

Långtidsuppföljning av internetadministrerad, affektfokuserad,  
psykodynamisk och vägledad självhjälpsbehandling för social fobi  
- 6 månader efter SOFIA-projektet

Matilda Bergman

Handledare: Per Carlbring

C-Uppsats, PSYKOLOGI III –METOD OCH STATISTIK, HT 2014

**STOCKHOLMS UNIVERSITET**

**PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN**

LÅNGTIDSUPPFÖLJNING AV INTERNETADMINISTRERAD  
AFFEKTFOKUSERAD, PSYKODYNAMISK OCH VÄGLEDD  
SJÄLVHJÄLPSBEHANDLINGEN FÖR SOCIAL FOBI

- 6 MÅNADER EFTER SOFIA-PROJEKTET

Matilda Bergman

Individer med Social Fobi känner en rädsla eller ångest som är överdriven i både frekvens och varaktighet samt att komorbiditeten är stark. Internetbehandling visat sig fungera bra vid behandling av Social fobi OCH utvärdering av terapi via internet är viktigt. SOFIA-projektet utgör den första internetadministrerade, affektfokuserade, psykodynamiska och vägleda självhjälsbehandlingen för social fobi. Syftet med den här studien var att undersöka långtidseffekten 6 månader efter avslutad behandling. Studien fokuserar enbart på behandlingsgruppen med 18 kvinnor och 18 män med en medelålder på 42.89 år. Skattningsinstrument som ligger till grund för resultatet är Liebowitz Social Anxiety Scale -Self Report, Patient Health Questionnaire - 9 samt The 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale. Skillnad mellan för och uppföljningsmätningen är observerbar för samtliga mätinstrument. LSAS-SR hade den största effekten på  $d=1.09$ . Slutsatsen är att ett preliminärt stöd för att behandlingsalternativet har en långtidseffekt finns.

I en studie gjord i USA kom man fram till att cirka 13 procent av populationen någon gång i livet drabbas av Social Anxiety Disorder (SAD). Det med en 12-månaders prevalens på 7,4 procent (Kessler, Petuk, Sampson, Zaslavsky & Wittchen, 2012). SAD handlar om mer än bara blyghet och kan skapa stora problem för en individ att leva sitt vardagliga liv. För att en person ska bli diagnostiserad med SAD krävs det att rädslan eller den ångest som personer i fråga känner är överdriven i frekvens och/eller varaktighet jämfört med vad som anses normalt i en given situation. Symtomen måste minst vara i 6 månader för att en diagnos ska vara rättfärdigad. Det är läkarnas uppgift att avgöra om en persons reaktion är överdriven. Deras åliggande är att utesluta andra svårighet som kan påverka individens mående. Personens ångest eller oro ska inte gå att härleda till andra problem, så som stamning eller fetma (American Psychiatric Association, 2000). I den här uppsatsen kommer SAD ha den svenska översättningen Social fobi för att undvika förvirring.

I Chartier, Walker och Stein (2003) undersökning redogjorde 52 procent av deltagarna som hade social fobi även för minst en annan livslång psykisk störning. Deras undersökning visade stark komorbiditet mellan social fobi, ångest och affektiva störningar. Livskvalitén har visats bli allmänt sämre för personer med social fobi och verkar drabba de flesta aspekterna i livet. Framförallt är utbildning och karriär problemområden och det kan även vara svårt för personen att utveckla romantiska förhållanden (Wittchen, Fuetsch, sonntag, Müller & Liebowitz, 2000). Wittchen et al. (2000) data tyder också på att social fobi som sjukdom inte är tillräckligt erkänt och de drabbade behandlas sällan av psykvården. Det trots att förebyggande av social fobi kan

leda till minskad risk för utveckling av samtidiga sjukdomar, som till exempel depression (Chartier et al, 2003).

Social fobi har visat sig att vara starkt associerat med funktionsnedsättningar av olika slag. Dessutom är det vanligt med känslor som social isolering samt självmordstankar. Jämfört med deltagare utan social fobi har de med känt en osäkerhet över vart de ska vända sig för att få hjälp, samtidigt som de är rädd för vad andra människor ska tro om dem i fall de söker behandling (Olfson, Guardino, Struening, Schneier, Hellman & Klein, 2000).

Slutsatsen Olfson et al (2000) drog utifrån deras data var att social fobi är förknippat med olika behandlingshinder. Det som kan göra social fobi svårt att upptäcka och diagnostisera kan delvis bero på ett av symtomen för diagnosen. Personer med social fobi har ofta ett undvikande beteende på grund av sin sociala fobi och därför kan tanken att söka hjälp vara för skrämmande. Trots att en diagnos som Social fobi kan orsaka stort lidande för en individ är det få som kan söka hjälp eftersom de har svårt att känna igen sig i beskrivningen av diagnosen eller uppfattar deras situation som en känslomässig störning (Olfson et al., 2000).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den mest utvärderade psykologiska behandlingen av social fobi (Heimberg, 2002). Trots det kommer fokus i den här studien ligga på affektfokuserad psykodynamisk korttidsterapi, då framförallt Affect Phobia Treatment (APT) (McCullough et al., 2003). Det eftersom behandlingsmaterialet som användes i det projekt (mer om det senare) som ligger till grund för den här studien kan härledas från de området.

APT utvecklades av McCullough et al. (2003), fokus i terapin är att lära sig hantera konflikter gällande affekter, så kallade affektfobier. Det antas att en persons sociala fobi grundar i att det finns underliggande känslor som väcker ångest och oro. En person med social fobi lär sig att utveckla strategier för att undvika de känslor som väcker ångest. Ett sådant försvar kan handla om symptomatiska beteenden som är förenade med de kriterier som diagnosen har, till exempel undvikandebeteenden. Man talar om två sorters affekter, De aktiverande affekterna som gör en mer sannolika att engagera och agera sig, och de hämmande som gör en mer sannolika att dra sig undan och att undvika (McCullough et al., 2003). Aktiverade affekter är ofta positiva känslor gentemot sig själv, men även ilska, sorg, rädsla, närhet, glädje. Det hämmande affekterna är till exempel ångest, skam, skuld och avsky (McCullough et al., 2003). APT går ut på att hjälpa personen med social fobi att synliggöra deras försvarsstrategier och få de att förstå vad det har för inverkan på deras liv. Målet är att få hen ge upp försvaren och tillåta sig att känna de undanträngda känslorna. Med andra ord går terapin ut på att bota den fobi hen känner för affekten. Det görs genom exponering för de känslor som väcker ångest och oro tillsammans med responsprevention mot försvaren (McCullough et al., 2003).

