillgängliga och genomförs i patientens hemmiljö, troligen ökar generaliserbarheten av behandlingseffekten. Menchola et al. (2007) påtalar att en självhjälsbehandling kräver självdisciplin och ett stort engagemang från patientens sida. Detta kan givetvis vara energikrävande men en fördel är att det kan öka patientens känsla av ansvar och självförtroende i att lyckas uppnå en förändring.

Som motargument till att internetbaserade behandlingar är lättillgängliga skulle kunna hävdas att det finns många som inte har tillgång till internet eller innehar kunskap för att navigera på nätet. Detta motargument tycks dock alltmer sakna substans. År 2009 använde till exempel 91 % av svenskarna i åldern 16-75 internet, 89 % i samma åldersgrupp hade tillgång till internet hemma och 74 % använde internet dagligen (Stiftelsen för Internetinfrastruktur & WordPress, n.d.). Med genomslaget av så kallade smartphones (datorlika mobiltelefoner) har dessutom internet gjorts ännu mera lättillgängligt. En stor andel människor kan alltså idag, inom några sekunder, vara uppkopplade på ett trådlöst nätverk vilket torde innebära att material på nätet kan nås i princip var som helst och när som helst.

Självhjälsbehandlingar kan även vara ett bra alternativ för de som av geografiska skäl har svårt att ta sig till en traditionell behandling, de som har en negativ inställning till traditionell behandling eller helt enkelt upplever det alltför ångestskapande att träffa en terapeut ansikte mot ansikte. Många gånger innebär det också en lägre kostnad för vårdtagaren, vilket givetvis är en fördel eftersom behandlingen kan nå ut till fler och till de som exempelvis inte söker traditionell behandling av kostnadsmissiga skäl (Menchola et al., 2007; Ström, 2003).

Förfarandet att administrera en behandling via internet snarare än via böcker har fördelen att det ges möjlighet till kontakt mellan patient och behandlare. Skräddarsydda svar kan ges beroende på vad patienten svarar på frågor och uppgifter, detta vare sig det sker datoriserat eller via ett interaktivt system. Datorsystemet kan dessutom uppdateras med var patienten befinner sig i sitt arbete och kan vid behov skicka ut påminnelser och påskyndningar (Ström, 2003).

Slutligen är fördelar med självhjälsbehandlingar att de är tids- och kostnadseffektiva för vårdgivaren, vilket torde vara lovande i en tid då efterfrågan på psykologisk behandling

många gånger överstiger tillgången. Vad gäller tidsaspekten är det uppskattningsvis möjligt att spara 50 till 80 procent av terapeutens tid genom en internetbehandling i jämförelse med traditionell KBT (Anderson et al., 2008). I flertalet studier pekar resultaten även mot att självhjälsprogram har stor potential vad gäller kostnadseffektivitet och möjligheten att reducera kostnader för hälsovården (Ström, 2003). I Storbritannien har det bland annat gjorts utvärderingar av internetbaserade självhjälsprogram som används på kliniker vid behandling av depression. Resultaten tyder på att det är ett kostnadseffektivt alternativ till traditionell terapeutisk eller farmakologisk behandling (McCrone et al., 2004). I en studie av Paxling et al. (2007, refererad i Kaldo, 2008) konstaterades att internetbaserad KBT för GAD, mätt över ett år, innebar lägre kostnader än ”treatment as usual” (TAU). I en annan svensk studie av Ström, Petterson och Andersson (2000) gjordes vidare fynden att behandling av huvudvärk via internetbaserad behandling var lika effektiv som behandling på en mottagning eller farmaka men att kostnaden kunde vara upp till 12 gånger lägre i jämförelse med traditionell klinisk behandling.

Sammanfattningsvis är några av de främsta fördelarna med internetbaserade självhjälsbehandlingar att de är lättillgängliga och lämpar sig väl för de som av olika skäl är ovilliga att påbörja traditionell behandling, att de kan öka patientens känsla av autonomi samt är ett kostnadseffektivt alternativ för både vårdtagare och vårdgivare.

Nackdelar med internetbaserade självhjälsbehandlingar. En ofta omtalad nackdel med internetbaserade självhjälsbehandlingar är det höga bortfallet. En möjlig orsak antas vara att behandlarkontakt saknas eller är högst begränsad och målet vid självhjälsbehandlingar har därför varit att upprätthålla en viss kontakt med deltagarna (Glasgow & Rosen, 1978; Ström, 2003). Forskningsfältets åsikter kring huruvida bortfallet är större vid denna typ av behandling tycks dock gå isär. Gould och Clum (1993) fann i en metastudie bestående av 40 studier inga signifikanta skillnader i bortfallsfrekvens mellan självhjälsbehandlingar och kontrollgrupp. Bortfallet uppnådde 8,6 % för kontrollgruppen respektive 9,7 % för behandlingsgruppen.

Ett annat möjligt problem med självhjälsbehandlingar är att det kan finnas en bristande kunskap om vilken diagnos eller vilka huvudsakliga svårigheter individen har och att det inte görs en tillräckligt omfattande bedömning. Risken är att en person som tar hjälp av en självhjälsbehandling har "fel" diagnos och därmed påbörjar en självhjälsbehandling som inte är lämplig för honom/henne. Som konsekvens kan möjligheten till korrekt behandling minskas, försenas eller patienten kan till och med försämrats (Rosen, 1987).

En avgörande aspekt vid självhjälps- och internetbehandlingar är patientens motivation och engagemang, som ofta behöver vara betydligt högre än vid en vanlig terapi (Ström, 2003). Detta kan som nämndes ovan vara en fördel för vissa patienter men fungera mindre väl för andra. Det krävs ett högre mått av självdisciplin och planeringsförmåga då patienten själv bestämmer hur och när arbetet skall göras och denna aspekt kan givetvis göra att värdet av självhjälpsbehandlingar minskar för de som har svårt att leva upp till dessa krav. Det är rimligt att tänka sig att personer med vissa diagnoser, till exempel en svår depression, varken har den motivation eller ork som krävs för att genomgå en självhjälpsbehandling.

Ett problem vid självhjälpsbehandlingar är även att patienten kan missförstå instruktioner och dylikt. Här ges inte samma möjlighet till feedback eller korrigerande av ett felaktigt antagande som vid traditionell behandling (Ström, 2003). Detta kan också kopplas till patientens språkliga förmåga vilken är ytterligare en aspekt att ta hänsyn till vid den här typen av behandlingar. Internetbaserade självhjälpsbehandlingar presenteras i textform vilket kräver att patienten kan läsa relativt omfattande mängder text, följa instruktioner och kommunicera skriftligt. Detta innebär att patienter med neurologiska störningar eller läs- och skrivsvårigheter inte kan dra nytta av internetbaserad självhjälp, åtminstone inte i det format som erbjuds idag (Andersson et al., 2008).

Sammanfattningsvis är några nackdelar med internetbaserade självhjälpsbehandlingar att de kan innebära att individen inte får den lämpligaste behandlingen på grund av bristfällig bedömning, samt att de ställer högre krav vad gäller ansvarstagande, självdisciplin och språklig förmåga än vad traditionell behandling gör. Ett högt bortfall vid denna behandlingsform omnämns som en annan brist även om forskningen inte entydigt visar på att bortfallet verkligen skulle vara högre vid internetbaserad än vid traditionell behandling.

Diskussionen kring nackdelar med internetbaserade självhjälpsbehandlingar väcker även frågor kring etiska aspekter vid denna typ av terapiform och några av dessa aspekter tas upp nedan.

Etiska aspekter vid internet- och självhjälpsbehandlingar. Några frågeställningar som behöver övervägas ur etisk synvinkel vid internetbaserade behandlingsprogram är till exempel vem som skall ses som ansvarig vårdgivare och vilka möjligheter som finns för att mäta patientens respons på behandlingsprogrammet (SBU, 2007).

En annan fråga att beakta är hur patienter ska diagnostiseras och väljas ut för en internetbaserad behandling. Det är också avgörande att patienten godkänner och känner acceptans för behandlingsformen och att han/hon får vara delaktig i valet av behandling samt

vid önskemål erbjuds andra alternativ (SBU, 2007).

Ytterligare en etisk aspekt gällande internetbehandlingar rör konfidentialitet och säkerhet. Trots säkerhetsprogram och liknande kan patienten aldrig garanteras att ingen kommer att göra intrång och läsa känsliga uppgifter. Patienten bör informeras om säkerhetsaspekter samt om möjligheten att skapa ett anonymt och krypterat konto innan behandling påbörjas för att på så vis minska etiska problem (Ström, 2003).

Slutligen påpekar Rosen (1987) i en artikel kring självhjälp att spridningen av självhjälpsmaterial har många nackdelar som inte tas upp i litteraturen och att det gör psykologin och psykiatrin alltför kommersiell. Rosen menar att vissa psykologer sätter ekonomisk vinst framför individens bästa, vilket kan leda till ett spridande av icke-evidensbaserat självhjälpsmaterial. Även Ström (2003) påtalar denna risk och menar att utmaningen vid utformandet och administrerandet av självhjälpsprogram ligger i att få en behandling som i så hög grad som möjligt uppnår samma kvalitet som traditionell behandling.

Användningen av internetbaserade behandlingar i Sverige. I nyligen publicerade riktlinjer ger Socialstyrelsen (2010) internetbaserade behandlingar en hög prioritet vid behandling av depression och ångestsyndrom. Psykiatri Sydväst inom Stockholms läns landsting blev år 2007 pionjärer i Sverige och i världen med att erbjuda internetbaserad psykologisk behandling som en del av den offentliga hälsovården. Den så kallade Internetpsykiatrienheten drivs av Psykiatri Sydväst och Karolinska institutet och erbjuder behandling för depression, panikångest och social fobi (Psykiatri Sydväst, Stockholms läns landsting, n.d.).

Utöver Stockholms läns landsting finns idag ytterligare ett stort antal aktörer runtom i Sverige som erbjuder internetbaserade behandlingar och KBT via nätet. I Kronobergs läns landsting bedrivs till exempel en försöksverksamhet där patienter via vissa vårdcentraler kan få internetbaserad KBT-behandling mot stress, nedstämdhet, ångest/oro och sömnsvårigheter (Landstinget Kronoberg, n.d.). Akademiska sjukhuset i Uppsala är också en av de enheter som erbjuder KBT-baserade behandlingar via internet. Där uppskattas att ungefär 300 patienter i Uppsala län kan komma ifråga för självhjälpen varje år (Akademiska sjukhuset, n.d.). KBT-baserade självhjälpsbehandlingar via nätet används också inom verksamheter i bland annat Norrland, Halland och Östergötland (Linköpings Universitet, 2010). Idag finns det även flera privata företag som säljer självhjälpsprogram för en rad olika psykiatriska tillstånd, vissa av dem både till patienter och till andra företag som en tjänst.

Sammanfattningsvis kan konstateras att Sverige i jämförelse med andra länder ligger i framkant på området för internetbaserade behandlingar, gällande både klinisk användning och forskning. Nedan redogörs för hur forskningsfältet som ligger bakom framväxten av internetbaserade självhjälpsbehandlingar ser ut.

Tidigare forskning. Ett flertal studier har genomförts där effekten av internetbaserade självhjälpsbehandlingar utvärderas (Abramowitz, Moore, Braddock & Harrington, 2009; Andersson et al., 2006; Cuijpers et al., 2010; Menchola et al., 2007; Titov, Gavin, Choi, Schwencke & Mahoney, 2008). Lovande resultat stödjer det fortsatta utvecklandet och användandet av metoden och metastudier har visat att effekten av självhjälp är god inom en rad områden och i många fall ger lika goda resultat som vid en vanlig terapi. Några av de tillstånd för vilka internetbaserad självhjälp har visat sig ge en god effekt är depression, olika typer av ångestsyndrom, insomni, huvudvärk och sexuella dysfunktioner (Ström, 2003).

Cuijpers et al. (2010) har nyligen publicerat en metaanalys över effekten av guideade självhjälpsbehandlingar vid olika psykiatriska tillstånd. I studien inkluderades 21 RCT-studier med totalt 810 deltagare. Effekten av internetbaserad guidead självhjälp vid depression och ångeststörningar jämfördes med TAU. Resultaten visade en skillnad i effektstorlek mellan den guideade självhjälpsbehandlingen och TAU på $d=0,02$ till fördel för den guideade självhjälpen, vilket inte var någon signifikant skillnad mellan de olika behandlingarna. Inte heller vid uppföljning (upp till ett år) samt analys av bortfallsfrekvens identifierades några signifikanta skillnader mellan de olika behandlingarna.

I en annan metastudie av Spek et al. (2007) jämfördes sex guideade internetbaserade självhjälpsbehandlingar för olika ångesttillstånd med kontrollgrupper. Resultaten för de internetbaserade behandlingarna i jämförelse med kontrolltillstånden visade på en stark effektstorlek för behandlingsgruppen ($d=0,96$).

Vad gäller studier kring effekten av internetbaserad behandling vid social fobi jämfördes i en studie av Titov et al. (2008) två behandlingsprogram för social fobi med varandra samt med en kontrollgrupp. I den första behandlingsgruppen hade deltagarna kontakt med en behandlare via e-mail medan den andra gruppen genomförde programmet utan något behandlarstöd. Resultatet visade att 97 % av patienterna i den första gruppen skattade en hög nivå av tillfredsställelse över behandlingen jämfört med 62 % i den andra gruppen. I grupp ett slutförde 77 % hela programmet medan motsvarande siffra i grupp två var 33 %. Inga signifikanta skillnader kunde observeras i resultat mellan grupp två och kontrollgrupp men däremot visade grupp ett en signifikant förbättring i jämförelse med kontrollgruppen. Således

visar studien att bättre resultat uppnås med behandlarstöd.

I en schweizisk studie av Berger, Hohl och Caspar (2009) administrerades ett tio veckors internetbaserat program för social fobi som inkluderade en interaktiv självhjälpsguide, textbaserad kontakt med en terapeut, ett feedbacksystem för patienten samt ett internetbaserat gruppforum som gav deltagarna möjlighet att dela sina erfarenheter med andra deltagare. Självhjälpsguiden var baserad på Clark och Wells modell (1995) men anpassad för internetbehandling på ett interaktivt sätt då patienterna själva fritt kunde navigera runt på hemsidan för att till exempel repetera gamla övningar. Guiden bestod av totalt 57 websidor som var uppdelade i fem sessioner. Efter genomfört program hade 58 % i experimentgruppen nått en signifikant förbättring medan samma siffra i kontrollgruppen visade på 20 %. Effektstorlek för mellangruppskillnad var $d=0,76$. Studien påvisade inget stöd för att ett interaktivt tillägg skulle ge ett bättre resultat än det som uppnås via vanligt textadministrerande med mailkontakt.

Även i Sverige har det gjorts ett flertal studier på effekten av guideade självhjälp-behandlingar för social fobi. År 2006 genomförde Andersson et al. den första svenska studien som publicerats. I denna studie tvekade forskarna inför att exkludera fysiska möten med terapeuten och att bara använda sig av mailkontakt. Därför inkluderades två sessioner där patienten och terapeuten träffades, som tillägg till den nio veckor långa självhjälp-behandlingen. Resultaten visade på signifikanta skillnader mellan kontrollgrupp och experimentgrupp gällande symtomminskning i ångest, social ångest och depression. Experimentgruppen skattade även högre på skalan livskvalitet. Effektstorlekarna visade på en mellangrupps effekt på $d=0,70$ och en inomgruppseffekt på $d=0,87$. Behandlingseffekterna kvarstod efter ett års uppföljning. När studien senare replikerades med telefonsamtal istället för livesessioner uppnåddes lika goda resultat (Andersson et al., 2008).

Angående långtidseffekter av guidead självhjälp för social fobi visade en studie med 30 månaders uppföljning att det finns liknande effekter som vid traditionell KBT, det vill säga att patientens symtomminskning kvarstod. Varianten att lägga till telefonstöd visade inte signifikant bättre resultat än att bara ha mailkontakt med sin behandlare. Författarna till studien utesluter dock inte att det finns andra fördelar med telefonstöd, såsom färre avhopp (Carlbring, Nordgren, Furmark, & Andersson, 2009).

