

Diagnosspecifik versus transdiagnostisk internetdistribuerad KBT vid social ångest

Långtidseffekter av en RCT

Elin Färnstrand

Psykologiska institutionen

Examensarbete 30 hp

Psykologi

Psykologprogrammet (300 hp)

Höstterminen 2019

Handledare: Per Carlbring

English title: Diagnosis-specific versus transdiagnostic
internet distributed CBT for social anxiety disorder

– Long-term effects of a RCT



Stockholms
universitet

TACK

Per Carlbring – för dina tålmodiga svar och kloka kompassriktningar under navigeringen över Den Stora Nyfikenhetens Hav.

Ludde – för ditt alltid lika lugna och godmodiga sällskap. En bättre äppelätande skeppshund går ej att finna.

Sofia – för att jag fick använda ditt hem som kajuta.

Elliot – för friskluftspauser, pälsnärvaro och allmänt finsällskap under seglatsens gång.

Social ångest (också kallat social fobi) är vanligt förekommande. Samsjukligheten med annan psykisk ohälsa är hög och tillståndet är ofta funktionsnedsättande – samtidigt som personer med denna typ av besvär ogärna söker hjälp för dem. En transdiagnostisk, internetförmedlad behandling mot social fobi skulle utifrån detta kunna vara mycket kliniskt användbar, men mer forskning behövs för att kartlägga långtidseffekterna av sådan behandling och undersöka hur den hävdar sig relativt mer traditionell, diagnosspecifik dito. I denna studie har 145 deltagare genomgått en självhjälpsbehandling över internet med antingen diagnosspecifik KBT (dsKBT) eller transdiagnostisk KBT (tKBT). Ettårsuppföljningen påvisade en liten men statistiskt signifikant behandlingseffekt på utfallsmåttet för social ångest ($d=0,26$, $p<0.01$), men bara 1 deltagare (vilken ingick i gruppen tKBT) hade uppnått kliniskt signifikant förbättring. En liten statistiskt signifikant behandlingseffekt kartlades även vad gällde generell ångest ($d=0,14$, $p<0.05$). Inga statistiskt signifikanta effekter återfanns vad gällde depressionsgrad respektive svårigheter med emotionsreglering, och inga skillnader mellan behandlingsgrupperna framträdde på något av studiens utfallsmått. Studiens behandlingseffekt är väsentligt lägre än flertalet tidigare studiers. Potentiella anledningar till detta diskuteras och ett flertal metodologiska brister i studieupplägget uppmärksammas – bland dessa stort svarsbortfall, avsaknad av kontrollgrupp samt att deltagarna vid studiens början nyligen hade genomgått en behandling där deras sociala ångest redan hade reducerats. Utifrån studiens brister bör resultaten tolkas med försiktighet.

Social ångest beskrivs i DSM-5 som en “uttalad rädsla eller ångest för en eller flera olika sociala situationer där personen riskerar att utsättas för kritisk granskning av andra” (APA, 2014, sid. 103). Personer som har social ångest är i regel rädda för att göra något som väcker negativ uppmärksamhet från andra, eller bete sig på ett sätt som gör det tydligt för omgivningen hur rädda de är (som till exempel att skaka, stamma eller svettas). Utifrån dessa förutsättningar är sociala situationer något som en person med social fobi uthärdar under svår ångest – eller undviker helt. Som sociala varelser upplever de flesta människor från och till oro för att bli avvisade eller uteslutas ur den sociala kretsen, men det är alltså först när denna rädsla så gott som alltid uppstår inför sociala situationer, håller i sig över en längre tid och på ett påtagligt vis påverkar det dagliga livet som social ångest kan anses föreligga (APA, 2014).

Social ångest kan variera vad gäller omfattning och svårighetsgrad. Vissa personer upplever enbart fruktan i relation till att tala eller uppträda framför andra (eng. *uncomplicated social phobia*, *specific social phobia*), medan andra har mer generaliserade symptom (eng. *complicated social phobia*, *generalized social phobia*) som kan inkludera en mängd olika situationer där personen känner sig iakttagen eller socialt uppmärksammas; såsom att äta eller dricka inför andra eller interagera med obekanta människor (APA, 2014; Stein & Kean, 2000).

Prevalens

Social ångest är ett relativt vanligt syndrom – även om dess exakta prevalens är svår att fastställa eftersom gränsvärden för diagnos varierar mellan olika studier. Furmark et al. (1999) fann i en studie att hela 15,6% av svenska folket bedömdes ha social ångest. I en något senare sammanställning av 43 artiklar från ett flertal olika länder uppskattade man att livstidsprevalensen låg någonstans mellan 7-13% (Furmark, 2002), där den senare siffran även återfinns i en annan studie av Stein och Kean (2000). Weiller et al. (1996) fann i sin undersökning av primärvårdspatienter i Paris en livstidsprevalens på 14,4%. Noterbart är också att problematiken tycks vara något vanligare förekommande hos kvinnor (60%) än hos män (40%) (Furmark, 2002).

Uppkomst och sjukdomsförlopp

Social fobi tenderar att debutera relativt tidigt i livet – ofta redan i 15-16-årsåldern (Magee et al., 1996; Newby et al., 2015; Schneier et al., 1992; Weiller et al., 1996) och anmodas likt flertalet andra ångesttillstånd vara ett relativt kroniskt tillstånd för den som inte får behandling (Chartier et al., 1998; Lampe, 2009; Newby et al., 2015; Yonkers et al., 2001). För personer med ångestproblematik finns det också generellt en hög risk för återfall även bland de som faktiskt får tillgång till behandling (Newby et al., 2015).

Konsekvenser av social fobi

Social fobi har ofta stor inverkan på den drabbades livsföring (Weiller et al., 1996). Undersökningar visar till exempel att förekomsten av social fobi korrelerar med att hoppa av skolan innan studentexamen, att uppleva svårigheter med att utföra sin huvudsysselsättning och att skatta livskvalitet lägre än vad personer utan social fobi gör (Stein & Kean, 2000). Lampe et al. (2003) noterade i sin studie att personer med social fobi var överrepresenterade både som ensamstående (separerade, skilda, änkemän/änkor eller aldrig gifta) och som arbetslösa eller sjukskrivna. Patel et al. (2002) noterade att personer med social ångest var underrepresenterade i gruppen heltidsanställda och i det högsta socioekonomiska skiktet. De konstaterade också att personer som hade social ångest i kombination med andra, komorbida tillstånd tenderade att vara arbetslösa i väsentligt högre grad än personer utan psykisk ohälsa (vilket dock inte kunde sägas för personer som enbart hade social ångest utan komorbiditet). Noterbart är dock att det i en svensk studie av Furmark et al. (1999) inte uppdagades några signifikanta samband mellan graden av social fobi och civil status eller yrkesstatus. Sammanfattningsvis verkar tillståndet dock leda till både väsentligt lägre upplevd livskvalitet och funktionsnedsättningar inom en rad olika områden (Canton et al., 2012; Stein & Kean, 2000). Socialstyrelsen (Sverige, 2017) statuerar i sina riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom att social fobi kan leda till stora inskränkningar såväl i det privata livet som i arbetslivet, och att det är en problematik som kan få stora psykosociala konsekvenser om den inte behandlas.

Komorbiditet

Komorbiditet - det vill säga samtida samsjuklighet där en person bedöms ha flera problematiker eller syndrom samtidigt – är på ett generellt plan mycket vanligt vid psykisk ohälsa (Hofmeijer-Sevink et al., 2012). Tråkigt nog har personer med komorbida tillstånd ofta större svårigheter i sin vardag, då samsjuklighet är förenat med större funktionsnedsättning än vad enstaka tillstånd är (Gili et al., 2013; Magee et al., 1996). Detta i kombination med att komorbiditet tenderar att göra besvären svårare och mer kroniska till sin karaktär (Hofmeijer-Sevink et al., 2012), och att förekomst av komorbiditet också tycks påverka utfallet vid terapeutisk behandling (Fracalanza et al., 2014) gör att just samsjuklighet är en mycket viktig fråga inom klinisk verksamhet.

Samsjuklighet vid just social ångest är regel snarare än undantag (Furmark, 2002; Katzelnick et al., 2001). Lampe et al., (2003) rapporterar att hela 78,1% av de personer som bedömdes uppfylla kriterierna för social ångest i deras studie även bedömdes ha någon annan slags psykisk sjukdom, varav 53,4% något annat slags ångestsyndrom. Magee et al. (1996) påtalar också att personer med social fobi (och då särskilt de med den mer generaliserade problembilden) ofta har ytterligare någon ångestrelaterad eller affektiv problematik, och att social fobi då påtagligt ofta föregår andra tillstånd. Det senare poängteras även av Schneier et al. (1992). Också Weiller et al. (1996) konstaterar i sin studie att samsjukligheten vid social fobi är hög – särskilt vad gäller depression, agorafobi, alkoholproblem och suicidala beteenden. Dessutom noterar de att social fobi ofta verkar debutera innan utbrottet av depression – ett mönster som enligt Merikangas et al. (1998) studie går igen även beträffande alkoholism. Weiller et al. (1996) menar på att social ångest tycks öka risken för annan problematik – och att det i kombination med att tillståndets kroniska karaktär och funktionsnedsättande effekter sammantaget gör det väldigt viktigt att fånga upp och hjälpa personer som har social fobi redan tidigt i sjukdomsförloppet.

Behandling vid social ångest

Personer med social fobi tenderar att inte söka vård för sina besvär (Canton et al., 2012; Lampe, 2009), och trots att social ångest är så vanligt har problematiken en historia av att inte alltid behandlas eller ens detekteras bland de som faktiskt uppsöker vården för att få hjälp (Katzelnick et al., 2001; Schneier et al., 1992; Stein and Kean, 2000; Weiller et al., 1996). Utifrån den inverkan som problematiken ofta har på de drabbades liv får detta ses som mycket beklagligt – särskilt i ljuset av att det under de senaste årtiondena har utvecklats ett flertal verksamma behandlingar mot social fobi. Dessa är av både medicinskt och terapeutiskt slag, eller utgörs av kombinationer av de båda (Acarturk et al., 2009; Canton et al., 2012; Fedoroff and Taylor, 2001; Javier Méndez Carrillo et al., 2001; Powers et al., 2008; Sverige, Socialstyrelsen, 2017).

Diagnosspecifik kognitiv beteendeterapi mot social fobi

Socialstyrelsen (Sverige, 2017) rekommenderar i sina riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom att social fobi bör behandlas med psykologisk behandling med KBT, då denna intervention har stor effekt beträffande remission. De uppger också att internetföremdad KBT med behandlarstöd med fördel kan erbjudas till motiverade patienter. Även American Psychiatric Association (APA) rekommenderar behandling med KBT vid social fobi, vilken bedöms ha starkt stöd (APA, n.d. a; APA, n.d. b). Dessa rekommendationer baseras på forskning på diagnosspecifika KBT-behandlingar för social fobi, vilka befunnits ha goda behandlingseffekter (Acarturk et al., 2009; Deacon & Abramowitz, 2004; Heimberg, 2002). De basala premisserna för sådana KBT-behandlingar beskrivs i termer av att tankar, känslor och beteenden hänger samman och samverkar – med effekten att förändring av en av dessa saker har potential att påverka även de övriga. Kognitiv terapi mot social fobi åsyftar att ändra de vid social fobi så vanliga katastroftänkarna, och hjälpa patienten omvärdera den vanligtvis gravt överskattade risken för att bli socialt utdömd av sin omgivning. Exponeringsterapier ger patienten en möjlighet att undersöka, och i en kontrollerad form utforska, vad som händer när hen väljer att utsätta sig för och stanna kvar i de sociala situationer som hen annars skulle ha undvikit (APA, n.d. a).

Rapée et al. (2007) jämförde en standardiserad KBT-behandling mot social fobi som antingen levererades i form av gruppterapi ansikte mot ansikte, som renodlad självhjälpsterapi över internet eller som en kombination av självhjälp och gruppträffar. Samtliga betingelser baserades på samma behandlingsmaterial. Vid eftermätningen fanns det ingen signifikant skillnad vad gällde antalet personer som uppnådde diagnosfrihet mellan grupperna som erhållit gruppträffar och den grupp som bara fått renodlad självhjälpsterapi. Däremot var effektstyrkorna på utfallsmåttet Social Interaction Anxiety Scale relativt varierande. Som referens kan nämnas att effektstyrkan var liten ($d=0,38$ vid eftermätning och $d=0,30$ vid tremånaders uppföljning) för renodlad självhjälpsbehandling – men däremot stark både vid förmätning ($d=0,95$) och eftermätning ($d=1,07$) för gruppen som fått självhjälpsbehandling i kombination med gruppträffar.

Även Titov et al. (2008b) har undersökt behandling med internetdistribuerad, diagnosspecifik KBT mot social fobi, och jämfört denna med väntelista. Resultatet påvisade starka inomgruppseffekter ($d=1,15$) mellan för- och eftermätning på det primära utfallsmåttet för social fobi. I en efterföljande studie jämförde Titov et al. (2008a) samma behandling dels med väntelista, och dels med ytterligare en behandlingsbetingelse bestående av motsvarande behandling men *utan* att terapeuten mailade deltagaren eller skrev några riktade meddelanden till denna i deltagarnas behandlingsforum. För gruppen som fick den ordinarie behandlingen rapporterades stark effektstyrka mellan för och eftermätning ($d=1,47$), medan den för gruppen utan terapeutstöd var liten ($d=0,28$).

Behandlingen ”Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi”

En av de diagnosspecifika behandlingar mot social fobi som beforskats i Sverige, och som utgör den här studiens ena behandlingsbetingelse, är den som återges i boken *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi* (Furmark et al., 2013). Det huvudsakliga innehållet i självhjälpmanualen har använts i flera studier som bedrivits både inom det

så kallade SOFIE-projektet (SOcial Fobibehandling via Internet i kombination med Exponering) vid Uppsala universitet, samt på Internetpsykiatrienheten vid Psykiatri Sydväst i Stockholm.

I en av dessa studier har merparten av behandlingsmaterialet använts i kombination med att studiedeltagarna också var tvungna att besvara frågor om behandlingssinnehållet och deras upplevelser av hemuppgifterna, samt skriva ett diskussionsinlägg i ett gruppforum för att få tillgång till nästa modul. I denna studie uppvisades goda behandlingsresultat på det primära utfallsmåttet med stark effektstyrka vid såväl eftermätning som 6-månaders uppföljning ($d = 0,88$ respektive $1,44$) (Carlbring et al., 2006). Ett dylikt behandlingsupplägg fast med tillägg av att terapeuten också mailade ut respons på hemuppgifter samt ringde upp deltagaren en gång per vecka för ett kortare samtal har också undersökts. Vid eftermätning rapporterades starka inomgruppseffekter ($d=0,95$), vilka vid ettårsuppföljningen visade sig vara stabila över tid även om de inte ökade nämnvärt (Carlbring et al., 2007).