Då personer med social fobi har tendens att vara självkritiska (Cox, Fleet & Stein, 2004) är self-compassion ett viktigt område att arbeta med vid en APT-behandling (McCullough et al., 2003). Self-compassion kan beskrivas utifrån 3 komponenter; själv vänlighet, gemensam mänsklighet och mindfulness. Genom att var snäll och förstående mot sig själv samt se sina upplevelser som en del av något större och inte identifiera sig

med sina känslor kan man skydda sig själv mot negativa konsekvenser såsom depression (Neff, 2003). Forskning har visat att personer med social fobi ofta har en negativ bild av sig själv och framför allt sämre självkänsla jämfört med personer utan social fobi och därför bör man arbeta med self-compassion (Werner et al., 2012).

Internetbehandling vid social fobi har visat sig vara effektivt då det är en klinisk sjukdomsgrupp som på grund av sin problemkomplex kan ha svårigheter med att söka hjälp för traditionell behandling (Carlbring et al., 2007). I en av det första internetbehandlingsstudierna i Sverige erhöll deltagarna självhjälsprogram via nätet. Det i kombination med två stycken gruppssessioner med exponering in vivo (verkliga situationer) visade signifikant minskning av symtom i jämförelse med kontrollgrupp (Andersson et al., 2006). Även senare forskning där man bytte exponeringssessionerna mot veckovis behandlarkontakt via telefon påvisades samma goda resultat (Carlbring et al., 2007).

Den vanligaste typen av internetbehandling i Sverige är idag en kombination av biblioterapi, där läsning av böcker och samtal kring dessa ligger i fokus och terapi via e-post (Andersson et al., 2008). Det med en så kallad minimal behandlarkontakt (Carlbring & Andersson, 2006). Det har visat sig att behandlarens erfarenhet av terapi inte spelar någon större roll för slut resultaten (Andersson, Carlbring & Furmark, 2012). Enligt socialstyrelsen riktlinjer är KBT förstahandsalternativet vid behandling av social fobi. Därefter kommer både SSRI-preparat (Antidepressiva läkemedel) och internet baserad KBT (IKBT). Inte förens på prioriteringsgrad 9 hittar man psykodynamisk kortidsterapi (Riktlinjer, 2014). IKBT har ett måttligt starkt vetenskapligt stöd när det gäller effekter vid social fobi, Dock saknas vetenskapligt underlag gällande huruvida andra typer internetadministrerade behandlingar kan ha verkan vid social fobi (SBU, 2013).

I en jämförelse mellan IKBT och internetadministrerad PDT (IPDT) för personer med generaliserat ångestsyndrom påpekades inga signifikanta skillnader mellan de två formerna. Båda terapiformerna visade sig leda till måttlig symtomreduktion hos de personer i behandlingsgruppen jämfört med de på väntelistan (Andersson et al. 2012a). I en studie av Johansson et al. (2012) visade en uppföljning som gjordes 10 månader efter avslutade behandling inriktad främst på depression att effekterna av IPDT kvarstod. Vid både Andersson et al (2012a) studie och Johansson et al (2012) utgick den psykodynamiska behandlingen från självhjälsboken, Making the leap av Silverberg (2005). Huvudsyftet var att hjälpa deltagarna att upptäcka och bryta det omedvetna mönster som påverkar dem negativt (Andersson et al. 2012).

I en studie testades självhjälsmanualen ATLAS, vilket är en översättning och delvis omarbetad version av Fredricks bok, Living like you mean it från 2009. Självhjälsboken baseras på McCulloughs APT (Johansson et al., 2013) inklusive hemuppgifter som Johansson et al (2013) lagt till efter varje kapitel. Syftet med undersökning var att utvärdera internetadministrerad affekt fokuserad psykodynamisk självbehandling vid depression och ångest. Behandlingsgruppen i studien fick genomgå en 10 veckors behandling. Det primära mätinstrumenten som användes var Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) för depression repektive Generalized Anxiety Disorder Screener-7 (GAD-7) (Spitzer, Kroenke,

Williams & Löwe, 2006) för ångest. Resultaten från studien visade en minskning av symptom vid både depression och ångest. Behandlingen visade även ge positiva effekter vid emotionell bearbetning och mindfulness. I behandlingsgruppen uppskattade 56 % av deltagarna att de var mycket eller väldigt mycket bättre direkt efter avslutad behandling. Vid uppföljningsmätningen 7 månader senare låg den siffran på 52%, vilket tyder på en behandlingens effekterna är stabila över tid (Johansson et al., 2013).

Sutherland, Tupler, Colket och Davidson (1996) undersökte hur väl effekterna av farmakologisk behandling för social fobi stod sig långsiktigt. 2 år efter avslutad 10 veckors behandling med Clonazepam eller placebo mättes deltagarnas upplevda symtom. Resultatet från efter mätningen visade att deltagarna som fick Clonazepam mådde signifikant bättre än de som fick placebo. I senare forskning gjord på patienter som medicinerades under en längre tid visade också att behandlingseffekten kvarstod. Dock endast om de fortsatta att ta sin medicin eftersom symtomen återkom när patienterna slutade medicinerna (Brunello et al., 2000).

I en studie undersöktes skillnaden i effektstyrka mellan Psykodynamisk terapi (PDT) och Kognitiv beteende terapi (KBT) vid behandling av social fobi. Resultaten från mätningarna direkt efter avslutad behandling och uppföljnings mätningarna, som ägde rum 3 månader respektive 1 år efter visade en klinisk signifikant förändring av social fobi för båda terapiformerna. Studien påvisa heller att det inte fanns någon större skillnad på hur effektiva behandlingsformerna var (Bögels, Wijts, Oort & Sallaerts 2014)

Långtidseffekter vid internetbaserad KBT (IKBT) vid social fobi har visat sig vara positiva. I en studie av Bergman (2006) undersöktes behandlingseffekterna 30 månader efter avslutad IKBT. Det inom ramen för SOFIE 2,5 (Social fobi behandling via internet i kombination med exponering) projektet. Inomgruppseffekten visade sig vara stor med ett Cohens  $d$  på 1.84 för LSAS-SR vid jämförelse mellan för och 30 månadersmätningen. Även visades det att deltagarna skattade en signifikant lägre grad av ångest på samtliga social fobi skalor (Bergman, 2006).