SBU har i en rapport från 2007 gjort en bedömning kring datorbaserad KBT. Datorbaserad KBT innebär här inte bara guideade internetbaserade behandlingar utan alla typer av självhjälp-behandlingar som utgår från en KBT-manual och anpassats till ett datorformat. Enligt SBU's rapport finns det ett begränsat vetenskapligt stöd för att datorbaserad KBT, på

kort sikt, har gynnsam effekt vid behandling av social fobi. Evidensstyrkan enligt SBU ligger på tre vilket innebär att slutsatsen stöds av minst två studier med medelhögt bevisvärde (SBU, 2007). Med tanke på att SBU's rapport är några år gammal vore det troligen lämpligt med en ny bedömning inom kort och inte minst med tanke på de goda resultat Cuijpers et al. (2010) redovisat i sin nyligen publicerade metastudie.

Många av de tidigare studierna kring internetbaserad behandling är så kallade efficacy-studier vilket innebär kliniska studier genomförda under optimala förhållanden, oftast i forskningssammanhang, där deltagarna vanligen är självselektade från allmänheten. Ofta har det rört sig om RCT-studier där behandlingsgrupp och kontrollgrupp jämförts och forskaren undersöker statistisk signifikans (Andersson et al., 2009).

Flera författare menar att det i den fortsatta forskningen bör göras fler effectiveness-studier, det vill säga studier som bedrivs under mer realistiska former (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008; Andersson et al., 2009) samt att forskare bör lägga mer fokus på den kliniska signifikansen (Jacobson & Truax, 1991; Ogles, Lunnen & Bonesteel, 2001; Vanheule, 2009). Klinisk signifikans tycks inte vara ett begrepp som förekommer frekvent i forskningen och enligt Jacobson, Follette och Revenstorf (1984) är det många gånger ett svårgripbart fenomen. Nedan ges därför en närmare genomgång av begreppet samt vad som huvudsakligen skiljer klinisk signifikans från statistisk signifikans.

Klinisk och statistisk signifikans. Den forskning som bedrivits inom det psyko-terapeutiska fältet på senare år har som nämndes ovan fokuserats på statistiskt signifikanta RCT-studier där behandlingsgrupp och kontrollgrupp jämförts. De anses vara en viktig typ av studier som visar behandlingseffekt på gruppnivå, så kallad effektstorlek. Enligt Vanheule (2009) är dock idén om att det bara är RCT-studier som kan ge oss empiriskt stöd för psykoterapi överskattad. Vanheule menar att RCT-studier ibland kan generera data som varken är kliniskt valid eller relevant och att de riskerar att underminera rikedomen och mångfalden i kliniskt arbete (Vanheule, 2009).

Resultaten i efficacy-studier ger visserligen generella svar på gruppnivå men döljer skillnader på individnivå och ger bristande information om inomgruppsvarians. Således nås ingen kunskap om behandlingen hade en meningsfull inverkan på individen, om han/hon återgått till normalt fungerande eller på vilket sätt personens liv har förändrats. Sådana frågor rör den så kallade kliniska signifikansen snarare än den statistiska. Kliniker som praktiskt tillämpar fynd från psykoterapiforskningen har länge framfört att de saknar information angående den kliniska signifikansen eller praktiska vikten av forskningsfynd (Jacobson &

Truax, 1991; Ogles et al., 2001; Vanheule, 2009).

Jacobson et al. (1984) redogör för ett flertal definitioner för klinisk signifikant förändring. Däribland: att förekommande problem elimineras, att det sker en förändring som är stor i omfattning, att det sker en förbättring i individens vardagliga funktion, att det sker en förändring som är synlig för vänner och signifikanta andra, eller att individen når en funktionsnivå som inte längre skiljer sig från en icke-avvikande population. Trots försök att nå konsensus kring en definition av klinisk signifikans tycks begreppet vara svårgripbart och innebära vissa brister.

Jacobson, Follette och Revenstorf (1986) har till exempel satt likhetstecken mellan klinisk signifikans och återgång till normalt fungerande. Detta passar vissa kliniska syndrom bättre än andra och författarna medger att vissa klienter kan dra fördel av psykoterapi även om de inte återgår till normalt fungerande. En person som är måttligt deprimerad efter behandling kan exempelvis anses vara mer välfungerande än den med en svår depression, även om personen ifråga fortfarande inte återgått till normalt fungerande. Jacobson et al. (1984) resonerar att en sådan person troligen borde klassificeras som kliniskt förbättrad trots att han/hon inte tillhör den funktionella populationen. De förespråkar en definition för klinisk signifikans som är applicerbar på ett stort antal kliniska problem, som är objektiv samt praktiskt tillämpbar både från ett kliniskt och psykometriskt perspektiv. Vidare skulle en enad definition även skydda mot risken att en forskare använder metoder på ett sätt som tjänar egna syften (Jacobson et al., 1984).

Ett annat dilemma som forskaren kan möta vid beräkning av klinisk signifikans rör det faktum att det ofta används flera olika utfallsmått för skattning av individens förbättring. Detta kan leda till missvisande resultat om personen ifråga endast har förbättrats på vissa mått. Det förekommer även att individen har flera kliniska problem vilket gör det svårt att uppskatta omfattningen på eventuell förändring (Jacobson et al., 1986).

Slutligen bör det hållas i åtanke att metoder för att beräkna klinisk signifikans inte på något sätt syftar till att ersätta metoder för beräkning av statistisk signifikans. Istället bör beräkning av klinisk signifikans ses som ett komplement till statistiska analyser som ofta gör jämförelser mellan kontrollgrupp och behandlingsgrupp. Analys av den specifika individens förbättring kan ge indikationer på vilket sätt behandlingen var effektiv eller ej på en mer detaljerad nivå, vilket är en fördel och ett gott komplement till andra metoder (Jacobson et al., 1984). För forskare som vill undersöka den kliniska signifikansen vid en viss behandling finns ett antal forskningsdesigner och metoder tillgängliga. En av dessa är den så kallade case series-designen vilken beskrivs närmare nedan.

Case series-design. En möjlig forskningsdesign för att undersöka klinisk signifikans är den så kallade case series-designen vilken kan beskrivas som en form av deskriptiv observationsstudie. Case series används vanligen i kliniska miljöer och bygger på att följa en grupp individer med liknande behandling under en viss tid. Efter genomförd behandling sammanställs deltagarnas data från utfalls- och processmått och ritas upp i diagram för varje individ. Detta för att mönster och trender ska kunna analyseras och åskådliggöras på ett tydligt sätt (Kooistra, Dijkman, Einhorn & Bhandari, 2009).

Case series har ett antal metodologiska begränsningar vad gäller att kunna dra kausala slutsatser om relationen mellan behandling och utfall. Då det inte krävs någon jämförelse- eller kontrollgrupp för studier av detta slag kan forskaren ofta inte dra lika säkra slutsatser som vid RCT-studier. Istället kan denna typ av design generera hypoteser som kan testas vidare i andra former av studier. Case series lämpar sig väl för att bland annat titta på nya behandlingsalternativ och hur individuella deltagare svarar på dessa (Kooistra et al., 2009).

En styrka med case series är att de generellt anses ha en hög extern validitet. Forskningsdesignen är inte lika kontrollerad som vid RCT-studier vilket sannolikt gör att både deltagarna samt miljön där studien utförs bättre speglar populationen och arbetssättet i klinisk verksamhet. En hög extern validitet innebär att resultaten kan appliceras i andra kliniska miljöer än på den plats där studien genomfördes (Ogles et al., 2001).

Som nämndes ovan kräver inte case series någon jämförelsegrupp och en fördel med detta är att det gör studien mer kostnadseffektiv (Ogles et al., 2001). Bristen på jämförelsegrupp innebär samtidigt en svaghet då det som nämndes ovan gör att inga kausala slutledningar kan dras om förhållandet mellan behandling och utfall (Mullane & Corkum, 2006). Med andra ord kan det finnas andra faktorer som påverkar patienten och som bidrar till den upplevda förbättringen (Kooistra et al., 2009).

Analysmetod för att beräkna klinisk signifikans. På samma sätt som att det finns ett antal analysmetoder för att beräkna statistisk signifikans, finns det också flertalet metoder för att beräkna klinisk signifikans. Dessa metoder kan till exempel innebära att patienter jämförs med en icke-klinisk kontrollgrupp, att forskaren använder skattningar som mäter livskvalitet eller att patienter klassificeras i olika kategorier (Atkins, Bedics, McGlinchey & Beauchaine, 2005). Förfarandet att klassificera patienter i olika kategorier, den så kallade Jacobson och Truax-metoden, som ursprungligen utvecklades av Jacobson et al. (1984) har kommit att bli mest populär för beräkning av klinisk signifikans. Mätt under en 9-årsperiod använde sig över

50 % av de studierna som publicerades i tidskriften *Journal of Consulting and Clinical Psychology* av någon variant av denna metod för att mäta klinisk signifikans (Atkins et al., 2005; Ogles et al., 2001).

Jacobson och Truax's metod ger information om vilka individer i urvalet som har förändrat sin symtombild och åt vilket håll. Således riskeras det inte att individuella fynd döljer sig i den stora gruppens resultat, vilket är risken då endast effektstorlekar presenteras som resultat (Ogles et al., 2001).

Metoden utförs i två steg där det ena innebär identifiering av ett cut-off värde för att skilja den dysfunktionella populationen från en funktionell population. Beroende på om forskaren har tillgång till normativ data eller ej ser tillvägagångssättet för att sätta cut-off olika ut (Atkins et al., 2005). Vanligen rekommenderas att cut-off beräknas utifrån en normgrupps medelvärde. Cut-off är då två standardavvikelser över medelvärdet hos normgruppen, det vill säga för att betraktas som kliniskt signifikant förbättrad ska deltagaren vid behandlingens eftermätning ha en poäng som ligger max två standardavvikelser ifrån normgruppens medelvärde. När det inte finns några tillgängliga normer menar Jacobson et al. (1984) att det bästa sättet för att beräkna cut-off för klinisk signifikans är att se om patienten gått från en teoretisk dysfunktionell population till en funktionell population som ett resultat av behandlingen. I praktiken skulle detta innebära att patienten vid eftermätningen uppnår en poäng som skiljer sig två standardavvikelser eller mer från hans/hennes poäng på förmätningen (Jacobson et al., 1984).

När en patient efter en behandling kan sägas tillhöra den funktionella populationen har han eller hon uppnått ett av två nödvändiga kriterier för att betraktas som signifikant förbättrad. Det andra kriteriet är att klientens förändring ska vara reliabel, det vill säga att förändringen mellan behandlingens för- och eftermätning måste vara tillräckligt stor för att kunna attribueras till en riktig förändring och inte bara till mätfel (Atkins et al., 2005).

För att uppskatta reliabiliteten använder Jacobson och Truax (1991) en förändringspoäng som kallas Reliable Change Index (RCI). Om värdet på RCI är större än $\pm 1,96$ är förändringen reliabel ($p < 0,05$). Om individen får ett värde som är större än $-1,96$ innebär det att han/hon uppnått en kliniskt signifikant förbättring avseende minskning i symptom. På motsvarande vis innebär ett värde över $+1,96$ en kliniskt signifikant försämring. Framtagande av RCI skulle enligt Jacobson et al. (1984) kunna ses som en ren statistisk aspekt som kan jämföras med de t-test som ofta används för att kartlägga grad av förändring på gruppnivå. RCI beräknas genom att dividera skillnaden i poäng på utfallsmåttet före respektive efter behandling med mätningens standardfel.

Formeln för att beräkna RCI ser ut på följande vis:

$$RCI = \frac{(X_{\text{efter}} - X_{\text{före}})}{\sqrt{2}SE^2}$$

SE beräknas genom följande formel:

$$SE = SD_{\text{före}}\sqrt{(1 - r)}$$

Efter att ha genomfört ovanstående två steg kan forskaren avgöra om förändringen hos patienten är kliniskt signifikant. För detta krävs alltså att patienten rört sig från en distribution till en annan och får ett RCI som är större än $\pm 1,96$ (Jacobson & Truax, 1991). Utifrån resultaten klassificerar forskaren sedan patienten i en av fyra kategorier:

1. Återställd - Patienten har passerat cut-off gränsen och RCI $-1,96$.
2. Förbättrad - Patienten har inte uppnått cut-off värde men har passerat gränsen för RCI $-1,96$.
3. Oförändrad – Patienten har inte passerat cut-off eller RCI.
4. Försämrad – Patienten har passerat RCI $+1,96$ (Atkins et al., 2005).

I en artikel från 1986 förmedlade Jacobson et al. en önskan kring att andra metoder skulle utvecklas för att beräkna klinisk signifikans. Detta för att ha något att jämföra Jacobson-Truax's metod med och på så sätt hoppades författarna kunna nå längre i utvecklingen av forskningsdesigner inom det psykoterapeutiska fältet. Denna önskan tycks ha realiserats då flera metoder för att mäta klinisk signifikans har utvecklats sedan dess.

I en studie av Atkins et al. (2005) granskades befintliga metoder för att beräkna klinisk signifikans med frågeställningen huruvida det spelade någon roll för resultatet vilken metod för dataanalys som användes. Forskarna använde sig av fyra olika metoder för att beräkna klinisk signifikans på simulerad data och fann fler likheter än skillnader mellan metoderna samt att de erhållna resultaten inte skiljde sig nämnvärt åt.

Sammanfattningsvis ger klinisk och statistisk signifikans olika typer av information i en forskningsstudie. Vid implementering av ett nytt material är det många gånger en god idé

att först göra en mindre pilotstudie och att utvärdera den kliniska signifikansen, innan större studier påbörjas, vilket var det förfarande som valdes i föreliggande studie. Författarna syftade till att genomföra en sådan typ av pilotstudie också på grund av den begränsade tiden. Nedan redogörs närmare för övergripande syfte med denna studie.

Syfte

GIR-projektet i sin helhet syftar till utvärdering som grundar sig på RCT-studier. Då författarna till denna studie var begränsade av snäva tidsramar och endast hann rekrytera ett fåtal deltagare valdes istället en annan design. Föreliggande studie kan ses som en förgrening av GIR-projektet där författarna gjorde en mindre pilotstudie på de första deltagarna.

Övergripande syfte med studien var således att utforma ett internetbaserat behandlingsprogram för social fobi som kunde implementeras på öppenvårdsmottagningar i Region Skåne samt att undersöka klinisk signifikans genom att utvärdera hur varje deltagare drog nytta av behandlingen. Utvärderingen av behandlingsprogrammets effekt fortsätter i skrivande stund men ligger inte inom ramarna för författarnas uppdrag. Frågeställningarna i denna specifika studie lyder som följer:

1. Kan patienter med social fobi inom psykiatrin dra någon fördel av guidad internetbaserad självhjälpsbehandling?
2. Har patienterna uppnått kliniskt signifikant förbättring med hänsyn till minskning av symtom för social fobi samt depression?
3. Hur upplevs Vivo-behandlingen av deltagarna?

Metod

Undersökningsgrupp

Rekrytering. Rekryteringen till studien skedde via allmänpsykiatriska kliniker i Malmö, Lund, Helsingborg, Trelleborg och Landskrona. Dessa mottagningar hade sedan tidigare anmält sitt intresse i att erbjuda sina patienter internetbaserad behandling och det var således personal på de olika mottagningarna som rekryterade deltagare till studien. Deltagarna var patienter som både var nya och listade på mottagningarna sedan tidigare.