I ännu en studie baserad på samma självhjälpsmaterial jämförde Furmark et al., (2009) behandlingen i form av renodlad biblioterapi, en kontrollgrupp i form av väntelista samt en webbaserad behandling där innehållet i självhjälpsprogrammet också kombinerades med veckovis återkoppling av en terapeut samt att deltagarnas anmodade skriva inlägg i ett diskussionsforum. Resultatet påvisade att en statistiskt signifikant förändring mellan förmätning och eftermätning hade skett, såväl för den renodlade biblioterapigruppen ($d=0,78$) som för den kombinerade internetbehandlingen ($d=0,93$). Vid ettårsuppföljningen var motsvarande siffror $d=0,92$ för biblioterapigruppen, och $d=1,44$ för den kombinerade internetbehandlingen. Inga signifikanta skillnader mellan dessa båda grupper resultat förelåg vid eftermätning – däremot hade den kombinerade internetbehandlingen statistiskt signifikant bättre resultat vid ettårsuppföljningen. Det konstaterades också att dessa båda behandlingsbetingelser inte skiljde sig nämnvärt från varandra vad gällde resultatet på de sekundära utfallsmåtten som mätte ångest (Beck Anxiety Inventory (BAI)) och depression (självskattningsversionen av *Montgomery och Åsberg Depression Rating Scale* – MADRS-S), men däremot hade signifikant bättre resultat än kontrollgruppen på båda dessa utfallsmått.

Behandlingsmanualen *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi* har alltså utvärderats i ett flertal olika studier med varierande distributionssätt och grad av terapeutstöd. Sammantaget påvisade samtliga studier signifikanta, kliniska förbättringar beträffande grad av social ångest med effektstorlekar likvärdiga med annan diagnosspecifik KBT-behandling mot social fobi (Carlbring et al., 2006; Carlbring et al., 2007; Carlbring et al., 2009; Furmark et al., 2009). Behandlingseffekterna har dessutom visat sig vara robusta över tid. Vid en femårig uppföljning av en behandlingsstudie baserad på detta självhjälpsmaterial, uppvisades mycket starka effektstyrkor mellan förmätning och uppföljning ($d=1,30-1,40$) (Hedman et al., 2011). Även i denna studie övervakades självhjälpsbehandlingen dock i någon mån av en terapeut som också gav återkoppling på klientens hemuppgifter.

Transdiagnostisk kognitiv beteendeterapi

Utifrån den tidigare nämnda höga komorbiditeten vid social fobi, finns det goda skäl att vid behandling även överväga så kallade *transdiagnostiska behandlingar* inom falangen

kognitiva beteendeterapier. Dessa kan definieras i termer av “[treatments] that apply the same underlying treatment principles across mental disorders, without tailoring the protocol to specific disorders” (McEvoy et al., 2009, sid 3-4). Förespråkare för den här typen av behandlingar (i den engelska forskningslitteraturen ofta refererade till i termer av *Unified treatments*, *mixed-diagnosis CBT* eller *broad-spectrum CBT*) betonar just den *kliniska* nyttan av dem. Watkins (2015) påtalar att personer som söker hjälp för psykisk ohälsa mycket ofta visar sig uppfylla kriterierna för mer än bara en diagnos, och att symtombilden från en diagnos dessutom ofta överlappar med symtombilden från en annan. Trots det konstaterar Farchione & Bullis (2014) att en stor del av dagens tillgängliga behandlingsforskning utgörs av studier utförda på personer som bara har *en* tydligt avgränsad problematik, vilket i ljuset av hur vanligt komorbiditet är blir rätt problematiskt.

I daglig klinisk verksamhet är bristande resurser av olika slag också ett faktum som terapeuter – och sedermera även patienter – påverkas av. Flera forskare påtalar förekomsten av ett upplevt “glapp” mellan teoretisk forskning och klinisk praktik, i det att de beforskade behandlingsmetoder som finns inte nödvändigtvis görs tillgängliga för patienter i klinisk verksamhet – och dessutom ofta utförs på ett undermåligt sätt när de väl genomförs (Farchione & Bullis, 2014; Shafran et al., 2009). En av de saker som potentiellt påverkar det senare är de mycket höga krav på expertis och terapeutisk skicklighet som ställs på terapeuten när patienten har just komorbida tillstånd. Att bedöma vilken av patientens diagnoser som bör stå i centrum för behandlingen och att sovra mellan olika potentiella behandlingsmål är tidsödande (Chambless, 2014; Farchione & Bullis, 2014). Många terapeuter vittnar dessutom om upplevelsen av att de komorbida tillstånden påverkar behandlingen för det primära tillståndet negativt, eller att terapeuten inte tycker sig lyckas fullt ut med behandlingen av *något* av tillstånden om hen försöker behandla patienten för flera diagnoser samtidigt (Chambless, 2014; Farchione & Bullis, 2014). Den upplevelsen bekräftas av såväl McManus et al. (2010) som Sakiris och Berle (2019), vilka påpekar att även om diagnosspecifika behandlingar påvisats vara verksamma för personer med enbart en diagnos, innebär det *inte* per automatik att de i samma utsträckning är det för behandling av vare sig primär eller sekundär problematik för den stora grupp av patienter som lider av samsjuklighet. Dessutom kan det konstateras att det som kliniker idag blir allt svårare att hinna läsa in sig på den allt större massan av diagnosspecifika behandlingsprotokoll som forskas fram. Den kliniska nyttan av att låta behandlare fokusera på diagnosgemensamma terapeutiska principer är därför potentiellt stor (Farchione & Bullis, 2014), med möjligt positiva följd effekter för såväl sjukvårdsbudgeten som den enskilda patienten.

Ett flertal olika slags transdiagnostiska behandlingar har över åren arbetats fram (Newby et al., 2016; Newby et al., 2015). Sauer-Zavala et al., (2017) delar in dessa i följande två kategorier. Den första kategorin är transdiagnostiska KBT-behandlingar som täcker in antingen enbart behandling av ångestsyndrom, eller behandling av både ångestsyndrom och depressionssyndrom. Dessa behandlingar utgår från kognitiva och beteendemässiga modeller, och inom dem används en grunduppsättning av tekniker och principer som alla åsyftar att uppmärksamma och bearbeta de gemensamma, bakomliggande processer som anmodas ligga bakom och upprätthålla olika typer av psykisk ohälsa, snarare än att behandla diagnosspecifika symtom på densamma. Den andra kategorin utgörs av interventioner som istället utgår ifrån det som brukar kallas den “nya vågen”, eller “den tredje vågen” av kognitiv beteendeterapi – där grunderna ofta består av att träna färdigheter i form av medveten närvaro och acceptans. Till skillnad från mer traditionell

KBT där patienten får hjälp med att förändra dysfunktionella beteenden, emotioner och känslor, eftersträvas det inom dessa behandlingar snarare att förändra patientens synsätt och förhållningssätt till de egna upplevelserna av tankar och emotioner.

En mängd studier har vid det här laget påvisat att transdiagnostiska behandlingar har goda behandlingseffekter på en rad olika ångesttillstånd (McEvoy et al., 2009; Newby et al., 2016; Newby et al., 2015; Päsärelu et al., 2017; Pearl & Norton, 2017; Reinholt & Krogh, 2014). Newby et al. (2015) fann i sin metaanalys av klinikerledda transdiagnostiska terapier (genomförda såväl ansikte-mot-ansikte som genom internet), stora effektstorlekar för ångest och depression mellan för- och eftermätning ($g = 0,85$ respektive $g=0,91$) och fann dessutom att dessa resultat var stabila över tid. De konstaterade också att transdiagnostiska terapier överlag var klart överlägsna sina kontrollbetingelser. I en senare metaanalys noterade Newby et al. (2016) att även transdiagnostisk behandling medierad genom internet hade nära stor effektstyrka för ångest ($g=0,78$) och stor effektstyrka för depression ($g=0,84$). Också Andersen et al. (2016) fann i sin metaanalys av transdiagnostiska behandlingar att internetadministrerad individualterapi med tCBT jämförd med väntelista hade en signifikant medelstark till stark mellangrupps effekt för såväl ångest som depression. I studien som helhet fanns däremot ingen indikation på skillnader i inomgrupps effekter mellan tCBT och andra aktiva behandlingsbetingelser, vilket alltså talar för att transdiagnostiska behandlingar kan anses likvärdiga med diagnosspecifika.

Behandlingen "Unified Protocol"

Den andra av den här studiens båda behandlingsbetingelser, och en av de mer välbeforskade transdiagnostiska behandlingarna, är **Unified Protocol (UP)**. UP riktar in sig på behandling av känslomässiga störningar – såväl ångest- som förstärningsstörningar (Barlow et al., 2013b). UP kan sägas fokusera på det som är gemensamt för alla dessa olika diagnoser snarare än det som särskiljer dem (Farchione & Bullis, 2014). Behandlingen bygger på grunderna i KBT, med tillägg utifrån ny forskning som gjorts på området känsloreglering, då det verkar som att vad alla dessa psykiatriska störningar har gemensamt är "överdrivet eller olämpligt känslomässigt reagerande följt av en upplevelse av att man inte har någon kontroll över sina känslor" (Barlow et al., 2013b, sid 11). Behandlingen utgår ifrån idén om att flertalet internaliserade sjukdomstillstånd drivs av bristande funktionalitet i denna underliggande, psykiska mekanism. I korthet innebär detta att psykisk ohälsa anmodas vara en effekt av individens oförmåga att på ett flexibelt sätt relatera till och reglera sitt känslopåslag i fråga om både dess intensitet och duration (Sakiris & Berle, 2019). Målet med behandlingen i UP är att "minska intensiteten i och förekomsten av maladaptiva känsloupplevelser och förbättra funktionsnivån" (Barlow et al., 2013b, sid 35).

UP tycks enligt flera studier ha gott stöd för behandling av en rad olika tillstånd. I sin nyligen utkomna metaanalys av UP-behandlingar noterade Sakiris & Berle (2019) stora effektstorlekar både vid eftermätning ($g=-1,05$ (-1,48, - 0,63)) samt vid sex månaders uppföljning ($g=-1,07$ (-1,35, -0,80)) på huvudutfallsmåttet för personer som behandlats med UP för social fobi. Enligt denna metaanalys rörde det sig alltså om en stark effekt som dessutom tycktes robust över tid, även om det bör noteras att behandlingseffekten för just social fobi däremot inte verkade tillta nämnvärt efter behandlingens avslut. Vad gällde symtomdomänen för alla ångestsyndrom i metaanalysen visade en jämförelse

mellan förmätning och eftermätning en stark effektstyrka på $g=-0,81$ (-1,29, -0,34). Vad gällde motsvarande domän för depressiva symtom så visade den en medelstark effekt på $g=-0,57$ (-0,92, -0,21). Utöver detta visade sig också graden av maladaptiv emotionsreglering ha minskat signifikant, med en effektstyrka på $g=-0,65$ (-0,98, -0,33).

I en stor RCT (n=223) jämförde (Barlow et al., 2017) behandling med UP med dsKBT för fyra olika ångestsyndrom (paniksyndrom, GAD, OCD och social ångest) i en urvalsgrupp med förekomst av samtida komorbiditet, och fann att behandlingsresultaten var statistiskt likvärdiga såväl vid eftermätning som vid sex månaders uppföljning – emedan UP konstaterades ha färre avhopp än diagnosspecifika behandlingar hade.

Kartlagda behov vad gäller transdiagnostisk behandling

Samtidigt som de kliniska och praktiska fördelarna med transdiagnostiska behandlingar är många och intensiv forskning på dessa behandlingar har bedrivits de senaste åren, finns fortsatt behov av ytterligare kartläggning av en rad olika variabler innan dessa behandlingar kan anses ha samma legitimitet som mer traditionella, diagnosspecifika KBT-behandlingar (Andersen et al., 2016; Reinholt & Krogh, 2014).

Bullis et al. (2014) belyser i sin metaanalys behovet av fler studier som utvärderar även de långvariga effekterna av terapeutiska behandlingar i allmänhet – och av transdiagnostiska behandlingar i synnerhet – eftersom uppföljningsmätningar som görs senare än sex månader efter eftermätningen är sällsynta i forskningslitteraturen – och då i synnerhet för nyutvecklade behandlingsmanualer som UP. De får medhåll av bland andra Andersen et al. (2016), som i deras metaanalys noterade att även de studier som hade uppföljningsmätningar, ofta inte hade något att jämföra dessa siffror med eftersom kontrollgrupperna i regel erbjöds samma behandling direkt efter studiens avslutande och därför inte längre fungerade som jämförelsegrund för den ursprungliga behandlingsgruppen. I ljuset av detta efterfrågar Andersen et al. fler studier som undersöker återfallssiffror för transdiagnostiska behandlingar med de från diagnosspecifika diton.

Andersen et al. (2016) poängterar vidare att även om det finns indikationer på transdiagnostiska behandlingars effektivitet, så bör området fortsatt ses som ofullständigt utforskat. De betonar ett flertal brister i många transdiagnostiska studier, där bland annat hög risk för rapporteringsbias, lojalitetseffekter i forskargruppen samt brist på blindning uppmärksammas. Utöver detta efterfrågas överlag fler högkvalitativa RCT-studier på området. Reinholt och Krogh (2014) kartlade i sin metaanalys av 12 undersökningar att det förelåg hög risk för överskattning av effekttestimaten i majoriteten av dessa studier, till följd av bias på åtminstone något av områdena allokering, blindning vid utfallsmätningen, selektiv utfallrapportering eller behandling av bortfall.

Såväl Andersen et al. (2016) som Reinholt och Krogh (2014) och Newby et al. (2015) har efterfrågat ytterligare studier som undersöker om behandlingseffekterna av transdiagnostiska behandlingar står sig relativt olika slags kontrollbetingelser – däribland diagnosspecifika behandlingar. Även om viss forskning nu har gjorts på området (se till exempel Barlow et al., 2017; Newby et al., 2016; Newby et al., 2015; Păsărelu et al., 2017) finns alltså fortsatt ett stort behov av att fastslå hur transdiagnostiska behandlingar hävdar sig relativt mer traditionella, diagnosspecifika diton.

Summering

Social fobi är ett handikappande ångestsyndrom som drabbar många och tenderar att bli kroniskt för de som inte får adekvat hjälp. Problematiken föregår ofta annan psykisk ohälsa och samsjukligheten är hög – ofta med än lägre livskvalitet och funktionsnivå som följd. Sammantaget gör detta att det både utifrån individens och ett rent samhällsekonomiskt perspektiv finns mycket att vinna på att detektera och behandla social fobi tidigt. Likväl står det klart att många som lider av denna åkomma inte erbjuds adekvat behandling.

Även om såväl diagnosspecifik behandling som transdiagnostisk behandling av social fobi de senaste årtiondena har beforskats i betydligt högre utsträckning än tidigare, finns det fortfarande mycket kvar att utreda. Inte minst vad gäller transdiagnostisk behandling efterfrågas fler högkvalitativa RCT-studier som undersöker långtidseffekter av transdiagnostiska behandlingar, samt studier där transdiagnostiska behandlingar jämförs med diagnosspecifika diton. Då införandet av evidensbaserade transdiagnostiska behandlingar skulle ha stor praktisk nytta inom klinisk verksamhet finns det starka incitament för att undersöka om deras behandlingseffekt kan anses vara i paritet med den från mer sedvanlig, diagnosspecifik behandling.

Syfte och frågeställningar

Syftet med förevarande studie var att utreda långtidseffekterna av en internetdistribuerad diagnosspecifik KBT-behandling respektive en internetdistribuerad transdiagnostisk KBT-behandling ett år efter avslutad behandling – för att undersöka om dessa båda behandlingar kan betraktas som likvärdiga. Följande frågor har varit studiens primära fokus:

- Finns det vid uppföljning ett år efter behandlingen någon statistiskt signifikant skillnad i symtomreduktion eller fördelning av antalet kliniskt signifikant förbättrade mellan diagnosspecifik KBT och transdiagnostisk KBT vad gäller social ångest (primärt utfall)?
- Finns det vid uppföljning ett år efter behandlingen någon statistiskt signifikant skillnad i symtomreduktion mellan diagnosspecifik KBT och transdiagnostisk KBT vad gäller svårigheter med emotionsreglering, generella ångestsyndrom eller depressiva syndrom (sekundära utfall)?

Metod

Denna studie skrivs på uppföljningsdata från en behandlingsstudie mot social fobi som påbörjades i oktober 2017 och avslutades i april 2019. Studien genomfördes av Enoh (2018) och hade en randomiserad, kontrollerad design där deltagarna (i dåvarande studie n=147, i min databearbetning dock n=145) randomiserades till 9 veckor lång behandling med antingen det transdiagnostiska behandlingsprogrammet *Unified protocol* (Barlow et al., 2013a) eller det diagnosspecifika behandlingsprogrammet *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi* (Furmark et al., 2013).

Rekrytering och deltagare

Deltagarna till denna studie rekryterades från en grupp deltagare i en tidigare behandlingsstudie av social fobi (n=200), som utfördes under ledning av Per Carlbring vid psykologiska institutionen på Stockholms universitet. Studien var av kollaborativt slag och engagerade såväl Stockholms universitet som Linköpings universitet och Uppsala universitet. Deltagarna till den studien rekryterades genom annonsering i dagstidningar och på internet – genom portaler som till exempel Facebook, Dagens nyheter och Sveriges radio P3, där intresserade sedan ombads anmäla sitt intresse på studiens hemsida.

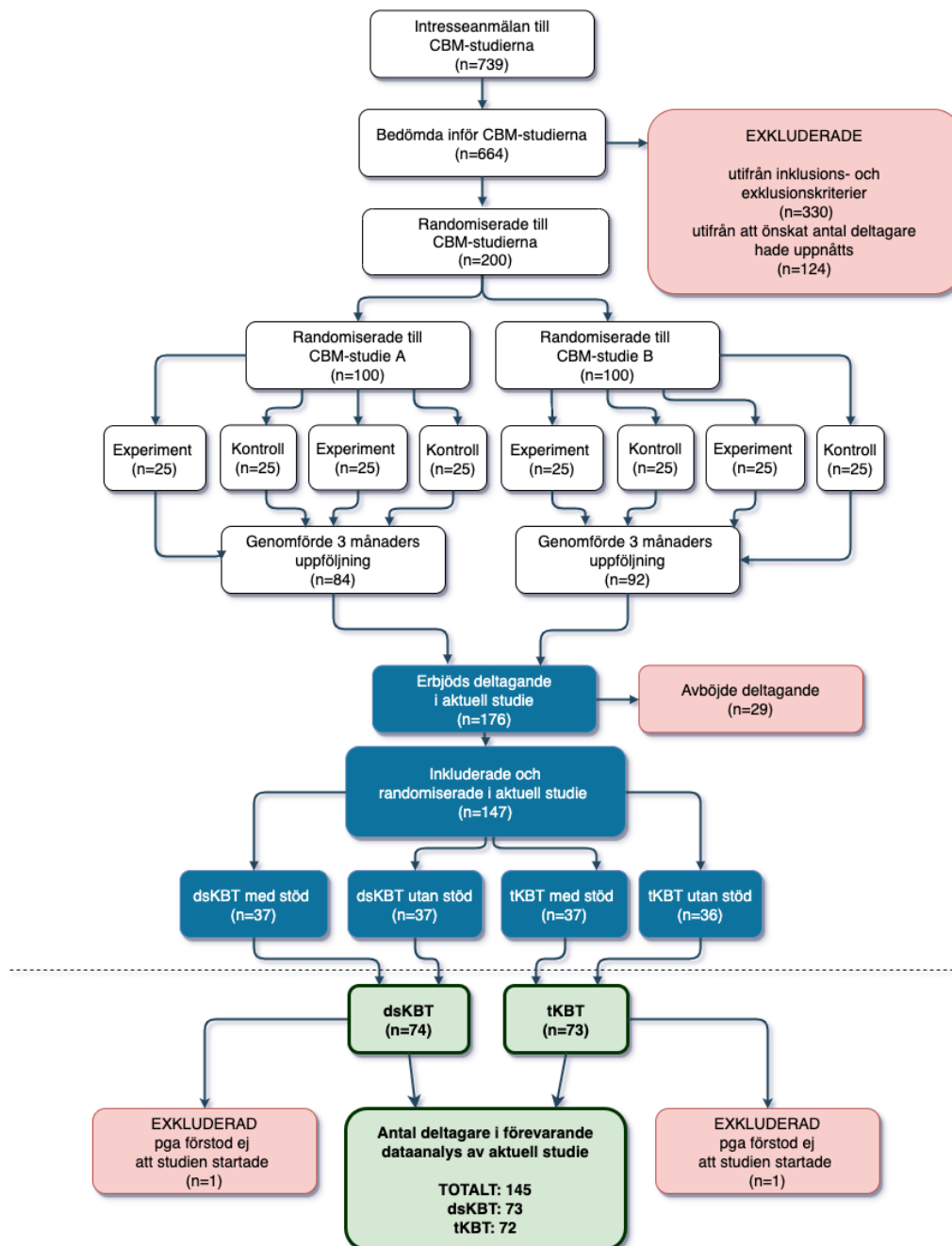
Denna initiala ursprungsstudie bestod av två delstudier, och baserades på behandlingskonceptet *Cognitive Bias Modification* (CBM). Behandlingen syftade till att förändra den bias som personer med social fobi ofta lider av – nämligen att uttolka sociala stimuli negativt. Behandlingen bestod i båda delstudier endast av ett enda behandlingstillfälle. Ingen statistiskt signifikant skillnad i denna uppmärksamhetsbias kunde dock påvisas efter behandlingen i någon av dessa delstudier, men deltagarna hade anmärkningsvärt nog likväl minskad social ångest vid eftermätningen en vecka efter CBM-interventionerna (Ma et al., 2019; Ek & Åbyhammar, 2017). De deltagare som deltog i uppföljningsmätningen tre månader efter CMB-interventionerna erbjöds att vara med i förevarande studie.

Tabell 1. Fördelning av studiedeltagarna mellan behandlingsbetingelserna

Enoh, 2018	dsKBT	tKBT	Totalt
Med terapeutstöd	37	37	74
Utan terapeutstöd	37	36	73
Totalt	74	73	147
Färnstrand, 2019	dsKBT	tKBT	Totalt
Totalt	73	72	145

Av de 176 tillfrågade avböjde 29, och antalet deltagare som kvarstod blev således 147 till antalet. Dessa 147 deltagare randomiserades sedan till denna behandlingsstudie, som initialt hade en faktoriell design med två faktorer: *med/utan terapeutstöd* samt *diagnosspecifik KBT/transdiagnostisk KBT*. Eftermätningarna till förevarande studie har redan utvärderats av Enoh (2018), varvid undertecknad därför uteslutande kommer fokusera på data från denna studies ettårsuppföljning. Notera att det i denna resultatbearbetning inte längre har gjorts någon åtskillnad mellan grupperna *med* respektive *utan* terapeutstöd. Detta eftersom terapeutstödet inte visade sig ha någon modererande effekt på resultatet vid eftermätningen (Enoh, 2018). Då omfattningen av terapeutstödet som faktiskt gavs dessutom var litet, samtidigt som ett flertal deltagare inte utnyttjade det alls, och andra inte ens verkade ha förstått att de erbjudits det, ansågs det av undertecknad mer meningsfullt att frånga denna initiala indelning till förmån för ökad

power i de jämförelser som skulle göras mellan grupperna i min egen dataanalys. Dessa grupper är *diagnosspecifik KBT* och *transdiagnostisk KBT*. Utöver detta ska det också noteras att två deltagare helt har exkluderats ur studien efter randomiseringen, då det under databearbetningen visade sig att dessa aldrig hade uppfattat att behandlingen ens började. I undertecknads data ingår alltså 145 deltagare uppdelade i enlighet med Tabell 1 på föregående sida. I Figur 1 nedan ses ett överskådligt flödesschema av inkludering, exkludering och randomisering av deltagare i såväl CBM-studien som i förevarande studie.



Figur 1. Flödesschema över rekryteringsprocess och randomisering

Inklusions- och exklusionskriterier

Vid rekryteringen till den inledande CBM-studien screenades samtliga sökande initialt med självskattningsformulär på internet. Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report (LSAS-SR; Baker et al., 2002) användes för att mäta deltagarnas grad av social ångest. Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) användes för att estimerade deltagarnas grad av depressiva symptom, och Generalised Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006) för att bedöma deras grad av generaliserad ångest.

Studiedeltagare som skattade 30 poäng eller högre på LSAS-SR, under 14 poäng på PHQ-9 och inte högre än 0 poäng på suicidfrågan i PHQ-9 befanns vara aktuella som testdeltagare för CBM-studien. Detta dock förutsatt att de också uppfyllde studiens övriga inklusionskriterier samt inte uppfyllde studiens övriga exklusionskriterier. Övriga inklusionskriterier bestod av att deltagarna 1) hade fyllt 18 år, 2) talade svenska och bodde i Sverige, (3) hade internet, (4) var beredda att resa till Stockholms universitet vid ett tillfälle för att få behandling samt (5) var beredda att besvara ett par internetbaserade formulär vid två tillfällen – en vecka efter och tre månader efter CBM-behandlingen. Övriga exklusionskriterier bestod i (1) närvaro av annan allvarlig psykiatrisk problematik, såsom till exempel pågående svår depression, missbruk, psykos eller liknande, (2) allvarliga nedsättningar i syn- eller balansorgan, (3) pågående eller planerad psykologisk behandling samt (4) nyligen påbörjad eller förändrad medicinering för psykiatriska besvär (med undantag för läkemedel som endast tas vid behov).

Allokering och blindning

Studiedeltagarna randomiserades till respektive behandlingsbetingelse av en oberoende person med hjälp av webbverktyget Random (n.d.). Deltagarna fick oavsett behandlingsbetingelse inte någon *uttrycklig* information om vilken specifik KBT-behandling det var de erhöll. Däremot bör det noteras att innehållet i båda behandlingarna fanns tillgängliga i handeln i form av självhjälpsböcker under det att studien pågick. Utöver detta ger en snabb internetsökning på frasen *social fobi per carlbring* (dvs syndromet respektive studieledarens namn) flertalet sökträffar på den diagnosspecifika behandlingsmanualen, där materialet vid en direkt komparering skulle vara lätt att känna igen. Eftersom deltagarna själva får anses vara prövare i denna studie (då utvärdering uteslutande skedde genom självskattningar) får såväl envägs- som tvåvägsblindning alltså anses undermålig – åtminstone vad gäller grupperna som erbjöds terapeutstöd – eftersom behandlaren av naturliga skäl inte kunde vara blindad för vilken behandling som skulle levereras.

Tabell 2. Sociodemografisk bakgrund och annan bakgrundsinformation gällande deltagarna

	dsKBT (n = 73)	tKBT (n = 72)	Totalt i båda grupper (n = 145)
Kön, n (%)			
Antal kvinnor	45 (52,9)	40 (47,1)	85 (58,6)
Antal män	28 (46,7)	32 (53,3)	60 (41,4)
Ålder			
Medelvärde (SD)	40,3	41,4	40,85
Min – Max	18 – 69	19 – 69	18 – 69
Civilstånd, n (%)			
Singel	28 (54,9)	23 (45,1)	51 (35,2)
Gift/Partner	45 (47,9)	49 (52,1)	94 (64,8)
Högsta avklarade utbildning, n (%)			
Grundskola	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (3,4)
Gymnasium	24 (50,0)	24 (50,0)	48 (33,1)
Högskola	45 (51,1)	43 (48,9)	88 (60,7)
Forskarutbildning	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (2,8)
Huvudsaklig sysselsättning, n (%)			
Studier	16 (66,7)	8 (33,3)	24 (16,6)
Arbete	46 (44,2)	58 (55,8)	104 (71,7)
Arbetslös/Arbetsökande	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (3,4)
Hel/Deltidspensionär	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (2,8)
Föräldraledig	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,4)
Sjukskriven	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (1,4)
Övrigt	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (2,8)
Psykologisk behandling någonsin, n (%)			
Nej	30 (44,8)	37 (55,2)	67 (46,2)
Ja	43 (55,1)	35 (44,9)	78 (53,8)
Psykofarmaka någonsin, n (%)			
Nej	40 (48,2)	43 (51,8)	83 (57,2)
Ja	33 (53,2)	29 (46,8)	62 (42,8)
Förmätning CBM-studien, M (SD)			
Grad av social ångest, LSAS-SR	67,85 (21,07)	66,14 (24,79)	67 (22,93)
Grad av emotionella svårigheter, DERS-16	39,08 (14,46)	35,69 (14,54)	37,40 (14,55)
Grad av generell ångest, GAD-7	5,48 (4,26)	4,71 (4,10)	5,10 (4,18)
Grad av depression, PHQ-9	5,92 (4,38)	4,63 (2,89)	5,28 (3,76)
Eftermätning CBM-studien, M (SD)			
Grad av social ångest, LSAS-SR	59,40 (23,98)	53,65 (26,96)	56,59 (25,55)
Grad av emotionella svårigheter, DERS-16	36,04 (14,21)	32,25 (14,21)	34,20 (14,28)
Grad av generell ångest, GAD-7	4,72 (4,22)	3,75 (3,24)	4,25 (3,74)
Grad av depression, PHQ-9	5,71 (4,75)	4,14 (2,73)	4,95 (3,97)

Demografiska data

Demografisk data över studiens deltagare återfinns i Tabell 2. I linje med stycke 15 i CONSORT statement genomfördes inte någon signifikanstestning beträffande eventuella skillnader mellan dessa grupper då randomisering skett (de Boer et al., 2015; Consort, 2010).

Material

Nedan presenteras de olika material och analysinstrument som använts under såväl själva behandlingsstudien som under min dataanalys av densamma. Randomiseringen utfördes av en oberoende person med hjälp av webbverktyget Random (n.d.).

Utfallsmått

I förevarande studie användes fyra utfallsmått. Samtliga är välkända och har god reliabilitet och validitet. En sammanställning av stödet för dem presenteras nedan.

Liebowitz Social Anxiety Scale, self-report (LSAS-SR). LSAS är ett mätinstrument som uppskattar symtomgraden vid social fobi (Liebowitz, 1987). Originalversion var utvecklad för att administreras av en kliniker, men numera finns det även som självskattningsformulär. Enkäten består av 24 items som deltagaren får skatta både beträffande *grad av rädsla eller ångest* och beträffande *grad av undvikande*. Detta görs på en likertskala med ankarpunkterna *0 = Ingen* och *3 = Stark*, respektive *0 = Aldrig (0%)* och *3 = Vanligtvis (67–100% av tiden)*. Maxpoängen på testet uppgår till 144 poäng, där en totalpoäng på över 30 anmodas indikera trolig social fobi, och en totalpoäng på över 60 anmodas indikera trolig generaliserad social fobi (Fbanken, 2020). I sin psykometriska studie 2002 sammanställde Baker et al., (2002) det då något motstridiga forskningsläget beträffande självskattningsversionen, men påvisade sedan i sin egen undersökning att LSAS-SR i sin helhet uppvisade goda test-retest-egenskaper vid 12 veckors uppföljning ($r=0.83$, $p<0.01$) och god intern konsistens (Cronbach's $\alpha = 0,95$). Instrumentet tycktes även uppvisa god sensitivitet för förändring ($r=0.60$, $p<0.01$). Beträffande konvergerande validitet korrelerade självtestversionen högt både med den klinikeradministrerade versionen av LSAS (mellan 0,78-0,85, alla $ps<0.01$) och med SPAI (Social Phobia Anxiety Inventory). Beträffande diskriminativ validitet upptäcktes som väntat dock även korrelationer med mått på depression (BAI), vilket åtminstone till viss del anmodas bero på den höga samsjukligheten mellan social fobi och depressiva symptom. En något mer oväntad, medelstark korrelation upptäcktes också med subskalan på SPAI som mäter agorafobiska tendenser. Sammantaget bedömde forskarlaget dock att självskattningsversionen uppfyllde kraven för att anses kliniskt användbar.