#### *SOFIA-Projektet*

Forskare vid Stockholms Universitet har utfört tillsammans med Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande vid Linköpings universitet forskningsprojektet; Social fobi- behandling via internet med affektterapi (SOFIA), Den utgör den första internetadministrerade, affektfokuserade, psykodynamiska och vägleda självhjälpsbehandlingen för social fobi. Syftet med studien var att undersöka om terapin ger minskad social ångest samt ökad livskvalitet hos personer med social fobi (SOFIA-projektet, 2014). Deltagarna randomiserades in till två grupper, en kontroll och en behandlingsgrupp. Behandlingsgruppen fick genomgå en 10 veckor lång affektfokuserad internetadministrerad självhjälpsbehandling med viss guidning från behandlare. Kontrollgruppen fick under samma period fylla i veckomätningar samtidigt som de stod på en inaktiv väntelista till senare behandling. (Jansson & Jonsson, 2014)

De oberoende variablerna i studien var dels tidsperioden mellan för och eftermätning samt de två grupperna, behandling och kontrollgruppen. Screeningsinstrumenten Liebowits Social Anxiety Scale-Self Rated (LSAS-SR) (Baker, Heinrichs, Kim &

Hofmann, 2002), PHQ-9 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) och GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, Löwe, 2006) användes som beroende variabler. Även mått som Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998) samt Clinical Global Impression (CGI) (Guy, 1976) användes. Inom SOFIA-studien utfördes ytterligare ett examensarbete där skattningsformulären Emotional Processing Scale (EPS-25) (Baker, Thomas, Thomas & Owens, 2007) och Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF) (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2010) användes. En svensk översättning användes för både SCS-SF och EPS-25 (Jansson & Jonsson, 2014).

#### *Behandlingsprocedur*

Alla deltagare välkomnades samt fick information gällande behandlingsstart via e-post. Starten för behandlingsgruppen var i början av februari 2014 och för kontrollgruppen började behandlingen i slutet av april samma år. Deltagarna fick även en egen inloggning till en sida i ett krypterat kontakthanteringssystem, där identifiering med sms-kod krävdes vid varje inloggning. Kontakten mellan deltagare och behandlare skedde i huvudsak via detta krypterade kommunikationssystem. Varje vecka bads samtliga deltagare att fylla i självskattningsformulären LSAS-SR, EPS-25 och SCS-SF. Påminnelser skickades ut via sms och e-post för att få en hög svarsgrad. Den aktiva behandlingsgruppen fick ta del av nio stycken moduler vilka innehöll textbaserad information samt hemuppgifter. Innehållet i delarna och själva behandlingsmanualen, bestod av en översättning av självhjälpsboken, *Living like you mean it* (Frederick, 2009) som även användes i Johansson et al. (2013) studie. (Jansson & Jonsson, 2014)

Meningen var att deltagarna skulle genomföra ett kapitel i veckan med en deadline söndagar 24.00 för inlämning av tillhörande uppgifter. Då behandlingen skulle vara i 10 veckor gavs det en vecka som kunde användas vid behov. Innan deltagarna fick tillgång till nästa kapitel fick de feedback från sin behandlare, bortsett i undantagsfall där en kunde få tillgång till nästa kapitel utan att ha slutfört kapitlet innan. Vid behandlingsperiodens slut genomfördes eftermätningar med alla deltagare, där LSAS-SR, PHQ-9, GAD-7, EPS-25, SCS-SF fylldes i igen. Samtliga deltagare kontaktades även via telefon för en uppföljande M.I.N.I.-intervju samt CGI-skattning. De som hade kapitel kvar att läsa vid behandlingsperiodens slut fick tillgång till dessa efter genomförd eftermätning (Jansson & Jonsson, 2014).

#### *Behandling*

Som tidigare nämnts är behandlingen i SOFIA-projektet baserad på Fredericks bok, *Living like you mean it* (Frederick, 2009). Bokens syfte är att få läsaren att utveckla en förståelse och få en kontakt med de känslor hen känner. Frederick (2009) beskriver det som att en måste kunna stanna kvar i känslan samt förmå att uttrycka dem till andra. Han lyfter främst fram känslor som glädje, kärlek, ilska, ledsenhet, rädsla samt skam och skuld som bör ligga i fokus i behandlingen. Grundprinciperna är ungefär samma som används i McCulloughs affektfobiterapi (APT) (McCullough et al., 2003) Som står beskrivet ovan .

Björklund och Hornborg (2012) översatte *Living like you mean it* (Frederick, 2009) till svenska. Texten granskades språkmässigt och gjordes lämplig för behandling via internet av Robert Johansson (Jansson & Jonsson, 2014). Åt textmaterialet lades

övningar till, som var inlästa som ljudfiler i Mp3-format (Björklund & Hornborg, 2012). För SOFIA-projektet lades det även till en introduktion med en närmande beskrivning av diagnosen social fobi, samt att vissa exempel i texten omarbetades för att bättre spegla problematiken vid social fobi. För studien tillkom också ett till kapitel om Self-compassion, vilket innebar att behandlingen bestod av 9 moduler. Anledningen till det är att höga nivåer av självkritik och skam ofta förekommer hos personer med social fobi (Cox, fleet & Stein, 2004). Såväl MacBeth och Gumley (2012) som van Dam, Sheppard, Forsyth och Earleywine (2011) har funnit kopplingar mellan bristande self-compassion och problematik som ångest, nedstämdhet och stress. Kapitlet författades av Färdig & Karlsson (2014).

I tabell 1 uppvisas kortfattat varje moduls innehåll, det viktigaste sammanfattas samt att alla kapitel hemuppgifter redovisas.

Tabell 1.  
*Behandlingens 9 kapitel*

Kapitel	Innehåll
Kapitel 1	Introduktion till diagnosen, behandlingen, och om internet-administrerad behandling samt terapeutens roll beskrivs. Psykoedukation kring känslor samt teori kring begreppen affektfobi och försvar berörs. I hemuppgiften får deltagaren visa att han eller hon ha förstått materialet samt reflektera över egna känslofobier.
Kapitel 2	Beskrivning av hur känslofobier uppkommer och hur tidiga relationer kan påverka detta. I hemuppgiften får deltagaren reflektera över det känslomässiga klimat som varit dominerande under uppväxten samt reflektera över hur hans eller hennes sätt att hantera känslor idag.
Kapitel 3	En Beskrivning av skam och självkritik samt introducerar begreppet self-compassion. Hemuppgiften är att föra dagbok över händelser som väcker skuld och skam samt övning i self-compassion.
Kapitel 4	Introduktion till emotionell mindfulness, målet är att deltagaren ska lära sig att närma sig sina känslor med medveten närvaro. Hemuppgiften består av övningar i emotionell mindfulness som antingen kan genomföras med hjälp av text eller ljudfiler.
Kapitel 5	Beskriver försvar samt deras funktion och konsekvenser. Hemuppgiften handlar om att deltagaren får identifiera sina egna försvar.
Kapitel 6	Handlar om hantering av den ångest som uppkommer när försvaren börjar identifieras och ifrågasättas. Hemuppgiften innehåller övningar i ångestreglering, finns både i text- och ljudformat.