Urval. Via ansvarig behandlare på patienternas lokala mottagning gavs skriftlig information kring behandlingsstudien samt möjligheten i att delta i en internetbaserad guidad självhjälpsbehandling (se Bilaga A). Patienterna fick ta ställning till om de ville delta och de

som var intresserade fick skriva under ett informerat samtycke (se Bilaga B). Därefter gavs inloggningsuppgifter till en hemsida där patienterna uppmanades att fylla i ett batteri med självskattningsformulär. De patienter som hamnade över en viss cut-off poäng på relevanta självskattningsformulär kontaktades sedan för inbokning av en intervju utifrån Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I). Denna intervju syftade till att fastställa patientens diagnos/diagnoser samt avgöra huruvida fastställda kriterier för inklusion och exklusion var uppfyllda. För inklusion i studien krävdes följande:

1. Att deltagaren var patient vid någon av de mottagningar som deltog i studien.
2. Att kriterierna för social fobi var uppfyllda enligt DSM-IV.
3. Att patienten hade godkänt att han/hon skulle randomiseras till en av två grupper där den ena gruppen fick behandling direkt och den andra efter åtta veckor.
4. Att patienten hade tillgång till en dator med internetuppkoppling och möjlighet att skicka och ta emot kommunikation via en webbläsare.
5. Att patienten var motiverad att arbeta för att förbättra sin situation genom att delta i behandlingen.
6. Att patienten kunde tala, läsa och skriva på svenska.
7. Att om patienten använde psykofarmaka skulle dosen ha varit stabil i minst tre veckor före behandlingsstart samt hållas stabil under hela behandlingstiden.
8. Att patienten godkänt att han/hon måste fylla i självskattningsformulär varje vecka samt efter avslutad behandling.

Följande exklusionskriterier sattes upp för studien ifråga:

1. Patienten deltar i någon annan psykologisk behandling.
2. Patienten uppvisar allvarliga suicidtendenser.
3. Patienten har ett pågående missbruk.
4. Patienten har ett allvarligt självskadebeteende, en ätstörning, eller en pågående psykos.

Under den period som författarna hade till sitt förfogande hann mottagningarna rekrytera totalt sex deltagare. Samtliga dessa uppfyllde inklusionskriterierna för studien ifråga. En av deltagarna föll dock bort efter intervju på grund av att denne ångrade sig kring beslutet att påbörja en internetbaserad behandling. Urvalet presenteras nedan.

Tabell 1. Deskriptiv data för studiens deltagare.

Deltagare	Kön	Komorbiditet	Medicinering	Sjukskrivning	Slutförd behandling
M1	Man	Ja	Nej	Nej	Ja
K1	Kvinna	Nej	Nej	Ja	Ja
K2	Kvinna	Ja	Ja	Ja	Ja
K3	Kvinna	Ja	Ja	Ja	Ja
M2	Man	Ja	Nej	Ja	Ja

Studiens deltagare bestod av fem patienter inom åldersspannet 25 till 40 år. Alla utom en patient hade minst en komorbid diagnos, dessa var: egentlig depression, dystymi och GAD. Fyra patienter var sjukskrivna vid behandlingstillfället. Två av patienterna behandlades även parallellt med psykofarmaka.

Material

Materialet i föreliggande studie bestod av ett intervjuformulär som administrerades vid ett personligt möte, en rad självskattningsformulär som patienten på egen hand fick fylla i elektroniskt samt det aktuella behandlingsmaterialet, det vill säga Vivo-behandlingen.

Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I). SCID är ett semistrukturerat intervjuformulär som används för att fastställa diagnoser utifrån kriterier i DSM-IV. Det finns flera olika versioner av SCID, anpassade för olika syften och sammanhang. I föreliggande studie användes SCID-I som syftar till att fastställa diagnoser på axel I i DSM-systemet (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998). Författarna till denna studie samt två andra psykologstudenter som deltog i GIR-projektet var de som genomförde SCID-intervjuerna efter en kortare utbildning, inläsning av SCID-handboken och manualer samt ett antal övningsintervjuer.

Självskattningsformulär. Som utfallsmått i det större GIR-projektet användes ett omfattande batteri av olika självskattningsformulär. Eftersom föreliggande studie var en mindre pilotstudie och förgrening av detta projekt användes inte alla förekommande formulär som utfallsmått. Alla patienter i projektet fick till exempel fylla i det så kallade Trimbos and Institute of Medical Technology Assessment Cost Questionnaire for Psychiatry (TIC-P) som avser mäta kostnadseffektivitet vid en viss behandling. Detta formulär togs inte med som utfallsmått i pilotstudien eftersom det endast sågs som relevant för mer storskaliga utvärderingar. I föreliggande studie användes Liebowitz Social Anxiety Scale – Self

Report(LSAS-SR), Social Phobia Scale (SPS), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) och Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rated (MADRS-S) som utfallsmått. Som processmått användes LSAS-SR och MADRS-S.

Anledningen till att det i studien användes flera olika utfallsmått för social fobi är att de anses mäta olika aspekter av diagnosen så som den framställs i DSM-IV, vilken är den definition som författarna valt att utgå ifrån. Med flera utfallsmått ges möjlighet till en bredare bild av deltagarna och deras svårigheter samt förbättringar. Att författarna till studien även valde att inkludera ett depressionsmått motiveras av att en stigande grad av depression skulle kunna försvåra arbetet med materialet. Av etiska skäl ville forskarna även försäkra sig om att inga suicidala tendenser fanns, vilket då hade exkluderat deltagaren från studien och erbjudit denne mer akut hjälp. Ett depressionsmått inkluderades även på grund av den extra informationskälla denna kan tänkas utgöra och på grund av möjligheten att bättre fånga den komplexa symtombild som ofta karakteriserar patienter med social fobi.

Nedan ges en mer detaljerad redogörelse för de olika självskattningsformulären.

Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Report (LSAS-SR). LSAS är ett situationsbaserat skattningsinstrument som skiljer på de två komponenterna rädsla och undvikande (Baker, Heinrichs, Kim, & Hofmann, 2002). LSAS i originalformat utvecklades av Liebowitz år 1987 och består av en skala som mäter rädsla och undvikande i olika situationer som kan tänkas medföra social ångest. Tretton av frågorna rör prestations-situationer medan de resterande elva situationerna rör social interaktion. För varje situation skattas rädsla och undvikande under den senaste veckan på en skala från 0±3. Från skattningarna kan sex olika delskalor erhållas: rädsla för social interaktion, rädsla för att prestera, undvikande av social interaktion, undvikande av prestation, total rädsla och totalt undvikande (Fresco et al., 2001). Vad gäller de psykometriska egenskaperna för LSAS-SR redovisade Baker et al. (2002) från en amerikansk studie med 175 deltagare en tolv veckors test-retest reliabilitet på $r=0,83$ för den totala poängen på de båda skalorna.

Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). SPS och SIAS är två skalor som kompletterar varandra vid skattning av social fobi. SPS mäter rädsla och ångest för att bli granskad under vardagliga aktiviteter och i situationer där individen ska prestera. SIAS mäter istället rädsla för mer generell social interaktion och patientens kognitiva, känslomässiga och beteendemässiga reaktioner i relation till dessa situationer. SPS ger ett mått för specifik social fobi medan SIAS ger utslag för den generaliserade typen.

Skalorna består av 20 frågor var där varje fråga skattas på en skala från 0-4 efter hur väl påståendet stämmer på individen. Båda skalorna visar på hög test-retest reliabilitet på $r=0,66$ till $0,93$ för SPS och $r=0,86$ till $0,92$ för SIAS. De diskriminerar väl mellan social fobi, agorafobi och specifik fobi samt mellan social fobi och den icke-kliniska populationen. Skalorna korrelerar även väl med andra etablerade mått av social ångest (Mattick & Clarke, 1998).

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self-rated (MADRS-S). Den ursprungliga skattningsskalan MADRS utvecklades av Montgomery och Åsberg (1979) för att mäta grad av depression hos patienter. I aktuell studie används självskattningsversionen, MADRS-S, vilken utvecklades av Svanborg och Åsberg (1994). Skalan består av nio frågor som skattas på en sjugradig skala. Följande symtom skattas; sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust. (Montgomery & Åsberg, 1979). MADRS uppvisar en hög interbedömarreliabilitet, en god förmåga att skilja icke-kliniska fall från kliniska fall och en test-retest reliabilitet på $r=0,80$ till $0,94$. Vad gäller svenska normer för MADRS-S har följande riktlinjer satts upp: 0-6 poäng=ingen depression, 7-19 poäng=mild depression, 20-34 poäng=medelsvår depression samt 35-60 poäng=svår depression (Svanborg & Åsberg, 1994).

Utvärdering av behandlingen. Efter avslutad behandling fick deltagarna utvärdera Vivo-behandlingen (se Bilaga C) genom att svara på ett antal frågor, bland annat om hur nöjda de var med behandlingen, med sin terapeutkontakt och behandlingens omfattning i relation till dess längd. De fick även skatta hur mycket tid de i genomsnitt hade lagt på sin behandling samt svara på frågor om huruvida de ändrat sin medicinering eller sökt någon annan psykologisk hjälp under tiden. Slutligen fick deltagarna möjlighet att lämna generella kommentarer om hur de upplevde behandlingen och dess förfarande via internet.

Behandlingsmaterial. Behandlingsmaterialet som användes, Vivo-behandlingen, konstruerades av författarna i samarbete med tre legitimerade psykologer och är huvudsakligen uppbyggt efter Clark och Wells (1995) modell för social fobi. På grund av materialets omfattning bifogas det inte till studien men det går att finna på www.internetpsykologi.com/vivo.

Materialet består av åtta kapitel som patienten arbetar sig igenom med stöd från en ansvarig behandlare. Varje kapitel kan jämföras med en behandlingssession och/eller ett

kapitel i en självhjälpbok. Ett nytt kapitel delades ut varje vecka och kontakten med behandlaren under de åtta veckorna skedde via ett krypterat meddelandesystem. Den övergripande strukturen för varje kapitel såg ut på följande vis:

1. Texten i behandlingsmaterialet lästes av patienterna.
2. Patienterna fick på egen hand arbeta med övningar och uppgifter relaterade till veckans kapitel och kommunikationen med ansvarig behandlare skedde parallellt med detta.
3. Patienten fick i slutet av veckan skicka in de uppgifter som hörde till varje kapitel till sin behandlare.
4. Behandlaren gav feedback till patienten på de uppgifter som skickats in samt gav tillgång till nästa veckas kapitel.

Vivo-behandlingens åtta kapitel har följande fokus:

- Kapitel 1: Introduktion till hur behandlingen är upplagd samt till vad KBT är för något. Patienten får läsa om social fobi samt börja arbeta med att göra situationsbeskrivningar och sätta upp målsättningar.
- Kapitel 2: Psykoedukation kring tankar och deras betydelse samt vanliga tankegångar vid social fobi. Patienten får läsa om negativa automatiska tankar samt hur dessa kan kartläggas. Kapitlet ger också en första inblick i modellen för social fobi av Clark och Wells (1995).
- Kapitel 3: Information om de vanligaste tankefällorna samt hur patienten kan ifrågasätta sina negativa automatiska tankar. I kapitlet ges information om säkerhetsbeteenden och patienten får genomföra sitt första beteendeeperiment.
- Kapitel 4: Beskrivning av känslor och vad de fyller för funktion. Patienten får läsa om rädslor och om hur dessa kan utmanas. I kapitlet introduceras patienten till exponering och får göra övningar kopplat till detta.
- Kapitel 5: Patienten får jobba vidare med exponering och kan läsa om vanliga hinder och problemlösning. I kapitlet kan patienten också läsa om och öva sig i hur han/hon kan andas på rätt sätt.
- Kapitel 6: Redogörelse för grundantaganden och livsregler samt repetition av modellen för social fobi. I kapitlet beskrivs olika aspekter av uppmärksamhet och självfokus och hur detta hänger ihop med social fobi. Exponeringsövningarna fortsätter och patienten får göra en återblick på sina tidigare uppsatta målsättningar.

Kapitel 7: I det näst sista kapitlet får patienten träna sina sociala förmågor och läsa om säkerhetsbeteenden kopplade till dessa. Det ges också tips och råd kring hur patienten kan hantera svåra och utmanande situationer.

Kapitel 8: I det avslutande kapitlet sammanfattas mål och sårbarhetsfaktorer och patienten kan läsa om vad som kan göras om han/hon inte känner sig nöjd med behandlingen samt om hur framtida svårigheter kan hanteras.

Procedur

Som tidigare nämnts tog denna uppsats form utifrån det så kallade GIR-projektet, vilket är ett utvecklings- och implementeringsprojekt av internetbaserad behandling inom öppenvård psykiatri i Region Skåne. Tidigare har en internetbaserad behandling för GAD utvärderats i en studie på allmänpsykiatriska kliniken i Malmö. Resultaten var lovande och utveckling av internetbaserade behandlingar för andra diagnosgrupper sågs därför som relevant.

Under cirka nio månaders tid skapade författarna tillsammans med tre legitimerade psykologer det behandlingsmaterial som avsåg användas. Efter detta påbörjades rekrytering av deltagare från allmänpsykiatriska kliniker i Malmö, Lund, Helsingborg, Trelleborg och Landskrona. De patienter som var intresserade av att delta samt uppfyllde uppsatta kriterier för studien ifråga fick antingen påbörja behandling direkt eller vänta åtta veckor innan de påbörjade samma behandling. Före behandlingsstart fick patienterna fylla i ett batteri med självskattningsformulär. Efter påbörjad behandling fick patienten sedan varje vecka fylla i MADRS-S och LSAS-SR. Alla formulär och självskattningar fylldes i och skickades in elektroniskt via ett skyddat kontakthanteringssystem. Efter avslutad behandling fick patienterna återigen skatta hela batteriet, det vill säga samma formulär som innan behandlingsstart samt ett formulär för utvärdering av behandlingen.

Då författarna till studien var begränsade av snäva tidsramar och endast hann rekrytera ett fåtal deltagare fick metoden anpassas och den ursprungliga forskningsplanen modifieras. GIR-projektet i sin helhet syftar till att på sikt få till stånd RCT-studier för utvärdering av guide självhjälpsprogram via internet. Denna studie kan ses som en förgrening av projektet där en mindre pilotstudie gjordes på de första deltagarna med syftet att undersöka klinisk signifikans. Läsaren bör ha detta i åtanke eftersom den procedur som beskrivs ovan således inte bara gäller för denna studie, utan även för den mer omfattande RCT-studie som planeras då tillräckligt deltagarantal uppnåtts. Det var exempelvis med anledning av den större studien som deltagarna randomiserades. Förfarandet med randomisering hade inga implikationer för föreliggande studie eftersom inga jämförelser gjordes mellan grupper. Författarna ansåg det

dock vara av vikt att beskriva hela proceduren för att inte utelämna information som i ett senare skede skulle kunna tänkas ha betydelse.

Etiska aspekter

Då studien var en del av ett större forskningsprojekt inom Region Skåne var etiska hänsynstaganden av största vikt och därför gjordes en etikansökan till Etikprövningsnämnden i Lund innan studien påbörjades. Etikansökan godkändes hösten 2010.

Deltagarna i studien fick även skriftlig information rörande ett antal punkter som enligt författarna skulle kunna kopplas till forskningsetiska aspekter och ansågs vara viktiga att beakta. Bland annat gavs information om sekretess, att all kontakt skulle ske via ett krypterat meddelandesystem och journalföras i enlighet med patientdatalagen samt att all insamlad data skulle rapporteras i oidentifierad form. Vidare var deltagarna väl införstådda med att de vid medverkan när som helst kunde lämna studien utan att detta skulle påverka möjligheten till ordinarie behandling. Slutligen informerades också om att behandlingen var en del i ett forskningsprojekt och att deltagarna vid medverkan därför kunde hamna på väntelista i åtta veckor eller få behandling direkt.

Design och analysmetod

I studien tillämpades en case series-design. I enlighet med denna design sammanställdes efter behandlingen deltagarnas data på utfalls- och processmått och ritades upp i diagram för varje individ med programmet Microsoft Word.

