**Ung Face IT: Prosjektbeskrivelse**

Hovedmålet med Ung Face IT er å evaluere og tilrettelegge for bruk av et nytt e-helsebasert selvhjelpsprogram som kan hjelpe unge mennesker med utseendemessige bekymringer som skyldes en synlig medisinsk tilstand. Prosjektet har fått finansiering fra Norges forskningsråd (2019 - 2023)

1. **Bakgrunn og kunnskapsstatus**

Klinisk erfaring og forskning har vist at mange mennesker, og spesielt ungdom, bekymrer seg eller er misfornøyd med sitt eget utseende. Dette kan påvirke psykisk og fysisk helse (Cash & Pruzinski, 2002; Grogan, 2007). En gruppe som kan være spesielt utsatt for bekymringer knyttet til utseendet, er ungdom som lever med en tilstand som påvirker utseendet (Feragen, 2012). En rekke tilstander og diagnoser kan medføre et utseende som skiller seg ut fra det som er mest vanlig. Eksempelvis kan dette dreie seg om ervervede skader, konsekvenser av medisinsk behandling , hudsykdommer eller medfødte tilstander. Forekomsten av unge mennesker som har et synlig annerledes utseende er beregnet til å være omtrent 1-2% (Partridge & Julian, 2008). I et samfunn med massivt fokus på utseendet, kan det å se annerledes ut ha store konsekvenser for psykisk helse og selvbilde (Levine & Smolak, 2002; Rumsey & Harcourt, 2007). Ettersom det å “passe inn" er spesielt viktig for psykologisk velvære i ungdomstiden, er man spesielt sårbar i denne perioden av livet (Frisén et al., 2015).

Forskning viser at uansett årsak, omfang eller alvorlighetsgrad, opplever ca en tredjedel av personer som lever med en synlig annerledes utseende å ha psykososiale vansker, misnøye knyttet til eget utseende, erfaring med erting eller mobbing, eller strever med sosial angst (Feragen & Stock, 2016; 2017; Rumsey & Harcourt, 2004; 2007; Hunt et al., 2005; Stock & Feragen, 2016). Ettersom manglende tilfredshet med eget utseende kan lede til større sannsynlighet for estetisk og rekonstruktiv kirurgi i voksen alder (Stice, 2002; Rumsey & Harcourt, 2004; Williamson & Rumsey, 2016), vil forebyggende behandling i ungdomsårene kunne gi helseøkonomisk verdi.

Ungdommer med medfødte eller ervervede synlige tilstander går ofte gjennom omfattende behandling, inkludert kirurgiske og medisinske inngrep som tar sikte på å redusere en forskjell som kan være synlig for andre. Likevel trenger unge mennesker også å kunne styrke egne ferdigheter til å takle det å leve med et annerledes utseende, som et alternativ eller tillegg til medisinsk eller kirurgisk behandling. Forskning viser tydelig at en tilstands synlige plassering, størrelse eller årsak ikke har direkte sammenheng med hvor vanskelig eller lett det vil være for personen å leve med denne tilstanden (Appearance Research Collaboration (ARC), 2009; Moss, 2005). Vår psykiske helse påvirkes i større grad av indre faktorer, som for eksempel hvor viktig utseendet er for oss, eller hvor synlig vi selv opplever tilstanden å være. Dette er faktorer som kan endres gjennom psykososiale intervensjoner, som for eksempel kognitiv atferdsterapi (ARC, 2009; Clarke et al., 2013; Rumsey & Harcourt, 2012). I dag finnes det få evidensbaserte psykologiske intervensjoner som retter seg mot utseendepsykologi, og tilgang på psykologisk behandling er dessuten begrenset. Norge er et langstrakt land og spesialisert psykologisk behandling er ikke tilgjengelig i alle regioner. Det er få psykologer med klinisk ekspertise innen utseendepsykologi, som har kunnskap om utfordringer knyttet til det å leve med en synlig tilstand i lokale helsevesen.