- 
- Kapitel 7    Kapitlet avser att lära deltagaren att känna sina känslor fullt ut samt vara närvarande i känslan. Hemuppgiften består av olika övningar via text eller ljudformat som syftar till att hjälpa deltagaren att vara mer närvarande i sina känslor.
- Kapitel 8    Fokus på kommunikation av känslor till omgivningen. Olika tekniker för det introduceras. Hemuppgiften består av övningar där deltagaren får träna på att kommunicera sina känslor till omgivningen.
- Kapitel 9    Sammanfattning av behandlingens innehåll. Hemuppgiften består av att deltagaren sammanfattar sin egen utveckling samt reflekterar kring viktiga aspekter att ta med sig från behandlingen för att kunna bibehålla uppnådd effekt av behandlingen och hindra återfall.
- 

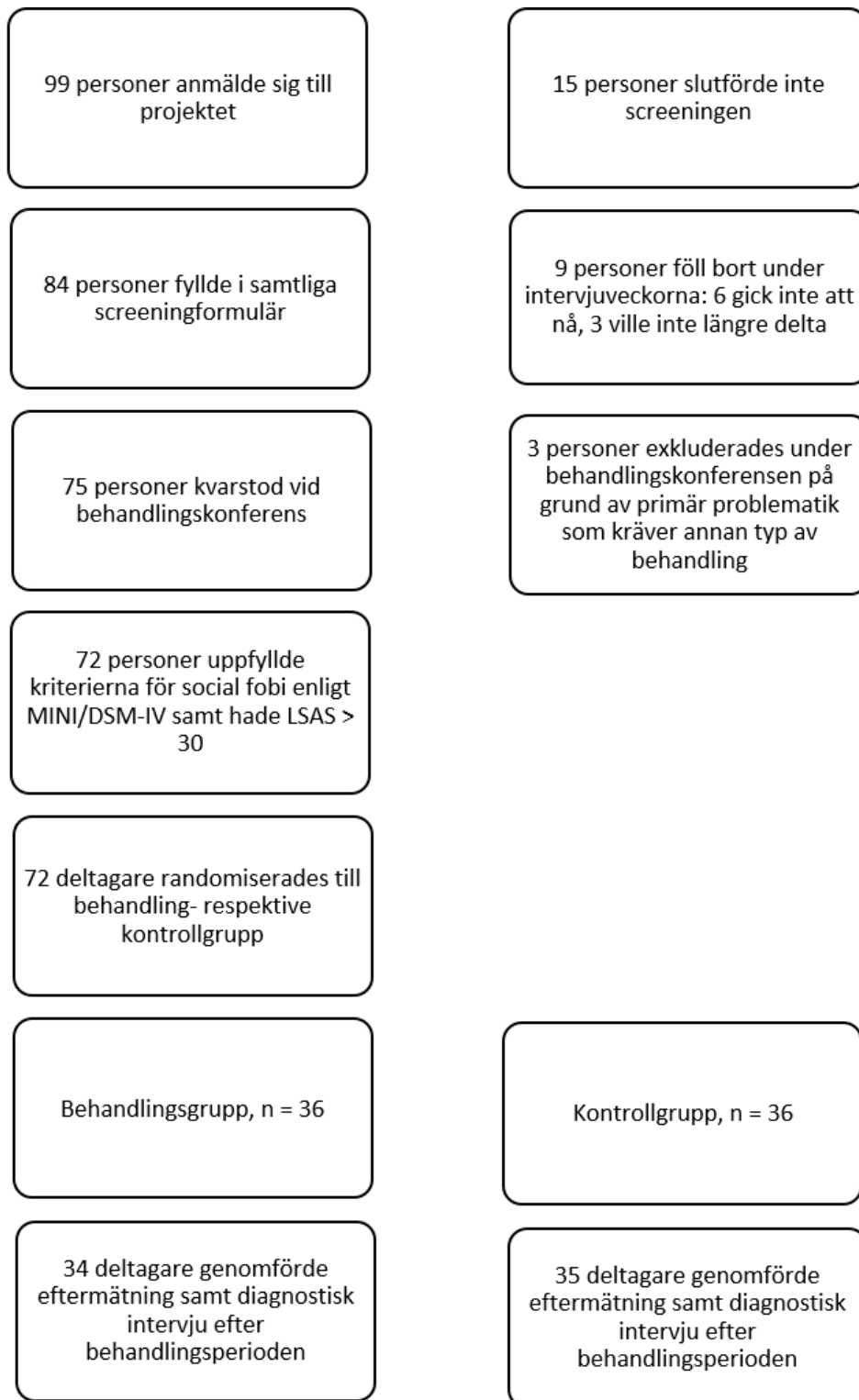
#### *Rekrytering av deltagare*

Rekryteringen till studien skedde via annonsering i Dagens Nyheters kulturbilaga (söndagen den 19 januari 2014). Det annonserades också ut på webbsidor så som [www.nojesgudien.se](http://www.nojesgudien.se) och [www.folkbladet.se](http://www.folkbladet.se). Studien kungjordes dessutom via websidan [www.studie.nu](http://www.studie.nu), via pressmeddelanden på Linköpings Universitets hemsida samt med flyers uppsatta på campusområdes anslagstavlor. Spridning på sociala medier såsom Facebook och Twitter förekom. Annonserna hänvisa till SOFIA-projektets hemsida, [Sofia.iterapi.se](http://Sofia.iterapi.se). Där gick det att finna utförlig information om studien och hur man skulle gå till väga för att anmäla sig. Kriterier som krävdes för att komma med i studien och information om sekretess och säkerhet fanns beskrivet. Deltagarna fick även veta att ingen ersättning utgick i samband med deltagande i studien, samt att tillgång till dator, internet krävdes av deltagarna och att eventuella kostnader för utskrifter skulle förekomma (Jansson & Jonsson, 2014).