För beräkning av klinisk signifikans användes Jacobson-Truax's metod. Ett av stegen utifrån denna metod innebar fastställande av cut-off för att kunna beräkna huruvida varje deltagare rört sig från en dysfunktionell population till en funktionell. Som tidigare nämnts kan fastställande av cut-off göras på olika sätt beroende på om forskaren har tillgång till normativ data eller ej. Vad gäller formulären LSAS-SR, SIAS och SPS är de inte normerade och författarna försökte därför finna ett urval från tidigare, större studier på området som kunde tillämpas som normgrupp. I detta sökande upptäcktes dock att urvalet i föreliggande studie skiljde sig markant från tidigare studiers urval. Deltagarna i denna studie skattade alla markant högre på samtliga formulär som användes. Hade författarna valt att sätta gränsen för cut-off utifrån en normgrupps medelvärde hade det varit i stort sett omöjligt för deltagarna att passera denna gräns.

Vad gäller cut-off för MADRS-S har Svanborg och Åsberg (1994) förvisso satt upp rekommenderade gränser, men då författarna till föreliggande studie ansåg det viktigt att vara

konsekventa i beräkning av cut-off användes samma tillvägagångssätt vid samtliga formulär. Cut-off i studien är således baserat på förfarandet där cut-off beräknas vara nådd då deltagaren vid eftermätningen uppnått en poäng som skiljer sig två standardavvikelser eller mer från förmätningen. När detta sker kan deltagaren alltså anses ha gått från en klinisk till en icke klinisk population. Standardavvikelser för att kunna göra beräkningarna togs från urvalet och herefter beräknades varje individs cut-off utifrån deras skattningar vid förmätningen.

I det andra steget för beräkning av klinisk signifikans undersöktes huruvida deltagarnas förändring var reliabel. Detta gjordes genom att, utifrån deltagarnas poäng på före- och eftermätning, ta fram ett RCI-värde för varje person på de olika formulärens, enligt den formel som redogjordes för i teorin. Ett RCI-värde större än $\pm 1,96$ innebar en kliniskt signifikant förändring.

De r-värden som användes i studien är test-retestreliabiliteten som tidigare angivits för vart och ett av de formulär som tillämpats. I de fall då inga exakta r-värden angivits för ett instrument räknades ett medelvärde ut. Efter framtagande av RCI för var och en av deltagarna klassificerades de slutligen i en av fyra kategorier: återställd, förbättrad, oförändrad eller försämrad, beroende på grad av förändring.

Resultat

Resultaten i studien presenteras först genom deltagarnas förändringar på de utfallsmått som användes. Utfallsmåtten utgjordes som tidigare nämnts av deltagarnas poäng på LSAS-SR, SPS, SIAS och MADRS-S vid behandlingens före- och eftermätning. Höga poäng på samtliga dessa skalor motsvarar en hög symtomnivå medan låga poäng motsvarar en låg symtomnivå. Redogörelsen av resultaten utgår från de två kriterier för klinisk signifikant förändring som Jacobson och Truax (1991) satt upp, det vill säga att deltagaren ska ha ett RCI-värde större än $\pm 1,96$ samt passerat cut-off. Redogörelsen avslutas med att deltagarna klassificeras i kategorier utifrån deras förändring på utfallsmåtten. I påföljande stycke presenteras deltagarnas resultat på processmått, det vill säga deras förändring gällande symtom för social fobi och depression vecka för vecka. Slutligen beskrivs deltagarnas skattningar på det formulär som användes för utvärdering av behandlingen. Parallellt med hela resultatredovisningen sammanställs data från de fem deltagarna på individuell nivå och redogörs för visuellt i grafer. Detta utifrån metodiken i en case series-design.

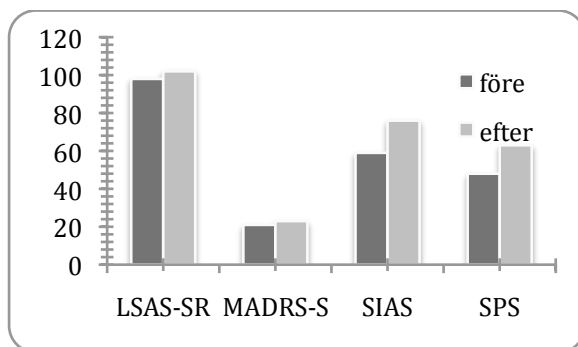
Poäng på utfallsmåtten samt RCI-värden

I tabell 2 nedan redogörs för deltagarnas poäng på utfallsmåtten det vill säga LSAS-SR, SIAS, SPS och MADRS-S vid behandlingens för- och eftermätning (mättillfälle 1 respektive 2).

Tabell 2. Deltagarnas poäng på LSAS-SR, SIAS, SPS och MADRS-S vid behandlingens för- och eftermätning. Förmätningen markeras med 1 och eftermätningen med 2.

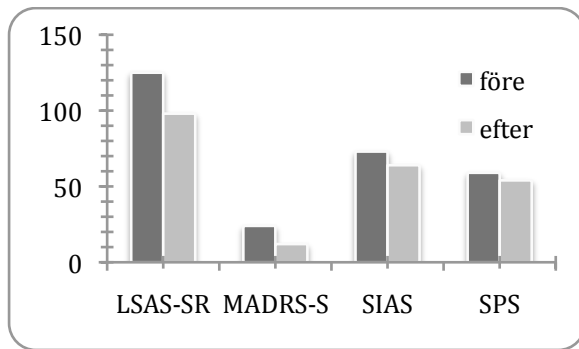
Mättillfälle	M1		K1		K2		K3		M2	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
LSAS-SR	99	102	125	98	76	44	110	70	94	73
SIAS	59	76	73	64	31	24	58	39	61	39
SPS	48	63	59	54	27	18	51	35	42	31
MADRS-S	21	23	24	12	10	7	32	15	29	18

I figurerna nedan illustreras deltagarnas skattningar på LSAS-SR, SIAS, SPS och MADRS-S vid för- och eftermätning i individuella grafer. Efter varje graf följer resultaten beskrivna i textform utifrån deltagarnas RCI-värden och huruvida de passerat gränsen på $\pm 1,96$.



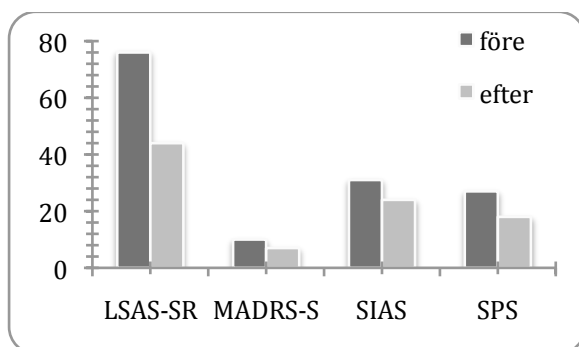
Figur 2. För- och eftermätningar för M1.

Figur 2 visar deltagare M1's skattningar före och efter behandling. På skattningsskalorna för social fobi kan utläsas att M1 skattade aningen, dock inte signifikant, högre vid eftermätningen på LSAS-SR (RCI = 0,31) och signifikant högre på SIAS (RCI = 2,63) och SPS (RCI = 2,22). Således har deltagaren utifrån kriteriet att passera RCI blivit kliniskt signifikant försämrad. På MADRS-S har M1 försämrats något (RCI = 0,51) men inte passerat RCI-gränsen på 1,96 och således inte uppnått en kliniskt signifikant försämring utifrån detta mått.



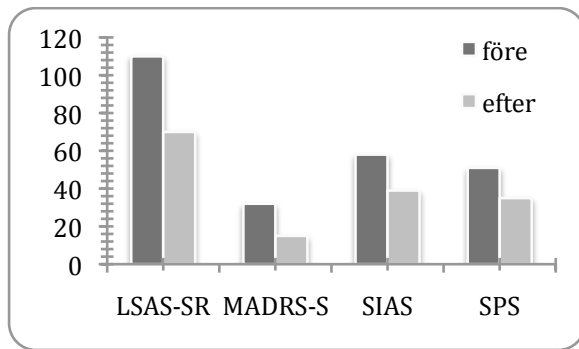
Figur 3. För- och eftermätningar för K1.

Figur 3 visar deltagare K1's skattningar. Här kan utläsas att deltagaren har uppnått en symtomminskning på samtliga skalor. Först presenteras formulären för social fobi där K1 skattade ett signifikant förbättrat resultat på LSAS-SR och kriteriet att passera RCI -1,96 uppfylldes (RCI = -3,08). Utifrån skattningarna på SIAS och SPS kan ses att deltagaren förbättrats (RCI = -1,39 respektive RCI = -0,74)), ingen av förbättringarna var dock signifikanta. När det gäller depressionsskattningen utifrån MADRS-S uppvisade K1 en klinisk signifikant förbättring (RCI = -3,08), när det gällde kriteriet att passera RCI -1,96.



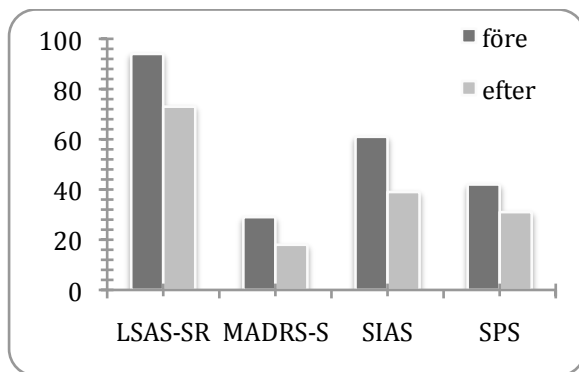
Figur 4. För- och eftermätningar för K2.

Figur 4 visar deltagare K2's skattningar och här kan utläsas att deltagaren har förbättrats på samtliga skalor. Utifrån LSAS-SR skattas en signifikant förbättring när det gäller kriteriet att passera RCI på -1,96 (RCI = -3,36). Skattningar på SIAS indikerade en förbättring som dock ej var signifikant (RCI = -1,08) och en icke signifikant förbättring kunde också urskiljas på SPS (RCI = -1,33). Utifrån poäng på MADRS-S kan utläsas att K2 efter åtta veckors behandling uppvisade en förbättring gällande symtom för depression som dock inte var kliniskt signifikant (RCI = -0,77).



Figur 5. För- och eftermätningar för K3.

Figur 5 visar deltagare K3's skattningar. Utifrån kriteriet att passera RCI på $-1,96$, har deltagaren förbättrats kliniskt signifikant på samtliga skalor. Utifrån skattningarna på skalorna för social fobi och depression erhöles följande RCI-värden: LSAS-SR (RCI = $-4,20$), SIAS (RCI = $-2,94$), SPS (RCI = $-2,36$) och MADRS-S (RCI = $-4,37$).



Figur 6. För- och eftermätningar för M2.

Figur 6 visar deltagare M2's skattningar. Utifrån kriteriet att passera RCI på $-1,96$, har deltagaren förbättrats kliniskt signifikant på samtliga skalor förutom på SPS där förbättringen ej var signifikant (RCI = $-1,62$). Utifrån skattningarna på skalorna för social fobi och depression erhöles följande RCI-värden: LSAS-SR (RCI = $-2,20$), SIAS (RCI = $-3,41$) och MADRS-S (RCI = $-2,83$).

Deltagarnas cut-off värden samt passerande av cut-off gränser

I tabell 3 nedan presenteras varje individs cut-off på samtliga skalor. För att deltagaren ska ha passerat cut-off krävs ett lägre poäng än detta värde, vilket alltså motsvarar en minskning av symtom.

Tabell 3. Deltagarnas värden för cut-off samt poäng vid behandlingens avslut på LSAS-SR, SPS, SIAS och MADRS-S. * indikerar att deltagaren har passerat cut-off.

Deltagare	LSAS-SR		SIAS		SPS		MADRS-S	
	Cut-off	Poäng	Cut-off	Poäng	Cut-off	Poäng	Cut-off	Poäng
M1	66,32	102	31,42	76	26,58	63	5,74	23
K1	92,32	98	45,42	64	37,58	54	8,7	12
K2	43,32	44	3,42	24	5,58	18	0	7
K3	77,32	70*	30,42	39	29,58	35	16,74	15*
M2	61,32	73	33,42	39	20,58	31	13,74	18

I tabellen kan utläsas att det endast var deltagare K3 som efter genomgången behandling mötte kriteriet för att passera cut-off, det vill säga att skilja sig 2 standardavvikelser från sin förmätning. Detta kan observeras på skalorna LSAS och MADRS-S. Det var dock flera deltagare vars skattningar befann sig nära cut-off, deltagare K2's poäng på LSAS-SR låg exempelvis på 44 och cut-off var 43,32.

Klassificering i kategori efter behandling

Jacobson och Truax's metod innebar slutligen att deltagarna klassificerades i en av fyra olika kategorier: återställd, förbättrad, oförändrad eller försämrad. I tabell 4 presenteras kategorierna för varje deltagare på varje utfallsmått. Efter tabellen följer en redogörelse av resultaten i textform.

Tabell 4. Deltagarnas kategoritillhörighet efter avslutad behandling på LSAS-SR, SPS, SIAS och MADRS-S.

Deltagare	LSAS-SR	SPS	SIAS	MADRS-S
M1	Oförändrad	Försämrad	Försämrad	Oförändrad
K1	Förbättrad	Oförändrad	Oförändrad	Förbättrad
K2	Förbättrad	Oförändrad	Oförändrad	Oförändrad
K3	Återställd	Förbättrad	Förbättrad	Återställd
M2	Förbättrad	Oförändrad	Förbättrad	Förbättrad

Deltagare M1 tillhör efter genomgången behandling kategorin ”oförändrad” på måtten LSAS-SR och MADRS-S, då han inte uppfyllde något av de två kriterierna för klinisk signifikans. På övriga mått för social fobi, det vill säga SPS och SIAS, tillhör deltagaren kategorin ”försämrad” då RCI-värdet passerade +1,96.

Deltagare K1 kan anses tillhöra kategorin ”förbättrad” på både LSAS-SR och MADRS-S. Då deltagaren inte passerade cut-off värdet eller uppnådde RCI-värdet -1,96 på utfallsmåtten SPS och SIAS kategoriseras hon som ”oförändrad” utifrån dessa mått.

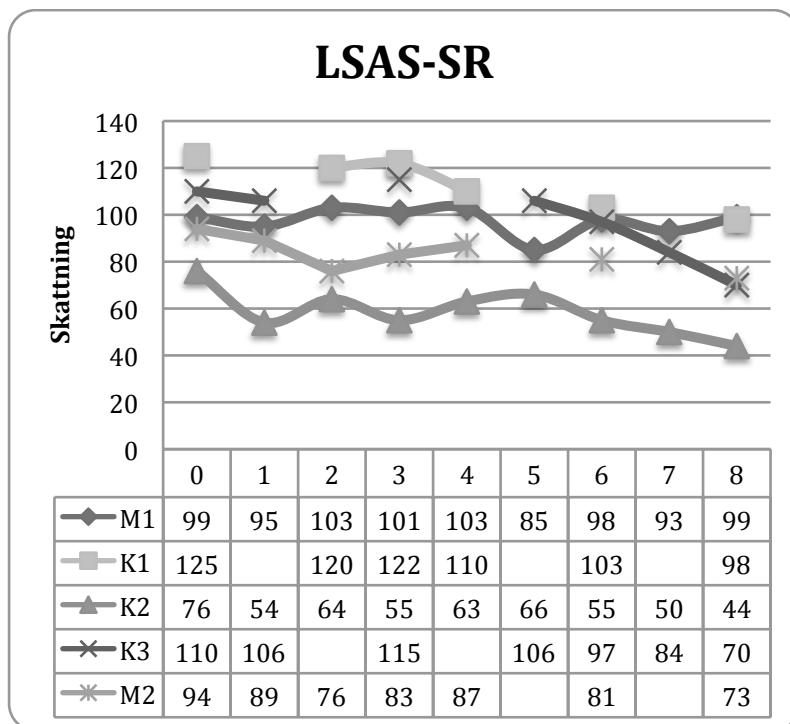
Deltagare K2 tillhör efter behandlingen kategorin ”förbättrad” på LSAS-SR, eftersom RCI-värdet var lägre än -1,96. På MADRS-S, SPS och SIAS uppnåddes inget av kriterierna och deltagaren placerar sig därför i kategorin ”oförändrad” utifrån dessa mått.