Difficulties in Emotion Regulation Scale – Brief Version (DERS-16).

Ursprungsversionen av självskattningsinstrumentet DERS (Gratz & Roemer, 2004; Gratz & Roemer, 2008) har 36 items och utarbetades som ett sätt att kartlägga kliniskt relevanta svårigheter beträffande förmågan till emotionsreglering. Instrumentet är ett av de mest använda i sitt slag och bedöms ha hög intern konsistens ($\alpha = .93$), god test-retest-reliabilitet ($pI = .88$, $p < .01$) och adekvat konstruktvaliditet och predektiv validitet (Gratz & Roemer, 2004). Då ursprungsversionen är rätt lång och tidskrävande, har olika kortversioner av skattningen utvecklats, däribland DERS-16. I en nypublicerad sammanställning av de olika kortversionerna noterade Skutch et al. (2019) att reliabiliteten och validiteten i DERS-16 bedöms vara likvärdig med de båda andra kortversionerna DERS-18 och DERS-SF. DERS-16 har 16 items där deltagaren får svara på varje fråga på en femgradig Likertskala mellan ankarpunkterna *1- Nästan aldrig 0-10%* och *5 Nästan alltid 91-100%*. Totalpoängen är 80 poäng. Kortversionen DERS-16 uppvisar samma utmärkta interna konsistens, goda test-retest-reliabilitet och goda

konvergerande och diskriminativa validitet som ursprungsversionen DERS (Bjureberg et al., 2016).

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). OASIS är ett fem items långt självskattningsinstrument som utvecklats för att respondenten på ett enkelt sätt ska kunna skatta frekvens och intensitet av ångest samt dess följd effekter i form av både undvikandebeteenden och övrig påverkan på funktionsnivån. Instrumentet kan användas oavsett vilken typ av ångeststörning respondenten har, och av den som har komorbida ångesttillstånd såväl som av den som bara har subkliniska ångestbesvär. Respondenten får för varje item välja sitt svar från en femgradig Likert-skala med ankarpunkterna 0 (*inte alls/aldrig*) respektive 4 (*extremt/alltid*). Maxpoäng är således 20 poäng. Instrumentet uppvisar stark test-retest reliabilitet efter en månad ($k=0.82$), och bedöms ha god konvergent validitet då dess utfall korrelerar högt med resultat på instrument som mäter såväl diagnosspecifik som mer generell ångest (Norman et al., 2006). En föga överraskande svaghet hos instrumentet är att resultaten dock också samvarierar med depression, likt många andra mätinstrument för ångest gör. Den diskriminativa validiteten bedöms trots detta vara stark. 8 poäng bedöms vara den optimala brytpunkten för att korrekt kunna diagnosticera förekomsten eller frånvaron av en ångeststörning hos 87% av respondenterna. Vid denna gräns identifierar enkäten 89% av de som har en ångeststörning (sensitivitet) och utesluter 71% av de som inte har det (specificitet). Vilken av ångestdiagnoserna som respondenten finner mest betungande tycks inte ha någon inverkan på resultatet, men däremot korrelerar antalet ångestdiagnoser positivt med slutpoängen (Campbell-Sills et al., 2009). I senare studier har också mätinstrumentets höga sensitivitet för förändring kunnat påvisas (Norman et al., 2013; Osma et al., 2019). OASIS bedöms också ha god reliabilitet beträffande intern konsistens (Osma et al., 2019).

Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS). ODSIS är ett fem items långt självskattningsformulär som mäter svårighetsgraden av depressiva symptom och den inverkan på funktionsnivå som dessa får. Instrumentet är uppbyggt på ungefär samma sätt som OASIS, där svarsalternativen på testets fem items anges på en femgradig likert-skala med ankarpunkterna 0 (*inte alls/aldrig*) till 4 (*extremt/alltid*). Maxpoängen är 20, och den optimala brytpunkten beräknas ligga på 8 poäng. Vid denna gräns identifierar mätinstrumentet korrekt 74% av de som har affektiva syndrom, och utesluter 82% av de som inte har det. Instrumentet är utvecklat för att kunna användas även i heterogena grupper för personer med olika slags affektiva syndrom, och även för personer med subkliniska besvär. Mätinstrumentet bedöms ha god konvergent validitet jämfört med ett flertal väletablerade mått för bedömning av depressionsgrad. ODSIS korrelerar till viss grad med skattningar av ångest, stress och neuroticism, extraversion samt fysisk och psykisk hälsa – men då dessa korrelationer är lägre än instrumentets korrelation med andra depressionsskattningar anses det likväl ha god diskriminativ validitet (Bentley et al., 2014). ODSIS bedöms också ha utmärkt intern konsistens (Bentley et al., 2014; Ito et al., 2015; Osma et al., 2019) och vara relativt känsligt för förändring (Osma et al., 2019), samt uppvisar god test-retest-korrelation (Ito et al., 2015).

Plattform

Distributionen av behandlingsmaterialet och terapeutstödet samt insamlandet av deltagarnas skattningar i denna behandlingsstudie skedde genom *Iterapi*. Det är en digital plattform ursprungligen skapad av Department of Behavioural Sciences and Learning på Linköping Universitet, i syfte att erbjuda en trygg plattform för internetförmedlad psykoterapi. Detta säkerställs genom rigorösa rutiner för säkerhetskopiering och lagring av såväl hård- som mjukvara. All information såväl i databasen som i kommunikationen mellan serverna och deltagarna krypteras, och deltagarna loggar in på plattformen medelst tvåfaktorsautentisering i form av genererade användarnamn och lösenord följt av en engångskod skickad per sms (Vlaescu et al., 2016). Insamlad data i förevarande studie har bara varit tillgänglig för personer som jobbat inom forskningsprojektet, och känsliga personuppgifter har hanterats i enlighet med Personuppgiftslagen (PuL) och The General Data Protection Regulation (GDPR).

Etik

Studien är godkänd av etikprövningsnämnden (DNR: 2016/1990-31/5). Inför CBM-studien samlades ett fysiskt samtycke på papper in. I samband med tremånadersuppföljningen för CBM-studien tillfrågades deltagarna om de ville delta i förevarande studie, och samtycke för att vara med i den samlades då in på distans – det vill säga elektroniskt via studiens behandlingsplattform på *Iterapi*. I samtycket framgick att deltagarna hade rätt att avbryta behandlingen när som helst utan att behöva uppge skäl.

Procedur

CBM-studiens tremånadersuppföljning utgjorde den förevarande studiens förmätning, och deltagarna fick i denna besvara enkäterna nedan:

- Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report – **LSAS-SR** (Liebowitz, 1987)
- Generalised Anxiety Disorder 7-item scale – **GAD-7** (Spitzer et al., 2006)
- Patient Health Questionnaire – **PHQ-9** (Kroenke et al., 2001)
- Difficulties in Emotion Regulation Scale – Brief Version – **DERS-16** (Bjureberg et al., 2016)
- Overall Anxiety Severity and Impairment Scale – **OASIS** (Norman et al., 2006)
- Overall Depression Severity and Impairment Scale – **ODSIS** (Bentley et al., 2014)

För att få tillgång till nästkommande modul, behövde deltagarna sedan besvara skattningarna OASIS, ODSIS och även Mini-Social Phobia Inventory Revised (Mini-SPIN-R; Aderka et al., 2013), vilka skickades ut på veckobasis. Samtliga av instrumenten i punktlistan ovan samt Mini-SPIN-R skickades sedan ut på nytt en vecka efter behandlingens avslutande, samt i en uppföljningsmätning ett år efter det att behandlingen slutförts. Av dessa mått är det dock bara förmätning, eftermätning och ettårsuppföljning på utfallsmåtten LSAS-SR, DERS-16, OASIS och ODSIS som avhandlas i min studie. (För en resultatsammanställning av eftermätningen på utfallsmåtten Mini-Spin, OASIS och ODSIS i samma behandlingsstudie, se Enoh (2018)). Detta har skett till följd av

behovet av avgränsning i mitt arbete. Vilka utfallsmått som skulle behandlas och rapporteras valdes dock i samråd med min handledare innan analysen av själva resultaten initierades.

Förevarande studies förmätningar initierades löpande någon gång under perioden 23 okt 2017 - 23 januari 2018 och eftermätningarna löpte mellan 22 januari 2018 och 7 maj 2018. Årsuppföljningen initierades den 1 februari 2019 och avslutades den 1 april 2019. Deltagarens förmätning (tillika hans tremånaders uppföljningsmätning från den tidigare CBM-studien) hade ett svarsspann två månader från det att den tillgängliggjorts för honom på plattformen. Efter att deltagaren väl genomfört förmätningen randomiserades han sedan till en av studiens fyra behandlingsbetingelser (som i förevarande uppsats dock betraktas som två under den statistiska analysen – se stycket *Rekrytering och deltagare* ovan). Behandlingen inleddes sedan med att ett meddelande skickades ut till deltagaren på plattformen, vilket då också genererade ett mail till deltagarens mailadress där han ombads att gå in på plattformen för att läsa meddelandet. Detta initiala meddelande hälsade deltagaren välkommen, innehöll praktisk information om behandlingsförfarandet vad gällde de veckovisa skattningarna och modulerna, samt en genomgång av behandlingsupplägget och en uppmuntran till engagemang. De deltagare som erbjuds terapeutstöd fick i sitt välkomstmeldande också information om att de kunde kontakta behandlaren vid behov under behandlingens gång, samt information om hur detta kunde göras. Svar från terapeuten gavs inom 24 timmar.

Efter detta initierades den första veckomätningen på plattformen manuellt av behandlaren (vilken var en sistaårsstudent på Stockholms Universitets psykologprogram – inriktning KBT). Denna första veckomätning hade ett svarsspann på en vecka från utskicksdatumet. När deltagaren fullföljt en veckomätning, fick han sedan tillgång till den första behandlingsmodulen på plattformen. Efter detta hade deltagarna möjlighet att få tillgång till max en modul per vecka – innehållande psykoedukativa texter, övningar och hemuppgifter som tillgängliggjordes i form av en sammanhängande PDF-fil. Deltagarna var alltså alltid tvungna att svara på den aktuella veckomätningen innan de fick tillgång till nästkommande modul, och svarsspannet för dessa veckomätningar var samtliga begränsade till en vecka. Missade deltagaren till exempel att genomföra veckomätningen som låg tillgänglig under behandlingsvecka två, kunde han genomföra skattningar under behandlingsvecka 3 istället – men kom då att hamna ett kapitel back i behandlingen vilket alltså inte kunde tas igen under behandlingstiden. Varje vecka skickades också automatiska påminnelser ut per mail för att påminna om dessa skattningar (maximalt tre per vecka). Eftermätningen initierades dagen efter sista svarsdatum för veckomätning nummer 9. I ett avslutande meddelande på plattformen fick samtliga deltagarna information om hur de skulle göra för att få åtkomst till eventuella resterande behandlingsmoduler om de inte hunnit fullfölja dem alla under de 9 behandlingsveckorna.

Behandlingsbetingelser

Behandlingsbetingelserna varade under 9 veckor och en sammanfattning av de olika avsnitten i respektive behandling återfinns i Tabell 3. Därefter följer en kort redogörelse för de basala koncept och delar som respektive behandlingsbetingelse i den här studien vilar på.

Tabell 3. Behandlingsöversikt

Vecka / Modul	Diagnosspecifik KBT (dsKBT)	Transdiagnostisk KBT (tKBT)
v.1	Om social fobi (kapitel 1) Behandlingsöversikt, psykoedukation om social ångest	Vad är känslomässiga störningar/Är den här behandlingen rätt för dig/Lär dig registrera dina upplevelser/Behåll motivationen och sätt upp mål för behandlingen (kapitel 1-4) Behandlingsintroduktion, psykoedukation om känslomässiga syndrom (bl a social fobi), motivations- och målformuleringsarbete
v. 2	Tankarnas betydelse (kapitel 2) Psykoedukation. Introduktion av negativa automatiska tankar, livsregler och grundantaganden, förklaringsmodell för social ångest	Förstå dina känslor / Känn igen och kartlägg dina känsloreaktioner (kapitel 5-6) Psykoedukation om känslor: deras olika komponenter, deras syfte, vad som utlöser dem samt inlärd beteenden i relation till dem, kartläggning av vilka reaktioner de utlöser
v. 3	Tankefällor och ifrågasättande av tankar (kapitel 3) Information om tankefällor, strategier för att ifrågasätta negativa automatiska tankar, utformning av behandlingsmål	Lär dig observera dina känslor och reaktioner på dem (kap 7) Psykoedukation om ickevärderande förhållningssätt till känslor, övningar i medveten närvaro, fortsatt känslkartläggning
v. 4	Utmana tankar genom att ändra beteende (kapitel 4) Introduktion av beteendeeperiment + genomgång av potentiella hinder för ifrågasättande av negativa automatiska tankar	Förstå tankar: att tro det värsta och överskatta risken (kapitel 8) Psykoedukation kring kognitiva begrepp som tankefällor, katastroftänkande och förhastade slutsatser, övningar i omvärdering och avkatastrofiering
v. 5	Exponering - att närma sig det som är svårt (kapitel 5) Genomgång av syfte och utformning av exponering. Utarbetande av ångesthierarki + exponeringsplanering	Förstå beteenden 1: Att undvika sina känslor / Förstå beteenden 2: Känslstyrda beteenden (kapitel 9-10) Fokus på undvikanden och känslstyrda beteenden samt dess konsekvenser
v. 6	Om uppmärksamhet och fokus (kapitel 6) Repetition av psykoedukation: Självfokus, fokusskifte och det problematiska med säkerhetsbeteenden	Förstå och tolerera kroppsliga förnimmelser (kapitel 11) Psykoedukation kring samspelet mellan fysiologiska reaktioner och känsloupplevelser, interoceptiv exponering
v. 7	Fortsatt exponering (kapitel 7) Genomgång av möjliga exponeringssituationer + potentiella svårigheter i exponeringsarbetet	Från ord till handling: Möt dina känslor i de situationer där de förekommer (kapitel 12) Psykoedukation kring olika slags exponering o dess förutsättningar, ångesthierarki, exponeringsövningar
v. 8	Utveckla dina sociala färdigheter (kapitel 8) Psykoedukation kring aktivt lyssnande, självhävdande, konversationsteknik, jaggbudskap och icke-verbal kommunikation	Från ord till handling: Möt dina känslor i de situationer där de förekommer (kapitel 12 - fortsättning) [fortsättning av samma kapitel som ovan]
v. 9	Avslutning och råd inför framtiden (kapitel 9) Psykoedukation kring prokrastinering och perfektionism, upprättande av åtgärdsplan utifrån repetition av tidigare moduler, strategier vid motgångar	Läkemedel mot ångest, depression och relaterade känslomässiga störningar / Gå vidare härifrån: se vad du har åstadkommit och planera för framtiden (Kapitel 13-14) Psykoedukation om läkemedel, behandlingsutvärdering, upprättande av övningsplan och fler långsiktiga mål, strategier vid motgångar

Diagnosspecifik behandlingsbetingelse

Innehållet i den diagnosspecifika behandlingsbetingelsen baserades på materialet av den senaste utgåvan av självhjälpmanualen *Social fobi : effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi* (Furmark et al., 2013). Materialet utformades ursprungligen för att användas vid internetterapi men kom 2006 även ut i en publik, tryckt upplaga. Innehållet bygger på grunderna i traditionell KBT och använder bland annat Clark och Wells (1995) välkända kognitiva modell för att förklara vad som orsakar och upprätthåller problematiken vid social fobi.

Deltagaren guidas genom behandlingens nio moduler, och uppmuntras i anslutning till dessa utföra diverse hemuppgifter bestående i till exempel exponeringsövningar eller kartläggning av de egna symtomen. Viktiga komponenter i behandlingen är (1) psykoedukation, (2) kognitiv omstrukturering, (3) exponering, (4) social färdighetsträning och (5) återfallsprevention. Den sammantagna textmängden uppgick till 200 sidor (64 221 ord).

Transdiagnostisk behandlingsbetingelse

Materialet i den transdiagnostiska behandlingsbetingelsen utgörs av innehållet i arbetsboken *Unified protocol : diagnosöverskridande psykologisk behandling* (Barlow et al., 2013a). Behandlingen är inriktad mot behandling av känslomässiga störningar, vilket inkluderar samtliga ångest- och förstärningsstörningar – såsom till exempel social fobi och depression (Barlow et al., 2013b). Behandlingen bygger på grundläggande principer ifrån mer traditionell KBT, men har också berikats utifrån ny forskning kring emotionsreglering (Barlow et al., 2013b).

I Unified Protocol betonas fem olika, genomgripande komponenter: (1) känslomässig medveten närvaro i nuet, (2) kognitiv flexibilitet, (3) känslomässigt undvikande och känslostyrda beteenden, (4) medvetenhet om och tolerans för fysiska förnimmelser, och (5) interoceptiv och situationsbaserad känslomässig exponering (Barlow et al., 2013b). Behandlingsinnehållet för dessa fem grundläggande komponenter är uppdelat i 7 moduler, men föregås även av tre inledande kapitel som ger deltagaren psykoedukation om känslomässiga störningar, berättar om behandlingen och lär ut hur deltagaren kan registrera sina upplevelser, samt en inledande modul där deltagaren får läsa om motivation och utarbeta behandlingsmål. Sammantaget är behandlingen 119 sidor (49 282 ord) lång.

Statistisk analys

För att få en översiktlig bild av demografin i urvalsgruppen genomfördes initialt en deskriptiv analys vars resultat redovisas i *Tabell 2*. För att bibehålla effekten av randomisering har principen om *ITT* (Intention To Treat) efterföljts vid databearbetningen (med undantag för de två deltagare som nämnts ovan, vilka alltså inte alls hade uppmärksammat att behandlingen började). I korthet innebär denna att data från samtliga deltagare som inkluderats och randomiserats vid studiens uppstart också analyseras vid dess avslutande – helt oavsett hur lite eller mycket behandling de hunnit få och helt

oavsett om de hoppat av eller ej under behandlingens gång. I de fall bortfallet är stort leder detta till en möjlig underestimering av eventuella behandlingseffekter för de deltagare som faktiskt deltar i behandlingen – men med fördelen att resultatet då alltså inte löper risk att ha överestimerats till följd av bias (McCoy, 2017).

För att besvara frågeställningen kring långtidseffekter av behandlingarna användes sedan Linear Mixed Effect Model för upprepade mätningar – en analysmodell som lämpar sig väl för upprepade mätpunkter och där estimaten utgår ifrån analys både på grupp- och individnivå. En av dataanalysens stora fördelar är att den med relativt god precision kan estimeras mätpunkter även vid större databortfall (Hesser, 2015). Kovariansstruktursmatrisen som användes i analysen var av typen *unstructured*. Det innebär i praktiken att det vid estimeringen inte förutsätts finnas något mönster eller några begränsningar vad gäller vare sig varians eller kovarians mellan mätpunkterna i datamaterialet – utan att dessa istället förutsätts vara helt oberoende av varandra. Denna valdes då det är en av de mer konservativa kovariansstruktursmatriserna (Grace-Martin, n.d. a; Grace-Martin, n.d. b; Grace-Martin, n.d. c) – vilket ansågs passande till följd av det stora databortfallet i denna studies material. Som faktor på intraindividuell nivå (det vill säga som inomgruppseffekt) sattes *tid*, med mätpunkterna *förmätning*, *eftermätning* och *ettårsuppföljning*. Som faktor på interindividuell nivå (det vill säga som mellangruppseffekt) sattes *grupp*, med indelningen *diagnosspecifik KBT (dsKBT)* och *transdiagnostisk KBT (tKBT)*. För att bedöma antalet kliniskt signifikant förbättrade utfördes en Jacobson-Truax-analys. För de deltagare som inte hade besvarat ettårsuppföljningen, estimerades data till denna utifrån det senast kända mätvärdet (så kallad *Last Observation Carried Forward – LOCF*).

Statistiska analyser för förevarande studie har i huvudsak bearbetats i statistikprogrammet IBM SPSS 25 och i IBM SPSS Statistics 26. Jacobson-Truax-analysen skedde med hjälp av den webbaserade diagramskaparen Shiny apps (n.d.). Cohen's d beräknades utifrån värden som framkommit i mixed model analysis i SPSS, men kalkylerades fristående i Excel Version 16.31 utifrån formeln: $Cohen's\ d = M_1 - M_2 / S_{pooled}$. Storleken på de effektstyrkor som återges i skrift vad gäller såväl tidigare forskares som denna studies resultat har genomgående uttolkats i enlighet med de generella riktlinjer som föreslagits av Cohen (1977), det vill säga *liten* (<0,2), *medelstor* (0,5) och *stor* (>0.8). Det bör dock noteras att dessa problematiserats redan av honom själv, eftersom uttolkning i någon mån alltid är en subjektiv process och egentligen bör ske med hänsyn tagen till en mängd olika faktorer. Likt Glen (2016) har jag använt samma riktlinjer vid uttolkningen av Hedge's g.

Slutligen ska det tilläggas att poängen på den här studiens utfallsmått per definition egentligen bör betraktas som data på ordinalnivå. Då svarsalternativen i respektive skattningsformulär emellertid går att härleda till ett sifferspann, har det dock ändå bedömts möjligt att analysera svaren som om de istället vore intervalldata.

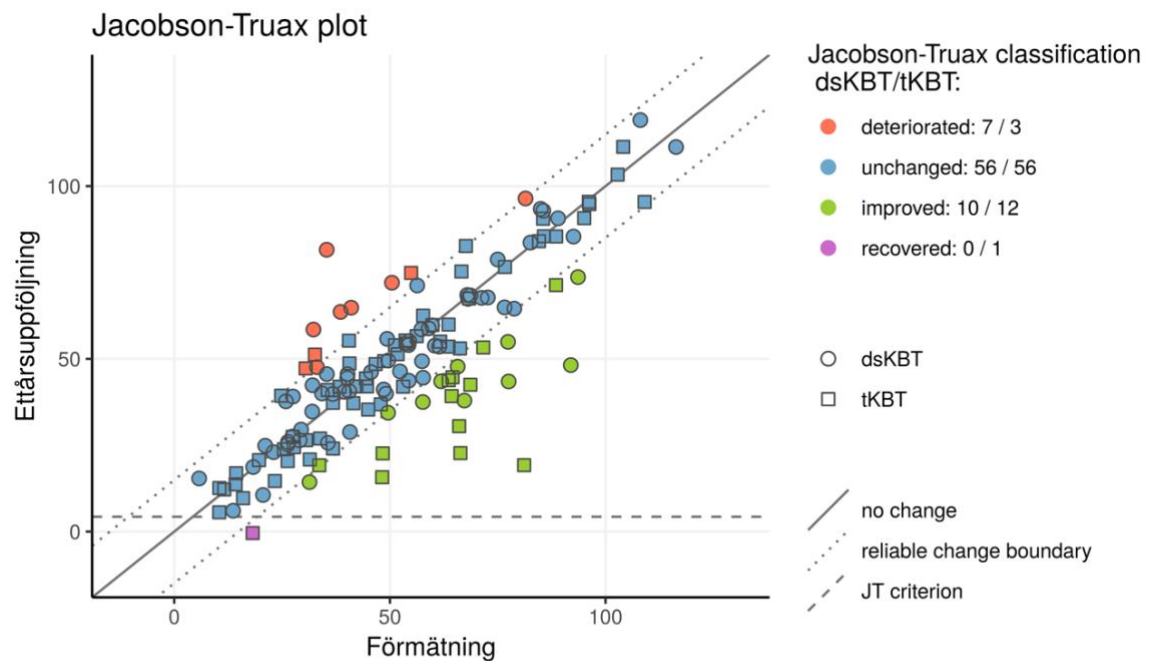
Resultat

Av studiens 145 deltagare hade enbart 63 (43,4%) svarat på ettårsuppföljningen. I gruppen dsKBT hade hade 36 deltagare (49,3%) svarat, och i gruppen tKBT hade 27 deltagare (37,5%) svarat. Enligt principen om ITT inkluderades dock alla deltagare i samtliga statistiska analyser, med undantag för de två redan nämnda deltagarna. Resultatredogörelse i form av medelvärden och standardavvikelser för varje enskild behandlingsgrupp vid varje enskilt mättillfälle presenteras i Tabell 4 på sid 23.

Primär frågeställning

Denna studies primära frågeställning var om det vid uppföljning ett år efter behandlingen fanns någon skillnad i symtomlindring samt fördelningen av antalet kliniskt signifikant förbättrade mellan diagnosspecifik KBT och transdiagnostisk KBT vad gäller social ångest. För att besvara denna fråga användes Mixed Effect Model som analysmodell med kovariansstrukturmatrisen satt till *unstructured*. Resultatet visar en signifikant huvudeffekt av tid ($p < 0.01$). När resultatet på LSAS-SR vid långtidsuppföljningen jämförs med motsvarande data från förmätningen har den sociala ångesten alltså minskat bland deltagarna – om än med en liten effektstyrka ($d = 0,26$). Ingen signifikant huvudeffekt av grupp, och inte heller någon signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp återfinns.

För att utröna hur många av deltagarna som hade fått en klinisk signifikant förbättring på det primära utfallsmåttet LSAS-SR mellan förmätning och årsuppföljning gjordes en Jacobson-Truax-analys beräknad med Cronbach's alpha satt till 0,95 enligt riktvärden från Baker et al. (2002). Mätvärdena för de 82 deltagare som inte besvarat ettårsuppföljningen estimerades enligt principen LOCF. Av alla 145 deltagare var det endast 1 som bedömdes ha fått en klinisk signifikant förbättring av behandlingen. Denna deltagare tillhörde den transdiagnostiska behandlingsgruppen. Utöver detta rapporterade 22 deltagare (10 dsKBT, 12 tKBT) siffror som antydde att de ändå reliabelt förbättrats – om än inte i kliniskt signifikant utsträckning. Den stora merparten av deltagarna bedömdes dock inte ha genomgått någon kliniskt signifikant eller reliabel förändring avseende grad av rapporterad social ångest mellan förmätning och ettårsuppföljning. Samtliga 145 deltagares individuella resultat åskådliggörs i Figur 2 på nästkommande sida.



Jacobson-Truax criterion A: 4.3
this value represents two sd from the baseline total sample mean

Figur 2. Jacobson-Truax-analys över kliniskt signifikant förbättrade i respektive behandlingsgrupp vid jämförelse mellan förmätning och ettårsuppföljning

Sekundär frågeställning

Denna studies sekundära frågeställning berörde huruvida det vid uppföljning ett år efter behandlingen fanns någon statistiskt signifikant skillnad i symtomreduktion mellan diagnosspecifik KBT och transdiagnostisk KBT vad gäller svårigheter med emotionsreglering, generella ångestsymtom eller depressiva symtom. För att utröna detta har data från respektive utfallsmått bearbetats genom analysmodellen Mixed Effect Model med kovariansstrukturmatrisen satt till *unstructured*.

Vad gäller problem med emotionseglering har data från det sekundära utfallsmåttet DERS-16 analyserats. I datamaterialet återfinns inga signifikanta huvudeffekter för tid respektive behandlingsbetingelse. Inte heller någon signifikant interaktionseffekt mellan dessa båda faktorer föreligger.

Beträffande grad av generell ångest har data insamlat med hjälp av det sekundära utfallsmåttet OASIS behandlats. Analysen påvisar en signifikant huvudeffekt gällande faktorn tid ($p < 0.05$) men med en liten effektstyrka ($d=0,14$). Ingen signifikant huvudeffekt för faktorn behandlingsbetingelse och inte heller någon signifikant interaktionseffekt mellan tid och behandlingsbetingelse återfinns i resultatet.

Data från det sekundära utfallsmåttet ODSIS, som mäter grad av depressiva symtom, påvisade inga statistiskt signifikanta effekter, vare sig beträffande huvudfaktorerna tid respektive behandlingsbetingelse, eller beräffande interaktioner mellan dessa båda faktorer.

Tabell 4. Resultatpresentation av medelvärden (M), standardavvikelser (SD), huvud- och interaktionseffekter samt effektstorlekar (inomgruppseffekter samt mellangruppsseffekter) för de olika grupperna

Beroendevariabel	dsKBT n=73 M(SD)	tKBT n=72 M(SD)	Cohen's d Inomgruppseffekt Förm. – Ettårsuppf.	F (df)	Cohen's d Mellangruppsseffekt Förm. – Ettårsuppf.
Social ångest					
(LSAS-SR)	52,84 (24,18)	52,14 (24,17)	dsKBT: 0,19	T ₂ , 78,58 = 7,11 **	dsKBT vs. tKBT:
Förmätning	53,61 (25,91)	47,46 (25,68)	tKBT: 0,34	G ₁ , 137,30 = 1,04	0,18
Eftermätning	48,12 (25,99)	43,36 (27,92)	Båda: 0,26	I ₂ , 78,58 = 2,21	
Ettårsuppföljning					
Emotionsreglering					
(DERS-16)	33,44 (12,13)	30,71 (12,13)	dsKBT: 0,04	T ₂ , 76,45 = 0,99	dsKBT vs. tKBT :
Förmätning	34,77 (15,26)	30,89 (15,07)	tKBT: 0,07	G ₁ , 139,49 = 2,18	0,18
Eftermätning	32,86 (17,26)	29,69 (18,56)	Båda: 0,05	I ₂ , 76,45 = 0,32	
Ettårsuppföljning					
Generell ångest					
(OASIS)	5,71 (3,86)	5,25 (3,87)	dsKBT: 0,17	T ₂ , 81,24 = 4,21 *	dsKBT vs. tKBT:
Förmätning	5,00 (4,44)	4,30 (4,32)	tKBT: 0,11	G ₁ , 125,84 = 0,61	0,04
Eftermätning	4,94 (5,37)	4,71 (5,88)	Båda: 0,14	I ₂ , 81,24 = 0,12	
Ettårsuppföljning					
Generell depression					
(ODSIS)	3,26 (3,78)	2,13 (3,78)	dsKBT: 0,05	T ₂ , 76,48 = 0,80	dsKBT vs. tKBT:
Förmätning	3,12 (4,49)	3,04 (4,38)	tKBT: -0,04	G ₁ , 117,45 = 1,24	0,13
Eftermätning	3,04 (5,37)	2,32 (5,91)	Båda: 0,002	I ₂ , 76,48 = 1,67	
Ettårsuppföljning					

Not. *p<.05, **<.01

Soc Fob: Behandling med *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*, UP: Behandling med *Unified Protocol Arbetsbok*. T = huvudeffekt av tid, G = huvudeffekt av grupp I = Interaktionseffekt av Tid x Grupp

Diskussion

Syftet med förevarande uppsats var att utreda hur beständiga behandlingseffekterna av internetdistribuerad diagnosspecifik behandling respektive internetdistribuerad transdiagnostisk behandling är över tid. Studien utfördes på deltagare som rekryterats inom ramarna för en annan behandlingsstudie inriktad mot behandling av social fobi (CBM-studien). Denna studies tremånaders uppföljningsmätningar utgjorde förevarande studies förmätning. Denna studie hade initialt under behandlingen en tvåfaktoriell design (diagnosspecifik vs transdiagnostisk KBT, samt med/utan terapeutstöd). I min databearbetning av långtidsuppföljningen har emellertid ingen hänsyn tagits till terapeutstödet, då detta vid Enohs (2018) analys av eftermätningen befanns vara verkningslöst. Min egen analys bygger på faktorerna tid (tre mätpunkter: *förmätning*, *eftermätning* och *ettårsuppföljning*) respektive grupp (två grupper: *diagnosspecifik KBT* respektive *transdiagnostisk KBT*).