Intresseanmälan och förmätningen bestod av screeningsinstrumenten LSAS-SR, PHQ-9 SCS-SF och EPS-25. Vid anmälan till studien fick deltagarna fylla i ett samtyckesformulär gällande hanterandet av personuppgifter enligt personuppgiftslagen. Flertalet kriterier formulerades dels för att säkerställa efterföljande av etiska riktlinjer, dels för att säkerställa att de individer som erbjöds deltagande i studien hade möjlighet att tillgodogöra sig den aktuella behandlingen. Exempel på kriterier var att en måste uppfylla diagnos social fobi enligt MINI/DSM-IV, vara över 18 år och att de som sökte behärska svenska, både i tal och skrift (Jansson & Jonsson, 2014).

Ett flödesschema över rekryteringsprocessen redovisas i Figur 1. Sammanlagt anmälde 99 personer sitt intresse av att delta i studien. 15 individer slutförde ej screeningen, De resterande deltagarna ringdes upp för en klinisk intervju med hjälp av bedömningsinstrumentet M.I.N.I. 9 av de 84 föll bort efter intervjuerna, 6 stycken gick inte att nå och 3 stycken var inte längre intresserade att delta i studien. Intervjuerna utfördes av fyra studenter på psykologprogrammets tionde termin. Intervjuernas syfte var att bedöma huruvida deltagarna uppfyllde kriterierna som krävdes för studien samt att göra en klinisk bedömning och få en bild av deltagarnas problematik (Jansson & Jonsson, 2014).





Figur 1. Flödesschema över inklusion, exklusion, randomisering och bortfall (Jansson & Jonsson, 2014).

Det genomfördes 3 stycken behandlingskonferenser efter intervjuerna. Där diskuterades deltagarna en och en, syftet var att komma fram till om ett deltagande i behandlingsstudien skulle vara till nytta för just den individen. Det som låg till grund för de beslut som fattades var dels intervjuerna samt resultaten från självskattningsinstrumenten. De som medverkade i konferenserna var de fyra psykologstudenterna inklusive projektansvarig och professor i klinisk psykologi Gerhard Andersson. För att få delta i behandlingsstudien behövde deltagarna uppfylla diagnosen social fobi enligt M.I.N.I. och DSM-IV, ha högra poäng än 30 på LSAS-SR samt uppleva en betydande negativ påverkan på livskvalitet på grund av problematiken. Givetvis var behandlingen frivillig och deltagarna kunde avsluta när de själva ville. De var 3 stycken deltagare som efter konferenserna exkluderades då det bedömdes att annan typ av behandling skulle passa bättre dem. Det som kvarstod randomiserades till två grupper, Vilket gjordes av en oberoende person med hjälp av ett webbaserat program vid namn [www.random.org](http://www.random.org). För att säkerställa att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna genomfördes olika tester. Dels genomfördes ett t-test gällande skillnaden mellan grupperna på LSAS-SR. Inga signifikanta skillnader hittades och grupperna ansågs som homogena (Jansson & Jonsson, 2014).

Eftermätning samt data från uppföljande telefonintervjuer samlades in från 69 deltagare. Ungefär hälften av deltagarna använde medicin eller hade tidigare medicinerat för psykiska problem. En stor del hade även erfarenhet av tidigare psykologisk behandling. 6 % av deltagarna hade en pågående behandlingskontakt. Där gjordes bedömningen att denna kontakt inte skulle ha påverkan på utfallet av behandlingen i den aktuella studien. Bland deltagarna var de många som även uppfyllde kriterierna för pågående depression och komorbiditet var vanligt. Medelvärdet för det totala antalet uppfyllda diagnoser för varje deltagare var 1.96 (se Tabell 2) (Jansson & Jonsson, 2014).

Tabell 2

*Förekomst av diagnoser och komorbiditet. Redovisat i frekvens (procentandelar). För komorbiditet redovisas medelvärde, (standardavvikelse) samt minimalt och maximalt värde. Behandling n = 36, kontrollgrupp n = 36, totalt N = 72 (Jansson & Jonsson, 2014).*

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp	Totalt
Social fobi	36 (50%)	36 (50%)	72 (100%)
Depression	10 (28%)	11 (31%)	21 (29%)
Generaliserat ångestsyndrom	9 (25%)	6 (17%)	15 (21%)
Komorbiditet (totalt antal diagnoser inkl. social fobi)	2.00 (1.146) 1-5	1.92 (1.339) 1-6	1.96 (1.238) 1-6

### *Syfte och frågeställningar*

Syftet med den här studien var att undersöka huruvida behandlingseffekterna hos deltagarna i behandlingsgruppen som deltog i SOFIA-projektet höll sig över tid.

### *Frågeställningar*

1. Vilka effekter finns vid långtidsuppföljningen för respektive självskattningsformulär.
2. Står sig behandlingseffekterna över tid, skedde det ytterligare en förbättring efter behandlingen.

Hypotesen är att behandlingseffekten har kvarstått och att den största effekten finner man mellan för och uppföljningsmätningen för formuläret Liebowitz Social Anxiety Scale- Self Report (LSAS-SR) då behandlings huvudsyfte är att minska social fobi.

## Metod

### *Undersökningsdeltagare*

Den data som ligger till grund för den här studien samlades in från behandlingsgruppen i SOFIA-projektet (Se rekryteringsprocessen som är beskriven i inledningen, samt figur figur 1) Behandlingsgruppen bestod av 36 deltagare där 34 av dem genomförde efter avslutad behandling en intervjun samt eftermätning. Gruppen bestod av 18 kvinnor och 18 män, Medelåldern låg på 42.89 år med en Standardavvikelse på 13.270. Den äldsta var 67 år och yngsta 23 år.

### *Material*

Mättningsresultat i form av självskattningsformulär som gjordes före behandling tillsammans med de som genomfördes efter avslutad behandling (Jansson & Jonsson, 2014). Samt mätresultaten från uppföljning 6 månader efter avslutad behandling. De mätinstrument som använts i studien har valts utifrån deras goda psykometriska egenskaper gällande intern konsistens samt test-retestreliabilitet. Intern konsistens är hur väl olika delar av ett mätinstrument korrelerar med varandra (Cicchetti, 1994) och uppskattas med Cronbachs alfakoefficient ( $\alpha$ ) (Field, 2009). En alfakoefficient på .70-.79 tolkas som acceptabel och .80-.89 som bra och där resultat över .90 anses mycket bra (Cicchetti, 1994). Test-retest reliabilitet beskriver hur väl två resultat med samma mått korrelerar med varandra vid två olika mättillfällen (Field, 2009). Enligt Cicchetti (1994) kan en test-retest reliabilitet på .40-.59 anses acceptabel, .60-.74 bra och .75-1 som mycket bra. De mått som användes i den här studien och som resultatet baseras på är följande:

### *Liebowitz Social Anxiety Scale- Self Report (LSAS-SR).*

Består ut av 24 situationer som estimerats obehagliga för en person med social fobi. 13 av dem avseende prestationsångest och 11 gäller sociala situationer. För varje situation ska undersökningsdeltagarna själva uppskatta hur stark rädsla/ångest respektive undvikande de känner. Det görs på en likertskala som sträcker sig från 0-3 där 0 är Ingen/aldrig och 3 är Stark/Vanligtvis. Från testet kan ett flertal delskalor härledas. Totalpoäng kan beräknas separat för rädsla/ångest och för undvikande i prestations och interaktionssituationer. Sammanlagd poäng för hela skalan får man genom att summera

totalpoängen för rädsla/ångest och undvikande för alla items (Heimberg et al, 1999). Ett gränsvärde på 30 har visat sig vara en bra gräns för delskalorna vid screening av social fobi (Rytwinski et al, 2009).

Heimberg och kollegor analyserade den totala poängen för hela LSAS samt för delskalorna vilket resulterade i ett omfattande stöd för tillförlitligheten och giltigheten av instrumentet (1999). Med ett Alfavärde på 0.95 för hela skalan och från 0.79 till 0.92 för delskalorna påvisar en hög intern konsistens. Enligt Baker, Heinrichs, Kim och Hofmann (2002) är test-retest reliabiliteten för det totala måttet av LSAS-SR bra,  $r = .83$ . Det har även visats vara ett mått som är känsligt för förändring och passar att använda i behandlingsstudier där förändring över tid undersöks (Baker, Heinrichs, Kim & Hofmann, 2002).

#### *Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)*

Är ett standardiserat självskattningsformulär som används för att upptäcka och bedöma svårighetsgraden av depression (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). PHQ-9 t består av 9 påståenden som utgår från diagnoskriterierna för depression i DSM-IV. Skattningen sker på en skala mellan 0 (inte alls) till 3 (nästan alltid), uppskattningen utgörs från det senaste 2 veckorna. Sista påståendet berör svårigheter och problem gällande arbete, i hemmet eller i kontakten med andra människor och besvaras på en skala från 0 (inga svårigheter) till 3 (extrema svårigheter) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Gränsvärdena 5, 10, 15 och 20 visar på mild, måttlig, medelsvår respektive svår depression, då totalpoängen är 27 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010). PHQ-9 har visat ha engod intern konsistens med en cronbach alfa på  $\alpha = .86-89$  och test-retestreliabiliteten uppnås till  $r = .84$  (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Kroenke et al. (2010) menar vidare att PHQ-9 är ett väletablerat instrument för att mäta depression både inom klinisk verksamhet och forskning.

#### *The 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)*

Ett självskattningsformulär som ska identifiera Generaliserad ångest syndrom (GAD) (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006). Deltagarna ombeds att svara på 7 påståenden. Svarsskalan är från 0-3 där 0 är inte alls och 3 är påtagligt. Vid 15-21 poäng uppskattas personen i fråga att ha svår ångest. GAD-7 har visat på en god reliabilitet och validitet både i primärvården (Spitzer et al., 2006) och i den generella populationen (Löwe et al., 2008). Måttets test-retest reliabilitet anses god,  $r = .83$  Samt att den interna konsistensen för GAD-7 anses god, med ett Cronbachs alpha på  $\alpha = .92$  (Spitzer et al., 2006).

#### *Procedur*

Deltagarna i behandlingsgruppen samt de i avhopsgruppen kontaktades via e-post en vecka innan eftermätningarna lades ut på forumet. De fick då veta att det var snart dags för att fylla i 6 månader mätningen samt hur viktigt deras medverkan är och har varit. Måndagen 20 Oktober 2014 fick samtliga ett SMS med information om att eftermätningen låg uppe samt en uppmaning om att logga in och fylla i den. För att öka svarskvoten skickades påminnelser ut via e-post och SMS varje dag i en veckas tid, och de som inte hade fyllt i slutet av veckan ringdes. Tillslut hade 28 av 36 personer deltagit i eftermätningen, det vill säga en svarskvot på ungefär 78 %. Eftermätningen bestod av

5 stycken självskattningsformulär, LSAS-SR, PHQ-9, GAD-7, EPS-24 och SCS-SF och uppskattades att ta ungefär 15 minuter att fylla i. För att få tillgång till mätningen krävdes det ett inloggningsnamn samt lösenord, vilket skickades ut personligen till varje deltagare via projektets krypterade forum. Ingen ekonomisk ersättning betalades ut till deltagarna men behandlingen var kostnadsfri.

#### *Etiska aspekter*

SOFIA-projektet design och tillvägagångssätt godkändes av Linköpings regionala etikprövningsnämnd. Informationen gick ut till alla deltagare att de när som helst kunde avbryta behandlingen och att deltagandet i studien var frivilligt. Man var även noga med att ta hänsyn och bedöma varje individ enskilt, där av kom 3 personer att exkluderas från behandlingsstudien då de bedömdes vara i behov av annan vård. All data som samlades in under projektets gång hanterades säkert via ett krypterat kontakthanteringssystem, det för att följa sekretess följerråden. Vid uppföljningsstudien användes samma system för att kontakta deltagarna.

#### *Bortfall*

Det var totalt 28 personer som medverkade i eftermätningen av 36 stycken, vilket ger en svarskvot på 78%. 8 personer valde att inte delta i uppföljningen av okänd orsak.

#### *Analys*

All data från LSAS-SR, GAD-7 och PHQ-9 analyserade med hjälp av SPSS version 22 (SPSS, 2013). Mixed- Effect Model (MEM) används för att räkna ut medelvärdena då forskning har visat att de är ett verktyg att lita på när det gäller upprepade mätningar. MEM använder all tillgänglig data och kan korrekt redovisa sambanden mellan mätningarna, samt att MEM hanterar bortfall på ett lämpligt sätt (Gueorgieva & Krystal, 2004). Flexibiliteten gör modellen till det bästa valet för den här studien. Uträkningen görs på varje enskild individs resultat vilket minskar risken för typ 1 fel. För att räkna ut Cohens d används för att redovisa effektstorleken, Där en inomgruppseffekt på  $d=0.50$  anses som liten, 0.80 som måttlig och 1.10 som en stark effekt (Öst, 2006).