Deltagare K3 var den enda som efter behandlingen kunde kategoriseras som ”återställd”. Detta var på skalorna MADRS-S och LSAS-SR där båda kriterierna för kliniskt signifikant förbättring uppfylldes. På SIAS och SPS uppnåddes endast RCI-kriteriet och därför placeras deltagaren i kategorin ”förbättrad” utifrån dessa mått.

Deltagare M2 tillhör efter genomgången behandling kategorin ”förbättrad” utifrån skattningar på LSAS-SR, SIAS och MADRS-S eftersom deltagaren uppnådde RCI-kriteriet men inte passerade cut-off värdena. Utifrån skattningar på SPS kan M2 kategoriseras som ”oförändrad” då inget av kriterierna för en klinisk signifikant förbättring uppfylldes.

Deltagarnas skattningar vecka för vecka

I figur 7 och 8 nedan redogörs för hur deltagarna vecka för vecka skattade sina symtom för social fobi och depression. Processmått som användes var LSAS-SR och MADRS-S. Totalt uppmanades deltagarna att göra veckoskattningar vid sju tillfällen, dock erhöles data från nio skattningar eftersom LSAS-SR och MADRS-R även var inkluderade i det testbatteri som deltagarna fyllde i före behandlingsstart respektive efter sista behandlingsveckan. Vissa av deltagarna genomförde inte de veckoskattningar som delades ut och därför saknas data att redovisa för samtliga veckor och deltagare. Avbrott i deltagarnas skattningslinjer nedan markerar att deltagaren ifråga inte fyllde i sina självskattningsformulär under denna vecka.



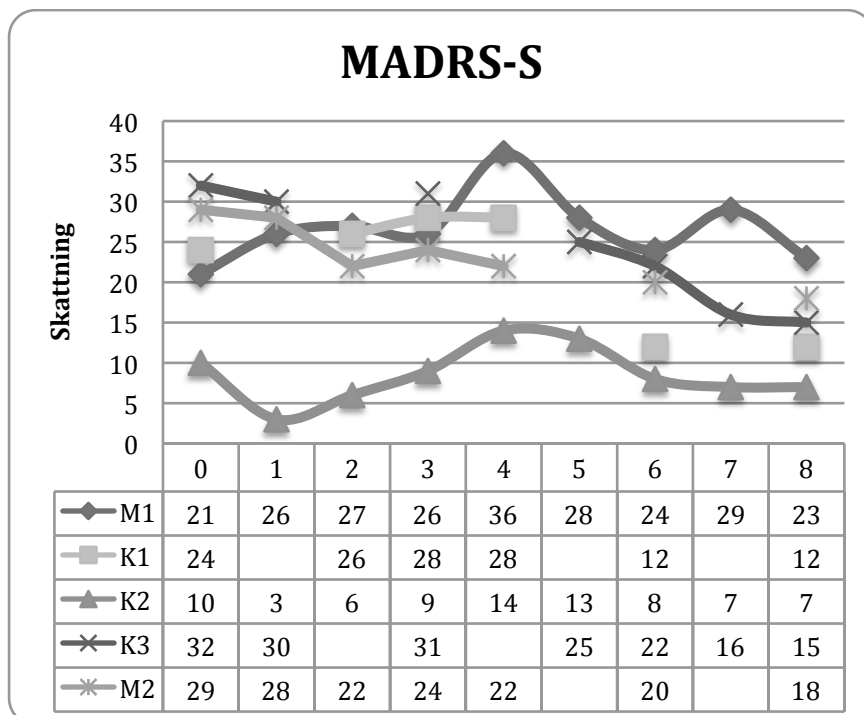
Figur 7. Poäng på LSAS-SR vid för- och eftermätning samt efter varje behandlingsvecka för samtliga deltagare.

I figur 7 ovan, samt i figur 8 nedan, kan utläsas att deltagare M1 och K2 har gjort samtliga sina skattningar, medan vissa veckoskattningar saknas för deltagare K1, K3 och M2.

Utifrån processmättet LSAS-SR kan ses att deltagare M1 under veckorna har skattat relativt jämnt på formuläret, utan större fluktuationer upp eller ner. En viss sänkning av upplevda symtom kan ses vid skattningen efter behandlingsvecka fem men efterföljande veckor skattar deltagaren högre igen och ligger vid den sista veckoskattningen högre än vid behandlingsstart.

Vad gäller deltagare K1 och K3 kan utläsas att de, trots att vissa veckoskattningar saknas, följt en relativt jämn gång nedåt, det vill säga successivt skattat en sänkt grad av upplevda symtom allteftersom behandlingen fortskred.

M2's och K2's veckoskattningar på LSAS-SR indikerar att symtomen fluktuerat något under behandlingens gång men att båda deltagarna efter den sista behandlingsveckan ligger på en lägre symtomnivå än vid den första skattningen.



Figur 8. Poäng på MADRS-S vid för- och eftermätning samt efter varje behandlingsvecka för samtliga deltagare.

Utifrån processmättet MADRS-S kan utläsas att deltagare M1 uppvisar vissa skillnader i sina skattningar från vecka till vecka. Högst skattar deltagaren efter behandlingens fjärde vecka, men ligger vid behandlingens avslut på en nivå som ungefär motsvarar symtomnivån vid behandlingsstart.

Deltagare K1 fyllde inte i skattningar efter vecka ett, fem och sju men resultaten indikerar en markant sänkning av depressionssymtom från vecka fyra till sex, en sänkning som sedan visade sig bestå vid skattningen efter behandlingens sista vecka.

Vad gäller deltagare K2 skattade hon en minskning av depressionssymtom efter den första behandlingsveckan. Detta följdes dock av några veckor med skattningar som innebar en ökning av upplevda symtom. De sista behandlingsveckorna skattade K2 lägre igen och hon avslutade behandlingen med en symtomnivå som var något sänkt i jämförelse med nivån vid behandlingsstart.

Deltagarna K3's och M2's resultat indikerar en successiv minskning av symtom för depression från den första till den sista behandlingsveckan, dock saknas två veckoskattningar från båda deltagarna.

Deltagarnas upplevelse av behandlingen

Efter de åtta behandlingsveckorna administrerades ett frågeformulär till deltagarna där de fick utvärdera Vivo-behandlingen. Nedan följer en tabell där deltagarnas svar har

sammanställts. Av sekretesskäl kunde inte all data från deltagarnas utvärdering redovisas. Generella kommentarer gällande deltagarnas upplevelser av behandlingsprogrammet och förfarandet via internet har därför uteslutits.

Tabell 7. Deltagarnas skattningar av behandlingens svårighetsgrad och relevans.

Deltagare	M1	K1	K2	K3	M2
Frågor					
Tekniska svårigheter	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Nöjd med behandlingens tempo (0-4, 0=för kort tid)	0	2	2	2	1
Nöjd med terapeut (0-3, 0=missnöjd)	2	3	3	2	2
Nöjd med behandling (0-3, 0=missnöjd)	0	2	2	2	2
Börjat medicinera	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Dosändring medicin	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Sökt psykologisk hjälp under behandlingen	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Antal timmar per vecka ägnad åt behandlingen	-	20	3	3	4

I tabellen kan utläsas att det endast var K1 som upplevde vissa tekniska svårigheter med materialet och behandlingen. Gällande frågan om tempot, det vill säga behandlingens omfattning i relation till dess längd, så skattade K1, K2 och K3 att det var lagom med tid (2 av 4). M1 tyckte att det var alldeles för kort med tid och skattade en nolla, medan M2 tyckte att det var lite för kort med tid och skattade en etta. M1, K3 och M2 var huvudsakligen nöjda med sin terapeutkontakt (2 av 3) medan K1 och K2 var mycket nöjda (3 av 3). K1, K2, K3 och M2 uppgav att de var huvudsakligen nöjda med sin behandling (2 av 3). Utifrån M1's utvärdering kan utläsas att deltagaren var missnöjd med sin behandling (0 av 3). Ingen av deltagarna har börjat medicinera eller ändrat dos på redan existerande medicinering. Ingen har heller sökt någon annan psykologisk hjälp under behandlingens gång. Den sista frågan rör antalet timmar som deltagarna har ägnat åt behandlingen varje vecka. K2 och K3 uppgav att de har ägnat behandlingen ca tre timmar per vecka, M2 ca 4 timmar per vecka och K1 ca tjugo timmar per vecka. Vad gäller M1 uppgav deltagaren ingen siffra för hur många timmar som ägnats behandlingen per vecka.

Diskussion

Nedan följer en diskussion kring de resultat som framkommit i föreliggande studie. Detta följs av ett avsnitt som närmare tar upp de metodologiska utmaningar och frågeställningar som uppkom i samband med aktuell design och analysmetod. I stycket

därefter sammanfattas några av studiens styrkor och svagheter. Avslutningsvis redogörs för behov av framtida forskning samt slutsatser som kunnat dras efter genomförande av studien.

Resultatdiskussion

Resultaten från studien visar att de olika deltagarnas grad av förändring varierar på de olika måtten och att den enskilda individen inte entydigt förbättrats eller försämrats på samtliga mått, utifrån de två kriterierna för klinisk signifikans. För tydlighetens skull förs nedan en diskussion kring resultaten uppdelat i symtom för social fobi respektive depression. Därefter följer en diskussion kring hur deltagarna upplevde behandlingen, följt av ett stycke där studiens frågeställningar besvaras.

Symtom för social fobi. Utifrån deltagarnas resultat på LSAS-SR kan ses att majoriteten har förändrats i positiv riktning och uppvisar minskade symtom. Deltagare K1, K2, K3 och M2 har uppnått en klinisk signifikant förbättring på LSAS-SR, med hänsyn till att de passerat RCI-värde -1,96. Dock har endast deltagare K3 passerat både cut-off och RCI. Utifrån Jacobson och Truax's två kriterier kan således endast en av deltagarna beräknas som kliniskt signifikant förbättrad och tillhörande kategorin "återställd". Deltagare M1 har förändrats i negativ riktning vad gäller symtom skattade med LSAS-SR, men dock inte passerat RCI-värdet +1,96.

Utifrån deltagarnas veckoskattningar på LSAS-SR kan konstateras att alla deltagarna fluktuerade i sin symtomnivå. Utifrån resultatet kan inga generella mönster eller trender ses, annat än att majoriteten av deltagarna någon gång under de första fyra veckorna skattade en ökad symtomnivå för att sedan de sista veckorna skatta lägre igen.

Vad gäller resultatet på formulären SPS och SIAS kan ses att ingen av deltagarna har passerat cut-off för dessa formulär men att fyra av fem deltagare uppvisar minskade symtom. Värden för RCI visar att endast deltagare K3 har förbättrats signifikant på både SPS och SIAS. Deltagare K1 och K2 har gjort skattningar som närmar sig RCI men som inte når inte upp till gränsen på -1,96. Deltagare M2 uppnådde en klinisk signifikant förbättring på SIAS, men inte på SPS, utifrån kriteriet att passera RCI-värdet -1,96. En av deltagarna, M1, uppvisar ett RCI-värde som innebär en klinisk signifikant försämring på SIAS och SPS. Denna deltagare placerar sig således i kategorin "försämrad". Övriga deltagare placerade sig i någon av kategorierna "oförändrad" eller "förbättrad" utifrån deras skattningar på SPS och SIAS.

Att deltagarnas resultat på de olika formulären för social fobi inte är entydiga komplicerar tolkningen och möjligheten att kunna dra slutsatser av de resultat som

framkommit. Det kan spekuleras kring möjliga orsaker till varför resultaten inte är entydiga. Rent teoretiskt borde resultaten vara samstämmiga, samtliga formulär uppvisar en tillfredsställande reliabilitet och enligt Mattick och Clarke (1998) ska SPS och SIAS korrelera väl med andra etablerade mått av social fobi. Teori och praktik stämmer dock inte alltid överens och det finns en möjlighet att de olika formulärens till viss del mäter olika saker. LSAS-SR är exempelvis avsett att mäta rädsla och undvikande i olika situationer som berör prestation och social interaktion. SIAS och SPS å andra sidan, mäter rädsla för generell social interaktion respektive rädsla och ångest för att bli granskad under vardagliga aktiviteter och i situationer där individen ska prestera. En skillnad mellan formulärens emellan kan tänkas vara att LSAS-SR i högre grad mäter undvikande medan SPS och SIAS endast mäter ångest och rädsla. Möjligen uppvisar de deltagare som förbättrats på LSAS-SR men inte på de andra måtten en lägre grad av undvikande som en effekt av behandlingen. Det är troligt att dessa deltagare då fortfarande upplever ångest i sociala situationer, men att de väljer att inte agera utifrån den i lika hög grad. Detta är ett avgörande behandlingsmål i KBT och kan därför ses som något positivt, även om det givetvis vore optimalt om också ångesten och oron hos deltagarna minskat i lika hög grad som undvikandet.

Symtom för depression. Utifrån resultatet kan utläsas att endast en av deltagarna, K3, passerat både cut-off och RCI och därmed placeras i kategorin ”återställd”. Deltagare K1 och M2 har passerat värdet för RCI -1,96 medan deltagare M1 och K2 inte uppnått detta värde. Således placeras sig deltagare K1 och M2 i kategorin ”förbättrad” medan deltagare M1 och K2 hamnar i kategorin ”oförändrad”, utifrån deras skattningar på MADRS-S.

Utifrån deltagarnas veckoskattningar på MADRS-S kan konstateras att tre av deltagarna fluktuerade i sin symtomnivå, medan två fick en successiv symtomminskning från vecka ett. Med tanke på deltagarnas spridda skattningar är det återigen svårt att se några generella mönster eller trender, inte minst med tanke på att flera av deltagarnas veckoskattningar saknas samt att urvalet är så begränsat

Ovan beskrivna resultat visar att symtom för depression endast minskat till viss del, vilket vid närmare eftertanke kanske inte är så förvånande. Att få behandling för social fobi kan förvisso tänkas få spridningseffekter, så att en person med en komorbid diagnos exempelvis upplever lindring även för sina depressiva symtom. Däremot kan det definitivt inte ses som självklart att en behandling för social fobi minskar grad av depression. Hade samtliga deltagare i studien uppnått en klinisk signifikant förbättring vad gäller symtomminskning för depression men inte för social fobi hade frågan troligen väckts kring

studiens interna validitet, huruvida det verkligen är social fobi som behandlas och inte något annat.

Deltagarnas upplevelse av behandlingen. Utifrån den utvärdering som deltagarna fick fylla i efter slutförd behandling kan konstateras att åsikterna gick isär, vilket inte är förvånande eftersom också resultaten på utfallsmåtten pekar mot olika behandlingsresultat. En negativ upplevelse av behandlingen går möjligen hand i hand med ett mindre tillfredsställande behandlingsresultat. Det kan exempelvis ses att deltagare M1 som fått en högre symtomnivå på samtliga utfallsmått under behandlingens gång gjort en relativt negativ utvärdering av behandlingen. Deltagaren skattade bland annat att han tyckte tiden var alltför kort samt att han var missnöjd med behandlingen.

Resultaten överlag pekar annars mot att flertalet deltagare var nöjda med behandlingen totalt sett. Tre deltagare tyckte tempot var lagom medan de övriga två deltagarna uppgav att åtta veckor var för kort med tid i relation till behandlingens omfattning. Gällande frågan kring hur nöjda deltagarna var med sin terapeutkontakt, uppgav tre deltagare att de var huvudsakligen nöjda och två deltagare att de var mycket nöjda.

Utifrån utvärderingen kan även utläsas att ingen av deltagarna har börjat medicinera eller ändrat dos på redan existerande medicinering. Ingen av deltagarna har heller sökt någon annan psykologisk hjälp under behandlingens gång. Det kan således uteslutas att de behandlingsresultat som framkommit är en konsekvens av ändrad dos på medicin eller annan behandling. Detta är en fördel eftersom det stärker studiens interna validitet.