**En ny e-helsebasert intervensjon for ungdom**

Oversiktsartikler konkluderer med at intervensjoner som har som mål å trene opp sosiale ferdigheter i form av kognitiv atferdsterapi, er lovende (ARC, 2009; Bessell & Moss, 2007; Jenkinson, 2012). Internettbasert kognitiv atferdsterapi (ICBT) har også vist seg å være effektiv for behandling av mild til moderat depresjon og angst (NICE, 2005; Nordgreen et al., 2017; Richardson et al., 2010; Spence et al., 2006). Det er derimot fortsatt mangel på evidensbaserte intervensjoner som er tilpasset grupper med spesifikke behov, som for eksempel unge mennesker med en medisinsk tilstand som de opplever er synlig for andre, både internasjonalt (Williamson et al., 2015) og nasjonalt. En større RCT, basert på erfaringer fra teststudier i Storbritannia og en norsk pilot, vil gi robust bevis for om et nytt intervensjonsverktøy som Ung Face IT kan være et effektfullt og kostnadseffektivt tilbud for ungdommer i Norge.

Det finnes flere ulike nivåer av intervensjoner, fra enkle informasjonsbrosjyrer til mer spesialiserte intervensjoner, som ansikt-til-ansikt terapi (Rumsey & Harcourt, 2012). Center for Appearance Research (CAR) i Bristol (England) har utviklet et online selvhjelpsprogram for voksne som lever med en synlig tilstand (Face IT: www.faceit.co.uk). Ettersom en utprøving av programmet viste en effektiv reduksjon av depressive symptomer, angst- og bekymring for utseende (Bessell et al., 2012; Norman & Moss, 2015), videreutviklet CAR et lignende intervensjonsprogram for ungdom i den samme målgruppen (Young People's Face IT: [www.ypfaceit.co.uk](http://www.ypfaceit.co.uk)). Programmet er utviklet som støtte for ungdommer som har behov for mer enn informasjon, men som ikke har behov for mer spesialiserte psykososiale tiltak ansikt til ansikt.YP Face IT er utviklet i samarbeid med ungdommer som lever med en synlig tilstand og kliniske eksperter, og programmets egnethetog gjennomførbarhet er evaluert i England (Williamson et al., 2015).

YP Face IT ble oversatt til norsk i 2016 (Ung Face IT; www.ungfaceit.no) og en pilotstudie ble gjennomført i 2016-2017, finansiert av Norsk kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser(Feragen, 2017). Neste steg i prosessen er en større randomisert kontrollstudie (RCT), for å evaluere om Ung Face IT kan være nyttig og effektivt for unge mennesker bosatt i Norge. Målet med Ung Face IT er å redusere utseende-relaterte bekymringer og sosial angst, og dermed styrke psykologisk tilpasning for ungdom med medfødte eller ervervede synlige tilstander. Intervensjonen gir enkelt tilgang til råd og støtte ved hjelp av illustrasjoner, informasjon, videoer og interaktive aktiviteter som kan gjennomføres på PC eller nettbrett. Gjennom disse verktøyene gir Ung Face IT råd og støtte som har til hensikt å øke ungdommenes mestringsstrategier Det terapeutiske rammeverket er basert på kognitiv atferdsterapi og styrking av sosiale ferdigheter. Slike metoder er vist å ha en positiv effekt (Bessel & Moss, 2007; Norman & Moss, 2015, Jenkinson et al., 2015) .

**Tilgang på behandling**

I Norge må enkelte reise langt dersom de har behov for spesialisert behandling. Nettbasert behandling kan dekke den enkeltes behov for psykologisk støtte uavhengig av bosted, i tillegg til å redusere helseøkonomiske kostnader. Ung Face IT kan være et viktig alternativ til “ansikt til ansikt” spesialisthjelp, og forhindre utviklingen av psykologiske og helserelaterte problemer i en utsatt ungdomsgruppe. Allmennleger har begrensede ressurser til å møte behovet til ungdom i denne gruppen, og grunnet strenge kriterier får ungdommer med utseende-relaterte utfordringer  ofte heller ikke henvisning til spesialiserte barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenester (BUP). Lange ventelister er ofte et faktum for de ungdommene som får hjelp. Fastleger, helsesøstre, sosionomer og lokale skolepsykologer er helsepersonell mange unge og familier møter jevnlig. De er ideelt plassert for å identifisere behov og gi umiddelbar tilgang til støtte, enten mens den unge venter på hjelp innen spesialisthelsetjenesten eller redusere behov for en henvisning i fremtiden.