### Resultat

Totalt var antalet som svarade på Internetformulären 28 av 36 (77.2%), Då 8 personer valt att helt avsäga sig att vara med vid 6- månadersmätningen användes Mixed Effect modellen vid analysen. Alla beräkningar har gjorts utifrån mätvärdena före behandling, efter behandling samt uppföljningsmätningen. Resultatet redovisas i tabell 3.

Tabell.3 *estimerade medelvärden, Standard Avvikelse (SD) och Standard Error (SE) för samtliga mättillfällen för alla självskattningsinstrument med Mixed - Effect Model. Samt effektstorlek med cohens d*

Formulär	Tillfälle	Medelvärde	SD	SE	Effektstorlek (d)	Tid (F)
LSAS-SR	Före	69.5	21.0	3.8		54.0***
	Efter	43.1	23.5	3.8		
	Uppf mån	6 44.1	24.5	4.0	1.09	
PHQ-9	Före	8.0	6.0	0.9		10.8***
	Efter	5.2	4.3	0.9		
	Uppf mån	6 5.2	5.3	0.9	0.45	
GAD-7	Före	8.7	4.3	0.7		10.0***
	Efter	5.4	4.3	0.7		
	Uppf mån	6 6.2	4.6	0.8	0.45	

Not: \*\*\*= .0001

## Diskussion

Omkring 13 procent av USAs befolkning beräknas att någon gång under sitt liv drabbas av Social fobi (Kessler, Petuk, Sampson, Zaslavsky & Wittchen, 2012), samt att en undersökning av Chartier, Walker och Stein (2003) rapporterade att cirka 52 procent av deltagarna diagnostiserade med social fobi även redogjorde för minst en annan livslång psykisk störning. Trots en hög komorbiditet med ångest och affektiva störningar är social fobi fortfarande inte tillräckligt erkänd sjukdom och få som är drabbade får hjälp av psykvården (Wittchen et al, 2000). Olfson et al (2000) menar att social fobi är förknippat med olika behandlingshinder, och att en av anledningarna till att de är så svårt att upptäcka och diagnostisera delvis beror på symtombilden för diagnosen. Personer med social fobi undviker ofta sociala situationer och därför kan man tänka sig att det blir svårt för dem att söka hjälp för sitt handikapp.

Trots att internetbehandling vid social fobi visat sig vara effektivt (Carlbring et al., 2007) är det ett relativt outforskat område. IGBT har ett måttligt starkt vetenskapligt stöd när det gäller effekter vid social fobi, Dock saknas vetenskapligt underlag gällande huruvida andra typer internetadministrerade behandlingar kan ha verkan vid social fobi (SBU, 2013). Syftet med föreliggande studie var att undersöka hur behandlingseffekterna av internetbaserad PDT såg ut bland det 36 personerna som tillhörde behandlingsgruppen i projektet SOFIA 6 månader efter avslutad behandling.

En skillnad mellan för och uppföljningsmätningen går det att observera för samtliga mätinstrument (se tabell 3). LSAS-SR har den största effekten på ett cohens  $d$  på 1.09, vilket enligt Öst (2006) är en stark inomgruppseffekt. Både PHQ-9 och GAD-7 för och uppföljningsmätningar visar på en inte så stark effekt, båda ligger under det Öst (2006) anser som liten. Dock är det fortfarande en skillnad mellan för och uppföljningsmätningarna och man kan därför bedöma att en behandlingseffekt finns, även då den inte är speciellt stark för några av instrumenten och att ingen fortsatt förbättring har skett, snarare att man kan se en liten försämring i resultaten jämfört med direkt efter behandlingen (se tabell 3).

Enligt tidigare studier har man inte kunnat finna några signifikanta skillnader i effektstyrka mellan PDT och KBT när det gäller behandling vid social fobi (Bögels, Witjs, Oort & Sallaerts, 2014). Då man jämför resultaten från föreliggande studie med en liknade studie där de använt sig av Internetbaserad KBT stämmer inte detta forskningsresultat. Bergman (2006) gjorde en uppföljningsmätningen 30 månader efter avslutad behandling och fick en effektstyrka på  $d=1.84$  för mätinstrumentet LSAS-SR. Om det beror på att internetbaserad KBT är bättre än Internetbaserad PDT är svårt att säga då det finns många variabler som kan ha påverkat mätresultaten i båda fallen. Det kan hända mycket i en människas liv under dessa månader som kan ha kommit att påverka deras mående, mer om det senare.

Anledningar för icke medverkande saknas men det kan tänkas att problem som att de som genomgått behandlingen inte längre känner sig manade att delta i vidare studier, att det ser sin medverkan som avslutad kan påverka svarskvoten. Det går inte heller att utesluta att de deltagare som valt att svara är de som blivit hjälpta av behandlingen. För att även få med bortfallet i analysen användes Mixed-effect metod. Vilket enligt tidigare forskning är den säkraste vägen att gå när man saknar data (Gueorgieva & Krystal, 2004). På grund av det anses resultatet som tillförlitligt trots saknad data.

Bryman (2012) nämner andra hot som kan påverka den interna validiteten, vilka några kan ses som aktuella i detta fall. Som exempel kan livshändelser påverka hur deltagarna svarar på eftermätningen, dödsfall i familjen, ändrade arbetsvillkor eller en förälskelse kan spela stor roll för resultaten. Enligt Bryman (2012) kan även inlärningseffekter ha en inverkan på resultatet. Det kan vara så att deltagaren blir van med att svara på formulären och att det tillslut inte ligger så mycket eftertanke i på hur de svarar utan att de istället svarar av gammal vana. En stor andel av det totala antalet deltagare hade tidigare erfarenhet av psykologisk behandling vilket även det kan ha påverkat behandlingseffekten, det framgår inte heller ifall deltagarna har fått hjälp på annat håll efter SOFIA-projektet. Valet av mätinstrument kan också ha en inverkan på den interna validiteten. I den här studien har de skattningsinstrument som valts goda psykometriska egenskaper såväl LSAS-SR, PHQ-9 som GAD-7 och kan där av tänkas öka den interna validiteten i studien.

Resultaten som SOFIA-projektet har gett kan tänkas vara generaliserbart då den forskningsdesign följer det råd som getts för att kunna generalisera. Bryman (2012) nämner att randomisering är en grundläggande faktor för att möjliggöra ett generaliserbart resultat, det för att sannolikheten ökar för att olika demografiska och skattade värden skall fördela sig slumpmässigt i grupperna (Clark-Carter, 2004). Dock

bör en jämförelse med kontrollgruppen i SOFIA-projektet göras innan man drar några konklusioner om allmän slutsats gällandes uppföljningsmätningen. Ytterligare något som kan ha kommit att påverka den externa validiteten i SOFIA-projektet i helhet rör det exklusionskriterie som användes gällande LSAS-SR. Där kravet för att få medverka i behandlingsstudien var att ha en skattning över 30 poäng på LSAS-SR. Det har medfört att personer med lägre skattning, det vill säga en lägre grad av social fobi uteslöts och därför saknar den bredd man kanske önskar att ha i ett forskningsprojekt. Dock måste man dra en gräns någonstans, men om det är fallet så borde man ha satt ett tak för hur höga poäng man fick ha också för att få ett mer specifikt syfte.