I utvärderingen fanns även en fråga kring om deltagaren upplevde några tekniska svårigheter. Endast deltagare K1 svarade ja på denna fråga men uppvisade trots detta en symtomminskning på samtliga utfallsmått. Författarna misstänker dock att det överlag, för behandlingens effekt, är av vikt huruvida deltagaren har tekniska svårigheter eller ej. Detta är något som deltagaren bör tillfrågas om redan vid behandlingsstart. Vid hög grad av upplevda svårigheter bör troligen andra behandlingsalternativ övervägas.

Slutligen indikerar frågan kring antalet timmar som lagts på arbete med behandlingen, att ägnad tid inte tycks korrelera entydigt med ett lyckat behandlingsutfall. Deltagare K3 som förbättrats mest under behandlingen ägnade i snitt tre timmar per vecka åt arbete med materialet medan deltagare K1 som inte förbättrades i lika hög grad ägnade i snitt tjugo timmar.

Studiens frågeställningar. Utifrån ovanstående kan konstateras att majoriteten av deltagarna vid studiens eftermätning uppvisar en sänkt symtomnivå på de olika utfallsmåtten, men en av deltagarna har också försämrats. Nedan redogörs för hur resultaten kan kopplas till studiens frågeställningar.

Den första frågeställningen som undersöktes var: Kan patienter med social fobi inom psykiatri dra någon fördel av guidad internetbaserad självhjälpsbehandling? Utifrån resultaten kan konstateras att det finns vissa indikationer på att patienter med social fobi kan dra fördel av behandlingen. Fyra deltagare förändrades i positiv riktning medan en försämrades i negativ riktning.

Studiens andra frågeställning var: Har patienterna uppnått kliniskt signifikant förbättring med hänsyn till minskning av symtom för social fobi samt depression? Här visade resultatet att ingen av deltagarna uppnått klinisk signifikant förbättring på samtliga formulär utifrån Jacobson och Truax's två kriterier, det vill säga att individen har passerat både cut-off och RCI i negativ riktning. Däremot uppger majoriteten av deltagarna att de har minskade symtom på framförallt social fobi men även på depression efter den sista mätningen. Fyra av deltagarna har till exempel passerat RCI-värdet på LSAS-SR och kan beräknas som kliniskt signifikant förbättrade utifrån detta kriterium.

Studiens tredje frågeställning berörde hur Vivo-behandlingen upplevdes av deltagarna. Utifrån resultatet på utvärderingen kan flera slutsatser dras, varav den viktigaste bör vara att det är viktigt att titta närmare på vilka särskilda behov som finns hos patienter vid vidare utformning av behandlingsmanualer. Eventuellt kan extra behandlarstöd bli aktuellt samt även ett material som är något mindre i sin omfattning och/eller med ett förenklat språk. Två av de fem deltagarna uppgav att åtta veckor var för kort tid i relation till programmets omfattning och detta indikerar att vissa patienter kan behöva mer tid för att genomföra varje kapitel i Vivo-behandlingen.

Slutsatser av resultatdiskussion. Vid tolkningen av resultatet finns ett antal aspekter som författarna anser vara viktiga att beakta. En av dessa gäller klassificeringen av deltagare i kategorier, där förfarandet med multipla utfallsmått gör att det hela kompliceras något. Detta behandlas närmare i metoddiskussionen nedan. Vad som kan konstateras är att det endast är en av deltagarna, K3, som utifrån skattningarna på LSAS-SR samt MADRS-S placerar sig i kategorin "återställd" efter behandling. Övriga deltagare har skattningar på de olika formulärens som flertalet hamnar i någon av kategorierna "oförändrad" eller "förbättrad". En

deltagare placerar sig också delvis i kategorin ”försämrad”. Vad skulle kunna vara förklaringar till detta resultat?

En förklaring till resultatet skulle naturligtvis kunna vara att behandlingsmaterialet inte är optimalt utformat eller effektivt som behandling vid social fobi. Författarna misstänker dock att andra aspekter ligger bakom det resultat som presenterats.

Utifrån de resultat som framkommit kan diskuteras vilket som egentligen är målet med en behandling. Deltagarna i studien kan alla bedömas ha en svår problematik. Fyra av fem deltagare hade en komorbid diagnos, alla utom en var också sjukskrivna under behandlingen. Författarna frågar sig huruvida det egentligen är rimligt att förvänta sig, eller ha som mål, att deltagaren ska betraktas som återställd efter behandling. För en person som har flera diagnoser och upplever sig ha en hög symtomnivå torde ”endast” en förbättring vara en stor skillnad för honom/henne, utan att personen för den skull betraktas som återställd. Författarna uppmanar läsaren till att tolka resultatet och klassificeringen i kategorier med detta i åtanke. Att deltagaren inte är återställd behöver inte betyda att behandlingen varit förgäves.

Som nämndes ovan uppvisar deltagare M1 en försämring på samtliga mått och det kan spekuleras kring orsakerna till denna försämring. Aktuellt behandlingsformat ställer höga krav på eget ansvarstagande, självdisciplin och en god läs- och skrivförmåga. Huruvida brister i ovanstående var en förklaring till M1’s försämring går inte att säga någonting om. Utifrån deltagarens utvärdering av behandlingen kan dock misstänkas att aktuellt behandlingsformat var något som lämpade sig mindre väl för honom. Förklaringen till deltagarens försämring kan också ligga i faktorer utanför behandlingen, kanske var deltagaren med om någon form av negativ livshändelse vilket ledde till ett sämre mående. Sammanfattningsvis kan endast spekulationer göras kring orsakerna till M1’s och de andra deltagarnas försämring respektive förbättring. För vidare undersökning av frågan kan författarna se värdet av kvalitativ forskning, att gå närmare in på individnivå för att undersöka bidragande faktorer till ett lyckat eller mindre lyckat behandlingsutfall.

I tidigare studier där internetbaserad självhjälpsbehandling visat sig ha en god effekt, har urvalet främst utgjorts av icke kliniska- eller studentpopulationer. Deltagarna i föreliggande studie skattade alla sina symtom betydligt högre än vad många tidigare studiers deltagare gjort. Ett exempel på detta kan ses genom att jämföra medelvärden. Medelvärdet för deltagarna i studien låg på 100,8 för LSAS-SR. I SOFIE-1, en annan svensk studie (n=64) som undersökte effekten av ett internetbaserat självhjälpsprogram för social fobi låg medelvärdet på 68,5 (Holmström & Sparthan, 2003).

Ovanstående i samband med det faktum att fyra av fem deltagare var sjukskrivna under behandlingen samt hade en komorbid diagnos kan troligen vara faktorer som påverkar resultaten. Om patienten har en hög symtomnivå samt varit sjukskriven under en längre tid kan det tänkas att han/hon förlorat rutiner i vardagen som kan vara viktiga för att genomgå behandlingen. Att inte ha ett arbete att gå till, i kombination med en hög ångest och undvikande kan dessutom bidra till isolering. Detta är faktorer som sannolikt gör att vissa delar av behandlingen, exempelvis exponeringen, upplevs särskilt svåra, och som i slutändan kan bidra till att behandlingen inte får en lika god effekt som för personer i en icke klinisk- eller studentpopulation.

Metoddiskussion

Forskningsdesign. Vad gäller aktuell forskningsdesign finns vissa metodologiska aspekter som bör hållas i åtanke vid tolkning av resultatet. Den främsta av dessa är troligen att designen saknar kontrollgrupp vilket gör det svårt att avgöra huruvida deltagarna uppnådde en förbättring på grund av behandlingen eller på grund av någon annan faktor. Avsaknaden av kontrollgrupp kan sägas utgöra ett hot mot den interna validiteten. Termen intern validitet refererar till om slutsatserna kring behandlingens effekt är korrekta, det vill säga om det verkligen finns en koppling mellan internetbaserad behandling och en minskning i symtom på social fobi. Det finns till exempel en risk för både mognads- och historieeffekter i dessa fall. En mognadseffekt har inträffat då naturligt förekommande förändringar över tid är det som ger upphov till en viss effekt. Historieeffekt innebär istället att det är händelser i individens liv som inträffar samtidigt med behandlingen som ger upphov till observerad effekt.

I en case series-design med upprepade mätningar, speciellt av självskattningsförfarande, finns en risk att patienten på ett negativt sätt tillväxer vid de formulär som varje vecka ska fyllas i. Det kan också ha en betydelse i vilken ordning formulären återfinns i testbatteriet. Det är inte omöjligt att patienterna skattar de första formulären mer noggrant än de sista. Ett problem med självskattningsformulär är också att de kräver en god självmedvetenhet samt insikt i de egna svårigheterna och framstegen av deltagaren. Ovanstående kan tänkas påverka studiens reliabilitet men är något som låg utanför författarnas kontroll, och det kan bara spekuleras i huruvida detta påverkade resultatet. I efterhand kan konstateras att det troligen gett mer reliabla resultat om inte självskattningsformulär använts som enda datakälla. Terapeutskattningar skulle kunna fungera som ett bra komplement men försvåras å andra sidan av att behandlarna inte träffar deltagaren i verkligheten.

Fördelen med den forskningsdesign som tillämpas i föreliggande studie är att den ger ett mått på den kliniska signifikansen vid internetbaserad behandling för social fobi i en psykiatrisk population. Forskningsdesignen kan ge indikationer på om det är lämpligt att vidare implementera internetbaserad behandling i sjukvården och detta kan vara ett första steg innan större randomiserade effektstudier planeras och utförs. Användandet av designen ger också en möjlighet att följa individerna vecka för vecka för att undersöka om det verkar vara någon del av behandlingsmaterialet som inte ger tillfredsställande resultat. Fluktuationer kan observeras över alla åtta veckor utan att dessa döljs av en effektstorlek och om någon deltagare försämras en viss vecka kan även detta iakttas. På så vis kan förhoppningsvis nya hypoteser genereras, bland annat kring vilka kapitel i behandlingsmaterialet som tycks mest verksamma samt om något kapitel behöver omarbetas för att ge en bättre effekt.

Analysmetod. Ett av kriterierna för klinisk signifikans utifrån Jacobson och Truax's metod är att individen ska ha passerat cut-off. Det kan tyckas förvirrande att så få av deltagarna i studien passerade de gränser för cut-off som satts upp, trots att de efter behandling hade ett RCI-värde som var större än -1,96. Detta kan dock ha sin naturliga förklaring i det förfarande som cut-off sattes på. Författarna i denna studie valde en cut-off som innebar två standardavvikelse under deltagarens poäng på förmätningen. Det problematiska vid detta förfarande var dock att standardavvikelsen i föreliggande urval var väldigt stor på samtliga mått. Detta är med största sannolikhet en konsekvens av det låga deltagarantalet, desto mindre urval desto mindre normalfördelning och med det ökar risken för en högre varians och standardavvikelse. Hade undersökningsgruppen varit större, hade förmodligen problemet med stora standardavvikelse kunnat undvikas och vid behov även outliers kunnat uteslutas. Således kan det faktum att deltagarna inte passerade cut-off bero på att standardavvikelsen var större än vad den normalt sett brukar vara. Ett alternativt förfarande skulle kunna ha varit att hämta standardavvikelse från en större studie. Detta alternativ valdes dock bort då aktuellt urval skiljde sig så markant från tidigare studiers urval gällande symtomskattning.

Även vid framtagande av RCI-poäng för deltagarna uppkom utmaningar för författarna ifråga. För beräkning av RCI krävs att forskaren vet mätningens standardfel (S_E), vilket i sin tur kräver tillgång till standardavvikelsen i urvalet. Standardavvikelsen beräknas normalt sett från ett någorlunda stort och normalfördelat urval. I denna studie baserades däremot standardavvikelsen på ett urval bestående av endast fem deltagare och författarna är medvetna om problemet i detta, bland annat finns en risk att värdena inte är tillförlitliga.

Extrema värden hos en person kan exempelvis påverka hela urvalet. Som nämndes ovan övervägdes huruvida värden för standardavvikelser kunde fås från en större studie med liknande population men då det visade sig vara svårt att finna en sådan normpopulation valdes aktuellt tillvägagångssätt.

En nackdel med analysmetoden ifråga är att multipla utfallsmått riskerar att göra analysförfarandet komplext och detta är ytterligare en utmaning som författarna till studien stötte på. Problemet med att klassificera deltagarna i en av fyra kategorier då man har flera formulär är att varje deltagare vanligen hamnar i flera olika kategorier. En deltagare kan till exempel på LSAS-SR hamna i kategorin ”förbättrad” medan han/hon på SPS istället placerar sig i kategorin ”oförändrad”. Av denna anledning går det inte att säga att en patient tillhör endast en kategori efter avslutad behandling, svaret blir relativt och beroende av det utfallsmått som fokuserats på.

Studiens styrkor och svagheter

I många av de tidigare studier som gjorts på området har det skapats exklusionskriterier för samexisterande sjuklighet. Problemet med detta är att patienter med ”endast” social fobi inte är så lätta att finna inom psykiatrin där samsjukligheten är hög. Många studiers deltagare har därför varit självselektade från allmänheten eller universitet. Detta väcker frågan om urvalet i sådana studier verkligen är representativt för populationen i stort och om det motsvarar de patienter som söker sig till psykiatrin? Syftet i denna studie var att rekrytera deltagare som var patienter på öppenvårdsmottagningar runtom i Skåne samt att tillåta patienter med komorbida tillstånd. Med hänsyn till ovanstående resonemang kring representativitet får detta ses som en styrka i studien. De patienter som deltog i studien är sannolikt mer representativa för den psykiatriska populationen av individer med social fobi i stort trots att deras skattningar vid förmätningen inte var entydiga. Även om resultaten från denna studie inte kan generaliseras, ges vissa indikationer på hur patienter med komorbida tillstånd drar nytta av behandlingen, vilket kan tjäna hypotesgenerande för framtida forskning inom området.

Dock finns även nackdelar med förfarandet att inkludera patienter med komorbida tillstånd. Som antydde ovan kan det vara svårt att veta vilket tillstånd det egentligen är man behandlar när patienten har en hög samsjuklighet. Med tanke på att resultaten indikerar att även symtom på depression reduceras i samband med Vivo-behandlingen kan man fråga sig huruvida det enbart är social fobi som behandlas. I denna fråga bör dock hänsyn tas till den rad av andra svenska och utländska studier som tillämpat förfarandet med att endast behandla

de med ”ren” social fobi. Dessa studier har visat att det verkligen är social fobi som behandlas. Även om behandlingsmaterialet i föreliggande studie inte är detsamma som i tidigare studier är det uppbyggt efter samma välkända principer och påminner mycket om existerande självhjälpsbehandlingar för social fobi. Detta minskar risken för att Vivo-behandlingen skulle ge effekt för ett annat tillstånd än social fobi.

Tidigare har internetbaserade behandlingar fått kritik för att patienterna inte diagnostiserats tillräckligt noggrant innan de blir hänvisade till en internetbehandling. I denna studie har varje patient intervjuats med SCID-I för att på så sätt fånga upp samsjuklighet samt för att avgöra vilken den primära diagnosen är. Detta kan ses som en styrka i studien.

Som nämndes ovan strävade forskarna i projektet efter att få ett representativt urval och att utgå från betingelser som existerar i verkligheten, det vill säga inom öppenvårdspsykiatri. Trots fördelen med detta bör hållas i åtanke att ett sådant förfarande inte är helt utan utmaningar. Som exempel kan det uppstå svårigheter gällande bedömning, screening och implementerandet av ett helt nytt behandlingskoncept på den aktuella vårdenheten (Andersson et al., 2008). När ett nytt behandlingssätt ska implementeras i en stor organisation som Region Skåne medföljer troligen automatiskt en del problem. Detta är något som författarna till studien tyckte sig märka av. Som ett exempel upplevdes en osäkerhet bland personalen på kliniken gällande vilka patienter som kan tänkas dra nytta av internetbaserad behandling. Många av patienterna hade varit inskrivna vid mottagningen under en lång tid och det som ansågs vara grundproblematiken från början verkade ha förskjutits vid den tidpunkt då författarna träffade dem för intervju. Då exklusionskriterierna var så pass generösa inkluderades dessa patienter i studien ändå, vilket kan ses som en svaghet om det finns en risk för att deltagarna har en annan primär problematik än social fobi.

En av svagheterna i studien är det låga deltagarantalet. Detta är en konsekvens av en försening i samt en oförmåga att kontrollera rekryteringsprocessen men även av en pressad tidsplan för genomförande av studien. Det låga deltagarantalet gör att resultaten inte kan generaliseras till en bredare population och den externa validiteten är således låg. Samtidigt låg fokus i studien på att undersöka klinisk signifikans vilket per automatik innebär att strävan inte huvudsakligen är att kunna generalisera resultatet.

Huruvida de fem deltagarna i studien var frekventa internetanvändare, eller hade goda datorkunskaper, var inte något som det samlades data kring i studien vilket skulle kunna ses som en svaghet. Det hade givetvis varit intressant att undersöka om grad av datorvana korrelerar med behandlingsutfall och författarna ser gärna att denna aspekt tas med i framtida forskning inom området.

Slutligen är en viktig fråga hur god reliabiliteten kan tänkas vara i studien, det vill säga om resultatet vid upprepade mätningar är detsamma (test-retest-reliabilitet) samt om resultatet blir detsamma oavsett vem som utför bedömning och behandling (interbedömarreliabilitet). De mätinstrument som används vid studien är alla väletablerade med goda psykometriska egenskaper. Alla deltagare intervjuades med SCID-I och författarna som höll i de kliniska intervjuerna hade fått utbildning i hur intervjuförloppet går till. Ovanstående i kombination med att alla patienter genomgick samma behandlingsmaterial är en fördel och bör vara något som stärker reliabiliteten i studien.

Sammanfattningsvis berör studiens främsta styrkor och svagheter representativitet, förfarandet att inkludera komorbiditet samt urvalets storlek. Andra styrkor och svagheter kan kopplas till etiska frågeställningar som aktualiserats vid genomförandet av studien och dessa behandlas i ett eget stycke nedan.

Etiska frågeställningar

För att minska några av de etiska risker som tidigare berörts samt för att tydliggöra deltagarnas rättigheter gjordes inför studien en etikansökan (se metodavsnittet). Att beakta etiska aspekter ansågs i föreliggande studie vara av särskilt stor vikt då den var en del av ett större forskningsprojekt samt genomfördes i ett psykiatriskt sammanhang.

Genom att sätta upp tydliga exklusions- och inklusionskriterier för studien säkerställdes att individer som sannolikt inte skulle vara lämpade för att påbörja behandling gavs andra behandlingsalternativ. I studien exkluderades exempelvis patienter med suicidalitet, pågående missbruk eller allvarliga psykotiska symtom vilket enligt författarna bör vara standard vid alla former av internetbehandling, vare sig det används kliniskt eller i forskningssammanhang.

Det faktum att terapeutkontakt tycks ha inverkan på behandlingens effekt bör också hållas i åtanke för att minska etiska risker. I föreliggande studie hade alla deltagare en ansvarig behandlare och detta bör vara standard enligt författarna. Om internetbaserad behandling tillåts ta allt större plats inom sjukvården är det troligen även en god idé att inrätta särskilda utbildningar för de som ska arbeta som internetbehandlare.

Som tidigare nämnts är det av stor vikt att patienter som är aktuella för ett guidat självhjälpssystem får en utförlig bedömning innan påbörjande av en behandling. Detta för att minska risken för bristande överensstämmelse mellan diagnos och behandlingsprogram. I denna studie fick deltagarna genomgå en omfattande bedömningsfas vilket troligen minskat sådana risker.

En intressant etisk frågeställning är slutligen vilken plats internetbaserad behandling egentligen skall tillåtas ta inom hälso- och sjukvården och hur den skall ställas i relation till andra behandlingsalternativ. Författarna till studien anser att tidpunkten för då datorn kan ersätta den professionella kliniken sannolikt aldrig kommer att inträffa, trots genomslaget av internetbehandlingar inom vården. Författarna instämmer dock med Andersson et al. (2008) som påpekar att det sannolikt kommer att bli alltmer vanligt att rutinuppgifter såsom feedback på patientregistreringar, hemuppgifter och så vidare sker automatiserat. Internetbaserad behandling kan fungera som ett bra komplement till övriga behandlingsalternativ men en klinisk bedömning där patienten får träffa en behandlare på en mottagning är troligen ovärderlig i många fall och då särskilt där patienten har en problematik som är särskilt komplex (Andersson et al., 2008). Av största vikt är att patienten alltid blir erbjuden internetbehandling som ett av flera andra alternativ. Vid köer på mottagningar kan det möjligen också få fungera som en första hjälp innan patienten kan påbörja traditionell behandling, alternativt utgöra en fortsättning på avslutad behandling för att minska risken för återfall.

Frågan kring vilken plats internetbaserade behandlingar skall tillåtas ta kan också kopplas till psykosociala aspekter. Som nämntes i teorin visar statistik att över 74 % av befolkningen i åldern 16-75 använder internet dagligen. Man kan fråga sig vad en allt större omfattning av internetanvändning kan tänkas få för konsekvenser för socialt umgänge och interaktionen med andra människor. I en studie kring internetanvändningens sociala konsekvenser visade resultatet att ungdomar som använder internet mindre än 7 timmar per vecka umgås mer med familj och vänner än de som använder internet mellan 8 till 40 timmar i veckan gör (Johansson, 2008). Detta kan tänkas få särskilt negativa konsekvenser för en individ med social fobi som redan undviker socialt umgänge i hög grad. Det bör dock hållas i åtanke att internetbaserade självhjälpsbehandlingar för social fobi alltid innehåller komponenter som kräver att deltagaren exponerar sig för sociala situationer vilket kan tänkas utgöra något av en motvikt till ovan nämnda nackdel.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det finns flera olika etiska aspekter att ta hänsyn till vid internetbaserad behandling. Dessa i kombination med de tidigare nämnda nackdelarna bör vara något som tas i beaktande av framtida forskare på området vilket diskuteras närmare nedan.

Framtida forskning

Föreliggande studie påvisar ett behov av att framtida forskare rekryterar urval med deltagare som inte är självselektade, utan som redan ingår i ett psykiatriskt sammanhang. Deltagarna i denna studie uppvisade fler och mer allvarliga symtom än vad deltagarna i många tidigare studier har gjort. Detta kan sannolikt innebära att det finns särskilda behov hos psykiatriska patienter som behöver tas hänsyn till då de genomgår en guidad självhjälpsbehandling via internet. Exakt vad denna grupp kan tänkas behöva kan ej utläsas ur studiens resultat, men författarna rekommenderar fler och större studier på området för att utröna detta.

Som tidigare nämndes finns det frågor om hur internetbaserade behandlingar på bästa sätt bör administreras samt vilka diagnostiska procedurer som bör föregå behandlingen. Författarna till studien är överens om att framtida forskare bör ägna mer fokus åt att undersöka lämpliga urvalskriterier och bedömningsprocedurer samt titta närmare på vilka individer en internetbaserad guidad självhjälpsbehandling kan tänkas vara lämplig för.

Populationen av patienter med social fobi är inte en homogen grupp. Dels finns uppdelningen mellan specifik och generaliserad fobi och dels är komorbiditet vanligt förekommande vid social fobi. Heterogenitet och samsjuklighet hos individer med social fobi tycks vara något som inte tagits hänsyn till i särskilt omfattande grad i forskningen. Det är vanligt att studier har komorbiditet som ett exklusionskriterium. Denna studie tillät deltagare med komorbida tillstånd och författarna ser gärna att framtidens forskare tar hänsyn till komorbiditet och heterogenitet i högre grad och att det till exempel görs fler studier kring individuellt anpassade internetbehandlingar.

Carlbring et al. (2011) har nyligen gjort en studie med lovande resultat där en individanpassad behandling för patienter med ångeststörningar utvärderats. Vad författarna vet är detta dock den enda svenska studien i sitt slag. Att individanpassa Vivo-behandlingen samt att undersöka vilka de verksamma komponenterna är, kan tänkas vara en framtida utvecklingsmöjlighet som ökar effektiviteten och användbarheten. Genom att i framtiden, med ett större urval, tillämpa en kombination av en mellan- och inomgruppsdesign skulle det vara möjligt att undersöka hur behandlingseffekt samvarierar med olika faktorer hos deltagarna, såsom komorbiditet, ålder, läs- och datorvana och så vidare. Detta skulle troligen leda till forskningsresultat som är mer värdefulla och tillämpbara i praktikers kliniska verksamhet.

Slutligen läggs det i dagsläget stort fokus på att genomföra studier som kan visa att effekten av guidad internetbaserad självhjälpsbehandling är lika god som traditionell terapi

som utförs i klinisk miljö. När detta är gjort bör ett mål för framtiden vara att ”plocka isär” behandlingsprogrammen för att se vilka delar som är verksamma för vilka typer av svårigheter. Även möjligheten att kombinera olika behandlingsformat bör undersökas.

Slutord

Sammanfattningsvis pekar forskningen mot att självhjälsbehandlingar, i kombination med någon form av terapeutkontakt, kan ge likvärdiga behandlingsresultat som en vanlig terapi och att detta gäller för en rad psykiatriska tillstånd. Utmaningen för de som arbetar med utformande och implementering av självhjälsprogram är att skapa behandlingar som ger likvärdiga resultat som traditionell behandling samtidigt som nackdelar minimeras. Av avgörande betydelse är även att framtida forskare i högre grad undersöker metodens användbarhet i psykiatriska sammanhang. Det kan konstateras att urval bestående av självselektade individer eller studentpopulationer troligen inte representerar den kliniska populationen särskilt väl.

Föreliggande pilotstudie är en av de första i sitt slag att rikta sig mot en psykiatrisk population där många patienter med ångestproblematik återfinns. Trots att resultatet inte visar att alla deltagarna förbättrats kliniskt signifikant kan det finnas flera anledningar att närmare undersöka hur en implementering av internetbehandling skulle vara möjlig inom psykiatrin. Ett skäl är som tidigare nämnts tidsaspekten, vid denna typ av behandling hinner terapeuten träffa fler patienter än vid en vanlig kognitiv beteendeterapi och på så vis kan fler individer få hjälp. I dagsläget är det långt ifrån alla som kan erbjudas KBT då efterfrågan är större än tillgången. Förhoppningen är att utvecklingen av internetbaserad KBT inom psykiatrin kan leda till att fler patienter får möjlighet till terapeutisk hjälp, i ett tidigare skede. En guidad självhjälsbehandling har dessutom fördelen att innebära en reducerad kostnad för både vårdtagare och vårdgivare. Andra fördelar är behandlingens lättillgänglighet och dess bidragande till känslor av autonomi och självstyrande hos patienten.

Således tycks guidade självhjälsbehandlingar ha potential att utgöra ett alternativ eller ett komplement till traditionell vård. Till vilken grad denna potential kommer att utnyttjas och införlivas får framtiden utvisa. I dagsläget verkar det dock stå klart att internetbaserad behandling tycks bli ett alltmer välkänt begrepp och att det är en metod som i kombination med strikta etiska hänsynstaganden och lämplig typ av implementering med stor sannolikhet har en given plats i framtidens psykiatri.

Referenslista

- Abramowitz, J.S., Moore, E.L., Braddock, A.E., & Harrington, D.L. (2009). Self-help cognitive-behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 98-105.
- Acarturk, C., Graaf, R., Straten, A., Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 273-279.
- Akademiska sjukhuset (n.d.). Självhjälp på internet inom psykiatrin. Hämtat den 19 april 2011 från Akademiska sjukhuset http://www.akademiska.se/templates/page___44977.aspx
- American Psychiatric Association (2002). *Mini-D IV – Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Kristianstad: Pilgrim Press.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldo, V., et al. (2008). Development of a New Approach to Guided Self-Help via the Internet: The Swedish Experience. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2), 161-181.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Cuijpers, P. (2009). Internet interventions: Moving from efficacy to effectiveness. *E-journal of Applied Psychology*, 5, 18-24.
- 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(4), 677–686.
- Atkins, D.C., Bedics J.D., McGlinchey, J.B., & Beauchaine, T.P. (2005). Assessing Clinical Significance: Does It Matter Which Method We Use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 982–989.
- 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. *Behaviour Research and Therapy* 40(6), 701–715.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guildford Press.
- Berger, T., Hohl, E., & Caspar, F. (2009). Internet-Based Treatment for Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical psychology*, 65(10), 1021-1035.
- Brunello, N., den Boer, J.A., Judd, L.L., Kasper, S., Kelsey, J.E., Lader, M., et al.

- (2000). Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 61-74.
- Carlbring, P., Maurin, L., Törngren, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthan, E., et al. (2011). Individually tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 18-24.
- Carlbring, P., Nordgren, L.B., Furmark, T., & Andersson, G. (2009). Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: A 30-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 848-850.
- Clark, D.M. (1997). Panic disorder and social phobia. I D.M. Clark, & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 121-153). Oxford, NY: Oxford University Press.
- Clark, D.M., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: The Guildford Press.
- Clark, D.M., & Fairburn, C.G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- 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(12), 1943-1957.
- Cuijpers, P., van Straten, A-M., & Andersson, G. (2008). Internet-administered Cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 169–177.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (1998). *Structured Clinical Interview for DSM IV – Axis I Disorders*. Klinisk version. Kristianstad: Pilgrim Press.
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4, 367–377.
- 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.
- Furmark, T. (2002). Social Phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica*

- Scandinavica*, 105, 84-93.
- Glasgow, R.E., & Rosen, G.M. (1978). Behavioral Bibliotherapy: A Review of Self-help Behavior Therapy Manuals. *Psychological Bulletin*, 85(1), 1-23.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., & Liang, Y. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment for social phobia, a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 291–306.
- Gould, R.A., & Clum, G.A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13(2), 169-186.
- Grant, P., Young, P.R., & DeRubeis, R.J. (2005). Cognitive and behavioral therapies. I G.O. Gabbard, J.S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp. 15-25). Oxford, NY: Oxford University Press.
- Harb, G.C., & Heimberg, R.G. (2006). Social Anxiety Disorder. I J.E. Fisher, & W.T.O'Donohue (Eds.), *Practitioners Guide to Evidence-Based Psychotherapy* (pp. 668-677). New York, NY: Springer Science.
- Holmström, A., & Sparthan, E. (2003). *Ett Internetbaserat självhjälpssystem i kombination med gruppträffar för personer med social fobi*. Psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(4), 336-352.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17(3), 308-311.
- 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(1), 12-19.
- Johansson, C. (2008). Umgås på Internet eller på ett café?: – en studie om Internetanvändningens sociala konsekvenser. Studentuppsats, Uppsala universitet, Institutionen för informationsvetenskap.
- Kaldo, V. (2008). *Cognitive Behavioural Therapy as Guided Self-help to Reduce Tinnitus Distress*. Uppsala: Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet.
- Kooistra, B., Dijkman, B., Einhorn, T.A., & Bhandari, M. (2009). How to Design a Good Case Series. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 91(3), 21-26.
- Kåver, A. (1999). Social Fobi, att känna sig granskad och bortgjord. Jyväskylä: Cura.

- Landstinget Kronoberg (n.d.). Kognitiv beteendeterapi via internet. Hämtat den 19 april 2011 från Landstinget Kronoberg
http://www.ltkronoberg.se/templates/LTKPageWithPicture____43369.aspx
- Leahy, R.L., McGinn, L.K., Busch, F.N., & Milrod, B.L. (2005). Anxiety disorders. I G.O. Gabbard, J.S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp.137-161). Oxford, NY: Oxford University Press.
- Linköpings Universitet (2010). Terapi på distans – billigt och bra. Hämtat den 19 april 2011 från Forskning vid Linköpings Universitet
<http://www.liu.se/forskning/innovationer/sjalvhelp?l=sv>
- Mattick, R.P., & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455-470.
- McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D.A., et al. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 55-62.
- Menchola, M., Arkowitz, H.S., & Burke, B.L. (2007). Efficacy of Self-Administered Treatments for Depression and Anxiety. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 421–429.
- Miller, G.A. (1969). Psychology as a means of promoting human welfare. *American Psychologist*, 24(12), 1063-1075.
- Montgomery, S., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Mullane, J., & Corkum, P. (2006). Case series: Evaluation of a behavioural sleep intervention for three children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 10, 217–227.
- Ogles, B.M., Lunnen, K.M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: history, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 421-446.
- Psykiatri Sydväst, Stockholms läns landsting (n.d.). Internetpsykiatri.se – Behandling med kognitiv beteendeterapi. Hämtat den 19 april 2011 från www.internetpsykiatri.se
- Rapee, R.M., & Spence, S.H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 737-767.
- Rosen, G.M. (1987). Self-help treatment books and the commercialization of psychotherapy. *The American psychologist*, 42(1), 46-51.

- Rowan, A.B., & Andrasik, F. (1996). Efficacy and cost-effectiveness of minimal therapist contact treatments of chronic headaches: A review. *Behavior Therapy*, 27(2), 207-234.
- Roy, J.K. (1979). Bibliotherapy: An Important Service to Self. *English Journal*, 68(3), 57-62.
- Sloman, L., Farvolden, P., Gilbert, P., & Price, J. (2005). The interactive functioning of anxiety and depression in agonistic encounters and reconciliation. *Journal of Affective Disorders*, 90, 93-99.
- Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Hämtat 11 februari 2011 från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Spokas, M.E., Rodebaugh, T.L., & Heimberg, R.G. (2007). Cognitive biases in social phobia. *Psychiatry*, 6(5), 204-210.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2005). Behandling av ångestsyndrom. Hämtat 11 februari 2011 från SBU <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-av-angestsyndrom/>
- Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (2007). Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. Stockholm: SBU.
- Stein, M., Jang, K., & Livesley, W. (2002). Heritability of Social Anxiety-related Concerns and Personality Characteristic: A twin study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190(4), 219-224.
- Stiftelsen för Internetinfrastruktur & WordPress (n.d.). Hämtat 17 februari 2011 från <http://www.internetstatistik.se/>
- Ström, L. (2003). *Self-help via the Internet*. Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet: Uppsala.
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2000). A Controlled Trial of Self-Help Treatment of Recurrent Headache Conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 722-727.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.

- Titov, N., Gavin, A., Choi, I., Schwencke G., & Mahoney, A. (2008). Shyness 3: randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(12), 1030-1040.
- Trierweiler, S.J. (2006). Training the next generation of psychologist clinicians: good judgement and methodological realism at the interface between science and practice. In C.D. Goodheart, A.E. Kazdin, & R.J. Sternberg (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapy* (pp. 211-238). Washington, DC: APA.
- Vanheule, S. (2009). Psychotherapy and research: a relation that needs to be reinvented. *British Journal of Psychotherapy*, 25(1), 91-109.

BILAGA A: Information till deltagarna om behandlingsstudien

Information om behandlingsstudie social fobi (GIR-projektet)

Om du lider av social fobi finns det möjlighet att du kan komma att bli hjälpt av det självhjälsprogram som prövas i denna studie. En internetbaserad behandling, som i tidigare forskningsstudier visat sig ha effekt för personer med dessa svårigheter, prövas nu på psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Skåne.

Behandlingen är gratis och ges via en krypterad behandlingsplattform, du har veckovis kontakt med en psykolog. Du som är intresserad att delta i denna kostnadsfria behandling ska läsa igenom, skriva under och returnera blanketten ”samtycke”, därefter fyller du i ett antal självskattningsskalor på Internet – instruktioner finns i bifogat brev. Då du gjort detta blir du kontaktad av en medarbetare i projektet. Vill du fråga något kring projektet kan du när som helst höra av dig till projektsamordnare Olof Johansson på nedanstående telefonnummer.

På senare år har det bedrivits mycket forskning kring psykologisk behandling som ges över Internet. Internetbaserade behandlingsprogram för social fobi och depression har redan tidigare genomförts med positiva resultat. Den här studien genomförs på psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Region Skåne och syftar till att undersöka om internetterapi för dessa diagnoser ger minskad oro och ökad livskvalitet hos dem som är patienter på en psykiatrisk mottagning. Studien innebär att gå igenom ett strukturerat, internetbaserat självhjälsprogram under åtta veckor med vägledning av en psykolog via ett krypterat och skyddat kommunikationssystem.

Förfrågan om deltagande

Du har tidigare blivit muntligen tillfrågad av din behandlare på mottagningen om du är intresserad av att delta i behandlingsstudien, detta är en formell förfrågan med information om projektet sammanfattad.

Hur går studien till?

För att delta i studien behöver du först skriva under och skicka in blanketten ”samtycke” som kom tillsammans med denna information. Använd dig av det bifogade kuvertet, portot är betalt. Eftersom du inte kan ha en pågående psykologisk behandling samtidigt som du deltar i studien bör du, om du har en pågående psykologisk behandling någonstans, ta upp ditt deltagande i studien med din behandlare. När du anmält dig kommer du att via internet få fylla i några olika självskattningsformulär. Utifrån dina svar kommer en första bedömning att göras om den aktuella behandlingen kan vara till hjälp för just dig. Om vi gör bedömningen att den här behandlingen inte skulle passa dig kontaktar vi dig och berättar varför vi tagit det beslutet. Om vi har förslag på någon annan typ av behandling eller hjälp som kanske skulle vara bättre för dig så får du information om detta.

Om svaren på skattningsformulären talar för att behandlingen kan passa dig kommer du att bli kontaktad av en behandlare för att boka tid för ett bedömningssamtal. Intervjun syftar främst till att kartlägga din aktuella psykologiska problematik, hur den har utvecklats och vilka dina förhoppningar på behandlingen är. Intervjun tar cirka två timmar och görs på din lokala mottagning. Resultatet av intervjun avhandlas vid en remisskonferens, bestående av psykologer och specialistläkare. Sökande som inte motsvarar urvalskriterierna kommer att få personlig återkoppling med en motivering samt en rekommendation om fortsatt hjälp om det är aktuellt.

Urvalskriterierna för deltagande är att du har social fobi och att du inte lider av andra allvarliga svårigheter som är mer angelägna att behandla först. Vidare är det också viktigt att du inte har kraftigt nedsatt koncentrationsförmåga, du behöver kunna läsa och skriva på svenska samt ha tillgång till en dator med internetuppkoppling.

Deltagare som antas till studien kommer att lottas till en av två grupper. Grupp 1 påbörjar behandlingen direkt efter intervjun. Grupp 2 kommer först att placeras på en väntelista, för att sedan efter åtta veckor få ta del av den behandling som grupp 1 genomfört. Grupp 2 kommer fylla i självskattningsformulär återigen strax före sin behandlingsstart.

Ovanstående procedur med en grupp som väntar på behandling (Grupp 2) är viktig för att kunna tillföra ny vetenskaplig kunskap, baserad på jämförelser mellan behandlingsgrupp och väntlistegrupp. Samtliga deltagare i alla grupper kommer efter avslutad behandling att fylla i individuella självskattningsformulär som ligger till grund för mätning av behandlingsresultaten. Det är helt centralt för att det ska gå att utvärdera om olika behandlingsprogram fungerar. Formulären ska även fyllas i 6 månader och ett år efter behandlingens slut, för att se om behandlingen ger långsiktig förbättring. Du kommer även kallas till uppföljningsintervju 6 och 12 månader efter det att din behandling avslutats. En skriftlig sammanställning av resultaten skickas till de patienter som är intresserade, för att få ta del av detta kan du efter studiens avslut kontakta psykolog Olof Johansson på nedanstående kontaktuppgifter.

Behandlingsupplägg

Ett internetbaserat behandlingsprogram kommer att prövas i denna studie. Detta kommer att bestå av åtta kapitel som du arbetar dig igenom tillsammans med din behandlare. Varje kapitel kan jämföras med en behandlingssession och/eller ett kapitel i en självhjälpbok. Ett nytt kapitel kommer att delas ut varje vecka. Det första kapitlet inleds med utbildning och information om terapin. Du kommer att ha veckovis kontakt med en personlig behandlare och få utföra individuella hemuppgifter. Det är mycket viktigt att kontakt hålls inom den uppsatta tidsramen eftersom den, efter telefonintervjun och självskattningsformulären, utgör grunden till fortsatt behandling. Dessutom ger din behandlare återkoppling på dina framsteg på det här sättet, som går ut på att hitta kärnan i dina problem och förstå hur de upprätthålls. Arbetet du lägger ned under behandlingen kommer sedan att på olika sätt knytas till denna återkoppling samt till de mål ni formulerat tillsammans med er behandlare. Behandlarna är psykologer på mottagningen.

Övergripande arbetsstruktur för varje kapitel:

1. Läsa textmaterialet varje vecka.
2. Använda dessa kunskaper i den egna vardagen för att kunna förstå och ändra på sin situation.
3. Arbeta med veckans hemuppgifter.
4. Kommunikation med behandlaren via ett krypterat meddelandesystem om veckans arbete.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi riktar in sig på det vi gör, tänker och känner här och nu och syftar bland annat till att påverka de aktuella problemen genom att öka aktiviteter som ger oss positiva upplevelser. Kognitiv beteendeterapi har i olika behandlingsstudier visat god effekt på exempelvis social fobi och depression. I denna behandling kombineras kognitiva tekniker (sådana som syftar till att ändra på vårt sätt att tänka) med beteendetekniker (sådana som syftar till att ändra på vårt sätt att göra saker). Det

innebär bland annat att du arbetar för ökad förståelse för din problematik och för minskad ångest och nedstämdhet. Du kommer även att få utföra övningar för att hantera jobbiga känslor och situationer på ett nytt sätt. Behandlingen ger också kunskap om olika faktorer som påverkar din situation, vilket ökar möjligheterna att du kan behålla den förbättring som förhoppningsvis uppnås under behandlingen efter det att den avslutats.

Frivillighet och etik

Ditt deltagande är frivilligt och du kan utan att ange skäl när som helst avbryta behandlingen. Om du väljer att avbryta din behandling kommer detta ej förändra dina möjligheter att få behandling på din lokala mottagning. Vi förutsätter att du vid eventuellt avbrott i behandlingen meddelar oss. Däremot önskar vi att samtliga deltagare fyller i eftermätningarna oavsett om du fullföljt behandlingen eller inte. Resultaten kommer att ligga till grund för vidare forskning på internetbaserade behandlingar och utformandet av metoden inom psykiatrin. De data som samlas in från undersökningen behandlas under sekretess och ingen utomstående kommer att kunna ta reda på att vem som har deltagit eller urskilja någon enskild individ i rapporteringen av resultatet. Utfallet kommer att presenteras i avidentifierad form och beskrivas på gruppnivå. Har du några frågor om undersökningen, eller om några frågor dyker upp under eller efter behandlingen, går det bra att kontakta oss.

Säkerhet, försäkring och ersättning

All kontakt med behandlare och ansvariga för studien kommer att ske via ett krypterat meddelandesystem. Inloggning sker med hjälp av lösenord och engångskoder, alltså motsvarande internetbank. Varje deltagare kommer att få ett eget användarnamn som du genomgående kan använda dig av. Data från frågeformulären kommer att registreras i avidentifierad form. All korrespondens mellan behandlaren och er kommer att journalföras i enlighet med patientdatalagens riktlinjer, vilket innebär att ingen obehörig kommer att ha möjlighet att komma åt informationen. Ersättning för deltagande eller uppkopplingsavgift för Internet utgår inte, däremot är själva programmet och behandlingen kostnadsfri för den som deltar.

Patientskadeförsäkringen gäller, ingen ersättning utgår för deltagande i projektet.

Vi känner inte till några risker som är specifika för internetbehandling och metoden har utvärderats av statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Den främsta vinsten med deltagande är att få ta del av en etablerad behandlingsmetod för psykologisk problematik som annars kan vara svår att få tillgång till. En chans till betydande förändring i ditt liv.

Om du har frågor kring något så kontakta:

Leg. psykolog Olof Johansson
direktnr. 040 – 33 81 67
e-post. olof.johansson@skane.se

Ansvariga för studiens genomförande

Lars-Gunnar Lundh Professor, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Olof Johansson Doktorand, leg. psykolog, Allmänpsykiatriska kliniken i Malmö, Institutionen för psykologi, Lunds universitet – Kontaktperson

BILAGA B: samtyckesformulär

Samtycke

Psykiatri Skåne

Du tillfrågas härmed om du är villig att delta i en studie för att undersöka om internetbaserad kognitiv beteendeterapi kan hjälpa patienter inom psykiatri som har problem med social fobi. Psykologisk behandling vid social fobi har vetenskapligt stöd och den föreliggande studien prövar effekten av psykologisk behandling administrerad via Internet på en psykiatrisk mottagning. Tidigare studier har visat att internetbaserade behandlingar är effektiva vid dessa svårigheter hos självselektade patienter.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta behandlingen och deltagandet i studien. Som deltagare ska du vara beredd att slumpas till en behandlingsgrupp eller en kontrollgrupp som får behandlingen i ett senare skede (efter åtta veckors väntan). För att få delta i studien är du införstådd med att behandlingen pågår i åtta veckor och du ska uppfylla särskilda inklusionskriterier för att kunna delta. Innan behandlingen påbörjas kommer du att få fylla i frågeformulär via Internet och genomgå en intervju på din lokala mottagning. Dessa formulär kan du behöva fylla i upp till tre gånger i samband med behandlingen, detta för att mäta effekten av behandlingen. Du kommer även att få fylla i frågeformulär då uppföljning görs vid 6 och 12 månader efter det att din behandling avslutas. I samband med dessa uppföljningar kommer du även att kallas till en intervju på din lokala mottagning.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form, och presenteras så att enskilda personers svar inte kan spåras. Du kan få en sammanställning av studiens resultat om du så önskar.

Du har enligt 26 § personuppgiftslagen (1998: 204) rätt att gratis, en gång per kalenderår, efter skriftlig undertecknad ansökan ställd till oss, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har också rätt att enligt 28 § personuppgiftslagen begära rättelse i fråga om personuppgifter som vi behandlar om dig.

Ansvarig för dina personuppgifter blir Region Skåne.

Jag samtycker till deltagande i studien och att personuppgifter om mig behandlas i enlighet med ovanstående. Jag har fått information om studien och jag har getts möjlighet att ställa frågor om studien samt fått dem besvarade.

Namn: _____

Ort: _____

Datum: _____

Personnummer: _____

Personlig e-post: _____

Underskrift: _____

BILAGA C: Utvärdering av behandlingen

Frågor för behandlingsutvärdering

- Har du stött på tekniska svårigheter med att öppna sidor, logga in, ladda hem filer eller liknande under behandlingen? (om ja: berätta, om nej: skriv nej)

- Hur nöjd är du med behandlingens tempo (programmets omfattning i relation till dess längd)?

8 veckor var alldeles för kort tid	0
8 veckor var lite för kort tid	1
8 veckor var lagom	2
8 veckor var lite för lång tid	3
8 veckor var alldeles för lång tid	4

- Vad tyckte du om kontakten med din e-terapeut?

Mycket nöjd	3
Huvudsakligen nöjd	2
Neutral	1
Missnöjd	0

- Hur nöjd är du totalt sett med din behandling?

Mycket nöjd	3
Huvudsakligen nöjd	2
Neutral	1
Missnöjd	0

- Har du börjat använda någon medicin under behandlingens gång? (om ja, berätta vilken/vilka)
- Berätta också om du gjort någon dosändring på din tidigare medicin under behandlingens gång.
- Har du sökt psykologisk hjälp på annat håll under behandlingens gång? (om ja, berätta)
- Vad tyckte du om att få hjälp på detta sätt via internet?
- Ungefär hur mycket tid har du totalt lagt ner på programmet per vecka?
- Har du några övriga kommentarer på behandlingen? (Här kan du skriva om det är något övrigt du vill lägga till, kanske en kommentar på frågeformulären du precis fyllt i, eller något annat. Om du vill ha ett snabbt svar på någon fråga så rekommenderar vi att du istället mailar Olof Johansson på adressen Olof.Johansson@skane.se).