Utprøvingen av YP Face IT i England (Williamson et al., 2015) viste at:

* Unge mennesker foretrakk YP Face IT framfor terapi ansikt til ansikt. De likte at programmet er tilgjengelig hjemmefra og at det dermed er mindre flaut å delta.
* Ungdommer satte pris på støtte fra andre med liknende erfaringer.
* Ungdommer og foreldre syntes det var positivt at de ikke måtte ta fri fra skolen / jobb / aktiviteter for å få hjelp.
* Helsepersonell var positive fordi programmet fjerner barrierer som ofte hindrer unge i å oppsøke og bruke helsetjenester.
* Helsepersonell rapporterte også at unge mennesker ofte opplever mangel på tilgang til spesialiserte utseende-spesifikke støttetjenester, og foreslo at YP Face IT skulle være tilgjengelig gjennom førstelinjetjenesten, noe som også ville redusert presset i spesialisthelsetjenesten.

For å utforske om den norske versjonen Ung Face IT kan hjelpe ungdom i Norge som sliter med utseende-relaterte problemer og sosial angst, må Ung Face IT evalueres systematisk. Dette vil bidra til å gjøre spesialisert nettbasert helsehjelp tilgjengelig for unge mennesker med en synlig tilstand og dekke uoppfylte behov i dagens helsevesen.

1. **Tilnærminger, hypoteser og valg av metode**

En norsk pilotundersøkelse av Ung Face IT inkluderte 29 ungdommer (Feragen, 2017). En større RCT er nå nødvendig for å vurdere programmets effektivitet og gjøre programmet tilgjengelig for de som kan trenge det når prosjektet avsluttes.

Studien vil sammenligne en intervensjonsgruppe (Ung Face IT + behandling som vanlig, TAU) med en ventende kontrollgruppe (TAU i 3 mnd, deretter Ung Face IT). Vi vet at de fleste deltakerne mottar lite eller ingen støtte fra helsetjenesten i løpet av prosjektperioden. Noen få deltakere mottar spesialisert helsehjelp. Hva deltakere har mottatt av helsetjenester i løpet av prosjektperioden vil registreres (Health Resource Use Questionnaire).

Prosjektets design vil sikre to datasett: 1) RCT-data som sammenligner en kontrollgruppe med en intervensjonsgruppe (basert på en 1/1 randomisering), og 2) En større intervensjonsgruppe (primær intervensjonsgruppe + kontrollgruppe etter gjennomført program).

**Kombinert design**

Det er gjort beregninger på hvor mange deltakere vi trenger for å få sterke nok statistiske beregninger. De ulike variablene vi måler er:

* Selvrapport: Spørreskjemaene som brukes er valgt ut fordi de er vist å være gode, pålitelige og brukt i utseende-relatert forskning. Utfylling av spørreskjema gjøres på et sikkert online IT-system som er godkjent av Oslo Universitetssykehus (TSD) ved T1 (baseline), T2 (etter 7 uker), T3 (3 mnd) og T4 (6 mnd). Ungdom vil motta et gavekort som takk for deres bidrag til forskningsdata for de tre siste spørreskjemaene. Det tar ca 20-30 minutter på å fylle ut spørreskjemaene. Spørreskjemaene består av:
* Hovedmål: Body Esteem Scale (BES)
* Social Anxiety Scale (SAS)
* Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ)
* Life Engagement Scale  (LES)
* Self-Perception Profile for Adolescents  (SPPA)
* EQ-5D-5L
* Foreldrerapport: Foreldre (en per deltaker) fyller ut et spørreskjema om bruk av helsetjenester i prosjektperioden (dersom ungdommen er under 16 år).
* Kvalitative intervjuer: Noen ungdommer og foreldre vil også intervjues om deres opplevelser av å delta i prosjektet, deres tanker om programmet og dets nytteverdi, samt deres erfaringer av å leve med en tilstand de opplever som synlig for andre. Helsepersonell og andre fagpersoner rundt ungdommene vil også intervjues i forbindelse med vurderingen av hvordan Ung Face IT bør implementeres i det lokale og spesialiserte hjelpeapparatet

1. **Prosjektplan**

**Utvalg og gjennomføring**

Målet er å rekruttere cirka 160 ungdommer med mange ulike synlige diagnoser eller tilstander inn i prosjektet. Inklusjonskriterier er at ungdommen selv opplever utseende-relatert bekymring, erting eller mobbing. Deltakerne vil bli informert om studien gjennom helsetjenester, brukerorganisasjoner og media. Forskerteamet er ansvarlig for inkludering og oppfølging av alle interesserte deltakere.

Inklusjonskriterier:

* Ungdom 12-17 år med en tilstand/diagnose som medfører utseende-relatert bekymring, erting eller mobbing
* Tilgang til datamaskin / nettbrett og internett
* Lese-/forståelsesnivå > 12 år. All tekst er tilgjengelig i lydopptak som ekstra støtte
* Normalt / korrigert-til-normalt syn

Eksklusjonskriteriter:

* Alvorlig klinisk depresjon, psykose, spiseforstyrrelse (alternativ støtte nødvendig)
* Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller innen 12 måneder etter potensiell traumatisk opplevelse (alternativ støtte nødvendig)
* Lærevansker som vil gjøre det vanskelig å forstå programmets innhold
* Personer som for tiden mottar behandling ansikt til ansikt

**Rekruttering og samarbeid med helsetjenester:**

Spesialisthelsetjenester: Spesialiserte behandlingsklinikker i hele landet og nasjonale kompetansetjenester vil kunne informere potensielle pasienter om studien. Pasientlister vil bli brukt til å sende informasjon og brosjyrer blir distribuert i relevante klinikker. Piloten indikerte 10% deltakelsesrate ved bruk av pasientlister fra spesialiserte tjenester for rekruttering. Vi mener derfor det er realistisk å rekruttere 60 ungdommer gjennom spesialisttjenester. Samarbeid skal utnytte nasjonal forskningskompetanse og fremme nasjonal nettverksbygging.

Lokalt helsevesen: Informasjon vil bli sendt til fastleger, kommunepsykologer og andre fagpersoner (sosionomer, rektorer, sykepleiere, psykologer). Samarbeid der lokale aktører følger opp enkelte av sine deltakere vil forsøkes implementert, slik at dette kan evalueres som en modell. Vi forventer å kunne rekruttere 60 ungdommer gjennom lokale tjenester. Samarbeid vil fremme nasjonalt nettarbeid og skape oppmerksomhet rundt utseende-relaterte problemer i lokale omgivelser.

Pasientorganisasjoner: Cirka 10 pasientorganisasjoner var involvert i piloten, og har bekreftet ønsket om å støtte en større RCT. Andre relevante pasientorganisasjoner og ungdomsråd ved Oslo og Haukeland universitetssykehus vil også bli kontaktet. Vi håper å rekruttere ytterligere 20 ungdommer på denne måten.

Plakater, nettsteder, media og sosiale medier: Plakater vil bli delt ut og lagt ut på pasientorganisasjonens nettsteder og sosiale medier, i tillegg til tradisjonelle medier. Vi håper å rekruttere omtrent 20 ungdommer ved å bruke nettsteder, media og sosiale medier.

**Prosjektgruppen:**

Prosjektleder Kristin Billaud Feragen har svært relevant og lang nasjonal og internasjonal forskningserfaring, koordinerer forskningsaktivitet ved Senter for sjeldne diagnoser, og veileder både interne og eksterne PhD-prosjekter. Fra september 2020, vil også Johanna Kling ansettes i en post doc stilling i prosjektet, for tre år. Både Johanna Kling og Ingela Lundin Kvalem, professor ved Psykologisk institutt i Oslo, har mange års erfaring med forskning på kroppsbildeproblematikk hos ungdom. Tine Nordgreen, Institutt for klinisk psykologi (Universitetet i Bergen) og Avdeling for psykiatri (Haukeland universitetssykehus), har høyst relevant erfaring med nettbaserte intervensjoner og vil være et sentralt medlem av forskningsgruppen. Tett samarbeid med Heidi Williamson ved Center for Appearance Research, som utviklet YP Face IT, vil også sikre nødvendig kompetanse inn i prosjektet. Det er også ansatt en PhD-stipendiat i prosjektet, Deniz Zelihic, som har hovedansvaret for oppfølgingen av deltakerne i prosjektet.

**Prosjektets relevans og nytte for samfunnet inkluderer:**

* Kostnadseffektiv behandling som et alternativ til klinisk ansikt til ansikt behandling
* Øker tilgang til behandling for en psykologisk sårbar gruppe ungdommer
* Evidens for en ny forebyggende e-helse-basert intervensjon på nasjonalt og internasjonalt nivå
* Reduserer fravær fra skole / jobb / aktiviteter for en utsatt gruppe ungdommer og deres foreldre, sammenlignet med tradisjonell oppfølging i helsesystemet
* Fremmer engasjement og deltakelse i samfunnet, og forhindrer utvikling av emosjonelle problemer og annen negativ helseatferd hos en gruppe ungdommer i psykososial risiko
* Øker kunnskapen om en lite undersøkt gruppe med ungdommer
* Undersøker helseøkonomiske fordeler, et lite undersøkt tema innenfor helsesektoren

**Relevans og fordel for ungdommer som lever med en synlig forskjell:**

* Redusere utseende-relatert bekymring og sosial angst og styrke psykologisk helse
* Empowerment av utsatt ungdom ved å tilby selvhjelp og mestringsstrategier
* Hyggelig, interaktivt og engasjerende for unge mennesker
* Lett tilgjengelig intervensjonsverktøy som kan gjennomføres hjemmefra og dermed redusere behovet for ansikt-til-ansikt-avtaler og skolefravær
* Lett tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uken og nesten hvor som helst.
* Lik tilgang til spesialisert helsehjelp uavhengig av etnisitet eller geografisk bosted

**Etiske perspektiver**

YP Face IT ble designet for at ungdom skal kunne gjennomføre programmet på egenhånd og med minimal støtte fra helsepersonell. Likevel kan tema som omhandler utseendet være følsomt for enkelte ungdommer. Utprøving i England og Norge støtter at gjennomføringen av programmet er trygt. Data som blir lagt inn av deltakeren (dagboknotater og svar) lagres og beskyttes av høy databeskyttelsessikkerhet, og blir gjennomgått jevnlig av PhD-kandidaten og sjekket for tegn på behov for ekstra støtte. Potensielle bekymringer kan diskuteres med prosjektlederen (klinisk psykolog med spesialisert erfaring i behandling av utseendemessige bekymringer). Deltakere med behov for annen oppfølging enn Ung Face IT vil bli henvist til relevante helsetjenester ved behov. Retningslinjer for foreldre om hvordan de kan støtte ungdommene som deltar er også utviklet og sendes alle deltakende foreldre.

Ungdommene i kontrollgruppen vil ikke ha umiddelbar tilgang til intervensjonen. Ungdommer i kontrollgruppen vil imidlertid motta behandling som vanlig, noe som betyr at prosjektet ikke nekter dem helsehjelp. Etter 3 måneder gjennomfører også deltakerne intervensjonen, slik at alle deltakerne får muligheten til å prøve Ung Face IT.

Online dataregistrering og lagring av Ung Face IT har ekstremt sikker online databeskyttelse (VeriSign®) og overholder University of the West of England og OUS databehandleravtaler om lagring, deling og tilgjengelighet av data. Etisk godkjenning for prosjektet er gitt av REK og prosjektet er meldt inn til Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus.

**Formidling av resultater**

Resultater vil bli presentert på relevante nasjonale og internasjonale konferanser.

Artikler vil bli sendt til internasjonale og nasjonale fagfellevurderte tidsskrifter rettet mot forskere og klinikere som søker evidensbasert støttende behandling for unge mennesker som er berørt av et annerledes utseende.

Prosjektet vil føre til minst fem publikasjoner. Dette vil være mulig gjennom samarbeid med masterstudenter eller kliniske psykologistudenter, i samarbeid med Fakultet for psykologi (Bergen og Oslo), og internasjonale samarbeid med partnere fra CAR. Pågående pilotering av lokale versjoner av YP Face IT i Australia, USA og Nederland forventes også å føre til potensielle internasjonale publikasjoner.

**Implementering av Ung Face IT:**

Samarbeid med kommunikasjonsrådgivere ved Senter for sjeldne diagnoser vil sikre at informasjon om prosjektet og resultatene blir spredt via tradisjonelle medier og sosiale medier. I prosjektets siste år, vil Ung Face IT bli implementert i lokale og spesialiserte helsetjenester over hele landet og det vil arbeides med å nå lokale klinikere som er i kontakt med ungdommer med potensielle bekymringer knyttet til utseende.

Følgende norske pasientorganisasjoner støtter prosjektet: Norsk Craniofacial Forening, Norsk Interesseforening for Kortvokste (NiK), Psoriasis- og eksemforbundet, Leppe-ganespalteforeningen, Norsk Forening for Nevrofibromatose (NFFNF), Norsk Tourette Forening, Noonanforeningen, Landsforeningen for Overvektige, Norges Handikapforbund, Norsk Forening for Dysmeli, UngKreft, Norsk Forening for Albinisme, Norsk Forening for Brannskade og BurnCamp Ung, Vitiligoforeningen, Foreningen for Arthrogryposis Multiplex Congenita (AMC-foreningen), Handikappede Barns Foreldreforening (HBF). Flere pasientorganisasjoner er også representert i prosjektets referansegruppe, slik at brukerne mest mulig involveres i alle faser av prosjektarbeidet.

**Referanser**

Appearance Research Collaboration (2009). Identifying factors and processes contributing to successful adjustment to disfiguring conditions. Final report, Centre for Appearance Research, University of the West of England, Bristol, UK.

Bessell A, Brough V, Clarke A, Harcourt D, Moss T, Rumsey N. (2012). Evaluation of the effectiveness of Face IT, a computer-based psychosocial intervention for disfigurement-related distress. *Psychology, Health and Medicine,* 5:565–577.

Bessell A, Moss TP. (2007). Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: A systematic review of the empirical literature. *Body Image*, 4:227-38.

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. 10

Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical, practice. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: A handbook of theory, research, and clinical practice* (p. 509-516). NY: Guilford Press.

Clarke A, Thompson AR, Jenkinson E, Rumsey N, Newell R. (2013). CBT for appearance anxiety: Psychosocial interventions for anxiety due to visible difference. ISBN: 978-1-118-52343-8. Wiley-Blackwell.

Feragen KJB. (2012). Experiences of people living with visible differences: Congenital conditions. In: Rumsey N, Harcourt D (Eds). Oxford Handbook of Psychology of Appearance (p. 353–371). Oxford, UK: Oxford University Press.

Feragen (2017). Sluttrapport Ung Face IT [Report of feasibility and acceptability study for Ung Face IT]. NKSD.

Feragen, KB, Stock, NM. (2017). Psychological adjustment to craniofacial conditions: A review of the literature. *Psychology and Health*, 32, 253-288.

Feragen KB, Stock NM. (2016). A longitudinal study of 340 young people with or without a visible difference: The impact of teasing on self-perceptions of appearance and depressive symptoms. *Body Image,* 16:133-42.

Frisén A, Lunde C, & Berg AI. (2015). Developmental patterns in body esteem from late childhood to young adulthood: A growth curve analysis. *European Journal of Developmental Psychology*, 12: 99-115.

Grogan S. (2007). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Taylor & Francis.

Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: A systematic review. *European Journal of Orthodontics*. 27:274–285.

Jenkinson E. (2012). Therapeutic interventions: Evidence of effectiveness. In Rumsey, N. & Harcourt, D. (Eds). *The Oxford Handbook of the Psychology of Apearance.* (p. 679-692). London: Oxford University Press.

Jenkinson E, Williamson H, Byron-Daniel J and Moss TP (2015). A systematic review of psychosocial interventions for children and young people with visible differences resulting from appearance altering conditions, injury or treatment effects. *Journal of Pediatric Psychology*. 40:1017-1033

Levine MP, Smolak L. (2002). Body image development during adolescence. In TF Cash & T Pruzinsky (Eds), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (p. 74-82). New York: Guilford Press.

Moss TP. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, 2:151-159.

National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE (2005). Final appraisal determination: Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety (review). *Clinical Psychology*, 74, 614-621.

Nordgreen T, Gjestad R, Andersson G, Carlbring P, Havik OE (2018). The implementation of guided Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts. *Cognitive Behavioral Therapy,*47:62-75.

Norman A, Moss T. (2015). Psychosocial interventions for adults with visible differences: A systematic review. *Peer Journal*, 3:e870.

Partridge J, & Julian D. (2008). *The incidence and prevalence of disfigurement*. London: Changing Faces.

Richardson et al. (2010) Computerised Cognitive Behavioural Therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 275-290.

Rumsey N, Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image,* 1, 83-97.

Rumsey N, Harcourt D. (2007). Visible difference amongst children and adolescents: Issues and interventions. *Dev Neurorehabil*, 10:113-23.

Rumsey N, Harcourt, D. (2012). The psychology of appearance: The future. In Rumsey, N. & Harcourt, D (Eds). *The Oxford Handbook of the Psychology of Apearance.* (p. 679-692). London: Oxford University Press.

Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive- behaviour therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting Clinical psychology,* 74:614-21.

Stock NM, Feragen KB. (2016). Psychological adjustment to cleft lip and/or palate: A narrative review of the literature. *Psychology and Health,* 15:1-37.

Stice E.(2002).Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review.*Psychological Bulletin*,128:825-48.

Williamson H, Griffiths C, Harcourt D. (2015). Developing young person’s Face IT: Online psychological support for adolescents struggling with conditions or injuries affecting their appearance. *Health Psychology Open,* July-December: 1-12.

Williamson H, Rumsey N. (2016). The perspectives of health professionals on the psychosocial impact of an altered appearance among adolescents treated for cancer and how to improve appearance-related care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35:47-60.