För framtida studier skulle det vara intressant att jämföra behandlingsgruppens uppföljningsresultat med kontrollgruppens resultat. Och även gå in mer djupgående i hur många moduler en deltagare har gått igenom påverkar deras långtidseffekt. Speciellt intressant skulle det vara och titta på de personer som inte gjorde modulen som lades till detta projektet, nämligen den om Self-Compassion. Man skulle kunna tro att förmågan att uppskatta sig själv påverkar en social fobi. Då det är svårt att se små individuella förändringar med bara skattningsformulär skulle det vara intressant att även göra en uppföljningsintervju med deltagarna. Det skulle ge en bättre bild av behandlingseffekterna av varje enskild person och skulle även ge information som kan komma till användning för att förbättra behandlingsplanen.

SOFIA-projektet utgör den första internetadministrerade, affektfokuserade, psykodynamiska och vägleda självhjälpsbehandlingen för social fobi. Föreliggande Studie syfte var att undersöka hur effekten av denna typ av behandling vid social fobi står sig över tid. Studiens primära hypotes gällande att effekten skulle kvarstå har visat sig ha gott stöd i resultaten, Samt att huvudinstrumentet LSAS-SR visade som väntat den största effekten. Sammanfattningsvis kan denna studie ge preliminärt stöd för att den internetadministrerade psykodynamiska affektfokuserade terapin är ett alternativ att använda vid social fobi då den positiva effekten av behandlingen håller i sig efter tid.



## Referens

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4th ed., rev.). Washington, D. C: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., et al. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 677-686.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldö, V., Waara, J. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *Journal of Technology and Human Services, 26*, 161-181.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Furmark, T. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *PloS ONE, 7*(5). e37411. doi:10.1371/journal.pone.0037411.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., Silverberg, F. (2012a). Internet-based psychodynamic vs. cognitive behavioural guided self-help for generalized anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*, 344-355.
- 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.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2003). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*. John Wiley & Sons.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research, 62*, 167-178.
- Bergman, L. (2006). Långtidseffekter av internetbaserad KBT vid social fobi (Opublicerad C-uppsats). Linköpings universitet Institutionen för Beteendevetenskap, Psykologprogrammet.
- Björklund, M., & Hornborg, C. (2012). ATLAS. En randomiserad kontrollerad studie av en affektfokuserad psykodynamisk behandling för depression och ångest via internet. (Examensarbete) Linköpings Universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande
- Brunello, N., Den Boer, J. A., Judd, L. L., Kasper, S., Kelsey, J. E., Lader, M., et al. (2000). Social Phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders, 60*, 61-74.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th ed.). New York: University Press.
- Bögels, S. M., Wijts, P., Oort, F. J., & Sallaerts, S. J. M. (2014) Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. An efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety, 31*, 363-373.
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist, 10*, 30-38.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: Randomized trial of internet delivered cognitive behaviour therapy and telephone support. *British Journal of Psychiatry, 190*, 123-128.

- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38.12, 728-734.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Clark-Carter, D. (2004). *Doing quantitative psychological research*. Hove: Psychological Press.
- Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82, 227-234.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3rd ed.). London: SAGE Publications.
- Frederick, R. J. (2009). *Living like you mean it: use the wisdom and power of your emotions to get the life you really want*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions. I W. Guy (Ed.), *ECDEU assessment manual for psychopharmacology* (pp. 217-222). Rockville: NIMH.
- Gueorgieva, R., & Krystal, J. H. (2004). Move over ANOVA- Progress in Analyzing Repeated- Measures Data and Its Reflection in Papers Published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 61, 310-317.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). *Psychometric properties of the liebowitz social anxiety scale*. *Psychological Medicine*, 29(1), 199-212.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for Social Anxiety Disorder. Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Mac, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jansson, A., Jonsson, L. (2014) SOFIA. En randomiserad kontrollerad studie av en internetadministrerad affektfokuserad psykodynamisk vägledad självhjälpsbehandling vid social fobi (Opublicerad Examensuppsats) Linköpings universitet Institutionen för Beteendevetenskap, Psykologprogrammet.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., & Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: A randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 7(5). e38021. doi:10.1371/journal.pone.0038021.
- Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: A randomized controlled trial. *PeerJ*, 1. e102. doi:10.7717/peerj.102.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. and Wittchen, H.-U. (2012), Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21, 169–184
- 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, 606-613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic anxiety and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345-359.
- Liebowitz, M.R.,(1987) Social Phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987;22:141-173.

- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Herzog, W., Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46, 266-274.
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia – a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(4), 521-527
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & van Gucht, D. (2010). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (2014) 20 November 2014 på [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/sokiriktlinjerna?search=social%20fobi&#listing](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/sokiriktlinjerna?search=social%20fobi&#listing)
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., et al (2009). "Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale". *Depression and Anxiety* 26 (1), 34– 38.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E et al. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSV-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl 20), 22-33.
- Silverberg, F. (2005). *Make the leap: a practical guide to breaking the patterns that hold you back*. New York: Marlowe & Company
- Steczko, J. (2004). SOFIE-projektet. Effekten av ett Internet-baserat självhjälsprogram med e-post stöd vid behandling av social fobi. (Psykologexamensuppsats) Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet: Uppsala.
- SOFIA-projektet. (2014) 18 November 2014 på <https://www.iterapi.se/sites/sofia/public/6-om-oss>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166, 1092-1097.
- Sutherland, S. M., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Davidson, J. R. T. (1996). A 2-years follow-up of social phobia. Status after a brief medication trial. *Journal of Nervous And Mental Diseases*, 184, 731-738
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Internetföremedlad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom*. (SBU Alert-rapport, nr 2013-02). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering
- van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.

Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, R., Philippe, Ziv, M., Heimberg, G. R. & Gross, J. J. (2012) Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 25, 543-558.

Wittchen, H.-U., Fuetsch, M., Sonntag, H., N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46-58.

Öst, L. G. (2006). *Kognitiv Beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur