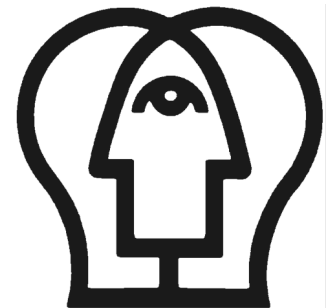


Psykodynamisk eller kognitiv beteendeterapeutisk
behandling över internet vid social ångest: en preferensstudie

Thomas Hesslow
Maja Nilsson

Handledare: Per Carlbring
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 HP
PSYKOLOGPROGRAMMET VT2015



STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

PSYKODYNAMISK ELLER KOGNITIV BETEENDETERAPEUTISK BEHANDLING ÖVER INTERNET VID SOCIAL ÅNGEST: EN PREFERENSSTUDIE

Thomas Hesslow och Maja Nilsson

Social ångest drabbar omkring en av nio svenskar. Effektiva behandlingar finns, med begränsad tillgång och höga kostnader gör att många inte får behandling. Internetbehandling är ett potentiellt kostnadseffektivt behandlingsalternativ som är lätt att sprida, men mer forskning behövs. Syftet med studien var att jämföra två internetförmedlade behandlingar. Trettiosex deltagare fick välja affektfokuserad psykodynamisk behandling (iPDT, N=23) eller kognitiv beteendeterapi (iKBT, N=13). Behandlingarna bestod av tio veckor vägledad självhjälp. Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report var det primära utfallsmåttet. Behandlingarna hade medelstora förbättringar på social ångest och depression ($d = 0,51-0,83$), samt stora försämringar på interpersonella problem ($d = 1,13-1,43$). Fler av de som valt psykodynamisk behandling slutförde hela behandlingen. Allians efter tre veckor och preferensstyrka visade sig vara lovande utfallsprediktorer. Resultaten tyder sammanfattningsvis på att behandlingarna har positiva effekter på symtom av social ångest samt negativa effekter på interpersonella problem.

Socialt ångestsyndrom är en av de vanligaste ångestdiagnoserna (Kessler, Berglund, et al., 2005). Den är ofta kronisk till sin natur och drabbar mellan 5 och 15 % av befolkningen (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005). I nuläget finns det flera vetenskapligt beprövade metoder för att behandla diagnosen, såsom kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk korttidsterapi, samt olika typer av psykofarmaka (Mayo-Wilson et al., 2014). Behovet av nya behandlingar är emellertid stort, inte minst då flera större studier visar att upp till fyra av fem behandlade patienter (60-80%) inte går i remission efter avslutad behandling (Leichsenring, Salzer, et al., 2014; Liebowitz, Mangano, Bradwejn, & Asnis, 2005). Dessutom är flera effektiva behandlingar, såsom exempelvis individuell psykologisk behandling, kostsamma och svårtillgängliga, vilket leder till att många personer som lider av social ångest aldrig söker hjälp, och även om de söker hjälp så är det inte säkert att hjälpen finns där de bor eller att de behandlingar som erbjuds i området är rätt för just denna person (Carlbring et al., 2007).

Socialt ångestsyndrom

Historik

Den första gången som social ångest skildes ut från andra ångestsyndrom var 1966 då Isaac Marks och Michael Gelder undersökte olika fobiers debutålder (Marks & Gelder, 1966,

refererat i Stein & Stein, 2008). Tillståndet hade redan under tidigt 1900-tal kallats för social neuros eller “fobi för sociala situationer” och när andra versionen av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II) publicerades år 1968 blev tillståndet ett avgränsbart psykiatriskt fält, och senare en psykiatrisk diagnos 1980 då DSM-III publicerades. Social fobi syftade då i första hand till rädslan att stå på scen eller prestera inför andra. När diagnosmanualen revideras 1987 la man till diagnosvarianten “generaliserad social ångest” i avsnittet om social ångest (Furmark, 2000). Då blev social fobi en diagnos som överensstämmer i stora drag med de kriterier som används i den aktuella versionen av DSM, DSM-5, för att diagnostisera socialt ångestsyndrom. Den språkliga förskjutningen från social fobi till socialt ångestsyndrom började redan med publikationen av DSM-IV år 1994 där denna senare etikett anges som en alternativ benämning (Furmark, 2000). Men det är först i och med publiceringen av den senaste versionen som den här förändringen har slagit igenom fullt ut (American Psychiatric Association, 2013). En av orsakerna bakom förändringen är att man har velat markera den skillnad som finns gentemot “enkla” specifika fobier vad gäller komplexitet och nivå av funktionalitet (Furmark, 2000). I denna uppsats kommer benämningarna att användas växelvis, eftersom ingen konsensus finns i nuläget kring hur diagnosen ska benämnas på svenska.

Klinisk presentation och diagnostik

Individer som lider av socialt ångestsyndrom karaktäriseras av att de är socialt undvikande, får ångestsymtom av sociala situationer, blir obekväma av att stå i centrum och de ses ofta av sig själva och andra som personer med dåligt självförtroende (Stein & Gorman, 2001). Centralt är beskrivningen av ett inre emotionellt och kognitivt lidande, men vissa individer med social fobi har även observerbara symtom såsom rodnad och flackande ögonkontakt (Stein & Gorman, 2001). Ett vanligt kognitivt symtom är återkommande tankar om att andra utvärderar, granskar och stöter ut en (Stein & Stein, 2008). Kritiker mot social fobi-diagnosen har ofta framhållit att den är ett sätt att patologisera normalvariation inom befolkningen (Wakefield, Horwitz, & Schmitz, 2005). Flera studier har emellertid visat att blyghet som konstrukt skiljer sig från social ångest, och korrelationen mellan att vara blyg som barn och att senare i livet utveckla socialt ångestsyndrom har visat sig vara svag (Cox, MacPherson, & Enns, 2005; Turner, Beidel, & Townsley, 1990).

Samsjukligheten med andra diagnoser är stor för socialt ångestsyndrom, och diagnosen förekommer ofta tillsammans med depression och paniksyndrom (Barlow, 2004). Ungefär hälften av de som får diagnosen social fobi uppfyller kriterierna för något annat ångestsyndrom, och man räknar också med att uppemot hälften av de som har social fobi någon gång under livet kommer att drabbas av någon annan axel 1-diagnos (Barlow, 2004). Det huvudsakliga problemområdet när en social ångestsyndromsdiagnos ska ställas enligt

DSM-IV-TR, är en bestående rädsla för att bli socialt utvärderad (American Psychiatric Association, 2000). För att diagnosen ska ställas bör denna rädsla leda till hög ångest inklusive eventuella panikattacker i sociala situationer, och på sikt till ett beteendemässigt undvikande, i det att personen antingen helt undviker sociala situationer eller genomlider dessa med hjälp av tankedistraktion eller andra typer av undvikandebeteenden. Det ska också finnas en insikt om att den här rädslan är orimlig. Om detta sammantaget leder till att personen lider signifikant eller störs i sitt normalfungerade och man kan utesluta andra somatiska eller psykiatriska diagnoser som bättre förklarar tillståndet kan diagnos ställas (American Psychiatric Association, 2000).

Etiologi

Vad som orsakar social ångest finns det ännu inte något entydigt svar på, och i likhet med andra ångesttillstånd tros orsaken finnas i samspelet mellan miljömässiga faktorer och psykologisk och genetisk sårbarhet (D. A. Clark & Beck, 2010). Detta till trots finns det riskfaktorer som korrelerar med social ångest, till exempel har tvillingstudier visat att det finns en relativt stor *genetisk* komponent vid utvecklandet av social ångest (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Gällande *temperament* har prospektiva studier visat att beteendemässig inhibition i tidig ålder utgör en riskfaktor för att senare utveckla social fobi (Hirshfeld-Becker et al., 2007). Man har även visat att *föräldrar med social ångest* modellerar rädsla vid sociala situationer, förmedlar förväntningar på att bli kritiskt granskade samt undviker situationer som skulle kunna ge barnen starkare sociala förmågor (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Ur ett inlärningsteoretiskt perspektiv kan klassisk *betingning* förklara uppkomsten av social fobi, då många vuxna med diagnosen kan återge en förnedrande situation som hör samman med besvärens uppkomst (Öst, 1985).

Epidemiologi

Socialt ångestsyndrom debuterar ofta tidigt under tonåren och anges återkommande som en viktig orsak till att ungdomar avbryter sin skolgång (Stein & Stein, 2008). När man undersökt förekomsten av diagnosen varierar prevalensen mycket från studie till studie, och ingen konsensus finns kring hur många som egentligen uppfyller diagnoskriterierna (Furmark, 2000; Stein & Stein, 2008). I en prevalensstudie fann man att punktprevalensen i Stockholm ligger på runt tio procent för män och runt 17 procent för kvinnor, medan det på Gotland var något fler som uppfyllde kriterierna enligt DSM-IV (Furmark, 2000). Vad gäller livstidsprevalensen uppskattar man att det är fler än så som uppfyller kriterierna, och en uppskattning är att det i USA är mellan fem och tolv procent som någon gång under livet drabbas av social fobi, medan tolv månadersprevalensen ligger mellan tre och sju procent (Stein & Stein, 2008) En nyligen publicerad metaanalys framhåller att runt sju procent av befolkningen någon gång lider av social fobi (Mayo-Wilson et al., 2014).

Behandlingar

Sedan Liebowitz, Gorman, Fyer och Klein (1985) skrev en tongivande artikel där de påtalade bristen på forskning kring social fobi har det gjorts stora insatser för att utveckla behandlingar för den här gruppen. Socialstyrelsen (2010) rekommenderar i första hand psykologisk behandling med KBT vid behandling för social fobi. Andra behandlingar som rekommenderas är läkemedelsbehandling, dynamisk korttidsterapi och internetförmedlad KBT.

Kognitiv beteendeterapi för social fobi

Kognitiv beteendeterapi är ett samlingsnamn för flertalet behandlingar som vilar på en integration av två teoretiska förhållningssätt: kognitiv teori och inlärningsteori. En av de mest vedertagna förklaringsmodellerna för social ångest är den av Clark och Wells (1995) som bygger på båda dessa teorier. Enligt modellen förstås social ångest utifrån att personen tolkar en social situation som hotfull vilket aktiverar negativa tankar och kognitioner. Detta framkallar en rädsloreaktion hos individen som ofta vänder fokus inåt mot rädslan. På så vis inhämtas inte ny information om omgivningen vilket leder till olika typer av flykt- och undvikandebeteenden för att minska obehaget. Dessa beteenden bidrar till att problemen vidmakthålls då föreställningen om vad som skulle hända om individen upphörde med dessa aldrig motbevisas (D. M. Clark & Wells, 1995).

En nypublicerad metaanalys bekräftar att KBT är en av de mest effektiva behandlingarna vid social fobi (Mayo-Wilson et al., 2014). Gruppterapi vid social fobi är en vanlig behandlingsform och har funnits fungera väl och har kostnadseffektiva fördelar samt möjlighet till naturlig exponering in-vivo (Wersebe, Sijbrandij, & Cuijpers, 2013). I en studie där man jämförde grupp- och individualformat fann man en signifikant symtomförbättring i båda formaten, men individualformatet var bättre (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003). Detta bekräftas av en nyligen publicerad metaanalys av Mayo-Wilson et al. (2014) där individual-KBT lyfts fram som behandlingen med störst effekt, följt av gruppterapi. Sammantaget finns det gott stöd för behandling med KBT för social fobi, där kostnadseffektiva fördelar kan ses med behandling i grupp och än mer via internet.

Psykodynamisk behandling för social fobi

Psykodynamisk behandling är en av de vanligaste behandlingsformerna för ångestsyndrom (Goisman, Warshaw, & Keller, 1999). Vad gäller social ångest har det empiriska stödet för terapiformen fram tills nyligen varit väldigt svagt (Leichsenring et al., 2013). Psykodynamiska modeller för social ångest tenderar att fokusera på att utveckla insikt kring ångestsymtomen genom att tillsammans med terapeuten utforska affekter och relationer. I Leichsenrings manual är fokus att etablera en förståelse för patientens centrala

relationsmönster (Leichsenring, Beutel, & Leibing, 2007). Genom att undersöka dessa mönster i relation till skam, självkritik och perfektionism både utanför och under terapiesessionerna skapar man en ny självförståelse hos patienten som bryter de negativa mönstren (Leichsenring et al., 2007).

I en nyligen publicerad översikt av psykodynamisk terapi (PDT) av Leichsenring, Klein och Salzer (2014) redovisar man tre publicerade randomiserade-kontrollerade studier (RCT) vid socialt ångestsyndrom, samtliga i korttidsformat. Det empiriska läget kom dock att ändras under 2013 då en stor multicenterstudie med 495 deltagare publicerades, där PDT jämfördes med Clark och Wells KBT-behandling (Leichsenring et al., 2013). I studien visade den dynamiska terapin stå sig väl mot KBT-behandlingen och efter avslutad behandling hade patienterna som fått dynamisk terapi i stort sett gjort lika stora förbättringar som i KBT-gruppen. Vid uppföljningsmätningar efter 6- och 24-månader fanns inga signifikanta skillnader mellan de båda behandlingarna (Leichsenring, Salzer, et al., 2014). Detta är en kontroversiell studie som har kritiserats av företrädare både för dynamisk och kognitiv beteendeterapeutisk terapi, som menar att behandlingarna inte är representativa för sina respektive terapiskolor (D. M. Clark, 2013; Milrod, 2013). Tidigare i år publicerades ytterligare en RCT-studie där dynamisk terapi jämfördes med KBT för socialt ångestsyndrom (Bögels, Wijts, Oort, & Sallaerts, 2014). Vid 12-månaders uppföljning fann man att båda behandlingarna hade stora effekter på social ångest och inga signifikanta skillnader kunde påvisas. Det finns alltså nu två av varandra oberoende studier som visar att korttids-PDT har ett utfall i samma storleksordning som KBT. Detta gör att behandlingen numer borde betraktas som evidensbaserad, ”efficacious” enligt APA-kriterier (Chambless & Ollendick, 2001; Leichsenring, Leweke, Klein, & Steinert, 2015).

Internetbehandling

Det senaste årtiondet har förekomsten av internetlevererad psykoterapi ökat drastiskt, och en översiktsartikel visar att det på bara några år har publicerats hundratals studier inom området (Hedman, Ljótsson, & Lindefors, 2012). I en nyligen publicerad metaanalys genomgicks 52 RCT-studier (Arnberg, Linton, Hultcrantz, Heintz, & Jonsson, 2014). Enligt metaanalysen visade det sig att iKBT hade en måttlig effekt gentemot väntelista på kort sikt för mild/måttlig depression samt social fobi och att iKBT är en verksam behandling för vuxna med förstärknings- och ångestsyndrom som efterfrågar denna behandlingsform (Arnberg et al., 2014). Denna metaanalys bör ses som mer tillförlitlig än de studier som haft mer liberala inklusionskriterier och som dessutom publicerats av iKBT-forskarna själva (Se t.ex. Boettcher, Carlbring, Renneberg, & Berger, 2013).

I en nyligen publicerad metaanalys jämfördes iKBT med face-to-face behandling (G. Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014). Huvudfynden visar på en

likvärdig effekt av vägledad iKBT och face-to-face KBT även om det framhålls att det finns relativt få diagnosspecifika studier som jämför iKBT med sedvanlig sådan (G. Andersson et al., 2014). I en översikt har man visat att iKBT vid social ångest har prövats i åtminstone 15 randomiserade studier och det har visat sig ge stark effekt med effektstorlekar på mellan $d = 0,74$ och $1,56$ och evidensläget kan anses mycket starkt (Hedman, Carlbring, Ljótsson, & Andersson, 2014). För social fobi fann Hedman et al. att det fanns två studier där iKBT har uppvisat lika god effekt som vid face-to-face, och långtidsuppföljningar har visat på effekt i minst fem år efter avslutad behandling (2014). Ett av de viktigaste argumenten för internetförmedlad psykologisk behandling är kostnadseffektiviteten. En studie från 2011 redovisade att kostnaden för en iKBT-behandling för social fobi låg på runt 3600 kr (464 USD) medan motsvarande behandling i gruppformat kostade runt 20700 kr (2687 USD, Hedman et al., 2011).¹

Vad gäller internetförmedlad PDT finns det fem publicerade studier totalt. En av dem inkluderade ett blandat stickprov med både depressions- och ångestdiagnoser, däribland social ångest (Johansson, Björklund, et al., 2013). Fyra studier har gjorts av Anderssons forskargrupp, och en av Lemma och Fonagys grupp i London (G. Andersson, Paxling, Roch-Norlund, et al., 2012; Johansson, Björklund, et al., 2013; Johansson et al., 2012; Johansson, Nyblom, Carlbring, Cuijpers, & Andersson, 2013; Lemma & Fonagy, 2013). Samtliga av studierna gjorda av Anderssons forskargrupp visar på stora inomgruppseffektstorlekar. Den första studien av iPDT vid depression är en av de mest lyckade studierna av psykologisk internetbehandling för depression någonsin, med en inomgruppseffektstorlek på $d = 2,19$ för det primära utfallsmåttet BDI-II (Johansson et al., 2012). Utöver dessa fynd visar studierna att iPDT står sig väl mot iKBT, med en minimal mellangruppskillnad vid 18-månaders uppföljning i GAD-studien ($d = 0,14$; G. Andersson, Paxling, Roch-Norlund, et al., 2012) och en liten skillnad vid 7-månaders uppföljning i depressionsstudien ($d = 0,46$; Johansson, Nyblom, et al., 2013). Än så länge har alltså ingen publicerad studie testat iPDT för enbart social ångest.

Interpersonella utfall vid psykologisk behandling av social ångest

Inom den psykologiska forskningen kan man ibland höra ekon av Bookbinders hypotes (1962) om att symtomfokuserad terapi leder till kortvarig symtomlindring och inte till förändring av den underliggande personlighetspatologin (Hayes, 2014; Poulsen et al., 2014). Flera studier under de senaste åren säger emot denna hypotes och visar att olika former av symtomorienterad terapi har stora positiva effekter på interpersonella problem (Markowitz et al., 2015; Poulsen et al., 2014). Tidigare studier har visat att psykologisk behandling för social ångest ger stora positiva effekter på interpersonella problem såsom

¹ Kostnaden är omräknad från USD, enligt 2009 års växelkurs då en dollar kostade runt 7,7 kronor.

gränssättande och interpersonellt undvikande (Borge et al., 2008). Man har även visat att ett mått på interpersonella problem väl predicerar förekomsten av ångsligt personlighetssyndrom och andra personlighetssyndrom (Leising, Rehbein, & Eckardt, 2009). En Cochraneöversikt från förra året visar att psykodynamisk korttidsterapi har obefintliga till små effekter på interpersonella problem vid behandling av ångestsyndrom (Abbass et al., 2014). Interpersonella problem är emellertid obeforskade vid internetbehandling vid social ångest.

Prediktorer för behandlingsutfall

Trots det breda utbudet av olika behandlingar för social ångest är det många som inte erhåller positiv effekt av det aktuella behandlingsutbudet (Leichsenring, Salzer, et al., 2014; Mayo-Wilson et al., 2014). När man undersöker behandlingsprediktorer för KBT generellt så finns det stöd för att demografiska faktorer, sjukdomskaraktäristik samt personlighets- och attitydfaktorer påverkar utfallet (Driessen & Hollon, 2010). Exempelvis leder lägre intelligens, högre ålder och att inte vara gift/sambo till ett sämre behandlingsutfall, precis som mer kroniska varianter av den studerade sjukdomen. Vidare kan komorbida personlighetssyndrom försämra sannolikheten till ett gott utfall (Driessen & Hollon, 2010). Specifikt vad gäller socialt ångestsyndrom har man visat att ilska, att uppfatta behandlingen som orättvis samt snabba humörsvägningar påverkar behandlingsföljsamheten i gruppterapi negativt (Erwin, Heimberg, Schneier, & Liebowitz, 2003). Vidare ger större depressiv symtombörda, lägre förväntningar samt undvikande personlighetsdrag också sämre utfall vid grupp-KBT för socialt ångestsyndrom (Chambless, Tran, & Glass, 1997). Generellt när det kommer till iKBT menar vissa att kunskapen om relevanta prediktorer är otillräcklig (G. Andersson & Hedman, 2013). En studie av Hedman, Andersson et al. (2012) visade att heltidsarbete, att ha barn, lägre depressionsskattningar vid behandlingstart och högre förväntningar på behandling predicerade ett gott utfall vid iKBT-behandling för social ångest. Samma studie visade också att ett antal genetiska prediktorer inte hade någon relation till utfallet, vilket sedan replikerats i en ytterligare studie av samma forskargrupp (E. Andersson et al., 2013). Denna senare studie visade dock att en genetisk markör eventuellt har en viss effekt på korttidsresponsen för KBT vid social ångest. I en studie av andra prediktorer vid iKBT för social ångest visade man att varken nivån av sociala ångestsymtom eller behandlingens trovärdighet predicerade deltagarnas behandlingsföljsamhet, medan symtomnivån innan behandling predicerade en reliabel behandlingseffekt (Nordgreen et al., 2012). En studentuppsats från Uppsala visade även att en tidigare historia av psykofarmakologisk medicinering predicerade sämre utfall vid iKBT för social ångest (Åsander, 2013).

Preferensmatchning och preferensstyrka

Den rådande standarden för att empiriskt studera behandlingar är att slumpmässigt fördela försöksdeltagare till olika behandlingsalternativ, för att undersöka kausala relationer mellan behandling och utfall: randomiserade-kontrollerade studier (RCT, Kazdin, 1998). Det finns flera väl underbyggda behandlingsalternativ för de vanligaste diagnoserna, vilket ställer klinikern inför frågan om vilken behandling som ska väljas. Den nya svenska patientlagen som trädde i kraft den första januari 2015 innehåller flera paragrafer om delat beslutsfattande, som framhåller att patienten ska "få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar" (Svensk Författningssamling, 2014). Forskningen inom detta område är dock begränsad än så länge.

Det finns ett begränsat antal studier på "preferenseffekter" och "preferensmatchningseffekter", dvs. studier där man i det första fallet låtit patienterna skatta vilken behandling de föredrar innan randomisering, eller i det andra fallet låtit patienterna själva fått bestämma vilken behandling de ska få. En metaanalys av McHugh, Whitton, Peckham, Welge och Otto (2013) har visat att 75 % av patienterna i 34 olika studier föredrar psykologisk behandling framför farmakologisk vid depression och ångest. En annan metaanalys av Lindhiem, Bennett, Trentacosta, och McLearn (2014) visade att de som preferensmatchades var mer tillfredställda med behandlingen (mellangruppseffekt $d = 0,34$), hade högre behandlingsföljsamhet ($d = 0,17$) samt bättre utfall ($d = 0,15$) än de som inte fick den behandling de föredrog. En metaanalys av Swift och Callahan (2009) bekräftar dessa resultat och beskriver vidare att de som får sin föredragna behandling löper hälften så stor risk att avbryta behandlingen i förtid.

En studie visade att en högre självskattad preferensstyrka innan behandlingsstart kunde predicera behandlingsinitiering och behandlingsföljsamhet, men tvärtemot studiens hypoteser var preferensstyrka negativt associerat med symtombördan (Raue, Schulberg, Heo, Klimstra, & Bruce, 2009). Studien visade dessutom att *preferensstyrka* var en bättre utfallsprediktor än själva *preferensmatchningen*. En annan studie visade att högre preferensstyrka ökade sannolikheten för tidigt avhopp (Dunlop et al., 2012). I en studie på preferensstyrka vid internetbehandling, där deltagarna preferensmatchades till iPDT eller iKBT vid depression, fanns det en tendens till en positiv korrelation mellan preferensstyrka och genomförandet av hela behandlingen (Johansson, Nyblom, et al., 2013). Samma studie visade även en tendens till negativ korrelation mellan preferensstyrka och utfallet i iKBT-gruppen (Johansson, Nyblom, et al., 2013). En annan studie fann att preferensstyrka kunde predicera behandlingsföljsamhet i beteendeaktivering, men däremot inte i behandling med antidepressiva (Moradveisi, Huibers, Renner, & Arntz, 2014).

Allians

Arbetsallians är en viktig faktor i psykoterapi oavsett terapiinriktning (Muran & Barber, 2011). Arbetsallians kan beskrivas som dels det emotionella band som uppstår mellan terapeut och klient samt samsynen mellan terapeut och klient gällande mål och arbetsuppgifter (Bordin, 1979). Metaanalyser har visat på signifikanta men överlag svaga samband ($r = .20$ till $.30$) mellan arbetsallians och utfall (Horvath, C, Flückiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Katherine, 2000). Gällande social fobi visar en studie av Mörtberg (2014) på starkare deltagarskattad allians i individuellt utformad terapi jämfört med grupperterapi, men inget signifikant samband mellan allians och utfall. Alliansens betydelse har även undersökts vid internetbehandling, och man har då visat att arbetsallians sannolikt är mindre viktigt i iKBT än vid sedvanlig face-to-face (G. Andersson, Paxling, Wiwe, et al., 2012; Knaevelsrud & Maercker, 2006). Detta ligger i linje med resultat som funnits vid andra studier av iKBT vid depression som också funnit svaga samband mellan allians och utfall (Preschl, Maercker, & Wagner, 2011; Richards, Timulak, & Hevey, 2013). En pilotstudie för blandade ångestyndrom som undersökte alliansens påverkan på utfall visade att mätning av allians vid vecka tre under behandlingen korrelerade med förbättringar på de primära utfallsmåtten (Bergman Nordgren, Carlbring, Linna, & Andersson, 2013). Mot bakgrund av dessa något motstridiga fynd finns anledning att undersöka alliansens påverkan vid internetadministrerad terapi ytterligare.

Syfte och frågeställningar

Det generella syftet med den här preferensmatchningsstudien är att undersöka de komparativa effekterna av två olika internetbehandlingar för socialt ångestsyndrom. Förutom att ge en indikation kring effekten av preferensmatchning så undersöker studien även två prediktorer för utfall. I enlighet med den ovan presenterade forskningen har vi bildat fyra hypoteser:

Hypotes 1: Båda behandlingarna leder till förbättringar avseende social ångest skattat med LSAS-SR som ej skiljer sig åt signifikant

Hypotes 2: Båda behandlingarna leder till förbättringar avseende depressivitet (PHQ-9), generaliserad ångest (GAD-7), interpersonella problem (IIP-64) och klinikerskattat globalt intryck (CGI-I) som ej skiljer sig åt signifikant.

Hypotes 3: Preferensstyrka innan behandlingsstart är signifikant korrelerad med utfall och behandlingsföljsamhet i båda grupperna.

Hypotes 4: Allians mätt med WAI-S vid tredje behandlingsveckan är signifikant korrelerad med behandlingsutfall i båda grupperna.

Metod

Design

Den här studien är en preferensstudie som i sin tur är ett delprojekt i en större randomiserad kontrollerad studie – SOFIA-studien – där man utvärderade effekten av internetförmedlad affekt fokuserad behandling för social fobi (Färdig & Karlsson, 2014; Jansson & Jonsson, 2014). Detta delprojekt startade i och med att behandlingsfasen av RCT-studien var avslutad. De som lottats till väntelista gavs då möjligheten att antingen fortsätta med den affekt fokuserade behandling som utlovats eller välja en alternativ behandling: iKBT för social fobi. De båda grupperna gavs sedan tio veckors behandling enligt det behandlingsprotokoll som de valt, en design som kallas för preferensmatchning. Studien bör betraktas som en pilotstudie, då stickprovet är litet.

Rekrytering

Deltagarna till studien rekryterades genom anmälan på SOFIA-projektets hemsida. Projektet hade annonserats i Dagens Nyheter, på flertalet hemsidor, genom sociala medier, samt affischering (Färdig & Karlsson, 2014). Annonsen riktades till personer med social ångest och hänvisade till hemsidan för intresseanmälan där information gällande inklusions- och exklusionskriterier, sekretess, säkerhet samt ansvariga och delaktiga i projektet fanns tillgänglig. Det framgick där att deltagande i studien var kostnadsfritt och att ersättning inte utgick (Färdig & Karlsson, 2014).

Bedömning och urval

När anmälningstiden för projektet löpt ut hade sammanlagt 99 personer anmält sitt intresse att delta i studien. Urvalsprocessen finns beskriven i figur 1 nedan. Totalt genomfördes 75 diagnostiska intervjuer, utförda av fyra studenter på psykologprogrammet vid Linköpings universitet. För att inkluderas i studien skulle deltagaren uppfylla diagnoskriterier för social fobi enligt DSM-IV och uppleva en betydande negativ inverkan på sitt liv på grund av problematiken och själv önska behandling. Deltagaren skulle därutöver vara över 18 år gammal, uppnå en poäng på LSAS-SR på 30 eller mer och kunna tala, skriva och läsa på svenska samt ha tillgång till dator med internetuppkoppling. Det var inte möjligt att delta i studien om deltagaren redan hade pågående psykologisk behandling. Eventuell medicinering skulle ha varit stabil i tre månader.

Exklusionskriterier var hög suicidrisk, påtaglig psykiatrisk problematik såsom psykossjukdom, en annan primär problematik som kräver annan form av behandling samt ej pågående beroendeproblematik. För att ta ställning till om de 75 intervjuade personerna uppfyllde inklusionskriterier hölls en behandlingskonferens vid Linköpings universitet med intervjuare och projektets huvudansvarige, Gerhard Andersson. Vid denna konferens exkluderades 3 personer och återstoden, 72 personer, randomiserades till behandling eller

vänitelistekontroll av en oberoende person med hjälp av randomiseringstjänsten www.random.org. Därefter gjordes beräkningar med hjälp av χ^2 och t -test för att kontrollera att det inte förelåg signifikanta skillnader mellan grupperna (Jansson & Jonsson, 2014). Efter vänlisteperioden genomfördes telefonintervjuer av tio psykologstudenter vid Stockholms Universitet, varav fem var behandlare i studiens andra del och en är författare till föreliggande uppsats. Intervjuer genomfördes då med 69 deltagare i de båda grupperna.

Tabell 1. Demografiska data

		iKBT (N=13)	iPDT (N=23)
Ålder	Medelålder, (SD)	41,38 (12,02)	43,78 (16,26)
	Min-Max	20-72	23-62
Kön	Kvinna	8 (62 %)	17 (74 %)
	Man	5 (38 %)	6 (26 %)
Civilstånd	Gift, partner, sambo	7 (54 %)	14 (61 %)
	Särbo i fast relation	1 (8 %)	2 (9 %)
	Skild, änka, änklings	1 (8 %)	1 (4 %)
	Singel, ensamstående	4 (31 %)	6 (26 %)
Syssetsättning	Arbetar, egen företagare	8 (62 %)	18 (78 %)
	Arbetsökande	0 (0 %)	3 (13 %)
	Pensionär	1 (8 %)	0 (0 %)
	Föräldraledig	0 (0 %)	1 (4 %)
	Studerar	4 (31 %)	1 (4 %)
Högsta utbildningsnivå	Förgymnasial utbildning, minst 9 år	1 (8 %)	1 (4 %)
	Gymnasial utbildning, 3 år	5 (38 %)	0 (0 %)
	Eftergymnasial utb., ej universitet eller högskola, < 3 år	1 (8 %)	4 (17 %)
	Eftergymnasial utb., ej universitet eller högskola > 3 år	1 (8 %)	0 (0 %)
	Universitet el högskola, < 3 år	0 (0 %)	4 (17 %)
Erfarenhet av psyk. beh.	Universitet eller högskola > 3 år	5 (38 %)	14 (61 %)
	Pågående	2 (15 %)	0 (0 %)
	Ja, avslutad	7 (54 %)	16 (70 %)
	Nej	4 (31 %)	7 (30 %)
	Pågående	5 (38 %)	4 (17 %)
Erfarenhet av med. beh.	Ja, avslutad	3 (23 %)	7 (30 %)
	Nej	5 (38 %)	12 (52 %)

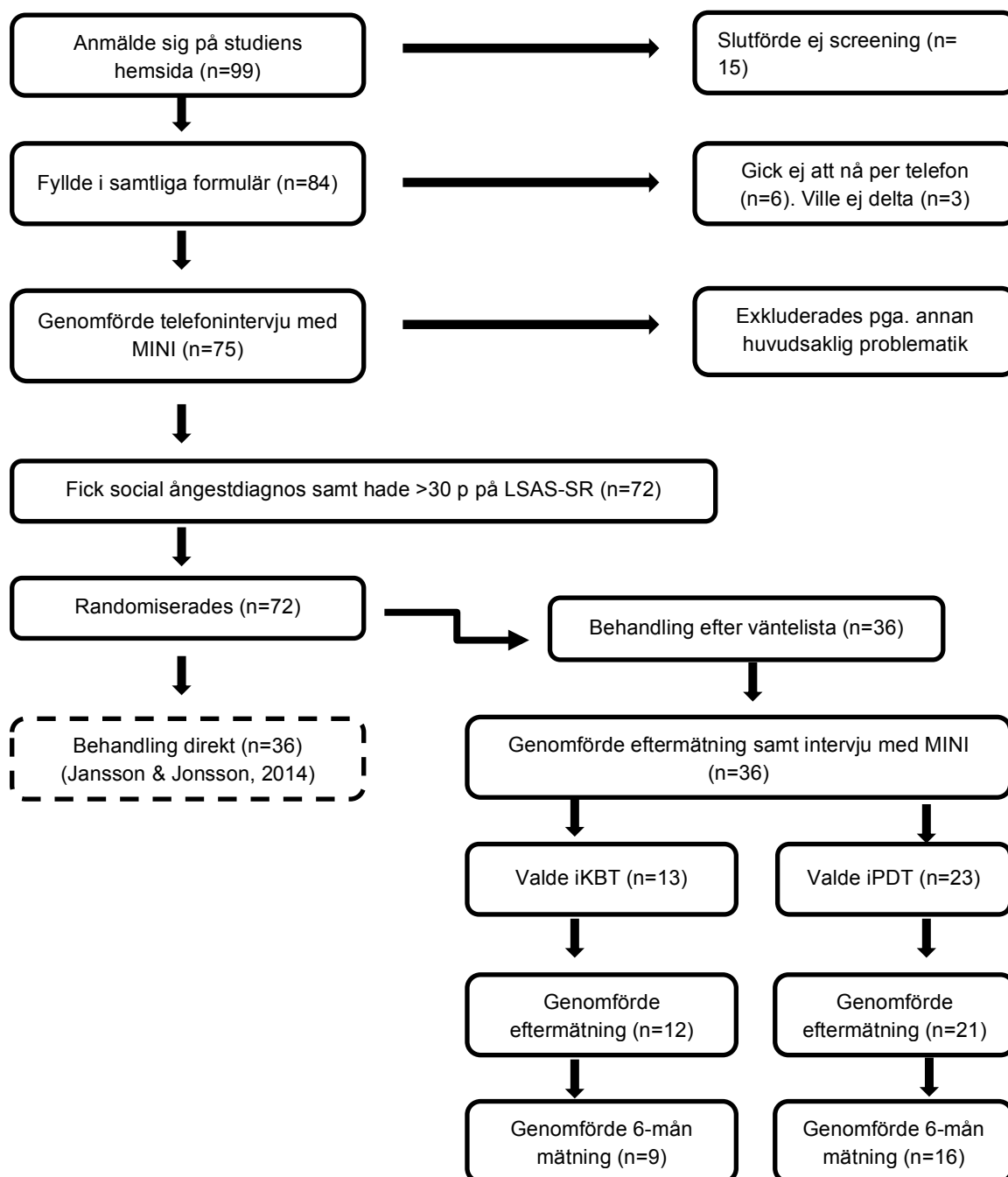
De 36 personer som randomiserats till kontrollgruppen fick efter genomförd mellanmätning och intervju välja behandling. Tretton personer valde iKBT och 23 personer valde iPDT. I tabell 1 ovan beskrivs stickprovets demografiska data. Eftermätningen genomfördes via studiens internetplattform samt per telefon av två studenter, varav en var behandlare till kontrollgruppen och författare till föreliggande uppsats. Se figur 1 nedan för en överskådlig redogörelse för urvalsprocessen.

Procedur

Val av behandling

Valet skedde genom att deltagarna fick läsa en två A4-sidor lång text som beskrev behandlingarna (Se bilaga 1). Båda behandlingarna beskrevs i breda ordalag utan

facktermer. Det framgick inte explicit av beskrivningarna att det rörde sig om en PDT-respektive KBT-behandling. Efter att deltagarna fått läsa denna text gavs de valet om de ville ha behandling "A" eller behandling "B". De bads dessutom skatta sin preferensstyrka genom att svara på frågan "Hur viktigt är det här valet för dig?" på en skala från ett till fyra, där ett var "inte alls viktigt" och fyra var "väldigt viktigt". Detta är studiens preferensstyrkemått.



Figur 1. Urvalsprocess för deltagande i SOFIA-studien.

Behandling

Behandlingarna bestod i båda fallen av nio kapitel text med tillhörande hemuppgifter, enligt modellen som går under begreppet *vägledad självhjälp* (G. Andersson et al., 2008). All kontakt mellan deltagare och terapeut skedde via en sluten internetplattform där dubbel autentisering krävdes för att logga in. Denna plattform fyllde i första hand funktionen av en säker mailtjänst, men tillät även de regelbundna mätningarna att äga rum på ett säkert sätt. Plattformen kunde även användas för att skicka externa meddelanden till deltagare och terapeuter via sms och privata emailadresser. I den aktuella studien har terapeuterna getts den generella riktlinjen att lägga 15 minuter per patient och vecka (dvs. sammanlagt omkring 150 minuter per patient).

iKBT-behandlingen som erbjöds var den senaste versionen av den så kallade "SOFIE"-manualen, vilken har tagits fram av forskare vid Uppsala, Stockholms och Linköpings universitet (Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring, & Andersson, 2006). Denna behandlingsmanual är en av de mest beforskade internetbehandlingarna, och den är baserad huvudsakligen på Clark och Wells respektive Heimbergs modeller för social fobi (D. M. Clark & Wells, 1995; Heimberg & Becker, 2002). Manualen börjar med en presentation av social fobi och behandlingsupplägget. Därefter introduceras registrering av tankar innan man går vidare till att titta på olika typer av maladaptiva kognitioner och tankefallor. Därefter börjar man systematiskt att utmana negativa tankar genom olika typer av tanke- och beteendexperiment, innan exponeringsinslaget introduceras. Exponering är sedan centralt under återstoden av behandlingen. I det sista steget tränar man på olika färdigheter såsom t.ex. att sätta gränser och att lyssna aktivt. Sammanlagt utgörs texten av 200 sidor.

Den psykodynamiska behandlingen var en svensk översättning och modifiering av självhjälsboken "Living like you mean it" (Frederick, 2009). Boken följer i breda drag den ursprungliga manualen för affektfokuserad behandling (McCullough et al., 2003). Förutom att man i och med översättningen av Fredericks bok förtydligade vissa aspekter la man också till hemuppgifter i slutet av varje kapitel, mot bakgrund av att man trodde att detta skulle öka deltagarnas inlärningseffekter (Johansson, Frederick, & Andersson, 2013). Inför SOFIA-studien skrev två av studenterna som ledde studien dessutom ett nytt kapitel om self-compassion (Färdig & Karlsson, 2014). Sammanlagt består iPDT-texten av 274 sidor.

Behandlare

Studien hade sju behandlare: fyra i iPDT-behandlingen och tre i iKBT-behandlingen. Samtliga var masterstudenter på psykologprogrammet inom respektive inriktning vid Stockholms Universitet. Ingen av dem hade tidigare erfarenhet av vägledad självhjälp via internet. Behandlarna erhöll ingen systematisk förberedelse inför studien utan uppmanades

i första hand att studera behandlingsmanualerna på egen hand. Behandlarna träffades vid två tillfällen innan behandlingarna startade för att diskutera behandlingsgenomförandet.

iKBT-behandlingarna hade psykoterapihandledning med en av författarna till behandlingsmanualen, professor Per Carlbring, vid sammanlagt fyra tillfällen. iPDT-behandlingarna hade två handledningstillfällen med författaren till den aktuella PDT-manualen, Ronald J. Frederick, och två handledningstillfällen med en svensk forskare på affektfokuserad terapi, Peter Lilliengren.

Mätinstrument

Under studien har sammanlagt nio mätinstrument administrerats med varierande frekvens. Deltagarna fick fylla i veckovisa självskattningar av Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report (LSAS-SR) som utgjorde det primära utfallsmåttet. I för-, mellan-, efter- och uppföljningsmätning ingick också Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder screener (GAD-7), Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (MINI) och Clinical Global Impression (CGI). Vid mellan- och eftermätning fick deltagarna även fylla i Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64). Under behandlingen administrerades Working Alliance Inventory (WAI-S) vid tre tillfällen; före, under och efter behandling.

Liebowitz Social Anxiety Scale- Self Report (LSAS-SR)

Det mått som användes för att mäta social ångest var självskattningsinstrumentet LSAS-SR (Baker, Heinrichs, Kim, & Hofmann, 2002). Det består av 24 items där deltagaren utifrån den senaste veckan ombeds skatta grad av upplevd rädsla och undvikande i situationer som rör antingen social interaktion eller prestation (Baker et al., 2002). LSAS-SR har uppvisat goda psykometriska egenskaper, med en test-retestreliabilitet på $r=.83$, en intern konsistens på $\alpha = .79$ eller högre samt tillfredställande förändringskänslighet (Baker et al., 2002). Detta har sedan bekräftats för internetversionen av formuläret (Hedman et al., 2010).

Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)

För att upptäcka och bedöma svårighetsgrad av depression användes självskattningsinstrumentet PHQ-9. Instrumentet består av nio påståenden utifrån depressionskriterier enligt DSM-IV (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). PHQ-9 uppvisar en test-retestreliabilitet på $r = .84$ och en intern konsistens på Cronbachs $\alpha = .86-.89$ (Kroenke et al., 2001). PHQ-9 uppvisar god känslighet och specifitet för att upptäcka och bedöma svårighetsgrad av depression och är ett väl validerat instrument (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010; Titov et al., 2011).

Generalized Anxiety Disorder Screener -7 (GAD-7)

Det mått som användes för att mäta ångest var Generalized Anxiety Disorder Screener-7 (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). Det är ett självskattningsinstrument bestående av totalt 8 frågor som utgår från diagnoskriterierna för generaliserat ångestsyndrom enligt DSM-IV där deltagaren får ange upplevd ångest på en fyrgradig skala (Spitzer et al., 2006). Testet uppvisar en intern konsistens på Cronbachs $\alpha = .92$. och en test-retestreliabilitet på $r = .83$ (Spitzer et al., 2006). Formuläret har vidare visat sig ha goda egenskaper för att mäta behandlingseffekter under pågående behandling (Dear et al., 2011).

Working Alliance Inventory - Short (WAI-S)

Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) är ett instrument avsett att mäta arbetsallians genom 12 items uppdelat i tre delskalor; *task*, *goal* och *bond* (Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989). I föreliggande studie användes en version av formuläret specifikt framtagen för att passa individuell självhjälpsbehandling via internet med behandlarstöd (Linna, 2007). En mindre språklig omarbetning av denna gjordes för den aktuella studien. WAI-S uppvisar en intern konsistens för delskalor och totalpoäng på Cronbachs α mellan $.95$ och $.91$ (Busseri & Tyler, 2003). WAI-S korrelerar högt med den längre originalversionen gällande psykometriska och prediktiva egenskaper, och de båda är således utbytbara (Busseri & Tyler, 2003).

Mini International Neuropsychiatric Interview 6.0.0 (M.I.N.I)

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) är en kortfattad, strukturerad diagnostisk intervju för psykiatriska diagnoser i enlighet med DSM-IV och ICD-10. Varje diagnos inleds med screeningfrågor som avgör om vidare frågor om den specifika diagnosen ställs (Lecrubier et al., 1997). Instrumentet kan användas av icke-specialiserade intervjuare efter övning och administreras på kort tid, och kan därför ses som ett bra alternativ till andra diagnostiska instrument såsom SCID-P och CIDI, som har längre administreringstider (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997). Instrumentet uppvisar en interbedömarreliabilitet med kappa-värden mellan 0.88 och 1.0 och test-retestreliabilitet $=.75$ (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997). Statens beredning för medicinsk utvärdering har efter en litteraturgenomgång uttalat sig om MINI och menar att formuläret har tillräckligt hög känslighet och träffsäkerhet (SBU, 2012).

Clinical Global Impression–Improvement (CGI–I)

Clinical Global Impression är ett skattningsformulär som används för att bedöma till vilken grad förbättring har skett (Guy, 1976). Instrumentet omfattar tre delskalor; *severity of illness*, *global impression* samt *efficacy index*. I föreliggande studie användes endast Global Impression som avser att mäta till vilken grad deltagaren anser sig förbättrad eller försämrad sedan studiens start. Detta anges på en sex-gradig skala från -3 (väldigt mycket

försämrad) till +3 (väldigt mycket förbättrad). I studien skedde denna skattning per telefon i samband med för- och eftermätning.

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64)

Inventory of Interpersonal Problems är ett formulär avsett att mäta graden av interpersonella problem (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988). Instrumentet består av 64 påståenden som utifrån anknytning och dominans mäter åtta domäner av interpersonella problem; *domineering, vindictive, cold, socially avoidant, non-assertive, exploitable, overly nurturant* och *intrusive* (Weinryb et al., 1996). Samtliga påståenden skattas på en fyrgradig skala. Gällande psykometriska egenskaper har skalan uppvisat en intern konsistens med Cronbachs $\alpha = .67$ och $.84$ och test-retestreliabilitet mellan $.80$ och $.90$ (Horowitz et al., 1988; Weinryb et al., 1996).

Statistiska analyser

För att till fullo utnyttja all tillgänglig data och samtidigt leva upp till intention to treat-principen användes linjära mixed-effects modeller för att räkna på effekterna av behandlingen över tid (Gueorguieva & Krystal, 2004; Hesser, 2015). Ett *-2 Restricted log likelihood*-test visade att en modell med random intercept var den starkaste (Hesser, 2015). För att på ett adekvat sätt undersöka korrelationerna mellan prediktorerna (preferensstyrka samt arbetsallians) och utfallet har råpoängen på LSAS-SR, GAD-7, PHQ-9 och IIP-64 transformerats till residual gain scores (RGS) enligt Chambless och Steketees rekommendationer (Steketee & Chambless, 1992). För dessa beräkningar använde vi oss av last observation carried forward i de fall där data saknades.

Inom- och mellangrupps effektstorlekar (Cohen's d) beräknades genom att dividera skillnaden mellan medelvärdena med de poolade standardavvikelserna ($d = (\mu_1 - \mu_0) / \sigma$). Effektstorlekar kategoriseras av Cohen enligt följande: $0,2-0,49$ är en liten effekt, $0,5-0,79$ är en måttlig effekt och en stor effekt ligger över $0,80$ (Cohen, 1992). Remission efter behandling definierades som en råpoäng under eller lika med 30 på LSAS-SR, i enlighet med tidigare forskning (Doyle & Pollack, 2002; Leichsenring et al., 2013). Vad gällde CGI-I innehöll 80 % av cellerna färre än de 5 svar som är ett villkor för att genomföra Chitvå ($e \leq 5$), varför antalet kategorier minskades från sju (-3, -2, -1, 0, 1, 2, 3) till två (0: försämrad/oförbättrad, och 1: förbättrad).

Etiska aspekter

Studien godkändes av Linköpings regionala etikprövningsnämnd efter att nämnden granskat en skriftlig etikansökan gällande studiens design och tillvägagångssätt. Samtliga deltagare lämnade informerat samtycke och kunde när som helst avbryta sitt deltagande. Avseende säkerhet och sekretess skedde hela behandlingen genom en krypterad

internetplattform med dubbelt inloggningsförfarande (dvs. både deltagare och behandlare behövde både sitt personliga lösenord och sin mobiltelefon för att logga in i plattformen).

Resultat

Databortfall och behandlingsföljsamhet

Av sammanlagt 864 unika mättillfällen saknades data från 93 tillfällen, dvs. ungefär elva procent av datan. Vid behandlingsavslut var det 33 av 36 deltagare som fyllde i eftermätningsformulären, med ett bortfall i iKBT-gruppen och två i iPDT-gruppen. Vid uppföljningsmätningen var det elva deltagare som föll bort, fyra i iKBT-gruppen och sju i iPDT-gruppen.

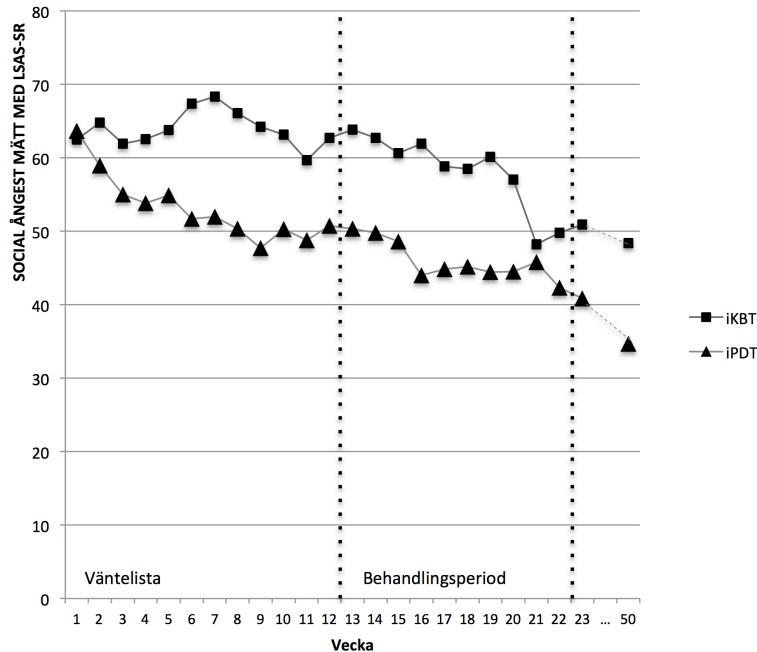
En alfanivå på 5 % användes vid samtliga signifikansprövningar. Vad gällde behandlingsföljsamhet så betraktades en modul som avslutad om deltagaren hade gjort modulens korresponderande hemuppgift och skickat svar på frågorna till sin terapeut. I iPDT-gruppen hade deltagarna i snitt genomfört 80 % av modulerna när behandlingen avslutades efter tio veckor, medan deltagarna i iKBT-gruppen hade genomfört 59 % av modulerna. Ett oberoende t-test visade att denna skillnad inte var signifikant, men det fanns dock en tendens till skillnad, $t_{34} = 1,82$; $p = ,08$. I iPDT-gruppen var det 65,2 % som avslutade alla nio modulerna, medan det i iKBT-gruppen var 23,1 %. Två av deltagarna genomförde ingen modul alls, en från varje grupp. Ett Chi-två-test visade att det fanns en signifikant skillnad mellan andelen deltagare som avslutade alla moduler i de olika grupperna, $\chi^2=5,90$, $N = 36$, $df = 1$, $p = ,02$. Deltagare i iPDT-gruppen slutförde alltså i större utsträckning än de i iKBT-gruppen alla behandlingsmoduler, och erhöll därmed en större behandlingsdos.

Behandlingsutfall

Hypotes 1: Förbättringar avseende social ångest

Medelvärdena för de självskattade ångestnivåerna finns redovisade för respektive mättillfälle i tabell 2 nedan. Med en random effects-modell undersöktes sambandet mellan självskattningarna av social ångest, gruppstillhörighet och mättillfälle. Random effects-modellen visade på en signifikant huvudeffekt av tid på LSAS-SR, då man såg att ångestskattningarna minskade efter hand som behandlingen fortgick, $F_{12,212} = 4,23$, $p < ,01$. Genom analysen erhöles även en signifikant interaktionseffekt av tid och grupp från veckan innan behandling fram till sexmånadersuppföljningen, $F_{12,212} = 2,60$, $p < ,01$. Ett bonferronikorrigerat post hoc-test visade att dessa signifikanta skillnader återfanns vid behandlingsvecka fyra och sju, då iPDT-gruppen hade signifikant lägre medelvärde på LSAS-SR (Vecka fyra: $M_{iPDT} = 44,03$, $M_{iKBT} = 61,92$, $p = ,02$. Vecka sju: $M_{iPDT} = 44,45$, $M_{iKBT} = 60,11$, $p < ,05$). Se figur 2. Inga signifikanta skillnader fanns emellertid på LSAS-

SR mellan grupperna vid efter- eller uppföljningsmätning. Vad gällde effektstorlekarna på inomgruppsnivå så var de medelstora för iKBT-gruppen, $d_{iKBT} = 0,59-0,71$. För iPDT-gruppen var effekterna medelstora vid eftermätningen och stora vid uppföljningsmätningen, $d_{iPDT} = 0,51-0,83$; se tabell 2. Båda behandlingarna gav alltså god effekt i behandlingen av social ångest, och ingen signifikant statistisk skillnad kunde påvisas mellan dem.



Figur 2. Medelvärden för LSAS-SR över tid för de båda grupperna.

Efter väntelistan var det fyra deltagare som hade återhämtat sig till en nivå på LSAS-SR under eller lika med 30 råpoäng, tre i iPDT-gruppen (13 %) och en i iKBT-gruppen (8 %). Efter behandling var det ytterligare en av deltagarna i iKBT-gruppen som gått i remission (8 %). I iPDT-gruppen var det sju av deltagarna som hade återhämtat sig (33,3%). Ett Chi-två-test korrigerat med Fishers exakta test visade att skillnaden mellan grupperna efter behandling inte var signifikant, $\chi^2 = 2,90$, $df = 1$, $p = ,21$. Vid uppföljningsmätningen var det två av iKBT-deltagarna och åtta av iPDT-deltagarna som hade återhämtat sig (15 % resp. 35 %). Ett Chi-två-test korrigerat enligt Fishers exakta test visade att denna skillnad ej var signifikant, $\chi^2 = 1,57$, $df = 1$, $p = ,27$. Vad gällde självskattad återhämtningsgrad fanns det alltså ingen skillnad mellan de båda behandlingarna varken precis efter behandling eller vid sexmånadersuppföljningen, varför hypotes 1 bekräftades.

Hypotes 2: Förbättringar avseende sekundära utfallsmått

Med en random effects-modell visades att det inte fanns några signifikanta interaktionseffekter för de sekundära utfallsmåtten, när sambandet mellan självskattning,

gruppstillhörighet och tidpunkt undersöktes. För PHQ-9 så fanns det en signifikant huvudeffekt av tid, $F_{2,52} = 17,26$, $p < ,01$. Se tabell 2 för data för de respektive mätpunkterna. Ett bonferronikorrigerat posthoc-test visade att förbättringarna avseende depressivitet skedde under behandlingens gång, $M_{DIFF} = 4,11$, $p < ,01$. Även vad gällde GAD-7 fanns det en signifikant huvudeffekt av tid, $F_{2,60} = 4,67$, $p < ,01$. Bonferronikorrigerade posthoc-test visade att förbättringarna av generaliserad ångest skedde under väntelistan, $M_{DIFF} = 2,25$, $p = ,01$, samt från före till efter behandling, $M_{DIFF} = 2,02$, $p = ,04$. Vad gällde effektstorlekar så var de små för GAD-7 samt medelstora för PHQ-9, se tabell 2 nedan. Förändringarna på GAD-7 och PHQ-9 höll i sig till uppföljningsmätningen. Detta tyder på att båda behandlingarna hade ihållande positiva effekter på generaliserad ångest och depression som inte skilde sig från varandra.

För interpersonella problem mätta med IIP-64 visade en random effects-modell att det fanns en signifikant huvudeffekt av tid i båda grupperna i negativ riktning, $F_{2,45} = 48,11$ $p < ,01$. Ett bonferronikorrigerat posthoc-test visade att försämringen ägde rum mellan eftermätningen och sexmånadersuppföljningen, $M_{DIFF} = 0,60$, $p < ,01$. Inga andra signifikanta skillnader påträffades. De interpersonella problemen förändrades alltså ej signifikant under behandlingen, men under de sex månader som följde på behandlingsavslutet försämrades de interpersonella problemen markant i båda grupperna, se tabell 2 för dataredovisning. Försämringen motsvarade stora effekter, $d_{iKBT} = -1,43$, $d_{iPDT} = -1,13$. Båda behandlingarna ledde till stora försämrings avseende interpersonella problem.

Tabell 2. Deskriptiv statistik för estimerade medelvärden, standardavvikelser och effektstorlekar avseende social ångest, generaliserad ångest, depression och interpersonella problem.

	<i>Estimerat medelvärde (standardavvikelse)</i>				<i>Inomgruppseffekt</i>		<i>Mellangruppseffekt</i>		
	Screening	Före behandling	Efter behandling	6 mån uppföljning	Före behandling – Efter behandling	Före behandling – 6 mån uppföljning	Före behandling	Efter behandling	6 mån uppföljning
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
LSAS									
iKBT	62,46 (18,08)	62,69 (19,65)	51,10 (19,65)	48,81 (19,65)	0,59	0,71	0,61	0,52	0,73
iPDT	63,70 (18,45)	50,74 (19,39)	40,93 (19,39)	34,61 (19,39)	0,51	0,83			
GAD-7									
iKBT	10,00 (5,43)	7,54 (4,91)	6,00 (5,01)	5,76 (5,47)	0,31	0,34	0,18	0,36	0,23
iPDT	8,74 (5,43)	6,70 (4,91)	4,17 (5,03)	4,50 (5,47)	0,51	0,42			
PHQ-9									
iKBT	10,23 (5,60)	9,08 (5,43)	5,00 (5,09)	4,92 (5,34)	0,78	0,77	0,10	0,12	0,04
iPDT	10,70 (5,60)	8,52 (5,43)	4,40 (5,10)	5,12 (5,34)	0,78	0,63			
IIP-64									
iKBT		0,70 (0,39)	0,60 (0,39)	1,29 (0,43)	0,26	-1,43	0,08	0,05	0,37
iPDT		0,67 (0,38)	0,62 (0,39)	1,13 (0,43)	0,13	-1,13			

I iKBT-gruppen var det 85 % av deltagarna som erhöll en klinikerskattad global förbättring efter genomgången behandling, jämfört med iPDT-gruppen där 74 % av deltagarna var förbättrade. För fullständig data, se tabell 3. Ett Chi-två-test korrigerat med Fishers exakta test visade att denna skillnad ej var signifikant, $\chi^2 = 0,55$, $df = 1$, $p = ,68$. Detta innebär att ingen skillnad fanns mellan behandlingarna avseende klinikerskattad global förbättring, och båda grupperna ansågs vara förbättrade efter genomförd behandling. Sex deltagare gick inte att nå för CGI-bedömningen, varför de i enlighet med intention to treat-principen klassificerades såsom oförbättrade.

Tabell 3. Klinikerskattad global förändring (CGI-I). Antal deltagare per kategori.

	-3 (Stor försämring)	-2	-1	0 (Ingen förändring)	1	2	3 (Stor förbättring)
iKBT	0	0	0	2	4	6	1
iPDT	0	1	0	5	9	7	1

Vad gäller hypotes 2 om förbättringar på sekundära utfallsmått så bekräftas denna för tre av måtten: PHQ-9, GAD-7 samt CGI-I. Vad gäller interpersonella problem förkastas hypotesen emellertid, då en kraftig försämring observerats på detta mått (IIP-64).

Prediktorer för utfall

Hypotes 3: Preferensstyrka

De deltagare som valde iKBT skattade sin preferensstyrka till $M = 2,77$ (SD: 0,60), och de deltagare som valde iPDT skattade denna till $M = 3,09$ (SD: 0,73). Ett oberoende t-test visade att dessa medelvärden inte skilde sig åt signifikant, $t_{34} = 1,33$, $p = ,19$. Grupperna skilde sig alltså inte åt i hur viktigt de ansåg att behandlingsvalet var. Det fanns inte några signifikanta Pearsonkorrelationer mellan preferensstyrka och utfall, behandlingsföljsamhet eller slutförande av hela behandlingen. Se tabell 4 nedan. För iPDT-gruppen fanns det en tendens till korrelation mellan preferensstyrka och CGI-I, $r = ,40$, $p = ,06$. För hela gruppen fanns det en tendens till korrelation mellan preferensstyrka och slutförandet av hela behandlingen, $r = ,28$, $p = ,09$, samt en tendens till negativ korrelation mellan preferensstyrka och interpersonella problem vid uppföljningsmätningen, $r = ,29$, $p = ,09$.

Även om inga signifikanta korrelationer fanns för preferensstyrka fanns det alltså en icke-signifikant tendens till att detta mått korrelerade med klinikerskattad global förändring, slutförande av hela behandlingen samt med interpersonella problem. De deltagare som skattade behandlingsvalet som viktigare tenderade alltså att ha ett sämre interpersonellt utfall, trots att tenderade att ha en större behandlingsföljsamhet. Trots denna tendens förkastas hypotesen.

Tabell 4. Korrelationer mellan preferensstyrka och självskattad förändring (RGS), klinikerskattad förändring (CGI-I), antal genomförda moduler (adherence) och genomfört alla moduler (completion).

	<i>LSAS-SR</i> <i>Efter beh.</i>	<i>LSAS-SR</i> <i>6 mån uppf.</i>	<i>IIP-64</i> <i>Efter beh.</i>	<i>IIP-64</i> <i>6 mån uppf.</i>	<i>CGI-I</i>	<i>Antal genom-</i> <i>förda moduler</i>	<i>Genomfört</i> <i>alla moduler</i>
iKBT	-,06	-,1	-,35	-,36	-,42	,208	,220
iPDT	-,22	,06	-,18	-,31	,40†	,088	,216
Totalt	-,15	,03	-,24	-,29†	,13	,18	,28†

† $p < ,10$

Hypotes 4: Arbetsallians

Medelvärden och standardavvikelser för WAI-S finns redovisade i tabell 5. Vad gällde deltagarnas alliansskattningar så erhöll random effects-modellen en signifikant huvudeffekt av tid i iPDT-gruppen, $F_{2,40} = 7,66$; $p < ,01$. Ett bonferronikorrigerat posthoc-test visade att denna skillnad fanns mellan under- och eftermätningarna, $M_{DIFF} = 9,49$, $p < ,01$. I övrigt fanns det inga signifikanta effekter för detta mått. Alliansstyrkan var alltså konstant i iKBT-gruppen, medan en förbättring skedde över tid i iPDT-gruppen.

Tabell 5. Självskattad allians (WAI-S) före, under och efter behandling. Estimerade medelvärden och standardavvikelser inom parantes.

	<i>Före</i>	<i>Under</i>	<i>Efter</i>
iKBT	61,31 (14,06)	63,15 (14,06)	66,17 (14,43)
iPDT	58,42 (14,26)	55,36 (14,48)	64,85 (14,86)

Vad gällde Pearsonkorrelationen mellan allians och utfall så visade det sig att utfallet till viss del kunde prediceras genom de alliansformulär som administrerades efter tre veckors behandling, se tabell 6 nedan.

Tabell 6. Korrelationer mellan arbetsallians och självskattat utfall (RGS), klinikerskattad förändring (CGI-I), antal genomförda moduler (adherence) och genomfört alla moduler (completion).

	<i>Förändring på symtomskattningar (RGS)</i>				<i>CGI-I</i>	<i>Antal genomförda moduler</i>	<i>Genomfört alla moduler</i>
	<i>LSAS-SR</i> <i>Efter beh.</i>	<i>LSAS-SR</i> <i>6 mån</i>	<i>IIP-64</i> <i>Efter beh.</i>	<i>IIP-64</i> <i>6 mån</i>			
<i>WAI-före</i>							
iKBT	-,28	-,23	,15	,28	,131	,09	,26
iPDT	,39†	,23	,363†	-,13	-,08	-,18	,05
Totalt	,13	,03	,29†	,06	-,003	-,14	,05
<i>WAI-under</i>							
iKBT	,49†	,44	,51†	,25	,73**	,37	,50†
iPDT	,48*	,34	,28	-,16	,15	-,30	-,04
Totalt	,45**	,33†	,37*	-,02	,38*	-,13	,04
<i>WAI-efter</i>							
iKBT	,77**	,70*	,71**	,10	,53	,04	,29
iPDT	,44†	,39†	,40†	-,07	,54*	,07	,23
Totalt	,60**	,55**	,52**	-,08	,51**	,05	,22

† $p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$

För iPDT-gruppen fanns det en signifikant Pearsonkorrelation mellan alliansskattningen under behandling och förbättring avseende social ångest efter behandling, $r = ,48, p < ,05$. För iKBT-gruppen fanns det en signifikant Pearsonkorrelation mellan alliansskattningen under behandling och den generella kliniska förbättringen, $r = ,73, p < ,01$. Det fanns även tendenser i riktning mot korrelation mellan alliansskattningen under behandling och genomförandet av samtliga moduler i denna grupp, $r = ,50, p < ,10$. En starkare deltagarskattad allians vid vecka tre pekade alltså mot att behandlingen som helhet skulle ge större effekter på social ångest i båda grupperna. För iKBT-gruppen kunde den självskattade alliansen även till viss del predicera slutförandet av hela behandlingen. Hypotes 4 bekräftas därmed.

Adverse events

En av deltagarna i iPDT-gruppen bedömdes ha en stor försämring enligt CGI-I. Under behandlingen av kontrollgruppen framgick det dessutom att två av deltagarna från iKBT-gruppen inte alls kände igen sig i beskrivningen av social fobi.

Diskussion

Även om det finns visst stöd för att prevalensen av psykisk ohälsa är stabil står det klart att många aldrig får tillgång till behandling (Graaf, Have, Gool, & Dorsselaer, 2011; Kessler, Demler, et al., 2005). Det är därför av yttersta vikt att nya, billiga behandlingsformer utvecklas. Den här studien är till vår kännedom den första som jämför utfallet av iPDT och iKBT vid behandling av social fobi. Resultaten visade att de båda behandlingarna stod sig väl gentemot varandra och vi fann att de båda hade likvärdiga effekter på social ångest, depression, generaliserad ångest och interpersonella problem. Vad gäller de självskattade symtomskalorna hade båda behandlingarna måttliga effekter på social ångest och depression, medan effekten på generaliserad ångest var något svagare. Vad gällde remission så fanns det en ickesignifikant skillnad mellan grupperna, i det att fler av de som getts dynamisk behandling hade gått i remission. Vidare visade det sig att deltagarna som hade valt iPDT-behandlingen i högre utsträckning än iKBT-deltagarna genomförde behandlingens samtliga moduler. Samtliga av dessa resultat bör tolkas i ljuset av att de som valde det dynamiska alternativet hade en viss förbättring vad gäller social ångest under det att de stod på väntelista för behandling, jämfört med de som valde iKBT som i princip var oförändrade under samma period.

Vad gällde utfallsprediktorerna fann vi att preferensstyrka kunde predicera genomförandet av hela behandlingen, det klinikerskattade generella intrycket i iPDT-gruppen samt

interpersonella problem i hela stickprovet. Vidare kunde alliansskattningar under behandling predicera gott utfall vad gällde social ångest i iPDT-gruppen, och globalt kliniskt intryck i iKBT-gruppen.

Resultatdiskussion

I den aktuella studien fann vi medelstora behandlingseffekter på det primära utfallsmåttet LSAS-SR (iKBT $d = 0,71$; iPDT $d = 0,83$), vilket är något svagare än andra liknande studier på internetbaserad social fobi där inomgruppseffektstorlekarna brukar ligga runt $d = 1,0$ (G. Andersson, Carlbring, & Furmark, 2012; Carlbring et al., 2007; Tillfors et al., 2011). Ett liknande fenomen gick dock att observera redan i den här studiens förlaga, där RCT-studien visade en inomgruppseffektstorlek runt $d = 2,0$ medan den påföljande behandlingen av kontrollgruppen genom preferensmatchning endast gav en effektstorlek runt $d = 1,0$ (Johansson, Nyblom, et al., 2013). I den första delen av den här studien hade behandlingsgruppen en inomgruppseffektstorlek runt $d = 1,18$ medan preferensmatchningsdelen av studien fann medelstora inomgruppseffektstorlekar på $d = 0,71$ resp $d = 0,83$ (Jansson & Jonsson, 2014). Att som deltagare ha stått på väntelista innan behandling tycks alltså ha sänkt effekten något.

De skillnader vi fann mellan behandlingarna är svårtolkade då de deltagare som valde den dynamiska behandlingen hade en förändringskurva redan under väntelisteperioden som sedan fortsatte stabilt under behandlingen. Preferensmatchningsdesignen är ett hinder för att dra slutsatser, då grupperna skiljer sig åt till så stor del. Om man bortser från detta så kan man på det generella planet säga att den här studien går att sälla till en i mängden som visar att två olika men etablerade behandlingar har ungefär lika goda effekter (Wampold, 2013). De studier som gjorts hittills på internetförmiddad psykodynamisk behandling visar att även denna skolbildning går alldeles utmärkt att anpassa till ett annorlunda format (G. Andersson, Paxling, Roch-Norlund, et al., 2012; Jansson & Jonsson, 2014; Johansson, Björklund, et al., 2013; Johansson et al., 2012; Johansson, Nyblom, et al., 2013). I den aktuella studien har vi jämfört en helt ny dynamisk internetbehandling för social fobi med en av de mest välbeforskade inom fältet, "SOFIE"-behandlingen – och de står sig väl mot varandra (Hedman, Ljótsson, et al., 2012).

Vad gäller deltagarnas behandlingsföljsamhet ligger föreliggande studie väl i linje med tidigare forskning. I tidigare studier på SOFIE-manualen har deltagarna genomfört från 2,9 (32%) till 7,5 (83 %) moduler när behandlingen avslutas (G. Andersson et al., 2006; Boettcher, Hasselrot, Sund, Andersson, & Carlbring, 2014; Carlbring, Furmark, Steczko, Ekselius, & Andersson, 2006; Tillfors et al., 2011). I den här studien låg snittet på 5,3 moduler för iKBT-gruppen (59 % av modulerna), vilket alltså är något lägre än förväntat. Vad gäller iPDT-gruppen så låg snittet högre, kring 7,2 moduler (80 %). Detta är i linje

med de andra studier som gjorts på psykodynamisk internetbehandling där man sett att deltagarna genomfört från 5,9 (74 %) till 7,73 (86 %) av modulerna (G. Andersson, Paxling, Roch-Norlund, et al., 2012; Johansson, Björklund, et al., 2013; Johansson et al., 2012; Johansson, Nyblom, et al., 2013). De 65 % av iPDT-gruppen som slutförde hela behandlingen kan jämföras med de 69 % av de som erhöll samma behandling som en del av huvudstudien (Jansson & Jonsson, 2014). Detta stämmer väl överens med de metaanalyser på preferensmatchning som gjorts under de senaste åren, där man ser att preferensmatchning ökar adherence (Lindhiem et al., 2014; Swift & Callahan, 2009).

Resultaten i föreliggande studie återaktualiserar den i mångt och mycket övergivna idén om symtomsstitution (Hayes, 2014). Bookbinder (1962) hävdade att korta, symtomfokuserade behandlingar riskerar att leda till symtomsstitution av olika slag, såsom till exempel ökade interpersonella svårigheter efter genomgången behandling. Bookbinders hypotes fick ett visst stöd under årtiondena efter hans ursprungliga publikation, då man t.ex. visade att agorafobibehandling ledde till öknningar i interpersonella svårigheter (Hafner, 1976; Hand & Lamontagne, 1976). Diskussionen om symtomsstitution har följt med psykoterapiforskningen sedan dess, och mer empiriskt grundade termer har föreslagits såsom *responskovariation* (Kazdin, 1982), och senare *negativa effekter* (Rozental et al., 2014). På senare år har man visat att symtomfokuserade behandlingar har goda resultat även för interpersonella problem (Markowitz et al., 2015; Poulsen et al., 2014). Resultaten i föreliggande studie tyder på att internetbehandling ger minimala kortsiktiga positiva effekter på interpersonell problematik med både iKBT och iPDT. Vid sex månaders uppföljning ser man dock allvarliga interpersonella *försämringar* som saknar motstycke i tidigare forskning av internetbehandling, där man sett övergående biverkningar för enstaka deltagare (Boettcher, Rozental, Andersson, & Carlbring, 2014). Dessa resultat är alarmerande, och de bör följas upp mer rigoröst i kommande studier på negativa effekter av internetbaserad psykologisk behandling (Rozental et al., 2014). Vår arbetshypotes är att behandlingarna orsakar självs kattade försämringar på grund av att de å ena sidan *ökar medvetenheten om interpersonella problem* samt å andra sidan för att de *ökar frekvensen av interpersonellt risktagande*, vilket potentiellt orsakar konflikter. Dessa resultat visar sammanfattningsvis att idén om symtomsstitution ännu inte är ett avslutat kapitel i psykoterapiforskningens historia.

Vad gäller preferensstyrka så visade sig detta vara en svag prediktor, utan signifikanta korrelationer med de olika utfallsmåtten. Till en följd av det lilla stickprovet har dock denna analys låg power, varför risk för typ 2-fel föreligger. Det fanns emellertid två viktiga trender att lägga märke till ($p < ,10$), å ena sidan att en starkare preferensstyrka talade för en ökad sannolikhet att slutföra samtliga moduler, och å andra sidan att en starkare preferensstyrka talade för ett negativt utfall vad gällde interpersonella problem och

klinderskattat global förbättring (CGI-I) i iKBT-gruppen. Det förra ligger i linje med en av de studier som legat till grund för planeringen av den här studien, där man också såg en tendens till att starkare preferensstyrka predicerade slutförandet av samtliga moduler (Johansson, Nyblom, et al., 2013). Det senare kan möjligen återspegla orealistiska förväntningar på behandlingsutfallet i iKBT-gruppen, vilket också ligger i linje med nämnda studie. Att låta deltagarna skatta preferensstyrka i samband med att de väljer behandling tycks sammanfattningsvis ge viktig information om hur sannolikt det är att den enskilde deltagaren slutför hela behandlingsprogrammet. Detta skulle kunna användas kliniskt för att rikta specifika motivationshöjande insatser mot de deltagare som har en låg preferensstyrka, vilket potentiellt skulle höja behandlingsföljsamheten (Raue et al., 2009).

Gällande allians tyder resultaten på att skattningar under behandling kunde predicera positivt utfall på social ångest i båda grupperna, och förbättring för nästan samtliga utfallsmått i iKBT-gruppen. Vidare kunde alliansskattning under behandling predicera genomförandet av hela behandlingen i iKBT-gruppen. Alliansskattningarna under behandling för iKBT-gruppen ($M = 5,26$) återspeglar de generellt höga alliansskattningar som fanns i en tidigare studie av samma behandling ($M = 5,45$; G. Andersson, Carlbring, & Furmark, 2012). Till skillnad från studien av Andersson et al. som fann en icke-signifikant korrelation ($r = ,10$ $p < ,05$) fann vi en signifikant korrelation för denna skattning med det primära utfallsmåttet LSAS-SR för både iKBT- och iPDT-gruppen ($r = ,45$, $p < ,01$). Resultaten som fanns av Bergman Nordgren et al. (2013) återspeglar bättre de resultat vi fann där även de fann en signifikant korrelation mellan skattning under behandling och utfall ($M = 6,0$) Alliansskattningarna i denna studie är något lägre än alliansskattningar som tidigare redovisats vid individuell terapi för social fobi ($M = 6,12$) men i linje med de för gruppterapi ($M = 5,67$; Mörtberg, 2014). De resultat som återfinns inom flertalet studier av internetbehandling visar således på likvärdiga skattningar som de som funnits inom sedvanlig face-to-face terapi. Huruvida skattning under behandling kan predicera utfallet för behandling är dock inte lika klart, men denna studies resultat tyder på att alliansskattningar kan predicera utfallet för internetbehandling. Dessa resultat bör dock tolkas med försiktighet då stickprovet är litet och stickprovet inte heller är randomiserat då deltagarna fått välja behandling.

Metoddiskussion

Då studien har en preferensmatchningsdesign och inte är randomiserad finns det allvarliga hot mot den interna validiteten, som begränsar vilka slutsatser om behandlingarnas kausala effekter som kan dras. Det finns alltså en risk för typ-1 fel. Att deltagarna själva fick välja behandlingsform innebar att systematiska skillnader infördes i studien. Till att börja med så hade grupperna olika mycket symtom: iPDT- tenderade att vara mindre symtomtyngd än iKBT-gruppen. Denna skillnad var dock inte signifikant. Det var även så att de som valde

iKBT inte hade förbättrats något under väntelistetiden, till skillnad från de som valde iPDT vilka hade en medelstor inomgruppseffekt under denna tidsperiod. Detta kan hänga samman med begränsningar i preferensvalet som diskuteras nedan.

Ytterligare ett hot mot den interna validiteten som dykt upp under studiens gång är att flera av deltagarna i iKBT-gruppen efter några veckors behandling angav att de inte kände igen sig i behandlingsmodulernas diskussion om social fobi. Detta bekräftades av att MINI-intervjuerna som genomfördes efter tio veckors väntelista fann att det var flera deltagare i kontrollgruppen som blivit av med sina social fobi-diagnoser. På grund av iPDT-behandlingens transdiagnostiska karaktär tycktes detta inte ha lett till några problem för denna grupp, men i iKBT-gruppen justerades behandlingsupplägget något i två fall för att bemöta individuella behandlingsbehov. De otillförlitliga diagnoserna kan förklaras delvis utifrån att samtliga bedömare har varit psykologstudenter utan gedigen erfarenhet av psykiatrisk differentialdiagnostik, samt att intervjuerna genomförts under tidspress över telefon. Då studien hade svårigheter med att finna intresserade deltagare kan inklusionsintervjuerna ha blivit oprecisa, med avsikten att snabbare hitta studiedeltagare. Denna hypotes tycks bekräftas av det låga talet exkluderade under rekryteringsförfarandet. Av 99 intresserade deltagare var det 75 som blev intervjuade per telefon och 72 som blev inkluderade (96 % av de intervjuade). Detta skiljer sig från andra studier av samma forskarlag, där man exempelvis inkluderat 64 % och 74 % av de intervjuade (G. Andersson et al., 2006; Boettcher, Hasselrot, et al., 2014). Det finns dock undantag, såsom till exempel 97 % inkluderade i en studie (Carlbring et al., 2007). Denna sistnämnda studie inkluderade dock bara en fjärdedel av de som anmälde sitt intresse för studien.

Ytterligare ett problem vad gäller studiens validitet rör huruvida den affektfokuserade behandlingen verkligen är en psykodynamisk terapiform. Ett annat sätt att ställa denna fråga är på följande sätt: går det att bedriva psykodynamisk eller psykoanalytisk terapi över internet? Blagys och Hilsenroth har lett en forskargrupp som undersökt hur KBT och PDT skiljer sig åt i praktiken, och de har tagit fram ett formulär som kan användas för att skatta videoinspelade sessioner för att skilja olika terapiformer från varandra, Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS; Blagys & Hilsenroth, 2000, 2002; Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge, & Blais, 2005). Om man utgår från CPPS-formulärets PDT-skala och använder detta för att bedöma den behandlingsmanual som iPDT-behandlingen baserats på ser man att behandlingen går att skatta högt på de flesta items: behandlingen handlar om att utforska obekväma känslor, koppla dessa till pågående och dåtida interpersonella mönster samt att utmana försvarsmekanismer. Däremot ligger inget explicit fokus i behandlingsmanualen på att utforska överföringsrelationen, dvs. relationen mellan terapeut och klient. Vidare stämmer många av behandlingens teman väl överens med CPPS-formulärets KBT-skala, såsom att behandlingen ger en tydlig behandlingsrational, ger en

del psykoedukation och råd, lär ut färdigheter samt att den i väldigt stor utsträckning bygger på "between session-activity", dvs. hemuppgifter av olika slag. I synnerhet den sista punkten här är av värde, då de flesta psykodynamiska behandlingar passivt eller aktivt avstår från hemuppgifter (Milrod et al., 2007; Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993). Dock är detta något som är under förändring, och i Leichsenrings studie från 2013 inkluderar PDT-behandlingen ostrukturerade hemuppgifter (Leichsenring et al., 2013). En enkätstudie från USA visar dessutom att de flesta praktiserande psykologerna använder sig av hemuppgifter, inklusive psykodynamiker och psykoanalytiker (Kazantzis, Lampropoulos, & Deane, 2005). Det största problemet med att kalla behandlingen psykodynamisk är att den inte betonar överföringsarbete (Johansson, 2013).

Vad gäller studiens externa validitet så bör denna anses vara tillräcklig, då stickprovet hade en genomsnittlig till måttligt svår grad av social fobi samt innehöll komorbida tillstånd som är vanligt förekommande inom en klinisk population, såsom t.ex. paniksyndrom, GAD och depression. Vad gäller könsfördelningen så har vårt stickprov betydligt fler kvinnor än män (78 %), vilket inte överensstämmer med social fobi-populationen som enligt Furmark till 60 % utgörs av kvinnor (Furmark, 2002). Vidare rekryterades deltagarna genom ett begränsat antal offentliga rum och forum, såsom t.ex. Dagens Nyheter, vilket kan ha lett till den höga andelen välutbildade deltagare. En studie visar att rekrytering på detta sätt, via tidningsannonser, inte är representativt för ett kliniskt stickprov då personer som söker på detta sätt tenderar att ha högre utbildning och mindre nedstämdhet (Lindner, Nyström, Hassmén, Andersson, & Carlbring, 2015). I vår studie har 53 % genomgått en treårig universitetsutbildning eller mer, vilket kan jämföras med normalpopulationens 19 % (För åldrarna 16-74; SCB, 2014).

Styrkor och svagheter

Utöver de metodmässiga problem som redan belysts har denna studie några ytterligare aspekter som bör belysas. En styrka är att den här studien till vår kännedom är den första studien någonsin som preferensmatchar deltagare med socialt ångestsyndrom till två olika internetbehandlingar. Det är dessutom den första studien någonsin som jämför psykodynamisk internetbehandling för socialt ångestsyndrom med en annan behandlingsform. Ytterligare en styrka är att denna studie inte enbart har undersökt utfall på symtomnivå utan även undersökt utfall avseende interpersonellt fungerande.

Studiens *första* begränsning gäller själva förfarandet av preferensvalet, då de två behandlingarna inte presenterades i en slumpmässig ordning. iKBT-behandlingen visades först för samtliga deltagare. Detta gör att det blir svårt att uttala sig om i vilken grad det faktiskt var ett val baserat på preferens där deltagarna tagit del av båda presentationstexterna. En av deltagarna påtalade i efterhand att hen inte hade något minne

av att ha valt behandling och det är troligt att denne och eventuellt någon annan deltagare bara klickade förbi valformuläret, och därför gavs iKBT-behandling. Studiens *andra* begränsning är att inga diagnosintervjuer genomfördes efter genomförd behandling. Detta innebär att vi inte känner till i vilken utsträckning deltagarna längre uppfyller diagnoskriterier för social ångest (Öst, 2008). Studiens *tredje* begränsning gäller stickprovets storlek. För att bättre kunna uttala sig om behandlingseffekt hade det varit att föredra om de två behandlingsgrupperna hade varit lika stora och med minst 30 deltagare i varje grupp (Kazdin, 1998).

Studien i ett bredare sammanhang

Internetbehandlingsforskningen har exploderat under de senaste åren, och under de senaste fem åren har det varje år publicerats runt 20 nya RCT-studier inom fältet (Hedman, Ljótsson, et al., 2012). Internetbehandling innebär att psykologisk behandling får en ökad geografisk spridning, då det inte finns något behov av att befinna sig i närheten av patienterna. Vidare är internetbehandling lätt att lära ut för oerfarna kliniker och utfallsskillnaderna mellan erfarna psykologer och psykologstudenter tycks vara försumbara (G. Andersson, Carlbring, & Furmark, 2012). Internetbaserad psykologisk behandling är dessutom sannolikt billigare än sedvanlig KBT och därmed även många andra psykiatriska behandlingsformer (Hedman, Ljótsson, et al., 2012). Den föreliggande studien ligger dessutom väl i tiden då den undersöker effekten av preferenser, vilket från och med första januari i år ska erbjudas patienter då flera behandlingsalternativ bedöms ha likvärdiga effekter.

Fenomenet internetbehandling kommer på grund av de hälsoekonomiska vinsterna troligtvis öka enormt under de kommande åren, och förhoppningsvis kommer det bli ett självklart första alternativ för patienter som inte tror på eller vill ha nulägets vanligaste behandlingsinsats för social ångest, medicinering med antidepressiva. Vi har inte kunnat finna några studier som redovisar direkta jämförelser mellan internetbehandling och medicinering, men skillnaderna i utfall är troligtvis obefintliga eller till internetbehandlingens fördel, givet att rapporterade effektstorlekar tycks vara större för internetbehandling. Givetvis är internetbehandling inte ett hot mot andra behandlingsformer, utan ett välbehövligt komplement i en vårdapparat som har väldigt lite resurser.

Framtida forskning

De oroväckande negativa effekterna på interpersonella problem talar för att detta område bör beforskas ytterligare, inte minst inom ramarna för internetbehandling. Kvalitativa uppföljningar bör göras med deltagare som erhållit försämringar, för att undersöka om detta är konsekvensen av specifika eller generella aspekter av behandlingarna. Att båda

behandlingarna trots sina olikheter producerar liknande negativa effekter talar emellertid för att de negativa effekterna på något vis hänger samman med internetformatet. Vidare studier bör också undersöka om denna negativa effekt är begränsad till social ångest, eller om även andra diagnosgrupper påverkas på dylika vis.

Fler och i synnerhet större studier behöver även undersöka effekten av preferensmatchning och preferensstyrka för att bättre kunna uttala sig om deras respektive effekter vid psykologisk behandling. För att genomföra detta skulle man kunna använda en design där deltagare randomiseras till två grupper där den ena får välja behandling och den andra inte (Howard & Thornicroft, 2006).

Slutsatser

Föreliggande studie tyder på att det nu finns två teoretiskt olika internetbehandlingar, en psykodynamisk och en kognitiv beteendeterapeutisk, som fungerar ungefär likvärdigt vid behandling av social ångest. Trots olika behandlingsdos erhåller båda grupperna goda effekter på de flesta måtten. Oroväckande nog ledde även båda behandlingarna till försämringar avseende interpersonella problem. Preferensstyrka verkar utifrån erhållna resultat inte predicera symtomminskning, men måttet verkar vara ha lovande prediktiva egenskaper vad gäller behandlingsföljsamhet. Vidare visade det sig att den skattning av allians som sker under behandlingsvecka tre predicerar utfallet av behandlingen gällande social ångest.

Denna studie har undersökt effekten av en stor mängd variabler vid behandling av socialt ångestsyndrom, och även om studien har kunnat svara på några frågor så är det tydligt att det finns ett stort behov av studier som vidare undersöker effekterna av internetbehandling, i synnerhet i relation till studiedesigner som tar hänsyn till preferensstyrka och preferensmatchning.

Referenser

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., ... Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. In The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual (4th ed.) -Text Revision (DSM-IV-TR)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andersson, E., Rück, C., Lavebratt, C., Hedman, E., Schalling, M., Lindefors, N., ... Furmark, T. (2013). Genetic Polymorphisms in Monoamine Systems and Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder. *PLoS ONE*, 8(11), e79015. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0079015>
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldo, V., ... Waara, J. (2008). Development of a New Approach to Guided Self-Help via the Internet: The Swedish Experience. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 161–181. <http://doi.org/10.1080/15228830802094627>
- Andersson, G., Carlbring, P., & Furmark, T. (2012). Therapist Experience and Knowledge Acquisition in Internet-Delivered CBT for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 7(5), e37411. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0037411>
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthan, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., ... Ekselius, L. (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. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.677>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288–295. <http://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of Guided Internet-Based Cognitive Behavior Therapy in Regular Clinical Settings. *Verhaltenstherapie*, 23(3), 140–148. <http://doi.org/10.1159/000354779>
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., ... Silverberg, F. (2012). Internet-Based Psychodynamic versus Cognitive Behavioral Guided Self-Help for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 344–355. <http://doi.org/10.1159/000339371>
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., ... Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 544–550. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.003>
- Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-Delivered Psychological Treatments for Mood and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Their Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PLoS ONE*, 9(5), e98118. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0098118>
- Åsander, H. (2013). Tidigare historia av psykofarmakologisk medicinering predicerar sämre utfall av Internetbaserad kognitiv beteendeterapi vid social fobi. Uppsala Universitet.

- 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. (2004). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press.
- Bergman Nordgren, L., Carlbring, P., Linna, E., & Andersson, G. (2013). Role of the Working Alliance on Treatment Outcome in Tailored Internet-Based Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders: Randomized Controlled Pilot Trial. *JMIR Research Protocols*, *2*(1). <http://doi.org/10.2196/resprot.2292>
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*(2), 167–188. <http://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.167>
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, *22*(5), 671–706. [http://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00117-9](http://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00117-9)
- Boettcher, J., Carlbring, P., Renneberg, B., & Berger, T. (2013). Internet-Based Interventions for Social Anxiety Disorder - an Overview. *Verhaltenstherapie*, *23*(3), 160–168. <http://doi.org/10.1159/000354747>
- Boettcher, J., Hasselrot, J., Sund, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Combining Attention Training with Internet-Based Cognitive-Behavioural Self-Help for Social Anxiety: A Randomised Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(1), 34–48. <http://doi.org/10.1080/16506073.2013.809141>
- Boettcher, J., Rozental, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Side effects in Internet-based interventions for Social Anxiety Disorder. *Internet Interventions*, *1*(1), 3–11. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.002>
- Bögels, S. M., Wijts, P., Oort, F. J., & Sallaerts, S. J. M. (2014). Psychodynamic Psychotherapy Versus Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder: An Efficacy and Partial Effectiveness Trial. *Depression and Anxiety*, *31*(5), 363–373. <http://doi.org/10.1002/da.22246>
- Bookbinder, L. J. (1962). Simple conditioning versus the dynamic approach to symptoms and symptom substitution: A reply to Yates. *Psychological Reports*, *10*(1), 71–77.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(3), 252–260. <http://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borge, F.-M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(6), 991–1010. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.10.002>
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment*, *15*(2), 193–197. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.15.2.193>
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clinical Psychologist*, *10*(1), 30–38. <http://doi.org/10.1080/13284200500378662>
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(2), 123–128. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020107>

- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 685–716. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of Response to Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(3), 221–240. [http://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00008-X](http://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00008-X)
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, *14*(9), 418–424. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Clark, D. M. (2013). Psychodynamic Therapy or Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *170*(11), 1365–1365. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13060744>
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York, NY, US: Guilford Press.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, *1*(3), 98–101. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Cox, B. J., MacPherson, P. S. R., & Enns, M. W. (2005). Psychiatric correlates of childhood shyness in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(8), 1019–1027. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.006>
- Dear, B. F., Titov, N., Sunderland, M., McMillan, D., Anderson, T., Lorian, C., & Robinson, E. (2011). Psychometric Comparison of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 and the Penn State Worry Questionnaire for Measuring Response during Treatment of Generalised Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*(3), 216–227. <http://doi.org/10.1080/16506073.2011.582138>
- Doyle, A. C., & Pollack, M. H. (2002). Establishment of remission criteria for anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64 Suppl 15*, 40–45.
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(3), 537–555. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.005>
- Dunlop, B. W., Kelley, M. E., Mletzko, T. C., Velasquez, C. M., Craighead, W. E., & Mayberg, H. S. (2012). Depression beliefs, treatment preference, and outcomes in a randomized trial for major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(3), 375–381. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.003>
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, *34*(3), 331–350. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80004-7](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80004-7)
- Färdig, S., & Karlsson, J. (2014). Emotionsprocessande och self-compassion - Förändringsprocesser i internetadministrerad affektfokuserad psykodynamisk behandling för social fobi. Examensarbete. Institutionen för beteendevetenskap och lärande. Linköpings Universitet.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H.-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15*(4), 453–462. <http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.002>
- Frederick, R. J. (2009). *Living Like You Mean It: Use the Wisdom and Power of Your Emotions to Get the Life You Really Want*. John Wiley & Sons.

Furmark, T. (2000). Social Phobia. From Epidemiology to Brain Function. Retrieved from <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A166039&dswid=-9726>

Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*(2), 84–93. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x>

Furmark, T., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). *Social fobi - Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Liber. Retrieved from http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?dswid=-8014&pid=diva2%3A258202&c=7&searchType=SIMPLE&language=sv&query=furmark+social+fobi&af=%5B%5D&aq=%5B%5B%5D%5D&aq2=%5B%5B%5D%5D&aq=%5B%5D&noOfRows=50&sortOrder=author_sort_asc&onlyFullText=false&sf=all&jfwid=-8014

Goisman, R. M., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1999). Psychosocial Treatment Prescriptions for Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, and Social Phobia, 1991–1996. *American Journal of Psychiatry*, *156*(11), 1819–1821. <http://doi.org/10.1176/ajp.156.11.1819>

Graaf, R. de, Have, M. ten, Gool, C. van, & Dorsselaer, S. van. (2011). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(2), 203–213. <http://doi.org/10.1007/s00127-010-0334-8>

Gueorguieva, R., & Krystal, J. (2004). Move over anova: Progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the archives of general psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, *61*(3), 310–317. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.61.3.310>

Guy, W. (1976). *Clinical Global Impressions*. Rockville: US Department of Health and Human Services.

Hafner, R. J. (1976). Fresh symptom emergence after intensive behaviour therapy. *The British Journal of Psychiatry*, *129*(4), 378–383. <http://doi.org/10.1192/bjp.129.4.378>

Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia-removal. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *13*(4), 405–411. <http://doi.org/10.1037/h0086514>

Hayes, S. C. (2014). Foreword. Building a powerful and productive relationship. In *Mindfulness, Acceptance, and the Psychodynamic Evolution: Bringing Values into Treatment Planning and Enhancing Psychodynamic Work with Buddhist Psychology*. New Harbinger Publications.

Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Andersson, E., Schalling, M., ... Rück, C. (2012). Clinical and genetic outcome determinants of Internet- and group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*(2), 126–136. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01834.x>

Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., & Lindefors, N. (2011). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(11), 729–736. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.009>

Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Natur och kultur. Retrieved from <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A759165&dswid=4830>

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *12*(6), 745–764. <http://doi.org/10.1586/erp.12.67>

- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Furmark, T., Carlbring, P., Lindefors, N., & Andersson, G. (2010). Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: A psychometric evaluation. *Computers in Human Behavior*, *26*(4), 736–740. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2010.01.010>
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral Group Therapy for Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies*. Guilford Press.
- Hesser, H. (2015). Modeling individual differences in randomized experiments using growth models: Recommendations for design, statistical analysis and reporting of results of internet interventions. *Internet Interventions*, *2*(2), 110–120. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2015.02.003>
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*(3), 340–356. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.340>
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Davis, S., Harrington, K., & Rosenbaum, J. F. (2007). Behavioral Inhibition in Preschool Children At Risk Is a Specific Predictor of Middle Childhood Social Anxiety: A Five-Year Follow-up: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *28*(3), 225–233. <http://doi.org/10.1097/01.DBP.0000268559.34463.d0>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 885–892. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- Horvath, A. O., C, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9–16. <http://doi.org/10.1037/a0022186>
- Howard, L., & Thornicroft, G. (2006). Patient preference randomised controlled trials in mental health research. *The British Journal of Psychiatry*, *188*(4), 303–304. <http://doi.org/10.1192/bjp.188.4.303>
- Jansson, A., & Jonsson, L. (2014). SOFIA - En randomiserad kontrollerad studie av en internetadministrerad affektfokuserad psykodynamisk vägledad självhjälpsbehandling vid social fobi. Linköpings Universitet. Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Johansson, R. (2013). *Treating depression and its comorbidity: From individualized Internet-delivered cognitive behavior therapy to affect-focused psychodynamic psychotherapy*. Linköping University Electronic Press. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-100385>
- Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., ... Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, *1*, e102. <http://doi.org/10.7717/peerj.102>
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Pettitt, E., ... Andersson, G. (2012). Psychodynamic Guided Self-Help for Adult Depression through the Internet: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, *7*(5), e38021. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0038021>
- Johansson, R., Frederick, R. J., & Andersson, G. (2013). Using the Internet to Provide Psychodynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, *41*(4), 513–540. <http://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.4.513>
- Johansson, R., Nyblom, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Choosing between Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral therapy for depression: a pilot preference study. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 268. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-268>

- Kazantzis, N., Lampropoulos, G. K., & Deane, F. P. (2005). A National Survey of Practicing Psychologists' Use and Attitudes Toward Homework in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 742–748. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.742>
- Kazdin, A. E. (1982). Symptom substitution, generalization, and response covariation: Implications for psychotherapy outcome. *Psychological Bulletin, 91*(2), 349–365. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.91.2.349>
- Kazdin, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology (3rd ed.)* (Vol. xiii). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., ... Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine, 352*(24), 2515–2523. <http://doi.org/10.1056/NEJMsa043266>
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the Quality of the Working Alliance Predict Treatment Outcome in Online Psychotherapy for Traumatized Patients? *Journal of Medical Internet Research, 8*(4). <http://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e31>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345–359. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., ... Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*(5), 224–231. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Leichsenring, F., Beutel, M., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy for social phobia: A treatment manual based on supportive–expressive therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 71*(1), 56–84. <http://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.1.56>
- Leichsenring, F., Klein, S., & Salzer, S. (2014). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy in Specific Mental Disorders: A 2013 Update of Empirical Evidence. *Contemporary Psychoanalysis, 50*(1-2), 89–130. <http://doi.org/10.1080/00107530.2014.880310>
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., & Steinert, C. (2015). The Empirical Status of Psychodynamic Psychotherapy - An Update: Bambi's Alive and Kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(3), 129–148. <http://doi.org/10.1159/000376584>
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... Leibing, E. (2013). Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry, 170*(7), 759–767. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081125>
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... Leibing, E. (2014). Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry, 171*(10), 1074–1082. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111514>

- Leising, D., Rehbein, D., & Eckardt, J. (2009). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) as a screening measure for avoidant personality disorder. *European Journal of Psychological Assessment, 25*(1), 16–22. <http://doi.org/10.1027/1015-5759.25.1.16>
- Lemma, A., & Fonagy, P. (2013). Feasibility study of a psychodynamic online group intervention for depression. *Psychoanalytic Psychology, 30*(3), 367–380. <http://doi.org/10.1037/a0033239>
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*(7), 729–736. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790300097013>
- Liebowitz, M. R., Mangano, R. M., Bradwejn, J., & Asnis, G. (2005). A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 66*(2), 238–247.
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLearn, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 506–517. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.002>
- Lindner, P., Nyström, M. B. T., Hassmén, P., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Who seeks ICBT for depression and how do they get there? Effects of recruitment source on patient demographics and clinical characteristics. *Internet Interventions, 2*(2), 221–225. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2015.04.002>
- Linna, E. (2007). Allians och Internetbehandling – om arbetsalliansens förändring och samband med behandlingsutfall vid individualiserad Internetbehandling för ångestsyndrom. Linköpings Universitet. Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., ... Marshall, R. D. (2015). Is Exposure Necessary? A Randomized Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry, appiajp201414070908*. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070908>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Katherine, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–450. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 1*(5), 368–376. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy* (Vol. xvi). New York, NY, US: Guilford Press.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*(6), 595–602. <http://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- Milrod, B. (2013). The Gordian Knot of Clinical Research in Anxiety Disorders: Some Answers, More Questions. *American Journal of Psychiatry, 170*(7), 703–706. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13030384>
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., ... Shear, M. K. (2007). A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*(2), 265–272. <http://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.2.265>

- Moradveisi, L., Huibers, M., Renner, F., & Arntz, A. (2014). The influence of patients' preference/attitude towards psychotherapy and antidepressant medication on the treatment of major depressive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*(1), 170–177. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.003>
- Mörtberg, E. (2014). Working alliance in individual and group cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, *220*(1–2), 716–718. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.004>
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (2011). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. Guilford Press.
- Nordgreen, T., Havik, O. E., Öst, L. G., Furmark, T., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012). Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(1), 13–21. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.10.009>
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, *51*(1), 44–58. [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01305-1](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01305-1)
- Öst, L.-G. (1985). Ways of acquiring phobias and outcome of behavioral treatments. *Behaviour Research and Therapy*, *23*(6), 683–689. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90066-X](http://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90066-X)
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(3), 296–321. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *FOCUS*, *12*(4), 450–458. <http://doi.org/10.1176/appi.focus.120410>
- Preschl, B., Maercker, A., & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, *11*(1), 189. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-11-189>
- Raue, P. J., Schulberg, H. C., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M. L. (2009). Patients' Depression Treatment Preferences and Initiation, Adherence, and Outcome: A Randomized Primary Care Study. *Psychiatric Services*, *60*(3), 337–343. <http://doi.org/10.1176/ps.2009.60.3.337>
- Richards, D., Timulak, L., & Hevey, D. (2013). A comparison of two online cognitive-behavioural interventions for symptoms of depression in a student population: The role of therapist responsiveness. *Counselling and Psychotherapy Research*, *13*(3), 184–193. <http://doi.org/10.1080/14733145.2012.733715>
- Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., ... Carlbring, P. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet Interventions*, *1*(1), 12–19. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.001>
- SBU. (2012). Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SCB. (2014). Befolkningens utbildning 2013. Retrieved from <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Utbildning-och-forskning/Befolkningens-utbildning/Befolkningens-utbildning/9568/9575/36661/>
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., ... Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, *12*(5), 232–241. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)
- Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The gad-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092–1097. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(9), 991–1007. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00176-6](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00176-6)
- Stein, M. B., & Gorman, J. M. (2001). Unmasking social anxiety disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *26*(3), 185–189.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, *371*(9618), 1115–1125. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Steketee, G., & Chambless, D. L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, *12*(4), 387–400. [http://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90123-P](http://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90123-P)
- Svensk Författningssamling. (2014). Patientlag (2014:821). Retrieved from http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svensk_forfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(4), 368–381. <http://doi.org/10.1002/jclp.20553>
- Tillfors, M., Andersson, G., Ekselius, L., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Karlsson, A., & Carlbring, P. (2011). A Randomized Trial of Internet-Delivered Treatment for Social Anxiety Disorder in High School Students. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*(2), 147–157. <http://doi.org/10.1080/16506073.2011.555486>
- Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric Comparison of the PHQ-9 and BDI-II for Measuring Response during Treatment of Depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*(2), 126–136. <http://doi.org/10.1080/16506073.2010.550059>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*(3), 207–210. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, *28*(6), 497–505. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90136-7](http://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90136-7)
- Wakefield, J. C., Horwitz, A. V., & Schmitz, M. F. (2005). Are We Overpathologizing the Socially Anxious? Social Phobia from a Harmful Dysfunction Perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(6), 317.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 620–630. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.620>
- Wampold, B. E. (2013). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Routledge.
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Hellström, C., Andersson, E., Broberg, A., & Gunnar, R. (1996). Interpersonal Problems and personality characteristics: Psychometric studies of the Swedish version of the IIP. *Personality and Individual Differences*, *20*(1), 13–23. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00137-U](http://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00137-U)
- Wersebe, H., Sijbrandij, M., & Cuijpers, P. (2013). Psychological Group-Treatments of Social Anxiety Disorder: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *8*(11), e79034. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0079034>

Tack

Vi vill tacka vår strålande handledare Per Carlbring för ständig uppmuntran och skarp feedback. Vi är oerhört tacksamma för hur du har blockerat den omnipotenta överföringen och sett till att vi själva tagit ansvar för de mer komplexa delarna av vår uppsatsprocess. Vi vill också tacka Robert Johansson för gott samarbete med projektet och för att du alltid ställt upp och svarat på våra många och krångliga frågor. Även Markus Jansson Fröjmark har bidragit till uppsatsen med ovärderlig feedback på ett delprojekt (mediationsanalys) som inte kom med i den slutgiltiga versionen av uppsatsen. Tack!

Vi vill även tacka alla de studenter som ställt upp och sett till att den här studien blev till. I Linköping drog Smilla Färdig, Josefine Karlsson, Angelica Jansson och Lina Jonsson ett enormt lass. I Stockholm såg Jacob Bryntesson, Stefan Deak, Sophia Bongiorno, Linnea Klintberg och Amanda Hultling till att alla deltagarna blev intervjuade under en stressig vecka i april förra året. Det gjorde även Eva Berglund, Lisa Ekelund, Tove Ringmar och Glenn Kristoffersson, som också var med som behandlare i en del av studien. Även Katarina Ernborg ställde med kort varsel upp som behandlare i studien. Tack alla ni! Särskilt tack till Tove Ringmar som gett ovärderlig feedback på vår text i uppsatsens slutskede.

Vi vill också tacka alla deltagarna som varit med i studien. Det är ni som gör att den här typen av forskning är möjlig att bedriva. Era terapeutiska resor har varit väldigt spännande och lärorika att följa! Tack för att ni ställt upp gång på gång och fyllt i alla formulären. Tack!

Slutligen vill vi tacka våra familjer som på olika sätt ställt upp och stått ut med en ojämn fördelning av det obetalda hemarbetet under vårt arbete med uppsatsen. Tack!

Bilaga 1. Preferenstexten.

Behandlingsalternativ A

Den här behandlingen utgår från att social fobi bör förstås som en fobi för vissa sociala situationer och reaktionerna som dessa situationer orsakar. Tidigare negativa erfarenheter från sociala situationer gör att man associerar dessa med väldigt obehagliga upplevelser som man helst undviker. Detta undvikande gör på kort sikt att ångesten sjunker, men på längre sikt leder undvikandet till att den sociala ångesten förvärras.

Behandlingens centrala fokus är att gradvis och i egen takt närma sig ångestladdade situationer för att bemöta dem på nya, alternativa sätt. Det kan till exempel handla om att stanna kvar i situationen och försöker acceptera obehaget, att konfrontera och vänja sig vid känslorna som uppstår eller att undersöka och utmana de negativa tankar som man förknippar med situationen. Några exempel på sådana situationer kan vara att småprata med kollegorna på jobbet, att ställa en fråga under ett arbetsplatsmöte eller att hålla en kort presentation. Många med social fobi lider sig igenom sociala situationer och det kan därför vara svårt att förstå varför det som känns obehagligt inte går över med tiden. Enligt denna behandling beror detta på att man på olika sätt undviker delar av situationen genom att t.ex. att titta ner i marken eller tänka på något helt annat. Sådana "säkerhetsbeteenden" gör att situationen blir lättare att hantera i stunden men att problemen kvarstår på lång sikt. Undvikandet och de negativa tankarna leder tillsammans till ett ökat självfokus, vilket blir till en ond cirkel där symtomen förvärras.

Behandlingen börjar med en fördjupad presentation av diagnosen och behandlingsupplägget. Därefter börjar man kartlägga tankar och tolkningar innan man går vidare till att titta på olika typer av tankefällor. Sedan börjar man systematiskt att utmana negativa tankar genom olika typer av tanke- och beteendexperiment. Efter att ha arbetat igenom tankarna ordentligt börjar man i små steg utsätta sig för de svåra situationerna, genom så kallad exponering. Därefter sätter man ihop resonemangen om tankar, känslor och beteende till en helhet där man tränar på att bryta den onda självfokuserande cirkeln och fortsätta exponera. I sista steget tränar man på olika sociala färdigheter såsom t.ex. att sätta gränser och aktivt lyssnande.

Behandling B

Den här behandlingen utgår från att social fobi bör förstås som en fobi för vissa känslomässiga reaktioner. Erfarenheter vi gjort i relation till våra vårdnadshavare och andra viktiga personer under tidig ålder har lärt oss att undvika vissa typer av känslor, såsom ilska, sorg, glädje eller intresse – och det är detta undvikande som orsakar den sociala ångesten.

Behandlingens centrala fokus är att lära sig att närma sig sina känslor gradvis och på sikt att stanna kvar i dem och välkomna dem trots att de många gånger är obehagliga. Behandlingen har som utgångspunkt att en närmare kontakt med våra känslor leder till att vi kommer känna oss mer trygga och tillfredställda med oss själva. Ibland kan känslorna vara svåra att förstå eller att acceptera, och då kan de leda till inre konflikter som får oss att reagera häftigt. Dessa reaktioner på känslorna leder ibland till ångest och andra symtom, och under behandlingen kommer man titta närmare på dessa reaktioner. Centralt i behandlingens förståelse av känslor är att de hör samman med viktiga personer i våra liv, och genom att utveckla en djupare förståelse för dessa kopplingar blir det lättare att närma sig känslorna. Eftersom personer med social fobi ofta är väldigt självkritiska och känner mycket skam så fokuserar behandlingen även på att bemöta sig själv vänligare och med större medkänsla.

Behandlingen är uppdelad i fyra steg. Det första steget handlar om att bli medveten om känslor och att börja öva på att vara medvetet närvarande i dem utan att förändra dem eller fly från dem. Det andra steget handlar om att hantera den ångest som väcks när vi närmar oss våra känslor, och man får lära sig olika verktyg för att göra detta. Det tredje steget är en fördjupning av steg ett då man försöker att ta sig ännu djupare ner i känslorna och betrakta dem utifrån hela deras komplexitet. Det fjärde steget handlar om att lyssna till sina känslor och sedan dela med sig av dem. Här får man lära sig olika verktyg för att kommunicera med andra på ett medvetet närvarande sätt.

Sammanfattning

Båda dessa behandlingar syftar till att man stegvis närmar sig det som man är rädd för. I den ena behandlingen resonerar man att det är i de sociala situationerna som man kommer att kunna väcka tankar, känslor och kroppsliga symtom som man behöver komma i kontakt med för att åstadkomma en förändring. I den andra behandlingen resonerar man att det är den inre känslomässiga komplexiteten som man i första hand behöver närma sig för att sätta igång förändringsprocesserna. Båda behandlingarna har gott stöd inom forskningen.