Resultatet påvisar att båda dessa behandlingar genererar en liten men statistiskt signifikant huvudeffekt av tid på de båda utfallsmått som mäter symtomgrad av social ångest respektive generell ångest – men däremot inte på de två utfallsmått som mäter förmåga till emotionsreglering respektive depressiva symtom. Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan behandlingsgrupperna återfanns för något utfallsmått, och inte heller några interaktionseffekter mellan tid och grupp. Av studiens 145 deltagare var det bara en som bedömdes ha uppnått klinisk signifikant förbättring vad gällde symtomgraden av social fobi.

Resultatdiskussion

Resultatet från denna studie är minst sagt uppseendeväckande jämfört med forskningsläget för såväl diagnosspecifika som transdiagnostiska KBT-behandlingar mot social fobi. Sammantaget visar trenden för båda dessa behandlingstyper signifikanta skillnader vad gäller inomgruppseffekter för behandling av ångestsyndrom, med effektstyrkor som ofta uppges ligga i spannet mellan medelstarka och starka för huvudutfallsmåtten (Newby et al., 2017; Pearl & Norton, 2017; Sakiris & Berle, 2019). Som mer specifik referensram kan siffror från Sakiris och Berles (2019) metaanalys av behandlingsstudier med utgångspunkt i Unified Protocol nämnas – där snittet för de sammanräknade effektstyrkorna vid social fobi var $g=-1,05$ för eftermätningar och $g=-1,07$ vid sex månaders uppföljning. När eftermätningar från behandlingar vid samtliga ångestsyndrom räknades samman var effektstyrkan stark ($g=-0,81$), och för samtliga depressiva syndrom medelstark ($g=-0,57$). Dessutom hade graden av maladaptiv emotionsreglering minskat signifikant med en effektstyrka på $d=-0,65$. Även Newby et al. (2015) fann i sin metaanalys stora inomgruppseffektstorlekar mellan för- och eftermätning vid behandling med UP, vad gällde såväl ångest ($g=0,85$) som depression ($g=0,91$). I en senare metastudie noterar Newby et al. (2017) att samtliga diagnosspecifika och transdiagnostiska program vid eftermätning genererade inomgruppseffekter inom spannet $d=0,64-1,39$ för såväl ångest- som depressionstillstånd.

Även om en inomgruppseffekt av faktorn tid på det primära utfallsmåttet LSAS-SR ($d=0,26$) och det sekundära utfallsmåttet OASIS ($d=0,14$) var statistiskt signifikanta i denna studies ettårsuppföljning, är dessa effektstyrkor alltså *långt* lägre än i tidigare nämnda forskningsstudier. Detta gäller i ännu högre grad de båda andra utfallsmåtten i denna studie – DERS-16 ($d=0,05$) och ODSIS ($d=0,002$), där skillnaderna mellan förmätning och ettårsuppföljning var så små att de inte bedömdes statistiskt signifikanta. Något uppseendeväckande är att depressionsskattningarna på utfallsmåttet ODSIS till och med *steg* marginellt från förmätning till ettårsuppföljning i tKBT-gruppen – även om den effekten var mycket svag och inte bedömdes signifikant ($d= -0,04$).

Som motsvarande referenssiffror för behandlingsinnehållet och utfallet av den diagnosspecifika behandlingsbetingelsen kan till exempel $d = 0,88$ vid eftermätning respektive $d=1,44$ vid sex månaders uppföljning för huvudutfallsmåttet vid social fobi nämnas (Carlbring et al., 2006). Även Furmark et al. (2009) påvisade vid ettårsuppföljning relativt förmätning en effektstyrka på $d=0,78$ för en behandlingsgrupp som fått renodlad biblioterapi med självhjälpsboken i denna studie. Dessutom konstaterades att resultaten var statistiskt signifikant bättre för samtliga behandlingsbetingelser relativt kontrollgruppen även på de sekundära utfallsmåtten för ångest och depression när eftermätning jämfördes med förmätning. Även i relation till dessa resultat, är resultatet på såväl primärt som sekundära utfallsmått i min studie alltså betydligt sämre.

Resultatsiffror som däremot korrelerar åtminstone *något* bättre med denna studies, är de från tidigare studier av andra diagnosspecifika självhjälpsprogram som distribuerats över internet med *en minimal mängd terapeutstöd*. I Rapée et al (2007) återfinns inomgruppseffekten $d=0,30$ vid tremånadersuppföljning för renodlad självhjälpsbehandling på det primära utfallsmåttet för social fobi. Titov et al. (2008a) rapporterar en motsvarande siffra på $d=0,28$ för en självhjälpsgrupp utan tillgång till terapeutstöd i form av individinriktade mail eller foruminlägg. Vad som talar mot att detta skulle vara en rimligare jämförelsebakgrund för min studie, är dock de fina behandlingsresultatet för biblioterapi som framkom i studien av Furmark et al. (2009) vilka presenterades i stycket ovan. Nordgreen et al. (2012) menar på att det fördelaktiga resultatet i Furmarks studie från 2009 åtminstone delvis skulle kunna bero på de veckovisa skattningar och påminnelser som administrerades under studiens gång – då dessa möjligen skapade bättre förutsättningar för god följsamhet och lågt bortfall än i Rapées studie från 2007 (där enbart förmätningar och eftermätningar genomfördes). Dessa tekniska mekanismer var dock verksamma även under denna studies behandling, som trots detta alltså genererat sämre behandlingsresultat än såväl Furmark et al. (2009) som Rapée (2007). Utöver detta har ju åtminstone halva gruppen i varje behandlingsbetingelse i denna studie faktiskt erbjudits terapeutstöd under behandlingen, (även om det som tidigare nämnts nyttjades i mycket liten omfattning) – och likväl när resultaten alltså inte ens upp till siffrorna för självhjälpsterapier helt utan terapeutstöd.

Sammanfattningsvis kan sägas, att även om behandling i självhjälpsformat med olika grad av terapeutstöd genererat rätt olika resultat i olika studier, och även om storleken på effektstyrkor för olika utfallsmått varierar något för såväl diagnosspecifika som transdiagnostiska behandlingar, så är resultaten i förevarande behandlingsstudie fortsatt att betrakta som iögonfallande låga. Reflektioner kring vad detta kan tänkas bero på följer i kommande avsnitt.

Bias

Avvikelseerna mellan denna studies resultat och tidigare studier på området *skulle* möjligen kunna förklaras med att båda dessa behandlingar egentligen inte alls är så effektiva som det påstås, och att forskningsläget hitintill präglats av en *mycket* grov och genomgripande publiceringsbias, där studier som uppvisar sämre resultat generellt inte uppmärksammas eller getts utrymme i vetenskapliga kretsar. Pearl och Norton (2017) påpekar att det mycket riktigt tycks föreligga en viss risk för publikationsbias i den forskningslitteratur som berör just ångestbehandling – oavsett om denna avhandlar diagnosspecifika eller transdiagnostiska behandlingar. Andersen et al. (2016) varnar också för såväl rapporteringsbias som lojalitetseffekter i forskargrupper som beforskar behandlingar som de själva varit med och utformat. I relation till det senare bör här påpekas att ledaren för denna studie faktiskt *har* medverkat vid framtagningen av den diagnosspecifika behandlingen – vilket emellertid inte undertecknad gjort. I denna uppsats återfinns inte några interaktionseffekter som framhåller den ena behandlingens fördel framför den andra, och inte heller några uppseendeväckande höga effektstyrkor av någon av behandlingarna. Snarare särskiljer sig det resultat för dsKBT som presenteras här på ett ofördelaktigt vis från tidigare studier av samma behandling både vad gäller deras eftermätningar och långtidsuppföljningar (Carlbring et al., 2006; Carlbring et al., 2007; Carlbring et al., 2009; Furmark et al., 2009). Här bör också ånyo poängteras att vad som skulle utgöra min studies utfallsmått bestämdes redan innan resultatbearbetningen påbörjades. Samtliga av dessa har rapporterats, vilket gör att rapporteringsbias i vart fall inte föreligger just i denna studie.

Reliabilitet

Samtliga mätinstrument som använts i förevarande studie anses relativt vedertagna och välbeprövade, och har i flertalet studier uppvisat god reliabilitet och validitet – särskilt vad gäller det primära utfallsmåttet LSAS-SR. Detta är en av studiens styrkor och talar för relativt hög reliabilitet. Samtidigt öppnar avsaknaden av samtida klinisk bedömning upp för möjligheten att studiens deltagare eventuellt inte hade så hög grad av social fobi som de skattade initialt, vilket gör slutsatser kring behandlingseffekter i såväl CBM-studierna som förevarande studie mer svårdragna. Något som i det sammanhanget också är värt att notera, är att det kartlades en statistiskt signifikant symtomminskning vad gäller social ångest redan mellan screening och förmätning vid åtminstone en av CBM-studierna (Ek & Åbyhammar, 2018), vilket skulle kunna förklaras av att deltagarna initialt möjligen överdrev sina besvär vid screeningen för att vara säkra på att inkluderas i studien – trots att deras symptom egentligen kanske var lindrigare.

Validitet

Deltagarna i denna studie har randomiserats till behandlingsgrupperna och genomgått behandling och testtillfällen med tillgång till samma skriftliga uppstartsinstruktioner och material, vilket talar för en relativt god intern validitet. I studien har respektive behandlingsgrupp kontrollerats gentemot en annan anmodat verksam behandlingsbetingelse – vilket är en studiedesign som efterfrågats aktivt i tidigare forskning. Däremot saknas det i studien en kontrollgrupp som möjliggör jämförelser med

eventuell naturlig remission, vilket sänker denna studies interna validitet. Det gör också faktumet att varken dubbel eller enkel blindning kunnat fastställas, på grund av förekomsten av terapeutstöd för hälften av deltagarna samt behandlingsmaterialens publika spridning.

Något som kan tänkas hota såväl den interna som den externa validiteten är ett stort bortfall, vilket var fallet i denna studie där inte ens hälften av deltagarna besvarade ettårsuppföljningen. Att antalet som svarade dessutom var över 11,8 procentenheter högre i dsKBT-gruppen jämfört med tKBT-gruppen, sänker den interna validiteten och antyder att det också kan finnas skäl att framgent undersöka eventuella bakomliggande orsaker till denna skillnad. I förevarande analys har datat dock behandlats enligt ITT, vilket minskar risken för bias genom att bibehålla effekten av den initiala randomiseringen. Även kovariansstrukturmatrisen i mixed model-analysen har valts med hänsyn tagen till just bortfallets storleksgrad. Enoh (2018) lyfter att en potentiellt bakomliggande orsak till det stora bortfallet är att det vid behandlingens slut upptäcktes att ett flertal deltagare inte hade laddat ner några behandlingsmoduler över huvud taget. Det uppdagades då att flera av dessa deltagare inte hade läst det initiala utskicket som gjorts på behandlingsplattformen. Enoh tror att detta kan bero på att mailnotiserna som meddelade att ett nytt meddelande fanns tillgängligt på plattformen, av vissa deltagare kan ha upplevts som automatgenererade och därför ignorerats.

En studies generaliserbarhet ökar om urvalet är representativt för populationen. Vad gäller könsfördelningen så korrelerar den i förevarande studie (58,6% kvinnor) mycket väl med den kliniska populationen av personer med social fobi (där kvinnor utgöra cirka 60%) (Furmark, 2002). Däremot bör det noteras att utbildningsnivån är väsentligt högre (63,4% hade högskoleutbildning eller forskarutbildning) i denna studie än i den svenska populationen i allmänhet (där endast 43% av befolkningen har eftergymnasial utbildning (Statistiska centralbyrån, 2019)). Här bör det också påminnas om att personer som lider av social fobi enligt åtminstone vissa studier tenderar att hoppa av skolan i förtid (Stein & Kean, 2000), vilket gör att motsvarande siffra för den kliniska populationen av personer som har social fobi i verkligheten torde vara ännu något lägre. Sammantaget är alltså urvalets höga utbildningsgrad ett potentiellt hot mot den externa validiteten.

Vidare kan exkluderingen av deltagare som skattade högre än 0 på suicidfrågan och/eller högre än 14 poäng totalt i PHQ-9 problematiseras. Dels utgör detta en påtaglig risk för golfeffekter till följd av att möjlig resultatspridning begränsas (eng: *restriction of range*) – vilket skulle kunna förklara den uteblivna symtominsnkningen av de redan initialt mycket låga depressionsskattningarna på ODSIS. Utifrån klinisk synvinkel sänker detta också den externa validiteten, då samsjukligheten mellan social fobi och depression i realiteten är mycket hög. Behandlingar som adresserar båda dessa problematiker är således väldigt välbehövliga. Detta exklusionskriterium är dock upprättat utifrån etiska aspekter, då det ansetts för riskabelt att inkludera deltagare med svårare depressiva tillstånd i studien.

Studiens begränsningar och brister

Förevarande studie har flera metodologiska brister, varav många redan problematiserats av Enoh (2018). Såväl i min analys av långtidsuppföljningen som vid Enohs bearbetning

av data från vecko- och eftermätningar, är till att börja med deltagarnas låga svarsfrekvens iögonfallande (43,4% vid ettårsuppföljningen). Även om jag i mina uträkningar använt statistiska metoder med hänsyn till det stora bortfallet, är det värt att notera att inte ens hälften av studiedeltagarna svarade på ettårsuppföljningen. Det kan möjligen antyda att graden av engagemang i behandlingen varit relativt lågt även i deltagargruppen i övrigt, vilket möjligen kan ha påverkat behandlingsutfallet även för de deltagare som *faktiskt* besvarade långtidsuppföljningen.

I utvärderingen av denna behandling är det också värt att notera att antalet tillgängliggjorda behandlingsmoduler även det var relativt lågt. Enligt data från Enohs (2018) analys rörde det sig om 4,60 av 9,00 moduler i genomsnitt per deltagare, utan några signifikanta skillnader mellan behandlingsgrupperna. Att i snitt bara styvt hälften av modulerna slutförts, gör att undertecknad kan ifrågasätta i vilken utsträckning deltagarna i förevarande studie alls kan anses ha genomgått dessa behandlingar. I samband med detta bör också poängteras att internetbehandling i den här formen inte erbjuder någon kontroll av behandlingsföljsamhet, vilket även det äventyrar resultatens tillförlitlighet. Detta eftersom det inte går att bedöma hur mycket av innehållet i respektive behandlingsmodul som deltagaren *faktiskt* tar till sig och implementerar i det egna livet.

Studien har också ytterligare en stor metodologisk brist, bestående i faktumet att den saknar en kontrollbetingelse som möjliggör jämförelser med eventuell naturlig remission. Även om social fobi som tidigare nämnts tenderar att vara relativt kronisk till sin karaktär, kan och bör självläkande likväl inte helt uteslutas. Sammantaget gör dessa brister det svårt att dra några säkra slutsatser kring huruvida det verkligen var behandlingen innehåll och inte något helt annat som låg bakom denna studies huvudeffekt av tid.

Just *tid* är också ett genomgående tema för ett flertal metodologiska svagheter i denna studie. Även om randomiseringen bör ha sett till att eventuella följd effekter åtminstone bör ha fördelats jämt mellan behandlingsgrupperna, kan de fluktuerande tidpunkterna för olika mätningar problematiseras. Som exempel kan nämnas att en förmätning som gjorts fem istället för tre månader efter CBM-studierna, möjligen kan ge deltagarna olika grundförutsättningar vid behandlingarnas uppstart vilket gör det problematiskt att jämföra dessa tidpunkter interindividuell. Utöver detta gjorde manuell distribuering av den allra första veckomätningen att även tiden mellan förmätning och den första veckomätningen varierade mellan studiedeltagarna. Till exempel ombads vissa deltagare att göra sin första veckomätning bara två dagar efter att de genomfört sin förmätning, medan andra fick samma meddelande först sex dagar senare.

Även den sekventiella veckomätningen (där varje mätning låg tillgänglig under en vecka, varvid påföljande veckas mätning sedan tog vid direkt dagen efter) gör att mätpunkterna tidsmässigt kan skilja sig rätt mycket åt mellan olika individer för ett och samma mättillfälle, men också påverkar regelbundenhet intraindividuell. Till exempel kan det skilja endast någon dag mellan veckomätning 2 och 3 för den deltagare som gör dessa mätningar den sista respektive första svarsdagen för vardera mätningstillfälle – eller uppemot två veckor för den som istället gör dem den första respektive sista svarsdagen för vardera mätningstillfälle. Samma sak gäller även i övergången mellan den sista veckomätningen och eftermätningen. Även om resultaten från veckomätningarna inte behandlats i min analys, kan det tänkas att rytmen med vilka dessa administrerades ändå gjort resultaten mindre tillförlitliga, då förutsättningarna vid tidpunkterna för förmätning

och eftermätning kan ha varierat mellan olika deltagare. De återkommande veckomätningarna och påminnelserna kan av vissa deltagare också ha upplevts som stressande eller tjatiga, vilket skulle kunna ha lett till lägre behandlingsmotivation. De skulle också kunna öppna upp för potentiellt falska indikationer på symtomreduktion till följd av testeffekter. Samtidigt gör Nordgreen et al., (2012) i sin sammanställning av forskningsläget kring guidad versus oguidad självhjälp en poäng av att veckovisa mätningar och påminnelser i åtminstone vissa självhjälpstudier vid social fobi tycks motverka behandlingsavhopp. Utifrån den aspekten bör förekomsten av veckomätningar och påminnelser alltså ses som något positivt – även om tidsramarna för dessa möjligen kan optimeras.

Också den initierade behandlingstakten i denna studie kan problematiseras utifrån de rekommendationer som finns i själva behandlingsmaterialet. All tidigare forskning som gjorts på den diagnosspecifika behandlingen har förvisso löpt över 9 behandlingsveckor (och har som tidigare nämnts genererat goda resultat) men i självhjälpsmaterialet uppges behandlingen ta någonstans mellan 9-18 veckor. Även om vikten av att inte stanna av eller hålla ett för lågt tempo betonas (då det kan minska behandlingsmotivationen och riskerar att bli ett undvikandebeteende i sig), poängteras samtidigt att en av de stora fördelarna med självhjälpbehandlingen är att de kan ske i den takt och på de tider som passar deltagaren. Vidare trycks det på att deltagaren själv är den som bäst kan avgöra vilka kapitel hen möjligen bör dröja kvar i och arbeta igenom under längre tid – ibland uppemot 3-4 veckor – innan hen går vidare (Furmark et al., 2006). Även i såväl arbetsboken som terapeutmanualen för Unified Protocol betonas vikten av att individanpassa behandlingsrytmen till en takt som passar deltagaren, och att det är viktigt att hen både hinner öva och verkligt förstå varje kapitel innan hen går vidare till nästa (Barlow et al., 2013a; Barlow et al., 2013b). I terapeutmanualen är det rekommenderade ungefärliga behandlingsomfånget 12-18 sessioner (Barlow et al., 2013b). Sammantaget vill jag hävda att den höga behandlingstakten framstår som något motsägelsefull i relation till dessa rekommendationer – och då särskilt vid behandlingen med Unified Protocol där vissa moduler slagits ihop och andra har löpt över dubbla veckor för att bättre passa rytmen i den diagnosspecifika behandlingen. Det kan både tänkas ha haft påverkan på deltagarnas faktiska möjligheter att hinna tillgodogöra sig innehållet, men kan också ha gjort att deras inställning gentemot och motivation till behandlingen förändrades. De kan till exempel ha upplevt behandlingssituationen som kravfylld, stressig eller motsägelsefull.

Ett annat metodologiskt tema som befinns vara problematiskt utifrån flera aspekter, är den här studiens bristfälliga rekryteringsförfarande och de omständigheter som föregått den. Då min studie följer på en annan studie, som undersökt en annan behandlingsintervention mot social fobi, är det mycket svårt att med säkerhet uttala sig om vilka resultat som går att härleda till min studie, och vilka utfall som snarare skulle kunna vara långtidseffekter av de tidigare CBM-studierna. Utöver detta kan det utifrån ett motivationsmässigt perspektiv ses som problematiskt att rekryteringen till förevarande studie initialt skedde genom utannonsering av en helt annan typ av behandling än den som denna studie beforskat. Den deltagare som rekryterades till den initiala CBM-studien i hopp om snabb symtomlindring efter ett enstaka behandlingstillfälle, är inte med nödvändighet den deltagare som senare kom att ta sig an ett nio veckor långt behandlingsprogram med exponeringsövningar, hemuppgifter och veckovis läsning med samma självklara entusiasm. Låg grad av behandlingsmotivation utifrån detta faktum

skulle kunna vara en möjlig förklaring till studiens låga svarsfrekvens på ettårsuppföljningen såväl som dess låga behandlingseffekt.

För att ytterligare belysa det olyckliga i de omständigheter som föregått min behandlingsstudie, presenteras här mycket övergripande resultaten från de två olika delstudierna i CBM-studien. En av dessa, utförd av Ek & Åbyhammar (2018), påvisade en stor effektstyrka ($n_2=0,40$) av faktorn tid från förmätning till en veckas uppföljning på utfallsmåttet LSAS-SR. Den förbättringen kunde dock *inte* förklaras av några faktiska förändringar i uppmärksamsbias – vilket alltså var den psykiska mekanism som behandlingsinterventionen åsyftade att moderera. Deltagargruppen visade sig vid närmare undersökning inte ens *ha* någon uppmärksamhetsbias, vare sig initialt eller efter behandlingssessionen, vilket antydde att det inte var behandlingsinnehållet i sig som genererade symtomminskningen vad gällde social fobi. Ek och Åbyhammar (2018) diskuterar i ljuset av detta möjligheten att symtomreduktionen istället skulle kunna härledas till exempelvis placebo-effekter eller *Hawthorne-effekter* (det vill säga när blotta uppmärksammandet av en deltagare och hans svårigheter i sig leder till symtomreduktion). Utöver detta uppmärksammar de också i sin metoddiskussion flertalet brister i deras studie beträffande dels stimuli-materialets utformning, och dels att flera deltagare ifrågasatt studien i termer av att de “inte förstod vad det var de hade gjort under träningen och att de inte förstod på vilket sätt detta kunde hjälpa deras sociala ångest” (Ek & Åbyhammar, 2018, sid 32). Detta antyder att behandlingen generellt hade låg självklar validitet (eng: *face-validity*). Utöver detta lyfter de även att många deltagare hade högt ställda förväntningar på behandlingen utifrån dess nydanande utformning, och att det riskerade att ha gjort dem något besvikna när den inte motsvarade det deltagarna hade föreställt sig (Ek & Åbyhammar, 2018).

Även i den andra CBM-studien av Ma et al. (2019), minskade symtomen på social ångest (uppmätt med LSAS-SR) signifikant mellan förmätning och eftermätning en vecka efter behandlingen – men förvånansvärt nog i större utsträckning för kontrollgrupperna ($d = 0,52 - 0,82$) än för de som genomgått behandlingen ($d = 0,32 - 0,37$). Detta samtidigt som ingen signifikant förändring av uppmärksamhetsbias kunde noteras i den studien heller. Det senare gör att det även i denna studie alltså är minst sagt problematiskt att härleda symtomreduktionen till behandlingsinterventionen.

I båda de studier som föregick min behandlingsstudie, förbättrades alltså deltagarna väsentligt vad gäller symtomgrad för social fobi, *trots* att de anmodat verksamma mekanismerna i behandlingarna i praktiken inte var på plats. Vid tre månaders uppföljning (det vill säga vid förmätningen av förevarande behandlingsstudie – se Tabell 4, sid 23) hade resultaten på huvudutfallsmåtten LSAS-SR minskat till i genomsnitt 52,84 (SD 24,18) och 52,14 (SD 24,17) för deltagarna i denna studies respektive behandlingsgrupper (dsKBT respektive tKBT). Båda dessa siffror låg alltså under de 60 poäng som anmodas antyda generaliserad social fobi på utfallsmåttet LSAS-SR (Fbanken, 2020). Detta går att jämföra med CBM-studiens förmätningar (se Tabell 2), där förevarande studies deltagare skattade 67,85 (SD 21,07) i dsKBT-gruppen och 66,14 (SD 24,79) i tKBT-gruppen. Vad denna minskning beror på går inte att fastställa, men potentiellt sett kan den tänkas begränsa resultatspridningen i denna studie, jämfört med om deltagarna istället hade varit helt obehandlade när den initierades, eller i vart fall hade haft högre grad av kvarvarande symtom. Det ska dock noteras att deltagarna i genomsnitt fortsatt befann sig gott över gränsen på 30 poäng (det vill säga gränsen för trolig social

fobi enligt Fbanken (2020)) – alltså det värde som deltagarna var tvungna att skatta över för att inkluderas i studien.

Taylor (1996) påvisar att placeboeffekter förekommer även i psykologisk forskning, och undertecknad menar att en sådan skulle kunna utgöra en av flera möjligt bidragande orsaker till CBM-studiernas resultat. Noterbart är dock, att trots att symtomlindring ju faktiskt hade skett i CBM-studierna på gruppnivå, så ifrågasatte likväl många deltagare behandlingsinnehållets upplägg och nytta för deras socialfobiska besvär. Det kan inte uteslutas att CBM-studiernas låga face-validity möjligen gjorde deltagarna skeptiskt inställda, demoraliserade eller i vart fall omotiverade till att sedan ta sig an innehållet även i förevarande behandlingsstudie, vilket i förlängningen i så fall kan ha påverkat utfallet även i den.

För att ånyo återknyta till det tidigare temat *tid* kan det konstateras att även om viss variation vad gäller tidpunkter för för- och eftermätning bör ses som rimligt såväl i forskningsvärlden som i klinisk verksamhet (då allt för stränga tidsgränser i form av snävare tidsspänn sannolikt skulle leda till en ännu större felkälla i form av högre svarsbortfall) – kan det i just den här studien möjligen ses som extra olyckligt. Detta eftersom CBM-delstudierna som föregick denna studie båda uppvisade huvudeffekter av tid *trots* att behandlingsmekanismerna inte var verksamma. Oavsett vilka andra bakomliggande variabler som kan tänkas påverka denna huvudeffekt (placebo, oavsiktlig exponering eller något helt annat) kan det inte uteslutas att noggrannare monitorering av tid skulle ha gett en mer exakt förståelse för resultatet av denna studie.

Framtida forskning

Vid en potentiell replikering av förevarande studie rekommenderas såklart att i möjligaste mån minska antalet tidigare nämnda, potentiella felkällor – framför allt genom att se över dess metodologiska brister. Ett sätt att öka reliabiliteten skulle till exempel vara att komplettera självskattningsformulären i denna studie med diagnostiska intervjuer av något slag – till exempel över telefon eller videolänk. Detta skulle dock möjligen förta några av de fördelar som finns med internetbehandling i allmänhet (till exempel dess geografiska obundenhet och låga kostnad för administration och behandling), och för personer med social fobi i synnerhet (för vilka även enstaka möten med nya personer kan vara avskräckande nog för att de ska välja bort behandlingen helt).

Framtida studier bör utöver att jämföra diagnosspecifika och transdiagnostiska behandlingar med varandra, också jämföra dessa med en kontrollgrupp, för att få en tydligare fingervisning kring om utfallet av studien faktiskt går att härleda till behandlingsinterventionerna snarare än naturlig remission. Det går också att fundera över om ytterligare ett exklusionskriterium vid rekrytering bör vara att deltagaren inte får ha genomgått någon psykologisk behandling alls de senaste åren, för att minimera risken för att tillskriva den förevarande behandlingen effekter av en tidigare dito. Det skulle dock möjligen minska den externa validiteten något, då ett dylikt krav knappast skulle vara gångbart i faktisk klinisk verksamhet.

Vad gäller tidsaspekter av studieupplägget bör tidsintervallen för veckomätningar möjligen minskas något, så att tidpunkterna för behandlingens olika skattningar blir

åtminstone något mer distinkta och tydligare avskilda från varandra kronologiskt. Parallellt med att skattningarnas svarstid blir något mer begränsad, förespråkar jag samtidigt att takten med vilken respektive behandling genomförs, åtminstone i något högre utsträckning bör kunna påverkas av deltagaren själv – då ett mer dynamiskt behandlingsförfarande både förespråkas i behandlingsmanualerna och sannolikt även korrelerar högre med faktisk klinisk verklighet, vilket skulle öka den externa validiteten. Samtidigt bör behandlingsprocessen också vara helt automatiserad rent tekniskt, så att inga onödiga fördröjningar uppstår i behandlingsprocessen, och så att alla deltagare alltid får lika lång tid på sig att besvara olika skattningar oavsett när i kalenderåret de påbörjar behandlingen.

För att i åtminstone någon utsträckning kunna kontrollera följsamheten till behandlingen, rekommenderar jag också ett behandlingsupplägg i linje med Carlbring et al. (2006) och Carlbring et al. (2007). I ett sådant skulle deltagaren utöver skattningar också kunna få besvara ett par frågor kring föregående kapitelns innehåll (förslagsvis med fixerade flersvarsalternativ) – innan hen tillåts att gå vidare till nästa modul. Detta för att fastställa att åtminstone de mest grundläggande koncepten i kapitlet uppmärksammas. Det skulle vara ett förfarande som (om det automatiserades) inte genererade någon ytterligare administration, samtidigt som det skulle säkerställa såväl en minimal grad av följsamhet som att ge möjlighet till en kort repetition för deltagaren.

Sammanfattning av huvudfynd och avslutande diskussion

Syftet med denna studie var att utvärdera behandlingseffekterna av en internetdistribuerad diagnosspecifik KBT-behandling respektive en internetdistribuerad transdiagnostisk KBT-behandling mot social fobi ett år efter avslutad behandling. Studien har adresserat behovet av långtidsuppföljning genom att analysera data från en ettårsuppföljning, och har också kunnat bidra till forskningsläget genom att jämföra en transdiagnostisk behandlings effekt med en diagnosspecifik behandlings dito. Analysen har dessutom gjorts av en utomstående part, som inte varit engagerad i bakomliggande forskning eller utarbetning av någon av behandlingsmanualerna.

Deltagarna i denna studie randomiserades till antingen en diagnosspecifik eller en transdiagnostisk självhjälpsbehandling. Ingen interaktionseffekt av grupp och tid återfanns i resultatet från något av de fyra utfallsmåtten när ettårsuppföljningen jämfördes med förmätningen. En signifikant huvudeffekt av tid på det primära utfallsmåttet för grad av social fobi kunde däremot konstateras, men med en iögonfallande liten effektstyrka, och bara 1 av 145 deltagare, tillhörande den transdiagnostiska gruppen, bedömdes ha uppnått en klinisk signifikant förbättring under behandlingens gång vad gällde detta utfallsmått. En signifikant huvudeffekt av tid återfanns också i data från det sekundära utfallsmått som uppmätte generell ångestgrad - men även där med en modest effektstyrka. Inga statistiskt signifikanta huvudeffekter av tid återfanns för de övriga utfallsmåtten som mätte depressionsgrad respektive svårigheter med emotionsreglering. Studiens resultat påvisar i sammandrag alltså inga påfallande skillnader mellan behandlingsformerna vid långtidsuppföljning, vilket talar för att transdiagnostisk behandling bör anses lika effektiv som diagnosspecifik behandling.

Resultaten för denna studie avviker dock stort från det rådande forskningsläget, då utfallet för båda behandlingsbetingelserna är väsentligt sämre än det som presenteras i liknande, publicerade behandlingsstudier. Anledningarna till detta går inte att fastslå med säkerhet, även om flertalet olika potentiella orsaker har presenterats ovan. Möjligt bidragande orsaker skulle till exempel kunna vara det låga utnyttjandet av terapeutstöd, begränsning av möjlig resultatspridning till följd av tidigare studies behandlingseffekter och möjligen även lätt demoraliserade deltagare till följd av den tidigare studiens bristande face validity. Faktumet att deltagarna initialt hade sökt en helt annan typ av behandling än den de erhöll i denna studie kan också ha påverkat utfallet. Utöver detta bedöms också studiens tidsavgränsning vara problematisk, då båda behandlingarna möjligen skulle ha vunnit på att få pågå under åtminstone något längre tid – och i en takt som kunde styras i större utsträckning av deltagaren själv.

Sammanfattningsvis präglas denna studie av en rad metodologiska brister, vilka möjligen haft negativ inverkan på behandlingsutfallet. Utifrån detta bör resultaten från denna studie därför uttolkas med försiktighet.

Referenser

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(2), 241–254. doi:10.1017/S0033291708003590
- Aderka, I. M., Pollack, M. H., Simon, N. M., Smits, J. A. J., Van Ameringen, M., Stein, M. B., & Hofmann, S. G. (2013). Development of a brief version of the Social Phobia Inventory using item response theory: the Mini-SPIN-R. *Behavior Therapy*, 44(4), 651–661. doi:10.1016/j.beth.2013.04.011
- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(6), 673–690. doi:10.1017/S1352465816000229
- APA – American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- APA – American Psychiatric Association (n.d. a). Treatment: Cognitive Behavioral therapy for social anxiety disorder. Hämtad 5 dec 2019 från <https://www.div12.org/treatment/cognitive-behavioral-therapy-for-social-anxiety-disorder/>
- APA – American Psychiatric Association (n.d. b). Treatment target: Social Anxiety Disorder and Public Speaking Anxiety Psychological Treatments. Hämtad 21 nov 2019 från <https://www.div12.org/diagnosis/social-anxiety-disorder-and-public-speaking-anxiety/>
- 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. doi:10.1016/s0005-7967(01)00060-2
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., Ehrenreich-May, J. (2013a). *Unified protocol: diagnosöverskridande psykologisk behandling. Arbetsbok*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., Ehrenreich-May, J. (2013b). *Unified protocol: diagnosöverskridande psykologisk behandling. Terapeutmanual*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26(3), 815–830. doi:10.1037/a0036216
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., ... Gratz, K. L. (2016). Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. doi:10.1007/s10862-015-9514-x
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1920–1927. doi:10.1016/j.comppsy.2014.07.016
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., ... Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 92–101.

doi:10.1016/j.jad.2008.03.014

Canton, J., Scott, K. M., & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203–215. doi:10.2147/NDT.S23317

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. *The Clinical Psychologist*, 10(1), 30–38. doi: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: The Journal of Mental Science*, 190, 123–128. doi:10.1192/bjp.bp.105.020107

Carlbring, P., Nordgren, L. B., Furmark, T., & Andersson, G. (2009). Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: a 30-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 848–850. doi:10.1016/j.brat.2009.06.012

Chambless, D. L. (2014). Can we talk? Fostering interchange between scientists and practitioners. *Behavior Therapy*, 45(1), 47–50. doi:10.1016/j.beth.2013.08.002

Chartier, M. J., Hazen, A. L., & Stein, M. B. (1998). Lifetime patterns of social phobia: a retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, 7(3), 113–121. doi:10.1002/(SICI)1520-6394(1998)7:3<113::AID-DA3>3.0.CO;2-C

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneider (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford.

Consort. (n.d.). Retrieved 24 November 2019, from <http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort-2010/510-baseline-data>

Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences [Elektronisk resurs]*. Academic Press.

Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 429–441. doi:10.1002/jclp.10255

de Boer, M. R., Waterlander, W. E., Kuijper, L. D. J., Steenhuis, I. H. M., & Twisk, J. W. R. (2015). Testing for baseline differences in randomized controlled trials: an unhealthy research behavior that is hard to eradicate. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 4. doi:10.1186/s12966-015-0162-z

Ek, A.-K., & Åbyhammar, G. (2018). Att behandla social ångest i virtual reality genom modifiering av uppmärksamhetsbias. Psykologexamensuppsats, 30 hp, Uppsala Universitet, Uppsala.

Enoh, M. (2018). Diagnosöverskridande kontra diagnosspecifik internetbaserad KBT vid social ångest – en randomiserad behandlingsstudie. Psykologexamensuppsats, 30 hp, Stockholms Universitet, Stockholm.

Farchione, T. J., & Bullis, J. R. (2014). Addressing the global burden of mental illness: Why transdiagnostic and common elements approaches to evidence-based practice might be our best bet. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 124–126. doi:10.1016/j.cbpra.2013.12.003

Fbanken. (2020, 16 jan). Liebowitz Social Anxiety Scale , self-report LSAS-SR. Hämtad 16 januari 2020 från <https://www.fbanken.se/form/34/liebowitz-social-anxiety-scale-self-report>

Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 311–324. doi:10.1097/00004714-200106000-00011

- Fracalanza, K., McCabe, R. E., Taylor, V. H., & Antony, M. M. (2014). The effect of comorbid major depressive disorder or bipolar disorder on cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders, 162*, 61–66. doi:10.1016/j.jad.2014.03.015
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(2), 84–93. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x
- Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Sonnenstein, A., Clevberger, P., Bohman, B., ... Andersson, G. (2009). Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 195*(5), 440–447. doi:10.1192/bjp.bp.108.060996
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P., Andersson, G. (2013). *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. (2., [uppdaterade och utök.] uppl.) Malmö: Liber.
- Furmark, T., Tillfors, M., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 3*, 4–416.
- Gili, M., García Toro, M., Armengol, S., García-Campayo, J., Castro, A., & Roca, M. (2013). Functional impairment in patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 58*(12), 679–686. doi:10.1177/070674371305801205
- Glen, S. (2016, oct 16). Hedge's g: Definition, formula. Retrieved at 7 dec 2019 from Statistics how to website: <https://www.statisticshowto.datasciencecentral.com/hedges-g/>
- Grace-Martin, K. (n.d. a) Approaches to Repeated Measures Data: Repeated Measures ANOVA, Marginal, and Mixed Models - The Analysis Factor. The analysis factor website: Retrieved 6 dec 2019 from <https://www.theanalysisfactor.com/repeated-measures-approaches/>
- Grace-Martin, K. (n.d. b) Covariance Matrices, Covariance Structures, and Bears, Oh My! The analysis factor website: Retrieved 6 dec 2019 from <https://www.theanalysisfactor.com/covariance-matrices/>
- Grace-Martin, K. (n.d. c) The Unstructured Covariance Matrix: When It Does and Doesn't Work - The Analysis Factor. The analysis factor website: Retrieved 6 dec 2019 from <https://www.theanalysisfactor.com/unstructured-covariance-matrix-when-it-does-and-doesn%E2%80%99t-work/>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale (Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment (2004) 26, (41-54) DOI: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 30*(4), 315. doi:10.1007/s10862-008-9102-4
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry, 51*(1), 101–108. doi:10.1016/s0006-3223(01)01183-0
- Hedman, Erik, Tomas Furmark, Per Carlbring, Brjánn Ljótsson, Christian Rück, Nils Lindefors, and Gerhard Andersson. 2011. "A 5-Year Follow-up of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder." *Journal of Medical Internet Research 13* (2): e39.
- 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. doi:10.1016/j.invent.2015.02.003

Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Megen, H. J. G. M., Penninx, B. W., Cath, D. C., van den Hout, M. A., & van Balkom, A. J. L. M. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, *137*(1-3), 106–112. doi:10.1016/j.jad.2011.12.008

Ito, M., Bentley, K. H., Oe, Y., Nakajima, S., Fujisato, H., Kato, N., ... Barlow, D. H. (2015). Assessing depression related severity and functional impairment(warning) the Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS). *PloS One*, *10*(4). doi:10.1371/journal.pone.0122969

Javier Méndez Carrillo, F., Sánchez Meca, J., & Moreno Gil, P. J. (2001). Effectiveness of psychological treatments for social phobia: A meta-analytic study. *Psicologia Conductual*, *9*(1), 39–59. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0035030634&partnerID=40&md5=7e909de8d47fe9f28c553f3501b95ada>

Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R., ... Helstad, C. P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(12), 1999–2007. doi:10.1176/appi.ajp.158.12.1999

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lampe, L. A. (2009). Social anxiety disorder: Recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(10), 887–898. doi:10.1080/00048670903179111

Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C., & Andrews, G. (2003). Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychological Medicine*, *33*(4), 637–646. doi:10.1017/s0033291703007621

Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t07671-000

Ma, L., Kruijt, A-W., Nöjd, S., Zetterlund, E., Andersson, G., Carlbring, P. (2019). Attentional Bias Modification in Virtual Reality – A VR-Based Dot-Probe Task With 2D and 3D Stimuli. *Frontiers in Psychology* *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02526>.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *53*(2), 159–168. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830020077009

McCoy, E. (2017). Understanding the Intention-to-Treat Principle in Randomized Controlled Trials. *The Western Journal of Emergency Medicine* *18* (6): 1075–78.

McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*(1), 20–33. doi:10.1891/0889-8391.23.1.20

McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a ‘transdiagnostic’ approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, *49*(4), 491–505. doi:10.1348/014466509X476567

Merikangas, K. R., Stevens, D. E., Fenton, B., Stolar, M., O’Malley, S., Woods, S. W., & Risch, N. (1998). Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychological Medicine*, *28*(4), 773–788. doi:10.1017/s0033291798006941

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, *40*, 91–110. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.002

- Newby, J. M., Mewton, L., & Andrews, G. (2017). Transdiagnostic versus disorder-specific internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in primary care. *Journal of Anxiety Disorders, 46*, 25–34. doi:10.1016/j.janxdis.2016.06.002
- Newby, J. M., Twomey, C., Yuan Li, S. S., & Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 199*, 30–41. doi:10.1016/j.jad.2016.03.018
- Nordgreen, T., Havik, O. E., Ost, 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. doi:10.1016/j.brat.2011.10.009
- Norman, S. B., Allard, C. B., Trim, R. S., Thorp, S. R., Behrooznia, M., Masino, T. T., & Stein, M. B. (2013). Psychometrics of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) in a sample of women with and without trauma histories. *Archives of Women's Mental Health, 16*(2), 123–129. doi:10.1007/s00737-012-0325-8
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety, 23*(4), 245–249. doi:10.1002/da.20182
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H., & Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders, 252*, 9–18. doi:10.1016/j.jad.2019.03.063
- Păsărelu, C. R., Andersson, G., Bergman Nordgren, L., & Dobrea, A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy, 46*(1), 1–28. doi:10.1080/16506073.2016.1231219
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders, 68*(2-3), 221–233. doi:10.1016/S0165-0327(00)00323-2
- Pearl, S. B., & Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 46*, 11–24. doi:10.1016/j.janxdis.2016.07.004
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychological Treatments for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(2), 94–113. doi:10.1521/ijct.2008.1.2.94
- Random. (n.d.) What's this fuss about *true* randomness? Retrieved at 7 dec 2019 from <https://www.random.org/>
- Rapée, R. M., Abbott, M. J., Baillie, A. J., Gaston, J. E. (2007). Treatment of Social Phobia through Pure Self-Help and Therapist-Augmented Self-Help. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 191 (September): 246–52.
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*(3), 171–184. doi:10.1080/16506073.2014.897367
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review, 72*, 101751. doi:10.1016/j.cpr.2019.101751

- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of 'transdiagnostic' in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, *48*(1), 128–138. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1845056410?accountid=38978>
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, *49*(4), 282–288. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820040034004
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., ... Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(11), 902–909. doi:10.1016/j.brat.2009.07.003
- Shiny apps. (n.d.). Reliable change and Jacobson-Truax indices dashboard. Retrieved at 30 nov 2019 from https://awkruijt.shinyapps.io/JTRCI_dashboard/
- Skutch, J. M., Wang, S. B., Buqo, T., Haynos, A. F., & Papa, A. (2019). Which Brief Is Best? Clarifying the Use of Three Brief Versions of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *41*(3), 485–494. doi:10.1007/s10862-019-09736-z
- Social Anxiety Disorder and Public Speaking Anxiety | Society of Clinical Psychology. (n.d.). Retrieved 21 November 2019, from <https://www.div12.org/diagnosis/social-anxiety-disorder-and-public-speaking-anxiety/>
- 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*, 1092–1097. Retrieved from <https://jamanetwork.com>
- Statistiska centralbyrån. (2019, 20 juni). Utbildningsnivån i Sverige. SCB website: Retrieved 3 dec 2019 from <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivån-i-sverige/>
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1606–1613. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1606
- Sverige. Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning*. [Stockholm]: Socialstyrelsen.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *27*, 1–9. doi: 10.1016/0005-7916(95)00058-5
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., Mahoney, A. (2008a). Shyness 3: Randomized Controlled Trial of Guided versus Unguided Internet-Based CBT for Social Phobia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* *42* (12): 1030–40.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Drobny, J., Einstein, D. (2008b). Shyness 1: Distance Treatment of Social Phobia over the Internet. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* *42* (7): 585–94.
- Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, *6*, 107–114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- Watkins, E. (2015). An Alternative Transdiagnostic Mechanistic Approach to Affective Disorders Illustrated With Research From Clinical Psychology. *Emotion Review: Journal of the International Society for Research on Emotion*, *7*(3), 250–255. doi:10.1177/1754073915575400
- Weiller, E., Bisslerbe, J. C., Boyer, P., Lepine, J. P., & Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *The British Journal of Psychiatry: The*

Journal of Mental Science, 168(2), 169–174. doi:10.1192/bjp.168.2.169

Yonkers, K. A., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, 52(5), 637–643. doi:10.1176/appi.ps.52.5.637