

Diagnosöverskridande kontra diagnosspecifik internetbaserad KBT vid social ångest

– en randomiserad behandlingsstudie

Matilda Enoch

Handledare: Per Carlbring

Biträdande handledare: Philip Lidner

PSYKOLOGEXAMENSARBETE, 30 HP

PSYKOLOGPROGRAMMET, VÅRTERMINEN 2018

STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

DIAGNOSÖVERSKRIDANDE KONTRA DIAGNOSSPECIFIK
INTERNETBASERAD KBT VID SOCIAL ÅNGEST
– EN RANDOMISERAD BEHANDLINGSSTUDIE

Matilda Enoch

Social ångest är ett vanligt förekommande syndrom som kan medföra stort psykiskt lidande och betydande begränsningar i vardagen. Många drabbade lider dessutom av komorbida ångestsyndrom och/eller depression, och nyttan i att kunna behandla dessa individer med en enda intervention, snarare än flera diagnosspecifika program, är potentiellt stor. Syftet med denna studie var således att jämföra effekten av diagnosöverskridande och diagnosspecifik KBT, båda förmedlade via internet. Totalt randomiserades 147 individer till en av två behandlingar som genomgicks under nio veckors tid. Ingen statistiskt signifikant skillnad kunde påvisas mellan behandlingstyperna på det primära utfallsmåttet MINI-SPIN-R eller de sekundära utfallsmåtten OASIS och ODSIS. Bägge behandlingar genererade emellertid en signifikant minskad social och generell ångest ($d=1,025$ respektive $d=0,405$) men minskade inte de redan milda depressiva symptomen. Tillgång till terapeutstöd vid behov hade ingen modererande effekt på utfallet. Detta preliminära resultat indikerar att diagnosöverskridande KBT eventuellt kan vara likvärdigt diagnosspecifik KBT vid social ångest, men ytterligare forskning krävs för att uttala sig om kausalitet, långtidseffekter, lämplig behandlingsduration och frekvens, passande form och grad av terapeutstöd samt användbarhet i klinisk verksamhet.

Människan är i grunden en social varelse, och att hamna utanför den sociala kretsen ter sig för många som en skrämmande och plågsam situation. Att bli negativt bedömd av andra medför risk för just uteslutning från gruppen, och vår tendens att frukta negativ bedömning kan i mångt och mycket anses ytterst funktionell. För en betydande andel människor är dock denna rädsla så stor att den dagliga tillvaron blir påverkad med en nedsatt funktionsförmåga och ett stort personligt lidande. Social ångest, tidigare rubricerat *social fobi* i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) är ett vanligt problem som i lindrigare fall kan handla om en rädsla för att framträda inför andra, medan det i grövre fall medför generella svårigheter att umgås och samverka med andra människor (Herlofson, 2014). Upptagenheten vid hur man uppfattas och den överdrivna fruktan för att göra bort sig innebär att vissa sociala sammanhang ter sig så skrämmande att de uthärdas endast under stark ångest eller undviks helt och hållet (Rück & Hedman, 2016). Det sociala handikappet kan bli så betydande att det medför stora svårigheter att sköta ett arbete eller träffa en partner. Studier har exempelvis påvisat en högre risk för arbetslöshet (Lampe, Slade, Issakidis, & Andrews, 2003), en större sannolikhet att vara singel, separerad eller skild (Patel, Knapp, Henderson, & Baldwin, 2002) samt en högre tendens att vara otillfredsställd med sin huvudsakliga sysselsättning, vänskapsrelationer, fritidssysslor och familjeliv (Stein & Kean, 2000).

Tyvärr tyder undersökningar på att så mycket som varannan drabbad inte erhåller effektiv behandling, medan etablerandet av en behandlingskontakt för övriga ofta tar många år (Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring, & Andersson, 2013). Det råder inom många hälso- och sjukvårdsverksamheter brist på legitimerade psykologer, där en hög belastning på befintlig vårdpersonal och långa remissköer är en realitet. För individer som efterfrågar vård är en av de största källorna till frustration just att behöva vänta på att få hjälp (Vernmark & Bjärehed, 2013). Utöver att detta riskerar att leda till ett bristande förtroende för vården föreligger även risk att patientens situation förvärras om hen fortsätter använda sig av överksamma eller dysfunktionella sätt att hantera sina bekymmer i väntan på professionell hjälp. Obehandlade psykiatriska tillstånd kan även medföra en ökad risk för suicid (Socialstyrelsen, 2017).

Social ångest

Diagnoskriterier och vanliga symptom.

Inom den femte och senaste upplagan av diagnosmanualen Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) definieras social ångest som en ihållande, intensiv och överdriven rädsla för en eller flera sociala situationer som innebär risk för kritisk granskning av andra människor (American Psychiatric Association; APA, 2013). Dessa fruktade situationer kan bland annat innebära sociala interaktioner, att exempelvis föra en konversation eller träffa främmande människor, situationer där man blir iakttagen av andra, exempelvis att äta eller dricka i andras åsyn, eller situationer där man framträder inför andra, exempelvis att hålla ett tal eller ett föredrag. Dessa situationer framkallar så gott som alltid en grad av ångest eller rädsla som inte står i proportion till kontexten eller det reella hot som situationen utgör. Ofta är man rädd för att uppvisa symptom på ångest eller bete sig på sätt som kan medföra att man känner sig förödmjukad eller bortgjord, att man hamnar i en pinsam situation eller får sänkt självförtroende. Rädslan är så stark att livsföringen störs och man antingen undviker de fruktade sociala situationerna helt och hållet eller genomlider dem under stark ångest (APA, 2013).

Symptomen vid social ångest kan indelas i fyra huvudområden – kognitiva, fysiologiska, emotionella och beteendemässiga symptom (Furmark et al., 2013). Kognitiva symptom manifesteras vanligtvis genom en hög förekomst av självkritiska tankar som ofta handlar om att andra ser ned på en och tycker man är konstig eller dålig på olika sätt. Dessa förekommer ofta inför, under och efter en fruktad social situation i form av tolkningar av olika skeenden, förutsägelser om vad som ska ske, minnen från tidigare liknande situationer och bilder av olika slag. Inte sällan upplever individer med social ångest även att uppmärksamheten blir negativt påverkad i situationer där andra är närvarande eller ser på (Furmark et al., 2013). Man kan ha svårt att koncentrera sig och många vittnar om så kallade tankeblockader då individen blir helt oförmögen att registrera och bearbeta information utifrån. Medan uppmärksamheten gentemot omgivningen minskar blir istället självfokuseringen högre, och individen monitorerar noggrant det egna beteendet och de inre kroppsliga sensationerna vilka blir en källa att dra slutsatser från om hur andra uppfattar och bedömer den egna personen (Mörtberg, 2013). Mer eller mindre omedvetet

tenderar också uppmärksamheten att riktas mot sådant som signalerar hot eller fara, samtidigt som neutral eller tvetydig information ofta tolkas som negativ (Clark, 2001). En föredragshållare med social ångest tenderar exempelvis i högre grad än andra att tolka en gäspande åskådare som ett bevis på ett undermåligt framförande snarare än att tillskriva gäspningen till trötthet (Hofmann & Barlow, 2002).

När en situation väl tolkats som hotfull aktiveras rädsla eller ångest som bland annat kommer till uttryck i fysiologiska symptom (Clark, 2001). Kroppen reagerar då i enlighet med våra evolutionärt grundade kamp- eller flyktreaktioner vilket ofta manifesteras i exempelvis hjärklappning, svettningar och yrsel. Det är även vanligt att man rodnar, upplever illamående, får magsmärtor och diarré, och vissa individer får dessutom regelrätta panikattacker.

Vad gäller emotionella symptom är själva grundkänslan i problematiken rädsla eller ångest, men i och med att många med social ångest upplever sig begränsade i sina yrkesmässiga och sociala liv är det också väldigt vanligt med känslor av nedstämdhet och depression (Furmark et al., 2013). I mångt och mycket är social ångest även en diagnos som präglas av skam (Fergus, Valentiner, McGrath, & Jencius, 2010; Hedman, Ström, Stünkel, & Mörtberg, 2013), och inte sällan är skammen kopplad till en oförmåga att leva upp till alltför högt ställda krav på sig själv och sina prestationer (Furmark et al., 2013).

Beteendemässiga symptom vid social ångest är framförallt olika former av flykt- och undvikandebeteenden – att helt enkelt undvika olika sociala tillställningar, tacka nej till att umgås med vänner eller bekanta under vissa omständigheter, undvika gemensamma måltider på jobbet eller gå hem tidigare från sammankomster när det blir för jobbigt (Furmark et al., 2013). Då det emellertid ofta är omöjligt att helt undvika vissa sociala situationer utvecklar individer med social ångest ofta så kallade säkerhetsbeteenden, det vill säga beteenden som individen tar till för att känna sig något tryggare i situationen och för att undvika en befärad social katastrof (Clark, 2001). Dessa beteenden kan vara av konkret karaktär, såsom att hålla kaffekoppen med två händer för att man inte ska darra och spilla kaffe, eller att bära bylsiga kläder för att det inte ska synas att man svettas, eller de kan vara av mer subtil karaktär, såsom att undvika ögonkontakt eller sitta på en plats nära utgången. Säkerhetsbeteenden kan också vara i form av inre mentala processer, såsom att under ett samtal noggrant tänka igenom vad man ska säga innan man uttalar sig för att inte säga något ”dumt”, eller att ordagrant memorera vad man ska säga under ett föredrag. Ofta upplever individen sina säkerhetsbeteenden som ovärderliga för att kunna ta sig igenom fruktade sociala situationer, men dessvärre skänker de endast en falsk trygghet då de snarare fungerar som en bidragande faktor till att den sociala ångesten kvarstår (Furmark et al., 2013).

Etiologi och vidmakthållande faktorer.

Orsakerna bakom etiologin, uppkomsten, av social ångest är fortfarande inte fullständigt fastställda, men forskningslitteraturen presenterar en rad förklaringsmodeller (Furmark et

al., 2013). Ur ett evolutionärt perspektiv är rädslaemotionen och upplevelsen av ångest uppenbart fördelaktiga – bägge tjänar nämligen syftet att aktivera det icke-viljestyrda autonoma nervsystemet och därmed mobilisera individen (Barlow, 2002). Hjärtat slår fortare och hårdare för att pumpa ut mer blod till musklerna, syreupptagningen ökar, blodet omdirigeras till de större muskelgrupperna och uppmärksamheten centreras kring den potentiella faran. Att individen vid hot mobiliseras genom en rad fysiologiska, biologiska, kognitiva och emotionella reaktioner ökar våra chanser till överlevnad, och att dessutom retrospektivt kunna granska, förutse och planera inför framtida hot är en oerhört funktionell förmåga hos människan (Hofmann & Barlow, 2002). Ångest kan i mångt och mycket anses ha en varnande funktion som gör individen uppmärksam på potentiella faror och genererar användbara interna eller externa försvarsmekanismer som syftar till att skydda individens och/eller gruppens integritet. Då evolutionen premierar överlevnad framför lycka (Gilbert, 2002) är det dessutom fördelaktigt att ångestsystemet till sin natur är överkänsligt – det är bättre att fly en gång för mycket än en gång för lite (Rück & Hedman, 2016). Därtill kan vår tendens att frukta negativ bedömning anses fullt begriplig och funktionell ur ett evolutionärt perspektiv då negativ värdering innebär risk för uteslutning från gruppen och därmed förlust av de överlevnadsmässiga fördelar gruppen medför (MacDonald & Leary, 2005). Utifrån samma perspektiv är även känslan av skam funktionell då skam primärt syftar till att motivera till beteenden som är relationsfrämjande.

För att utveckla social ångest krävs emellertid att individen har en biologisk och psykologisk predisposition för just detta, och det finns evidens för en ärftlig etiologisk komponent bakom syndromet (Hofmann & Barlow, 2002). Medfödda tendenser till blyghet, vilket manifesteras väldigt tidigt i livet, tycks vara nära relaterat till social ångest (Turner, Beidel, & Townsley, 1990), och genom tvillingstudier har man bland annat kunnat påvisa att ärftliga faktorer tycks förklara omkring 25 % av uppkomsten till social ångest (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992).

Ur en inlärningsteoretisk utgångspunkt anses ångestreaktioner vara resultatet av olika inlärningsprocesser (Barlow, 2002). Genom så kallad klassisk betingning lärs våra reaktioner in via association, och för en individ med social ångest kan betingning innebära att något obehagligt skett i en social situation vilket lett till att situationen kommit att förknippas med starkt obehag och återföljs av undvikande. En individ som exempelvis blivit utskräddad under en presentation i skolan kan komma att få ångest av att hamna i fokus för andras uppmärksamhet därefter undvika att tala inför andra eller ta plats i sociala sammanhang. Detta kan leda till dåligt självförtroende och en bristande tillit till sin förmåga att hantera obehagliga situationer på ett adekvat sätt, och obehaget kan sedan generaliseras till andra liknande situationer (Furmark et al., 2013).

En av de mest vedertagna teoretiska modellerna för uppkomsten och vidmakthållandet av social ångest är Clark och Wells kognitiva modell (Clark & Wells, 1995; Clark, 2001). Denna utgår från att tidigare negativa sociala erfarenheter bidragit till utvecklandet av en

rad antaganden om den egna personen och dess omvärld. Dessa kan indelas i tre kategorier – (1) antaganden som reflekterar ytterst höga krav på sin sociala prestation, exempelvis ”Jag måste alltid låta intelligent” eller ”Jag får inte visa några tecken på svaghet”, (2) villkorade antaganden kring konsekvenserna av att bete sig på ett visst sätt, exempelvis ”Om jag rodnar eller uppvisar tecken på ångest kommer andra tycka att jag är inkompetent” eller ”Om jag är tyst kommer människor tycka jag är tråkig”, och (3) absoluta antaganden som rymmer värderingar om den egna personen, exempelvis ”Jag är dum” eller ”Jag är konstig”. Dessa antaganden leder till att individer uppfattar och värderar sociala situationer som hotfulla och predicerar sociala misslyckanden.

Då en individ med social ångest sedan inträder i en social situation som tolkats på det här viset framkallas en ökad grad av självfokusering (Clark, 2001). Denna noggranna observation av sitt egna beteende, sina tankar och känslor ligger till grund för slutsatser kring hur andra uppfattar individen vilket bidrar till konstruerandet av en förvrängd social självbild. Samtidigt aktiveras fysiologiska tecken på ångest som individen försöker dölja genom olika former av säkerhetsbeteenden. Dessa förhindrar individen från att uppleva att den befarade sociala katastrofen faktiskt inte inträffar, och man går miste om en chans att få sina negativa förutsägelser motbevisade eller få en korrekt bild av hur man hade kunnat klara av situationen. Dessutom bidrar nyttjandet av säkerhetsbeteenden till ännu mer självfokusering – ett uppmärksamhetsskifte som ofta intensifierar upplevelsen av ångest vilket skapar sin egen onda cirkel. Säkerhetsbeteendena och den självfokuserade uppmärksamheten vidmakthåller således den sociala ångesten genom att negativa antaganden kring den egna personen och andra inte tillåts dementeras (Clark, 2001).

Förlopp och prevalens.

Social ångest tenderar att debutera tidigt i livet, ofta i barndomen till tidiga tonåren (Chavira & Stein, 2005), och det tillhör undantagen att man utvecklar social ångest efter att man fyllt 25 år (Furmark et al., 2013). Ur ett utvecklingspsykologiskt perspektiv är detta begripligt med tanke på att tonåren är en sårbar period då många upplever ett vacklande självförtroende och en ökad känslighet för att bli granskad och bedömd (Furmark et al., 2013). Epidemiologiska studier tyder på att syndromet är något mer frekvent bland kvinnor än bland män med ett förhållande på 3:2 (Kessler et al., 1994) men inom kliniska miljöer tenderar könsfördelningen däremot att vara jämn eller snarare påvisa att majoriteten av individerna med social ångest är män (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005).

Den exakta förekomsten av social ångest är svår att fastställa, men i en svensk enkätstudie som avsåg undersöka prevalensen hos den generella svenska populationen påvisades att 15,6 % av respondenterna uppfyllde kriterierna för social ångest enligt DSM-IV (Furmark et al., 1999). Ungefär hälften av individerna med social ångest hade en relativt lindrig variant, medan totalt 6,1 % hade en medelstark form av social ångest, det vill säga upplevde en högre grad av lidande och/eller funktionsnedsättning inom flera livsdomäner. 1,9 % av populationen hade en grav social ångestproblematik. Social ångest är således en

folksjukdom, och då denna är obehandlad innebär den långvarigt lidande och betydande begränsningar i vardagen. Det är dessvärre väldigt vanligt att människor med social ångest inte söker psykiatrisk hjälp för sina besvär, utan uthärdar dem i många år eller till och med decennier innan någon professionell kontakt eftersöks (Furmark et al., 2013). Detta kan ha flera orsaker där bland annat en stor ångslan eller skam kan stå i vägen, eller en bristande kännedom om att professionell hjälp finns tillgängligt (Furmark et al., 2013).

Behandling av social ångest

Den psykologiska behandling som anses vara mest effektiv vid social ångest är *kognitiv beteendeterapi* (KBT; Furmark et al., 2013). KBT är ett samlingsnamn för behandlingsprogram sammansatta utifrån empirisk forskning inom inlärningspsykologi, socialpsykologi och kognitiv psykologi, och behandlingen kan generellt beskrivas som en handlingsorienterad terapiform som syftar till förändring av hur individen tänker, agerar och förhåller sig till olika upplevelser, med tydliga målsättningar på olika nivåer härledda från teoretiska modeller och individuella problemanalyser (Melin, 2013). Tonvikten ligger vid de svårigheter som föreligger här och nu, snarare än det förflutna, och aktuella besvär antas bäst kunna förstås genom klargörandet av hur faktorer samverkar idag (Nationalencyklopedin, 2018).

KBT är den i särklass mest vetenskapligt utvärderade formen av psykoterapi (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Huibers, 2016), och dussintals studier och flertalet metaanalyser har påvisat att KBT är effektivt vid behandling av ångestsyndrom (Acarturk, Cuijpers, Van Straten, & De Graaf, 2009; Cuijpers et al., 2014; Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez, & Gómez-Conesa, 2010) och depression (Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2013). I en stor metaanalys från 2016 som innefattade 144st randomiserade kontrollerade studier (RCT) varav 48 studier som jämförde KBT mot kontrollgrupper vid behandling av social ångest, påvisades att KBT-behandling vid social ångest gav stora behandlingseffekter ($g=0,88$) utifrån beräknad effektstyrka med Hedges' g med hänvisning till referensramen att 0,2 innebär låg effekt, 0,5 innebär måttlig effekt och 0,8 innebär stor effekt (Cuijpers et al., 2016).

KBT kan tillhandahållas i flertalet former och exempel på varianter av KBT som prövats och utvärderats är diverse individual- och gruppterapeutiska program samt olika kombinationer av exponering (att utsätta sig för en ångestframkallande situation tillräckligt länge för att notera en gradvis ångestreducering), kognitiv omstrukturering (övningar som ämnar ersätta dysfunktionella tankemönster med mer adaptiva kognitioner) social färdighetsträning (tekniker som syftar till att öka individens beteendepertoar och interpersonella förmåga) och tillämpad avslappning (särskilda avslappningstekniker som ämnar sänka den allmänna spänningsnivån; Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004). Metaanalysen refererar till ovan pekar på att alla former av KBT troligtvis är fördelaktiga för vuxna människor med social ångest, men det finns senare evidens som påvisar att vissa behandlingsprogram är mer verksamma än andra.

Två vanliga behandlingsmodeller vid social ångest är Clark och Wells individuella kognitiva terapi (Clark & Wells, 1995), vars teoretiska utgångspunkt redovisats under etiologiavsnittet, samt Heimbergs KBT i gruppformat (Heimberg & Becker, 2002). Behandlingseffekterna är överlag starka men det finns visst stöd för att individuell terapi är överlägset gruppterapi (Rück & Hedman, 2016). Faktum är att individuell KBT framhävs som den enda psykologiska interventionen som är tydligt överlägsen både väntelista och placebo enligt de brittiska riktlinjerna för behandling av social ångest (National Institute for Health Excellence and Care, 2013). I samma riktlinjer poängterar författarna att det finns visst stöd för att just Clark och Wells (1995) individualterapi ger bättre effekt än andra former av KBT, även andra individualiserade KBT-behandlingar.

Sammanfattningsvis uppger Statens beredning för medicinsk utvärdering, vars uppdrag är att granska det vetenskapliga forskningsstödet för olika behandlingar, att KBT innehar den högsta bevisstyrkan när det gäller behandling av social ångest (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005). Likaså rekommenderar Socialstyrelsen (2017) i gällande version av dess nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom att individer med social ångest i första hand bör erbjudas KBT. Man tillägger även att det finns särskild anledning att överväga internetbaserad KBT med behandlingsstöd för motiverade individer.

Diagnosspecifik KBT

Den diagnosspecifika KBT-behandlingen som avses undersökas i denna studie utgår från en textbaserad självhjälpsmanual utformad av Furmark et al. (2013) vilken innefattar delar av Clark och Wells (1995) kognitiva modell för behandling av social ångest. Dess huvudkomponenter är psykoedukation, kognitiv omstrukturering, exponering, social färdighetsträning och återfallsprevention uppdelat på nio delar, så kallade moduler. Manualen har utvärderats i flertalet stora studier (Carlbring et al., 2007; Carlbring, Furmark, Steczko, Ekselius, & Andersson, 2006; Furmark et al., 2009) som sammantaget påvisar signifikanta kliniska förbättringar för individer med social ångest. Då behandlingsprogrammet i en RCT-studie utvärderats som renodlad självhjälps-behandling, alltså med en total avsaknad av terapeutkontakt utöver vid internetbaserad för- och efterskattning av symptom, påvisades tydligt att självhjälpsprogrammet fungerar väl med inomgruppseffektstyrkor mellan 0,65–1,20 beräknad med Cohen's *d* på primära utfallsmått som mäter grad av social ångest (Furmark et al., 2009). Utöver detta påvisades endast minimala, icke-signifikanta, skillnader vid behandlingsslut mellan självhjälpsgruppen och de aktiva jämförelsegrupperna som erhöll mailkontakt med terapeut eller tillgång till patientdiskussionsforum.

Diagnostisköverskridande KBT

Den vetenskapliga evidensen för ovanstående behandling är alltså god, men trots detta framhåller somliga forskare en, i deras mening, angelägen nackdel med diagnosspecifika

behandlingslösningar. Diagnosspecifika KBT-protokoll har nämligen kommit ur forskning som har (1) specificerat en kognitiv beteendeterapeutisk teoretisk modell över processerna som tros vidmakthålla ett specifikt syndrom och (2) utvecklat en kognitiv beteendeterapeutisk behandling designad att vända de förmodade vidmakthållande processerna (McManus & Shafran, 2014). Dessa behandlingsprogram har varit föremål för rigorös utvärdering och givit upphov till övervägande goda resultat (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006), men de är framtagna utifrån studier av patienter som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos snarare än flera (McManus & Shafran, 2014) – en betydande begränsning då 40–80 % av patienterna med ett ångestsyndrom även uppfyller kriterierna för ytterligare ett eller flera ångestsyndrom (Kessler, Chiu, Delmer, & Walters, 2005). En nackdel med diagnosspecifika behandlingslösningar tycks således vara den höga förekomsten av komorbiditet (Andersson & Titov, 2014). En relativt ny strategi för att hantera detta är utvecklandet av mer generella behandlingsprogram som kan tillhandahållas till fler än en specifik diagnosgrupp – diagnosöverskridande behandlingar.

Teoretisk bakgrund.

Den höga komorbiditeten mellan olika psykiatriska tillstånd har lett till ett grundläggande ifrågasättande av validiteten i differentialdiagnostiken, och forskare ställer sig frågande till huruvida de psykiatriska syndromen, såsom de är definierade enligt de nuvarande diagnostiska manualerna, verkligen utgörs av distinkta kliniska fenomen (Widiger & Edmundson, 2011). Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione och Barlow (2010) menar att det finns mer som förenar ångest- och förstämningssyndrom än vad som tidigare varit känt, och att forskning nu börjat identifiera gemensamma högre ordnade faktorer som tros ligga bakom de olika psykiatriska syndromen. Författarna pekar på forskningsfynd (Brown, Chorpita, & Barlow, 1998) där samvariationen mellan latent variabler som korresponderar mot en rad syndrom, däribland social ångest, generaliserat ångestsyndrom och depression, kunde förklaras utav de högre ordnade konstrukten negativ affekt och (låg) positiv affekt. I enlighet med detta visar hjärnabbildningsstudier att individer med ångest- eller förstämningssyndrom uppvisar liknande mönster av högre neural aktivering i amygdala och insula (hjärnstrukturer involverade i alstringen av negativ affekt) än dess motsvarande friska kontroller (Etkin & Wager, 2007). Flertalet neurovetenskapliga studier stödjer hypotesen om att en informationsbearbetningsprocess som sker via en överaktivering av amygdala kombinerat med en dysreglerad inhibering av amygdalaresponser är kännetecknande för individer med ångest- och förstämningssyndrom (Wilamowska et al., 2010). Vidare har en förhöjd amygdalarespons påvisats kunna särskilja individer med en hög grad av neuroticism (Keightley et al., 2003) vilket korresponderar mot bredare konstrukt som personlighet och temperament. Denna neurovetenskapliga data, i kombination med faktumet att genetiska faktorer påvisats förklara omkring en tredjedel av variationen i ångest hos barn (Eley, Vasey, & Dadds, 2001), tyder på att syndromen bygger på en gemensam generell biologisk sårbarhet (McManus & Shafran, 2014).

Wilamowska et al. (2010) har genom mångårig utvärdering och sammanställning av den omfattande forskningslitteraturen inom områdena genetik, personlighet, inlärningsteori,

kognitions-, neuro- och emotionsvetenskap bekräftat den tredelade sårbarhetsmodell för känslomässiga syndrom som först formulerats av Clark och Watson (1991). I denna modell förklaras uppkomsten av känslomässiga syndrom av en generell biologisk sårbarhetsfaktor, en generell psykologisk sårbarhetsfaktor samt en specifik psykologisk sårbarhetsfaktor. Den generella psykologiska sårbarhetsfaktorn utvecklas i barndomen till följd av en uppväxtmiljö som kännetecknas av stress och oförutsägbarhet och/eller specifika negativa föräldrastilar i enlighet med anknytningsteorin. Dessa erfarenheter hämmar utvecklingen av effektiva hanteringsstrategier och förhindrar uppkomsten av tilltro till individens egna förmåga att klara av särskilda situationer. Vid närvaro av en generell biologisk och generell psykologisk sårbarhetsfaktor löper individen ökad risk att utveckla psykopatologi vid stressfyllda yttre händelser (Suárez, Bennett, Goldstein, & Barlow, 2009). Vidare utvecklas den tredje sårbarhetsfaktorn, den specifika psykologiska sårbarheten, genom att individen via specifika erfarenheter lär sig att särskilda situationer, objekt eller interna sensationer innebär potentiella faror. Dessa specifika fokus för ångest utgör sedermera de diagnosspecifika symptom som enligt Wilamowska et al. (2010) endast är varierande manifestationer av ett bredare underliggande syndrom.

Sammanfattningsvis menar forskargrupper (Barlow, 2013; Barlow & Carl, 2011; Suárez et al., 2009; Wilamowska et al., 2010) att det stora överlappet mellan ångest- och förstämningssyndrom manifesterat genom den höga komorbiditeten, de gemensamma mönstren i neural aktivitet, forskningen som belyser personlighetsmässiga dimensioner och de liknande etiologiska processerna, att likheterna hos olika syndrom är mer påtagliga än skillnaderna mellan dem. Om detta är fallet skulle en diagnosöverskridande behandling som går över aktuella diagnoskategoriseringar och behandlar kärnkomponenter i ångest- och förstämningssyndrom kunna vara ett klokare val än diagnosspecifika behandlingar. (Wilamowska et al., 2010).

Unified Protocol.

Ett diagnosöverskridande program utformat för behandling av känslomässiga syndrom är Unified Protocol (Barlow, 2013). Grundförutsättningen för behandlingen är antagandet om att individer med känslomässiga syndrom använder sig av maladaptiva strategier för känsloreglering vilket bidrar till att problematiken vidmakthålls. Genom kunskap och träning i känslomässig medvetenhet, närvaro i nuet, kognitiv flexibilitet, exponering och tolerans för fysiska förnimmelser övas patienten i att möta, uppleva och reagera mer adaptivt på obehagliga känslor snarare än att undvika eller försöka dämpa dem. Behandlingen tar därigenom sikte på att minska intensiteten i och förekomsten av obehagliga känsloupplevelser och förbättra individens funktionsnivå (Barlow, 2013).

Effekten av diagnosöverskridande KBT.

I en klinisk pilotstudie av Ellard et al. (2010) påvisades signifikanta kliniska förbättringar hos undersökta individer (n=15) med primärdiagnoserna social ångest, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom eller paniksyndrom. Närmare 70 % av deltagarna uppfyllde inte längre kriterierna för deras primärdiagnos och föll inom ett subkliniskt intervall på minst ett brett bedömningsmått vid sexmånadersuppföljningen.

En senare RCT-studie som avsåg undersöka effekten av Unified Protocol påvisade signifikanta förbättringar hos samtliga undersökta diagnosgrupper avseende klinisk svårighetsgrad, depressiva och ångestmässiga symptom, nivåer av positiv och negativ affekt samt symptomens påverkan på den dagliga funktionen efter genomgången behandling (Farchione et al., 2012). Jämförelsevis uppvisade patienterna randomiserade till väntelista lite eller ingen förändring mätt efter väntelistperioden på 16 veckor. Det kliniska urvalet bestod av patienter med primärdiagnoserna social ångest, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom och paniksyndrom med agorafobi, och i gruppen som erhöll Unified Protocol fanns signifikant fler patienter (50 %) som uppnådde subklinisk symptomreduktion vad gäller dess primärdiagnos än i väntelistgruppen (0 %) samt signifikant fler patienter (45 %) som inte längre uppfyllde kriterierna för någon diagnos än gruppen randomiserade till väntelista (0 %). De kliniska effekterna av behandlingen var dessutom bibehållna vid sexmånadersuppföljningen.

Det har de senaste åren även uppkommit ett par metaanalyser som avsett systematiskt undersöka effekten av diagnosöverskridande behandlingar vid ångest- och/eller depression (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalglish, 2015; Reinholt & Krogh, 2014), och Reinholt och Krogh (2014) påvisade att diagnosöverskridande behandling överträffade kontrollbetingelserna väntelista och treatment-as-usual med en måttlig generell skillnad mellan grupperna gällande svårighetsgrad av ångest vid avslutad behandling ($d=0,68$).

För- och nackdelar med diagnosöverskridande KBT.

Ovanstående studier ger alltså stöd åt användandet av diagnosöverskridande psykologiska behandlingar och flertalet forskargrupper är inte sena med att lyfta dess fördelar och potentiella nytta. Den höga förekomsten av komorbiditet inom och mellan ångestsyndrom och depression (Kessler et al., 2005) medför att patienters problematik sällan kan beskrivas till fullo utifrån en diagnosetikett vilket försvårar valet av diagnosspecifik evidensbaserad behandling (Pearl & Norton, 2017). En potentiell fördel med diagnosöverskridande behandling är således att det underlättar val av evidensbaserad behandling vid samtidig förekomst av flera syndrom. Beträffande behandling av komorbiditet finns även viss evidens för att diagnosöverskridande behandling är överlägset diagnosspecifika protokoll vad gäller lindring av komorbida ångestsymptom (Norton & Paulus, 2016), även om diagnosspecifika program har påvisats kunna generera måttligt stora positiva effekter på komorbida diagnoser (Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske, 2005). Norton och Paulus (2016) hävdar dock att kliniker genom användandet av diagnosspecifika behandlingsprotokoll eventuellt skulle kunna förbise val av strategier som kan vara användbara vid behandling av andra symptom än det tänkta. Författarna lyfter interoceptiv exponering som ett exempel på en evidensbaserad strategi som framförallt är en viktig beståndsdel i behandlingen av paniksyndrom men som även har tydliga kliniska implikationer vid behandling av social ångest. De menar att man genom ett pragmatiskt diagnosöverskridande behandlingsförfarande, baserat på en diagnosöverskridande konceptualisering av syndrom, tar till vara på denna kliniska kunskap och tillämpar den

vid andra relevanta problemområden och syndrom. Vidare menar forskargrupper (Barlow, Allen, & Choate, 2016; Craske, 2012; Norton & Philipp, 2008) att mängden behandlingsprotokoll för olika diagnoser, med ibland flertalet versioner för behandling av samma syndrom, medför ett opraktiskt och svårhanterligt tillvägagångssätt inom vården i termer av utbildning och kostnader. Begränsade resurser i kliniska verksamheter kan innebära minskade möjligheter att köpa in och utbilda kliniker i relevanta behandlingsprotokoll vilket talar för användbarheten i diagnosöverskridande program.

Vad gäller resurshantering inom vården är gruppbaserad KBT-behandling ansett som ett mer kostnadseffektivt alternativ till individbaserad behandling, men en nackdel med detta format rör logistiken kring handläggningen av grupper (Paulus, Hayes-Skelton, & Norton, 2015). Även inom större kliniska verksamheter kan det ta månader innan tillräckligt många patienter med samma diagnos är tillgängliga och intresserade av gruppterapi, och arbetet som krävs för att preparera en gruppbehandling ökar rimligtvis då flertalet olika behandlingar ska bedrivas separat. Ett sätt att balansera fördelarna och utmaningarna med gruppterapeutisk behandling är således genom diagnosöverskridande gruppbehandlingar som forskare menar kan underlätta handläggningen och innebära kortare väntetider för patienter (McEvoy, Nathan, & Norton, 2009; Paulus et al., 2015).

Traditionellt sett har man inom grupp-KBT eftersträvat att sätta samman individer baserat på likheter i diagnos och erfarenheter (Budman et al., 1989), och att patienter inom samma behandlingsgrupp kan identifiera sig med varandra anses vara en fördelaktig faktor som bland annat leder till en normalisering av symptom (McEvoy et al., 2009). Konstruktet sammanhållning, cohesion på engelska, har länge betraktats som en av de viktigaste terapeutiska faktorerna i gruppterapi där vissa teoretiker hävdar att sammanhållning i gruppbaserad behandling är likvärdigt, om inte synonymt, med konstruktet allians inom individuell terapi (Joyce, Piper, & Ogrodniczuk, 2007). Generellt betraktas sammanhållning utgöra basen för terapeutiskt arbete i grupp. Även om studier har kunnat påvisa måttligt höga nivåer av upplevd sammanhållning vid diagnosöverskridande behandlingar för heterogena patientgrupper (Norton, Hayes, & Springer, 2008) menar McEvoy et al. (2009) att det är möjligt att heterogeniteten inom behandlingsgrupper eventuellt skulle kunna försvaga upplevelsen av sammanhållning som är kopplad till bättre behandlingsutfall och lägre grad av avhopp, och även medföra färre tillfällen för patienter att lära från varandra. Det finns dock nyare preliminära evidens för att heterogeniteten och den diagnostiska kompositionen inom diagnosöverskridande gruppbehandlingar vid ångestsyndrom inte tycks påverka behandlingsutfallet negativt hos de medverkande individerna (Chamberlain & Norton, 2013). Forskarna bakom denna studie menar att avsaknaden av signifikanta effekter av diagnoskomposition indikerar att individer med en högre grad av diagnostisk likhet till resterande gruppmedlemmar inte nödvändigtvis får ett bättre behandlingsutfall, och att individer som är ensamma om sin diagnos inom behandlingsgrupper inte heller är mer benägna att få ett sämre utfall till följd av detta. I enlighet med dessa fynd på individnivå påvisade även Paulus et al. (2015) att diagnostisk heterogenitet i gruppbehandling inte var relaterat till behandlingsutfallet på gruppnivå.

Behandlingsgrupper bestående av individer med olika ångestsyndrom tycks således inte vara någon nackdel.

Det kan även hävdas att diagnosspecifika behandlingar medför vissa fördelar som diagnosöverskridande program saknar. I och med dess fokus på ett huvudsakligt problemområde skulle diagnosspecifika behandlingar, enligt Newby, Mewton och Andrews (2017), eventuellt kunna upplevas mindre överväldigande för individen, vara mer engagerande, leda till högre grad av slutförande och därmed generera bättre utfall. Dessa frågor kvarstår att besvara vilket sätter fingret på den i nuläget främsta nackdelen med diagnosöverskridande behandlingar, nämligen att forskningsunderlaget ännu är att betraktas som relativt nytillkommet. Norton och Paulus (2016) påpekar att den relativa bristen på kontrollerade forskningsstudier kring diagnosöverskridande behandlingar belyser faktumet att väl utformade utvärderingar av dessa fortfarande är i sin linda trots den tilltagande entusiasmen och tillväxten i popularitet. Författarna menar att det, förutom fler studier som ökar tillförlitligheten i påvisade behandlingseffekter, krävs fler kliniska försök som jämför diagnosöverskridande behandlingar med diagnosspecifika då detta endast skett vid ett fåtal tillfällen (se nästa avsnitt). Vidare menar de att det finns ett behov av att undersöka behandlingsmekanismer longitudinellt både inom diagnosöverskridande behandlingar (i jämförelser mellan olika diagnostiska undergrupper) såväl som med diagnosspecifik KBT som jämförelse, och analyser av långsiktiga uppföljningar krävs för att säkerställa effekternas stabilitet. Författarna lyfter även behovet av studier kring individer som inte fullföljer behandlingsprogrammen eller inte svarar på behandling då sådana studier exempelvis skulle kunna hjälpa till att identifiera eventuella syndrom som inte är lämpliga för diagnosöverskridande behandlingar. Utöver detta krävs utvärderingar av vilket format (individualterapi, gruppterapi eller administrerat via internet) som är mest effektivt, vilken frekvens och duration som är mest lämplig eller huruvida behandlingslängden bör vara flexibel och icke-tidsbegränsad samt hur behandlare bör utvärdera milstolpar och framsteg. Slutligen menar författarna att diagnosöverskridande behandlingar måste evalueras i olika miljöer, såsom inom primärvård och inom kliniska miljöer med minimal eller ingen terapeuttränning. I teorin föreslås nämligen att dessa behandlingar skulle vara enklare att administrera och sprida i förhållande till diagnosspecifika behandlingar, men lite tillämpat arbete har ännu gjorts som genererat övertygande evidens om detta. Innan dess menar författarna att vi endast har ett antal potentiellt effektiva behandlingsprogram som testats under laboratoriska former med högmotiverade patienter men som inte utvärderats i den riktiga kliniska verkligheten (Norton & Paulus, 2016).

Diagnosöverskridande kontra diagnosspecifik KBT

Behovet av ytterligare forskning är alltså stort, kanske särskilt vad gäller jämförelser mellan diagnosöverskridande och diagnosspecifika behandlingar. En nyligen publicerad metaanalys eftersträvade emellertid att göra just detta, och datan indikerar att diagnosöverskridande behandling genererar lika starka effekter vid behandling av ångest

som diagnosspecifik behandling (Pearl & Norton, 2017). I enlighet med detta framkom i en senare RCT-studie (n=223) av Barlow et al. (2017) att Unified Protocol gav likvärdiga resultat vad gäller minskad svårighetsgrad i primär diagnos vid behandlingsslut och vid sexmånadersuppföljning som den diagnosspecifika behandlingen vid social ångest, i detta fall Heimbergs individualiserade terapi (Hope, Heimberg, & Turk, 2006, 2010), och de diagnosspecifika behandlingarna vid generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom och tvångssyndrom. Både Unified Protocol och de diagnosspecifika behandlingarna var påvisat överlägsna väntelista beräknat med Cohen's d på mellangrupsnivå ($d = -0,93$; från $-1,29$ till $-0,57$ respektive $d = -1,08$; från $-1,43$ till $-0,73$), och det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan patienternas upplevda trovärdighet hos/förväntningar på behandlingsprogrammen mätt med Credibility-Expectancy-Questionnaire. Bortfallet var dessutom lägre hos patienterna som erhöll Unified Protocol (12,5 %) än de som erhöll övriga behandlingar (30,8 %).

Vad gäller behandling av depression finns även där preliminära evidens som talar för att behandlingarna inte skiljer sig åt vad gäller genererad symptomreduktion. En RCT-studie som jämfört effekterna av behandling vid egentlig depression och samtidig förekomst av ångestsyndrom fann att diagnosöverskridande såväl som diagnosspecifika behandlingar var kopplade till signifikanta förbättringar avseende depressionssymptom och komorbida symptom, och förbättringarna var bibehållna vid 24-månadersuppföljning (Titov et al., 2015). Författarna fann inga konsekventa skillnader mellan grupperna och graden av slutförande var likvärdig.

Slutligen, i en studie (n=233) där man specifikt tittat på behandling av social ångest fann man inga tydliga eller konsekventa skillnader mellan individer som genomgick ett diagnosspecifikt program och individer som erhöll diagnosöverskridande behandling vad gäller symptomreduktion eller förändring av diagnosstatus (Dear et al., 2016). Forskning, som dock bör tolkas med viss försiktighet, tycks alltså tala för effektiviteten hos diagnosöverskridande program (Ellard et al., 2010; Newby et al., 2015; Reinholt & Krogh, 2014), och enligt preliminära resultat tycks effekten inte heller skilja sig från diagnosspecifika behandlingar (Barlow et al., 2017; Dear et al., 2016; N. Titov et al., 2015). Det krävs dock ytterligare forskning för att underbygga dessa fynd (Norton & Paulus, 2016) och ett sätt att jämföra behandlingarna är med hjälp av ett internetbaserat behandlingsformat.

Internetbaserad KBT

Utgångspunkt, metod och innehåll.

Den teoretiska utgångspunkten för internetbaserad KBT är att de verksamma mekanismerna är desamma som vid så kallad traditionell psykologisk behandling, alltså samtalsbehandling där behandlare och patient har regelbundna fysiska träffar, men framförallt skiljer sig åt i hur terapin förmedlas (Hedman, Carlbring, Ljótsson, & Andersson, 2014). Vid internetbehandling förmedlar och administrerar behandlaren

terapin via en teknisk plattform (en hemsida eller ett datorprogram) där patienten kan ta del av behandlingsmaterialet via texter, videofilmer, ljudfiler eller interaktiv grafik, uppmanas ladda ner material till sin dator/smartphone eller skriva ut innehållet i pappersformat. Materialet, uppdelat i så kallade moduler som stegvis portioneras ut till patienten, motsvarar det innehåll patienten skulle få ta del av i traditionell behandling under ett visst antal sessioner (Hedman et al., 2014). För att möjliggöra kommunikation mellan behandlare och patient används vanligtvis krypterade meddelandesystem eller telefonsamtal, och för att kunna följa behandlingsförloppet inrymmer den tekniska plattformen ofta självskattningsinstrument som möjliggör enkel och säker inhämtning av information (Vernmark & Bjärehed, 2013). Innehållet i behandlingsprogrammen består till stor del av psykoedukativt material och förmedling av olika självhjälps tekniker. Huruvida internetbaserad behandling bör ses som en renodlad självhjälpsbehandling kan dock diskuteras och beror framförallt på grad av kontakt med en professionell behandlare. Inom forskningsstudier har internetbaserad terapi ofta bedrivits med någon form av behandlarstöd, och *den svenska modellen* präglas av just självhjälp som vägleds av en personlig kvalificerad terapeut (Hedman et al., 2014).

Tidigare forskning.

Över 200st RCT-studier har undersökt och utvärderat internetbaserad KBT (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018) och det finns numera en ansevärd mängd forskningsartiklar kring framförallt diagnosspecifik internetbaserad KBT som pekar på dess kliniska effektivitet. En färsk systematisk metaanalys omfattande 53st RCT-studier påvisade en stor genomsnittlig effekt vid ångest- och depressionssyndrom då internetbaserad KBT jämfördes med inaktiva kontrollgrupper (Andrews et al., 2018). Vidare framkommer att jämförelser mellan internetbaserad KBT och traditionell KBT resulterat i likvärdiga behandlingseffekter samt att effekterna är goda även på lång sikt. Detta är i enlighet med resultat från såväl svenska som utländska studier som påvisat att långtidseffekterna av internetbaserad KBT inte tycks skilja sig från långtidseffekterna vid traditionell KBT (Carlbring, Nordgren, Furmark & Andersson, 2009; Titov, Andrews, Choi, Shwencke & Mahoney, 2008). Dessa resultat stöds även av en nyligen utgiven svensk översiktsartikel av Andersson, Rozental, Shafran och Carlbring (2018). Artikeln omfattar 14st studier med uppföljningstider mellan 2-5år som undersökt internetbaserad KBT vid en mängd olika psykiatriska syndrom, däribland social ångest, depression, paniksymptom och generaliserat ångestsyndrom. Inomgruppseffekterna varierade mellan studierna men den genomsnittliga förbättringen från baslinjen för samtliga deltagare beräknades till 50,1 % (SD=15,2) och var mellan 41,8 % och 49,4 % för deltagarna som behandlats för social ångest.

Som tidigare nämnts är dock internetbaserade interventioner inte homogena vad gäller dess upplägg, och en skillnad mellan behandlingsprogram är grad av kontakt med en professionell behandlare. Vissa data indikerar att då patienter får möjlighet att välja är de mer benägna att välja icke-vägledda behandlingar (Andersson & Titov, 2014), men en systematisk översikt av forskningen kring behandlarstödet inverkan på effekten påvisar

att väggledda behandlingar är överlägsna icke-väggledda behandlingar (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014). En metaanalys kring internetbaserad behandling av depression kunde till och med påvisa en linjär effekt av behandlarstödet modererande roll där effektstyrkan beräknad på mellangrupsnivå var $d=0,21$ vid noll terapeutkontakt, $d=0,44$ vid terapeutkontakt endast innan behandling, $d=0,58$ vid terapeutkontakt endast under behandling, och $d=0,76$ vid terapeutkontakt både innan och under behandling (Johansson & Andersson, 2012). Det finns tydliga indikationer på att behandlarstöd ökar följsamhet till behandling och förhindrar bortfall (Andersson & Titov, 2014), men det finns även undantag där icke-väggledda behandlingar påvisats fungera genom automatiska påminnelser och liknande tekniska lösningar. I en studie av Titov et al. (2013) randomiserades individer med ångest och/eller depression till en av tre betingelser – behandling med automatiska påminnelser, behandling utan automatiska påminnelser och väntelista. Resultatet visade att deltagare i behandlingsgrupperna uppnådde en klinisk signifikant symptomreduktion i jämförelse med kontrollgruppen, samt att fler individer som fick automatiserade påminnelser fullgjorde behandlingsprogrammet än individer utan påminnelser (58 % kontra 35,8 %).

Den absoluta majoriteten av utvärderade internetbaserade interventioner för behandling av ångest och/eller depressionssyndrom har varit av diagnosspecifik karaktär (Andersson & Titov, 2014), men det finns numera flertalet studier som undersökt diagnosöverskridande internetbaserade program (Dear et al., 2016; Johnston, Titov, Andrews, Dear, & Spence, 2013; Titov et al., 2015; Titov et al., 2011). En aktuell metaanalys omfattande 17st RCT-studier ämnade undersöka behandlingseffekten på ångestsyndrom, depression och livskvalitet (Newby, Twomey, Yuan Li, & Andrews, 2016). Resultaten visade att diagnosöverskridande internetbaserad behandling överträffade kontrollbetingelserna på alla primära utfallsmått vid avslutad behandling med stora mellangruppsseffektstyrkor beräknade med Hedges' g vid depression ($g=0,84$) och måttliga effektstyrkor vad gäller ångest ($g=0,78$) och livskvalitet ($g=0,48$). Även vid samtliga sekundära utfallsmått var diagnosöverskridande behandling överlägset kontrollbetingelser och genererade stora mellangruppsseffektstyrkor vad gäller generell ångest ($g=0,98$) och måttliga effekter beträffande grad av paniksyndrom ($g=0,65$) och social ångest ($g=0,58$). Behandlingens duration, huruvida behandlingen riktade in sig på endast ångest eller på både ångest och depression och behandlarens erfarenhet (student kontra mer kvalificerad terapeut) influerade inte studiens resultat. Sammanfattningsvis påvisar metastudien att diagnosöverskridande psykologisk behandling är effektivt och likvärdigt diagnosspecifik internetbaserad behandling.

För- och nackdelar med internetbaserad KBT.

Vid granskning av forskningen kring internetbaserad KBT framträder ett antal för- och nackdelar, och Andersson och Titov (2014) menar att en huvudsaklig nackdel är fältets relativt nya natur. Författarna hävdar bland annat att kunskapen kring attribut hos de patienter som sannolikt gynnas av behandlingsformatet är begränsad, och trots att denna aspekt varit föremål för forskning i ett antal studier (Andersson, Carlbring, & Grimlund,

2008; Nordgreen et al., 2012) har få konsekventa prediktorer kunnat identifieras. Det tycks även finnas mycket lite forskning kring negativa behandlingsutfall av internetbaserad terapi (Andersson & Titov, 2014).

Vad gäller noggrann och tillförlitlig diagnosticering och mätning av symptom är detta lika angeläget vid internetbaserad behandling som vid traditionell behandling (Andersson & Titov, 2014), och flertalet studier har kunnat påvisa att frågeformulär kan inhämtas via internet utan att kompromissa dess psykometriska egenskaper (Carlbring, Brunt, et al., 2007; Hedman et al., 2010), särskilt vad gäller det vanligt administrerade bedömningsverktyget för social ångest Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report (LSAS-SR; Hedman et al., 2010). Fördelar med att handha självskattningsformulär via internet är exempelvis minskad risk att förbise frågepunkter samt möjlighet till automatiskt genererade totalsummor, men kanske framförallt de minskade administreringskostnaderna (Andersson & Titov, 2014). Självskattningsformulär är alltså betydelsefulla på olika sätt vid internetbehandling dels för att de effektiviserar diagnostiken, dels ger de en indikation på svårighetsgraden av patientens symptom, och dels kan de användas för att överblicka patientens symptom över tid (Vernmark & Bjärehed, 2013). Nackdelar skulle eventuellt kunna röra säkerhetsaspekter av inhämtningen och lagringen av data, och trots att kliniker och forskare använder likvärdiga säkerhetsrelaterade ramverk som internetbaserade banktjänster väcker ny teknik och användandet av smartphones frågor kring säkerhet som behöver beaktas (Andersson & Titov, 2014).

En kanske ännu mer kritisk fråga rör gränserna för diagnosticering över internet, och trots fördelarna med internetadministrerade frågeformulär menar Andersson och Titov (2014) att det inte finns något som tyder på att självskattningar kan ersätta strukturerade diagnostiska intervjuer. Skulle dock patienter vara tvungna att fysiskt träffa en behandlare för bedömning innan internetbehandlingen kan inledas förtas eventuellt vissa av internetterapiens fördelar. I en studie som ämnade undersöka den eventuella effekten av en diagnostisk intervju inför internetbehandling av individer med social ångest påvisades dock ingen skillnad beträffande primära utfallsmått mellan grupperna som genomgick intervjun och de som inte gjorde det (Boettcher, Berger, & Renneberg, 2012). Bägge grupper erhöll en signifikant minskning av social ångest med stora inomgruppseffekter, men däremot påvisades statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna avseende sekundära utfallsmått på bland annat depressiva symptom.

Behovet av studier som undersökt implementering av internetbaserad KBT i kliniska miljöer är ännu inte tillgodosett och kliniska riktlinjer återstår att utvecklas (Andersson & Titov, 2014). Forskningen som hittills genomförts påvisar emellertid lovande resultat som visar att det är möjligt att överföra internetbaserad KBT till klinisk praktik med bibehållna effekter (Andersson & Hedman, 2013). En större (n=654) svensk longitudinell effektstudie av kliniskt implementerad internetbaserad KBT vid social ångest påvisade

exempelvis signifikanta symptomförbättringar med stora effektstyrkor vid eftermätning och sexmånadersuppföljning (El Alaoui et al., 2015).

Ytterligare fördelar kopplade till interventionens skrivna form och höga grad av struktur är en minskad risk för ”therapist drift”, alltså ett avvikande från kärnkomponenterna i en evidensbaserad behandling (Waller, 2009), samt patienters möjlighet att återvända till och repetera behandlingsprogrammet – något som eventuellt faciliterar inkodning och återkallning av informationen (Andersson & Titov, 2014). Detta skulle kunna vara särskilt betydelsefullt för individer som upplever ångest inför sin terapeut, vilket kan vara fallet vid social ångest, i och med att närvaron av alltför hög ångest inte är någon god förutsättning för tillägnandet av komplex information (Hedman et al., 2014). Vidare är resultatmonitorering ofta inbäddad i det kliniska genomförandet vilket underlättar uppskattning av kliniska framsteg hos patienten. (Andersson & Titov, 2014).

Det tycks alltså finnas ett växande stöd för internetbaserad KBT vad gäller dess effekt på relevanta behandlingsutfall på kort såväl som lång sikt, samt evidens för dess fungerande implementering i kliniska miljöer. För behandling av individer med social ångest finns det även ytterligare evidens för stora samhällsekonomiska fördelar. I en svensk studie av Hedman, Andersson, Ljótsson, et al. (2011b) undersöktes de totala samhällsliga omkostnaderna denna patientgrupp ger upphov till i form av direkta kostnader för administrerad behandling, indirekta kostnader i form av arbetslöshet och sjukskrivning samt kostnader relaterade till vårdupptagning, såsom läkarbesök inom primärvården. Det kunde påvisas att både KBT i grupp och internetbaserad KBT genererade kraftiga kostnadsreduktioner, och givet beständigheten i syndromet menar författarna att det är högst troligt att man ur samhällsekonomisk synpunkt snarare sparar pengar på att tillhandahålla dessa behandlingar i jämförelse med att individer går obehandlade. Framförallt påvisades att internetbaserad KBT var ännu mer kostnadseffektivt än KBT i grupp till följd av betydligt lägre interventionskostnader, men likväl lika effektivt vad gäller symptomreduktion och ökning av livskvalitet hos patienterna. Internetbaserad behandling kan genom effektivisering av sjukvårdsresurser dessutom möjliggöra att fler individer med mer omfattande vårdbehov kan få dessa tillgodosedda (Hedman et al., 2014).

Varför är internet ett bra medium för att jämföra behandlingstyperna?

Några anledningar till att ett internetbaserat behandlingsformat även utgör ett lämpligt medium för jämförelse mellan diagnosöverskridande och diagnosspecifik behandling är således (1) att forskningen tyder på att internetbaserade interventioner är effektiva och likvärdiga traditionella terapiformat, (2) att formatet är tids- och kostnadseffektivt, (3) att formatet möjliggör stora urvalsgrupper och därmed god statistisk power, (4) att den höga graden av standardisering främjar kontroll över undersökningssituationen, och (5) att internetbaserad behandling är kopplat till en minskad grad av therapist drift.

Sammanfattning

Social ångest är ett vanligt förekommande syndrom som obehandlat leder till mycket lidande. Diagnosspecifik KBT har robust forskningsstöd för dess goda resultat på kort och lång sikt, men den höga komorbiditeten har lett till att forskningsgrupper ifrågasätter användandet av diagnosspecifika program. I skenet av detta har diagnosöverskridande behandlingar kommit att utvecklas och preliminära fynd tyder på dess likvärdiga effekt vid behandling av ångest- och depressionssyndrom. Inom kliniska miljö, där individer sällan har en väl avgränsad psykiatrisk problematik, är den potentiella användbarheten av diagnosöverskridande behandling påfallande. Nyttan i att dessutom kunna tillhandahålla denna behandling över internet öppnar upp för ännu fler potentiella fördelar där både individer med social ångest och samhället som stort potentiellt kan gynnas av en lättillgänglig behandling som kan komma åt kärnan i individens problematik.

Syfte

Det huvudsakliga syftet med förevarande studie var att jämföra effekten av diagnosöverskridande Unified Protocol (Barlow, 2013) med diagnosspecifik KBT (Furmark et al., 2013) förmedlat via internet för individer med social ångest. Ett ytterligare syfte var att undersöka effekten av terapeutstöd vid behov för dessa grupper.

Frågeställningar.

- Erhålls signifikant skillnad i symptomreduktion mellan Unified Protocol och diagnosspecifik KBT vad gäller social ångest (primärt utfall) och depressiva och generella ångestsymptom (sekundära utfall)?
- Erhålls signifikant skillnad i symptomreduktion mellan individerna som erbjuds terapeutstöd vid behov och de som ej erbjuds detta vad gäller social ångest (primärt utfall) och depressiva och generella ångestsymptom (sekundära utfall)?
- Har terapeutstöd vid behov någon modererande effekt på behandlingsutfallet för respektive behandling?

Metod

Design

Studien har en faktoriell design där undersökningsdeltagarna (n=147) randomiserades till en av 2x2 betingelser (se *Tabell 1*). Genom intention-to-treat analyserades alla deltagares data oberoende av saknad information vilket möjliggör generalisering till samtliga randomiserade deltagare.

Tabell 1. Design och randomisering av deltagare

		Terapeutstöd vid behov	
		<i>utan tillgång</i>	<i>med tillgång</i>
Behandlingstyp	<i>Diagnosspecifik KBT</i>	n=37	n=37
	<i>Unified Protocol</i>	n=36	n=37

Rekrytering och undersökningsdeltagare

Undersökningsdeltagarna var individer som tidigare inkluderats i ett kollaborativt forskningsprojekt vid Stockholms universitet, Uppsala universitet och Linköpings universitet under ledning av Per Carlbring vid psykologiska institutionen, Stockholms universitet. Projektet som pågick under tre månader hösten 2017 ämnade utveckla och utvärdera Virtual Reality (VR)-baserad uppmärksamhetsträning, så kallad cognitive bias modification (CBM). Rationalen bakom denna behandling är att individer med social ångest antas ha en selektiv uppmärksamhet, så kallad uppmärksamhetsbias, gentemot socialt hotfulla stimuli (Clark & Wells, 1995), och att man genom att reducera bias gentemot dessa stimuli kan minska graden av social ångest (Emmelkamp, 2012). Detta antas kunna göras genom manipulering av uppmärksamhetsbias när hotfulla och neutrala stimuli konkurrerar om individens uppmärksamhet så att den istället för att kvarhållas vid det hotfulla stimuli riktas till det neutrala (Mogoșe, David, & Koster, 2014).

Med avsikt att ge läsare av förevarande uppsats en ökad förståelse för studiens undersökningsdeltagare, rekryteringen av dessa samt relevant information kring vad deltagarna varit med om strax innan inklusion i förevarande studie följer nedan en kort presentation av forskningsprojektet kring CBM. Se *Figur 1* för fullständigt flödesschema.

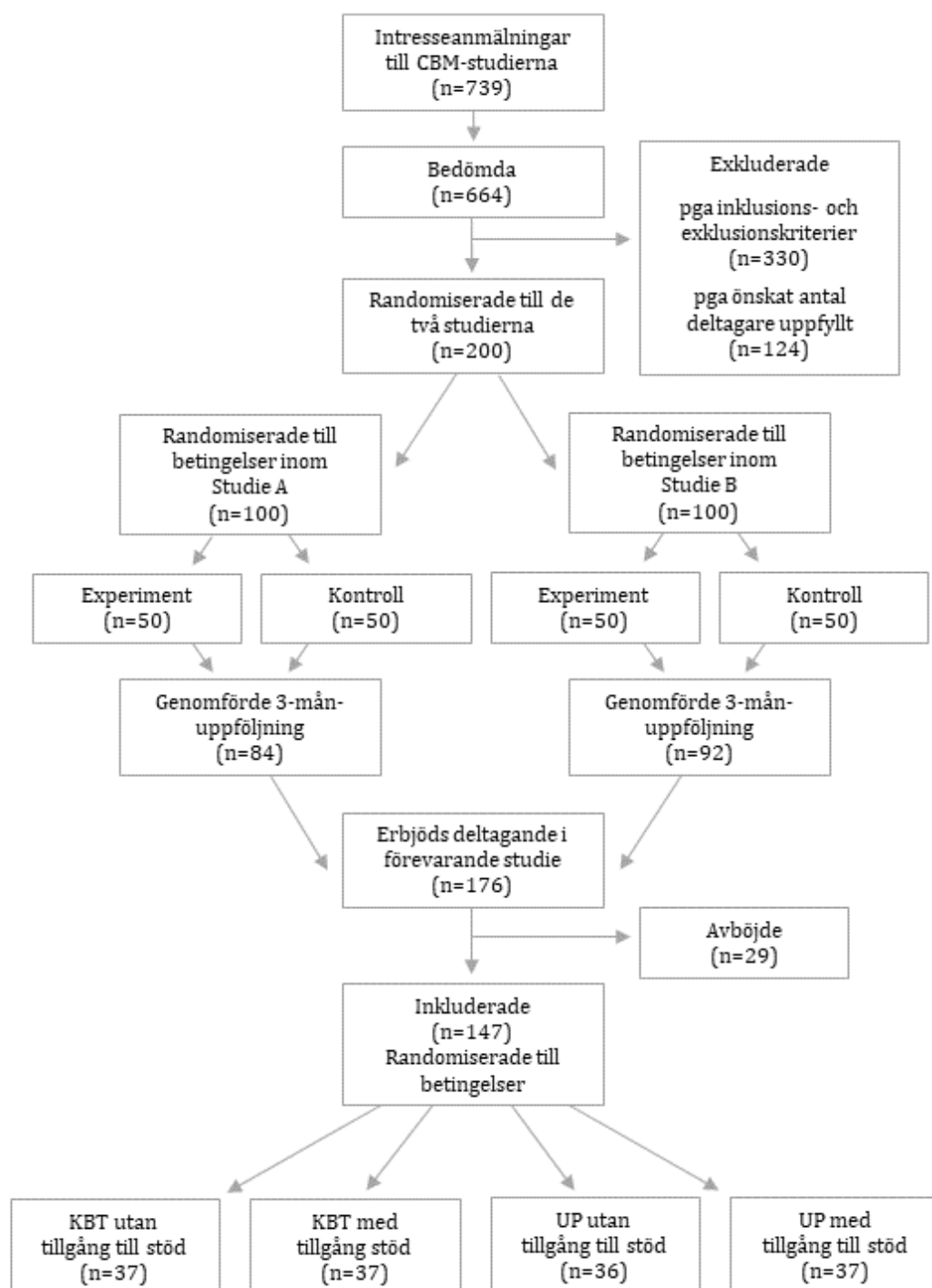
I CBM-forskningsprojektet randomiserades individer till en av två studier för att utvärdera effekterna av två olika metoder för uppmärksamhetsträning med VR-teknik – en studie vid Stockholms universitet (Nöjd & Zetterlund, 2017), häranefter refererad till som *Studie A*, och en studie vid Uppsala universitet (Ek & Åbyhammar, 2017), häranefter benämnd *Studie B*. Vid Studie A utvärderades en metod för modifiering av uppmärksamhetsbias på en omedveten nivå kallad dot-probe vilket i korthet innebär att negativa eller neutrala visuella stimuli presenteras under 500 millisekunder följt av ytterligare ett stimuli som deltagaren ska identifiera (Nöjd & Zetterlund, 2017). Den huvudsakliga interventionen vid Studie B var ett datoriserat behandlingsprogram med så kallad person identity match (PIM) där deltagarna fick se virtuella bilder föreställande ansikten med olika känslouttryck som de ombads matcha identiteten på (Ek & Åbyhammar, 2017).

Resultatet av Studie A påvisade ingen signifikant skillnad i uppmärksamhetsbias före och efter interventionen (Nöjd & Zetterlund, 2017), och inte heller i Studie B påvisades några signifikanta effekter gällande uppmärksamhetsbias (Ek & Åbyhammar, 2017). Symtom

på social ångest minskade emellertid signifikant för alla grupper i Studie A mellan förmätning och vid uppföljningen en vecka senare med små effektstorlekar för träningsgrupperna ($d=0,32-0,37$; Nöjd & Zetterlund, 2017), och vid Studie B konstaterades en huvudeffekt av tid med effektstorleken $\eta^2=0,40$ beträffande minskad social ångest men inga interaktionseffekter avseende ansiktsuttryck eller träningstyp (Ek & Åbyhammar, 2017). Resultatet av en tremånadersuppföljning påvisade att deltagarna i bägge studier förbättrats ytterligare efter avslutad intervention och efter vecko-uppföljningen. På det stora hela, från förmätningen till tremånadersuppföljningen, skedde en stor minskning av social ångest ($d=0,973$) och en viss minskning av generell ångest ($d=0,264$).

Deltagarna till ursprungsstudierna (och således även förevarande studie) rekryterades genom annonsering på internet och i dagstidningar, exempelvis via Dagens Nyheter, Sveriges Radio P3 och Facebook, och intresserade hänvisades till studiens hemsida www.vrbehandling.se. På denna beskrevs att Stockholms universitet nu testar en experimentell en-sessionsbehandling mot social fobi och det gavs kortfattad information om CBM, risker med deltagande (minimal risk för upplevd åksjuka vid användning av VR-teknik) fördelar med deltagande (eventuellt minskade symptom på social ångest), information om sekretess och hantering av data, information om kostnad, ersättning och försäkring (ingen kostnad, ingen ersättning, ingen särskild försäkring), information om frivillighet, kontaktuppgifter till studieansvarig, kortfattad information om samtliga som arbetar med studien, inklusions- och exklusionskriterier samt guide för anmälan. Inklusionskriterierna var (1) att ha fyllt 18 år, (2) vara bosatt i Sverige och tala svenska, (3) ha tillgång till internet, (4) att vara beredd att resa till Stockholms universitet för behandling vid ett tillfälle samt (5) att vara beredd att besvara ett par internetbaserade formulär efter en vecka samt vid ett tillfälle tre månader efter behandling. Exklusionskriterierna var (1) närvaro av annan allvarlig psykiatrisk problematik, exempelvis 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).

Samtliga sökande genomgick en första screening genom att via internet fylla i Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report (LSAS-SR; Liebowitz, 1987) som mäter grad av social ångest, Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) som mäter grad av depressiva symptom och Generalised Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) som mäter grad av generaliserad ångest. De deltagare som erhållit 30 poäng eller högre på LSAS-SR, skattade under 14 poäng på PHQ-9 och ej skattade över 0 poäng på suicidfrågorna i PHQ-9 samt uppfyllde övriga inklusionskriterier och ej uppfyllde övriga exklusionskriterier inkluderades i CBM-projektet. Eftermätning med samma frågeformulär gjordes direkt efter interventionen samt vid två uppföljande tillfällen en vecka respektive tre månader efter interventionen. Samtliga individer som genomfört tremånadersuppföljningen erbjöds deltagande i förevarande studie.

Figur 1. Flödesschema över rekrytering och randomisering

Procedur och interventioner

Samtliga deltagare genomgick en av två möjliga internetbaserade KBT-behandlingar – diagnosspecifik KBT för social ångest (Furmark et al., 2013) eller Unified Protocol (Barlow, 2013). Behandlingarna förmedlades via den internetbaserade tekniska plattformen Iterapi som utvecklades vid Linköpings universitet med främsta syfte att

bedriva forskning kring psykologisk behandling (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring, & Andersson, 2016). Plattformen, som är anpassad för att användas på datorer såväl som läsplattor eller smartphones, är utformad på ett sätt som främjar säkerhet och möjliggör effektivitet i processflödet, integrerad enkätinsamling, enkel dataexportering och grafiska framstegsindikatorer för patienter och behandlare. All datakommunikation mellan serverna och användarna krypteras, och inloggningen i plattformen för såväl patienter som behandlare sker med personliga inloggningsuppgifter följt av en engångskod skickad via SMS till användarens mobiltelefon. All skriven kommunikation mellan patienter och behandlare skedde via plattformen och således skickades ingen konfidentiell information okrypterad via epost. Via behandlingsplattformen mottog undersökningsdeltagarna en modul (pdf-fil) per vecka under nio veckors tid. Dessa innehöll psykoedukativt material, övningar och hemuppgifter. För att få tillgång till nästkommande modul ombads deltagare besvara veckomätningen bestående av primära och sekundära utfallsmått, och maximalt tre automatiska meddelanden skickas ut varje vecka för att påminna om denna.

Diagnosspecifik KBT.

Den diagnosspecifika KBT-behandlingen utgår från en textbaserad självhjälsmanual (Furmark et al., 2013) med huvudkomponenterna (1) psykoedukation, (2) kognitiv omstrukturering, (3) exponering, (4) social färdighetsträning och (5) återfallsprevention. Dessa är uppdelade på nio moduler som levererades en per vecka i enlighet med tidigare internetbaserade studier av programmet. Den totala textomfattningen var 200 sidor, 64 221 ord. För en översiktlig redogörelse av innehållet och textomfattningen i varje veckas modul se *Bilaga 1*.

Unified Protocol.

Unified Protocol består utav fem huvudkomponenter: (1) känslomässig medvetenhet och 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, 2013). Dessa huvudkomponenter är indelade i åtta moduler och föregås av en modul som är inriktad på att stärka förändringsvilja och behandlingsengagemang samt en psykoedukativ modul kring emotioner som lägger grunden för individens förståelse av känsloupplevelser. En sista modul innefattas av kortfattad information kring läkemedel för ångest- och depressionssymptom samt utvärdering av behandlingsframsteg, vidmakthållandeplan och återfallsprevention (Barlow, 2013). Behandlingens delar bygger på varandra och är tänkta att levereras i ordning men antalet sessioner per komponent är flexibelt. Frekvensen har därmed anpassats till att matcha den diagnosspecifika behandlingen, alltså en modul per vecka under nio veckors tid. Detta gjordes genom att leverera det huvudsakliga innehållet i modul 7 (interoceptiv och situationsbaserad exponering) under två veckor istället för en. Den totala textomfattningen var 119 sidor, 49 282 ord. För en översiktlig redogörelse av innehållet och textomfattningen i varje veckas modul, samt en jämförelse med den diagnosspecifika behandlingen avseende dessa aspekter, se *Bilaga 1*.

Terapeutstöd.

Behandlaren som hade den huvudsakliga kontakten med deltagare är författaren till förevarande uppsats – en sistaårsstudent på psykologprogrammet, inriktning KBT, vid Stockholms Universitet. Samtliga deltagare (n=147) erhöll följande meddelanden av behandlaren: (1) ett inledande meddelande som välkomnade till behandling, informerade om behandlingsupplägg, innehöll praktisk information kring mottagning av veckovisa moduler och frågeformulär samt motiverade till engagemang, och (2) ett avslutande meddelande som informerade om att behandlingens nio veckor var passerade, validerade deltagarens ansträngningar, normaliserade eventuella återstående behandlingsmål, meddelade hur man får tillgång till eventuella resterande moduler samt gav information om var individen kan söka ytterligare psykologisk hjälp om behovet finns. För deltagare som erbjöds terapeutstöd vid behov (n=74) inbegrep välkomstmeddelandet även information om att hen kontakta undertecknad behandlare under behandlingens gång och hur detta kan göras. Svar på meddelanden erhöles inom 24 timmar.

Utfallsmått

Primärt utfallsmått var Mini-Social Phobia Inventory Revised (Mini-SPIN-R) medan sekundära utfallsmått var Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) och Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS). Samtliga mättes veckovis under behandlingens gång.

Mini-Social Phobia Inventory Revised (Mini-SPIN-R).

Mini-SPIN-R (Aderka et al., 2013) är ett självadministrerat skattningsformulär bestående av tre items för uppskattning av grad av social ångest. Respondenter ombeds ta ställning till tre påståenden (*Att bli kritiserad gör mig rädd. Jag skulle göra vad som helst för att slippa bli kritiserad. Jag är rädd för att göra saker då andra skulle kunna se på.*) på en femgradig Likertskala från 0 (*inte alls*) till 4 (*extremt*) utifrån hur mycket de har besvärats av ovanstående problem den senaste veckan. Av svaren erhålls en maxpoäng på 12 poäng. Skattningskalan, som är en förkortad version av den 17 items långa Social Phobia Inventory (SPIN; Connor et al., 2000), har en adekvat intern konsistens och god validitet och reliabilitet, och denna reviderade version har i en studie (Aderka et al., 2013) påvisats vara mer känslig för förändring än den tidigare förkortade versionen Mini-SPIN (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, & Davidson, 2001).

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS).

OASIS (Norman, Hami Cissell, Means-Christensen, & Stein, 2006) är ett frågeformulär framtaget för upprepad datainsamling som utifrån fem items uppskattar intensitet och frekvens av generell ångest, dess påverkan på funktionsnivå och dess relaterade beteendemässiga undvikande. På en Likertskala ombeds respondenter ta ställning till vilket svar som bäst beskriver deras upplevelse den senaste veckan från 0 (*inte alls/aldrig*) till 4 (*extremt/alltid*). En poäng mellan 0–20 kan erhållas. Formuläret har demonstrerats ha goda psykometriska egenskaper i kliniska och icke-kliniska grupper

med hög intern konsistens, robusta korrelationer med globala och diagnosspecifika mått på ångest och svaga korrelationer med mått på orelaterade konstrukt (Campbell-Sills et al., 2009). Cut-off-gränsen på 8 poäng indikerar troligt ångestsyndrom och vid denna poäng har verktyget påvisats korrekt klassificera närvaro eller frånvaro av ångestsyndrom hos 87 % av individer, med en sensitivitet på 89 % och en specificitet på 71 %. Senare studier har även påvisat verktygets höga sensitivitet för förändring (Norman et al., 2013).

Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS).

ODSIS (Bentley, Gallagher, Carl, & Barlow, 2014) är ett frågeformulär som utifrån fem items uppskattar intensitet och frekvens av depressiva symptom samt dess påverkan på funktionsnivå. Formuläret är utformat efter OASIS (Norman et al., 2006) och likt OASIS ombuds respondenter med hjälp av en Likertskala ta ställning till vilket svar som bäst beskriver deras upplevelse den senaste veckan, från 0 (*inte alls/aldrig*) till 4 (*extremt/alltid*). En poäng mellan 0–20 kan erhållas, och en skattning på 8 poäng eller mer indikerar trolig närvaro av depressivt syndrom. Vid denna poäng har verktyget påvisats korrekt kunna klassificera närvaro och frånvaro av depressivt syndrom hos 82 % av deltagare med en sensitivitet på 74 % och en specificitet på 85 % (Bentley et al., 2014). Resultaten indikerar att verktyget har hög intern konsistens med god diskriminativ och konvergent validitet, och items tycks fungera på samma sätt för både kliniska och ickekliniska grupper.

Övriga mått.

Utöver ovanstående primära och sekundära utfallsmått mättes även nyttjat terapeutstöd, följsamhet till behandling samt till vilken grad deltagarna upplevde att behandlingstexterna överensstämde med deras problematik. Nyttjat terapeutstöd mättes genom att registrera hur många av individerna som erbjudits tillgång till terapeutstöd som de facto hörde av sig till den tilldelade terapeuten. Följsamhet operationaliserades som antalet nedladdade moduler och denna information inhämtades från behandlingsplattformens administrativa data. Upplevd överensstämmelse mellan behandlingstexter och problematik mättes genom att deltagare som genomfört hela behandlingsprogrammet erhöll en eftermätning med frågor rörande programmet. En av frågorna löd ”I hur hög grad tyckte du att behandlingstexterna passade in på just dina problem?”, och deltagare ombads skatta 0–100 %.

Statistisk analys

Deltagarnas förändring i symptom över tid undersöktes med Linear mixed effects models (LME; Hesser, 2015). LME är en form av regressionsanalys som modellerar förändring både på individuell nivå (random effects) och på grupp-nivå (fixed effects). För att besvara frågeställningarna analyserades datan både genom gruppvis modellering, alltså utifrån fyra separata grupper, och genom faktoriell modellering som istället tar hänsyn till de två föreliggande komponenterna (typ av behandling och grad av tillgång till terapeutstöd) och utifrån dessa skapar fyra grupper. Vid de gruppvisa jämförelserna sattes vardera

utfallsmått som beroende variabel medan Grupp, Tid och interaktionen Grupp $\times$ Tid sattes som fixed effects, med Intercept och Tid som random effects. Vid de faktoriella jämförelserna sattes vardera utfallsmått som beroende variabel medan Tid, behandlingstyp och grad av tillgång till stöd samt olika kombinationer av dessa sattes som fixed effects, med Intercept och Tid som random effects.

I och med intention-to-treat analyserades all data oberoende av bortfall, och saknad data antogs framförallt vara missing completely at random, alltså ett resultat av slumpmässigt bortfall som kännetecknas av att de individer som saknar vissa datapunkter inte skiljer sig från de som inte saknar dem. Detta för att alla deltagare som inkluderats i studien inte hunnit igenom sina nio behandlingsveckor då datan extraherades och därmed inte hade möjlighet att bidra med helt fullständiga data. Samtliga deltagare kunde emellertid bidra med viss data till analysmodellen. Övrig saknad data antogs vara missing at random.

Beträffande effektstorlekar beräknades Cohens d med hjälp av individuellt predicerade värden utifrån en faktoriell modell, med utfallsdata från första och sista behandlingsveckan. Notera att värden från sista veckan endast beräknades för de deltagare ($n=107$) som hunnit dit i behandlingsprogrammet vid dataextraherandet (resterande är alltså bortfall som är missing completely at random). Vid beräkningen av inomgrupps-effektstorlekar användes medelvärden från de estimerade värdena och standardavvikelser från råvariablerna, alltså de observerade standardavvikelseerna, med korrigering av korrelationen mellan estimerade värden från första och sista veckan. Samtliga statistiska analyser gjordes i statistikprogrammet Jamovi, (0.8.3.0; Jamovi project, 2018), som i sin tur bygger på R.

Forskningsetik

En etikansökan är godkänd av etikprövningsnämnden (DNR: 2016/1990-3). Då ingen kontrollbetingelse användes i studien erhöll samtliga deltagare behandling. Den diagnosspecifika KBT-behandlingen är en välbeprövad intervention vid social ångest som utvärderats i flertalet RCT-studier (Carlbring et al., 2007; Carlbring, Furmark, Steczkó, Ekselius, & Andersson, 2006; Furmark et al., 2009) medan den diagnosöverskridande KBT-behandlingen Unified Protocol har utvärderats i ett antal kliniska studier vid behandling av ångestsyndrom och depression (Barlow et al., 2017; Farchione et al., 2012). Individer med hög suicidrisk nekades deltagande i studien (deltagare som erhöll över 0 poäng på suicidfrågan i PHQ-9 exkluderades), och deltagare uppmanades söka akut psykiatrisk hjälp om suicid- eller självskadeimpulser uppkom. Via hemsidan och vid deltagarnas tidigare VR-behandlingssession informerades de om frivillighet och att deltagande när som helst kunde avbrytas utan att uppge skäl. Vad gäller deltagarnas anonymitet och integritet är de i behandlingens datasystem anonymiserade och tilldelade kodnummer. All korrespondens mellan deltagare och terapeut skedde via behandlingens lösenordsskyddade och krypterade plattform.

Resultat

Undersökningsdeltagare

Sociodemografiska data och bakgrundskaraktäristika presenteras i *Tabell 2*. Inga signifikanta skillnader mellan grupperna påvisades beträffande kön, ålder, civilstånd, högsta utbildningsnivå, sysselsättning, tidigare psykologisk behandling, tidigare eller pågående psykofarmakologisk behandling samt nivåer av social ångest, generell ångest eller depressiva symptom innan förevarande interventioner.

Tabell 2. Sociodemografisk och annan relevant data för deltagare

	KBT utan stöd (n=37)	KBT med stöd (n=37)	UP utan stöd (n=36)	UP med stöd (n=37)	Totalt (n=147)	Statistik
Kön, n Kvinna (%)	21 (56,8)	24 (64,9)	20 (55,6)	22 (59,8)	87	$\chi^2=0,782$; p=.854
Ålder, M (SD)	39,1 (12,3)	41,2 (14,6)	41,6 (10,4)	41,0 (13,1)		F=0,277; p=.842
Civilstånd, n (%)						$\chi^2=4,16$; p=.245
Singel	15 (40,5)	13 (35,1)	8 (22,2)	16 (43,2)	52	
Gift/Partner	22 (59,5)	24 (64,9)	28 (77,8)	21 (56,8)	95	
Högsta utbildningsnivå, n (%)						$\chi^2=5,38$; p=.800
Grundskola	2 (5,4)	1 (2,7)	1 (2,8)	1 (2,7)	5	
Gymnasium	11 (29,7)	13 (35,1)	10 (27,8)	14 (37,8)	48	
Högskola	23 (62,2)	23 (62,2)	22 (61,1)	21 (56,8)	89	
Forskarutbildning	1 (2,7)	0 (0,0)	3 (8,3)	1 (2,7)	5	
Sysselsättning, n (%)						$\chi^2=12,7$; p=.176
Studier	11 (29,7)	6 (16,2)	3 (8,3)	5 (13,5)	25	
Arbete	19 (51,4)	27 (73,0)	30 (83,3)	29 (78,4)	105	
Sjukskriven	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,7)	2	
Annat	6 (16,2)	4 (10,8)	3 (8,3)	2 (5,4)	15	
Tidigare psykologisk behandling, n JA (%)	19 (51,4)	25 (67,6)	20 (55,6)	16 (43,2)	80	$\chi^2=4,60$; p=.203
Tidigare psykofarm. behandling, n JA (%)	14 (37,8)	20 (54,1)	17 (47,2)	14 (37,8)	65	$\chi^2=2,80$; p=.423
Pågående psykofarm. behandling, n (%)						$\chi^2=5,58$; p=.472
JA	8 (21,6)	10 (27,0)	5 (13,9)	6 (16,2)	29	
NEJ	29 (78,4)	26 (70,3)	31 (86,1)	31 (83,8)	117	
okänt	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1	
Förmätning tidigare studie, M (SD)						
Grad av social ångest, LSAS-SR	74,9 (20,0)	69,2 (19,1)	70,9 (24,3)	67,1 (20,5)		F=0,916; p=.435
Grad av depression, PHQ-9	6,38 (3,83)	5,62 (3,91)	5,36 (4,26)	4,97 (2,97)		F=0,916; p=.435
Grad av generaliserad ångest, GAD-7	6,00 (4,16)	6,00 (5,40)	5,61 (4,72)	4,78 (3,34)		F=0,610; p=.609
3-mån-uppföljning tidigare studie, M (SD)						
Grad av social ångest, LSAS-SR	54,5 (24,0)	51,1 (22,8)	53,7 (28,9)	50,7 (20,2)		F=0,230; p=.875
Grad av depression, PHQ-9	5,32 (4,28)	6,27 (5,32)	5,17 (5,22)	4,19 (3,33)		F=1,27; p=.288
Grad av generaliserad ångest, GAD-7	3,68 (2,89)	5,54 (4,83)	4,89 (4,97)	3,95 (2,71)		F=1,72; p=.165

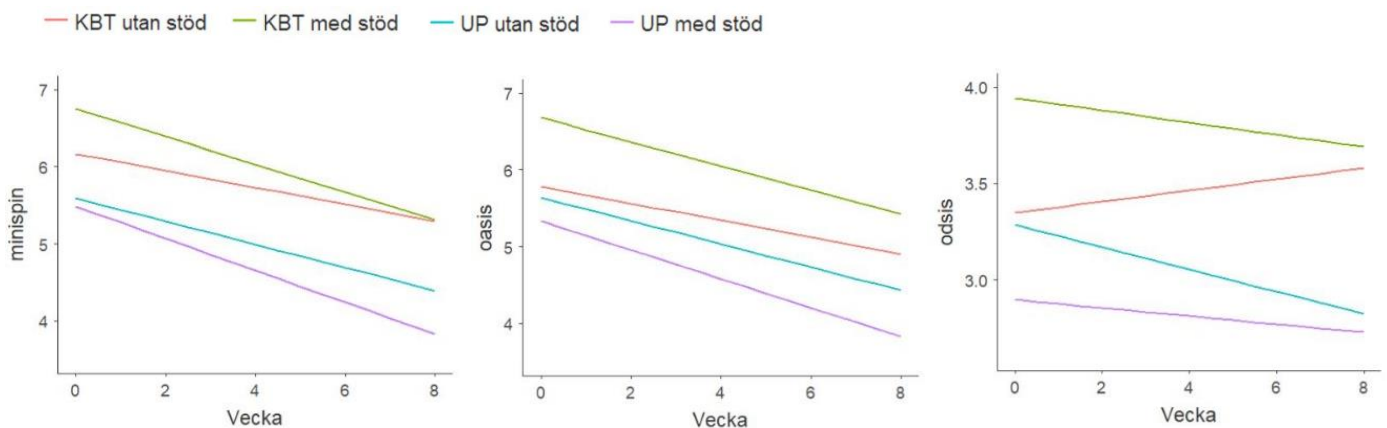
Diagnosöverskridande kontra diagnosspecifik KBT

LME-modellen (se *Tabell 3* och *Figur 2*) visade en signifikant huvudeffekt av Tid avseende minskad social ångest ($F_{1;90,6}=30,784$; $p<0,001$) och minskad generell ångest ($F_{1;98,6}=8,812$; $p=.004$) för samtliga fyra randomiserade betingelsegrupper men däremot inte vad gäller depressiva symtom ($F_{1;96,2}=0,176$; $p=.675$). Ingen signifikant skillnad mellan grupperna påvisades oavsett om datan analyseras gruppvis (social ångest: $F_{3;90,4}=0,543$; $p=.654$; generell ångest: $F_{3;98,3}=0,1$; $p=.960$; depression: $F_{3;95,9}=0,156$; $p=.925$) eller faktoriellt, och därmed föreligger ingen interaktionseffekt mellan Tid, behandlingstyp och tillgång till terapeutstöd (social ångest: $\beta=0,01$; $SE=0,12$; $p=.909$; generell ångest: $\beta=0,01$; $SE=0,20$; $p=.962$; depression: $\beta=0,10$; $SE=0,19$; $p=.617$). Inomgruppseffektstorleken var $d=1,025$ avseende minskad social ångest och $d=0,405$ vad gäller minskad generell ångest.

Tabell 3. LME-resultat för samtliga utfallsmått, gruppvis och faktoriellt

Gruppvisa jämförelser	Mini-SPIN-R			OASIS			ODSIS		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
Grupp	1,662	3/142,8	.178	0,922	3/142,2	.432	0,445	3/142,5	.721
Tid	30,784	1/90,6	<.001	8,812	1/98,6	.004	0,176	1/96,2	.675
Grupp $\times$ Tid	0,543	3/90,4	.654	0,100	3/98,3	.960	0,156	3/95,9	.925
Faktoriella jämförelser	β	SE	p	β	SE	p	β	SE	p
(intercept)	6,17	0,45	<.001	5,79	0,60	<.001	3,35	0,64	<.001
Tid	-0,11	0,05	.041	-0,11	0,09	.239	0,03	0,09	.744
behandlingstyp	-0,57	0,64	.372	-0,15	0,85	.864	-0,06	0,92	.945
stöd	0,58	0,64	.364	0,89	0,85	.294	0,59	0,91	.515
Tid $\times$ behandlingstyp	-0,04	0,08	.598	-0,04	0,14	.772	-0,09	0,13	.509
Tid $\times$ stöd	-0,07	0,08	.382	-0,05	0,14	.740	-0,06	0,13	.649
behandlingstyp $\times$ stöd	-0,69	0,91	.447	-1,20	1,21	.321	-0,98	1,30	.450
Tid $\times$ behandlingstyp $\times$ stöd	0,01	0,12	.909	0,01	0,20	.962	0,10	0,19	.617

Figur 2. LME-resultat för samtliga utfallsmått, gruppvis



Terapeutstöd

Av individerna som erbjöds terapeutstöd vid behov (n=74) nyttjade 13st (17,6 %) deltagare detta (se *Tabell 4*). I genomsnitt genomfördes bland dessa 3,7st interaktioner (där ett skickat meddelande, initierat från en deltagare, motsvarar en interaktion). Genom ett χ^2 -test påvisades att andelen som nyttjade terapeutstöd inte skilde sig signifikant mellan de två grupperna som fick tillgång till det ($\chi^2=0,840$; $p=.349$).

Tabell 4. *Nyttjat terapeutstöd*

Nyttjat stöd, n (%)	Grupp		Totalt, n	Statistik
	KBT med stöd	UP med stöd		
JA	8 (21,6)	5 (13,5)	13	$\chi^2=0,840$ df=1 $p=.359$
NEJ	29 (78,4)	32 (86,5)	61	

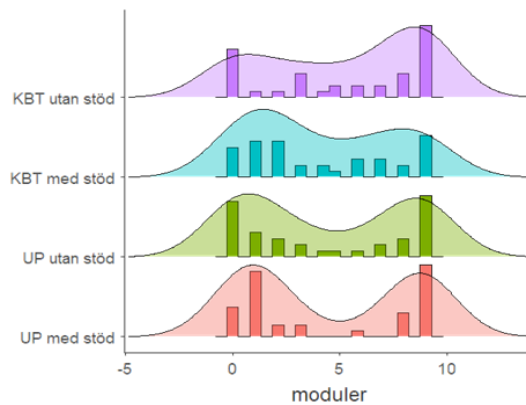
Följsamhet

Följsamhet operationaliserades som antalet nedladdade moduler (se *Tabell 5*) och varierade mellan 0-9st i samtliga fyra grupper med i genomsnitt 5,27st (SD=3,64) för gruppen som erhöll diagnosspecifik KBT utan tillgång till terapeutstöd, 4,19 (SD=3,36) för gruppen som fick diagnosspecifik KBT med tillgång till stöd, 4,42st (SD=3,81) för dem som erhöll Unified Protocol utan tillgång till stöd, och 4,51st (SD=3,90) för gruppen som genomgick Unified Protocol med tillgång till terapeutstöd. En envägs oberoende ANOVA påvisade att antalet nedladdade moduler inte skiljde sig åt signifikant mellan grupperna ($F_{3;143}=0,60$; $p=.617$).

Tabell 5. *Nedladdade moduler*

	KBT utan stöd	KBT med stöd	UP utan stöd	UP med stöd	F (df), p
Nedladdade moduler, M (SD)	5,27 (3,64)	4,19 (3,36)	4,42 (3,81)	4,51 (3,90)	0,60 (3,143) $p=.617$

I och med att distributionen av den genomsnittliga nedladdningen av behandlingsmoduler påvisade två toppar (se *Figur 3*) genomfördes även proportioner mellan grupperna av den totala summan nedladdade moduler (se *Tabell 6*). Detta påvisade att modulnedladdningen inte skilde sig signifikant mellan grupperna ($\chi^2=5,78$; $p=.123$).

Figur 3. Distribution, nedladdade moduler**Tabell 6.** Proportioner, nedladdade moduler

Grupp	Antal	Proportion	Goodness of fit
KBT utan stöd	195	0,288	$\chi^2=5,78$ df=3 p=.123
KBT med stöd	155	0,229	
UP utan stöd	159	0,235	
UP med stöd	167	0,247	

Behandlingstexternas överensstämmelse med problematik

På frågan om hur pass väl deltagarna upplevde att texterna i behandlingsprogrammen passade deras problematik från 0–100 % (se *Tabell 7*) var den genomsnittliga siffran hos deltagarna som genomgick diagnosspecifik KBT 61,1 % medan motsvarande siffra för gruppen som erhöll Unified Protocol var 51,65 %. Notera att antalet individer anger det antal som fullföljt behandlingsprogrammen och besvarat en efterskattning kring behandlingen. Genom en envägs oberoende ANOVA (se *Tabell 8*) påvisades att grupperna inte skilde sig signifikant åt vad gäller grad av upplevd överensstämmelse mellan behandlingstexter och egen problematik, oavsett om datan modellerades gruppvis ($F_3=1,34$; $p=.267$) eller faktoriellt (behandlingstyp: $F_1=2,737$; $p=.101$; stöd: $F_1=0,013$; $p=.010$; behandlingstyp $\times$ stöd: $F_1=0,884$; $p=.267$). Den faktoriella modelleringen indikerar dock en tendens, om än icke-signifikant, till att behandlingstyp påverkar upplevd överensstämmelse.

Tabell 7. Överensstämmelse

	n	M (SD)
KBT utan stöd	29	64,1 (26,0)
KBT med stöd	21	58,1 (27,1)
UP utan stöd	27	49,3 (31,2)
UP med stöd	25	54,0 (30,3)

Tabell 8. Överensstämmelse, ANOVA

	F	df	p
Gruppvis			
grupp	1,34	3	0,267
Faktoriellt			
behandlingstyp	2,737	1	0,101
stöd	0,013	1	0,910
behandlingstyp $\times$ stöd	0,884	1	0,267

Diskussion

Syftet med förevarande studie var att jämföra effekten mellan diagnosöverskridande (Barlow, 2013) och diagnosspecifik (Furmark et al., 2013) internetbaserad KBT för vuxna individer med social ångest, samt att undersöka effekten av terapeutstöd vid behov för dessa grupper. Resultatet påvisade att samtliga individer erhöll en signifikant symptomreduktion avseende social ångest och generell ångest men inte vad gäller depressiva symtom. Det påvisades ingen signifikant skillnad mellan individerna som erhöll diagnosöverskridande eller diagnosspecifik behandling, och ingen skillnad mellan individer som erbjöds terapeutstöd vid behov och de som inte erbjöds detta beträffande samtliga utfallsmått.

Resultatdiskussion

Frågeställning 1:

Erhålls signifikant skillnad i symptomreduktion mellan Unified Protocol och diagnosspecifik KBT vad gäller social ångest (primärt utfall) och depressiva- och generella ångestsymptom (sekundära utfall)?

Det var alltså ingen signifikant skillnad i symptomreduktion mellan Unified Protocol och diagnosspecifik KBT vad gäller primära och sekundära utfallsmått. Alla individer upplevde emellertid en minskning av social och generell ångest under behandlingens gång vilket indikerar att Unified Protocol skulle kunna vara likvärdigt det mer beforskade diagnosspecifika behandlingsprotokollet för social ångest. Man kan dock inte utesluta att förbättringen skulle kunna tillskrivas faktorer utanför respektive behandling i och med avsaknaden av kontrollbetingelse. Riskerna för regression mot medelvärdet, förväntans-effekter och spontanförbättring är dock begränsade i och med att upprepade mätningar redan skett i ursprungsstudierna, och dessa effekter bör således redan ha inträffat. Resultatet är i linje med tidigare forskning och en nyligen utgiven metaanalys som påvisat att diagnosöverskridande behandlingar ger likvärdiga positiva effekter som diagnos-specifika protokoll vid behandling av ångestsyndrom (Pearl & Norton, 2017). Det överensstämmer bland annat med en studie av Dear et al. (2016) som jämfört diagnosöverskridande och diagnosspecifik internetbaserad KBT vid social ångest. Faktumet att man i denna studie även undersökte eventuella skillnader i utfall baserat på grad av terapeutstöd gör jämförelsen med förevarande studie desto mer relevant. Sammantaget påvisade författarna signifikanta huvudeffekter av Tid men inga interaktionseffekter mellan Tid och behandlingstyp avseende minskad social och generell ångest. Vad gäller terapeutstöd påvisades likvärdiga förbättringar från baslinjemätningen till eftermätningen ($p < .001$), men gruppen som erhöll terapeutstöd förbättrades ytterligare mellan eftermätningen och uppföljningen tre månader senare ($p < .001$). Gruppen utan terapeutstöd förbättrades emellertid signifikant mellan tremånadersuppföljningen och tolv månadersuppföljning ($p < .001$). Den enda signifikanta skillnaden mellan grupperna påträffades vid tremånadersuppföljningen ($p = .003$) då gruppen med terapeutstöd

rapporterade något färre symptom än gruppen utan terapeutstöd. Utöver detta fann man inga signifikanta skillnader. Sammanfattningsvis är alltså resultaten i förevarande studie i linje med denna tidigare RCT-studie.

När det kommer till depressiva symptom genererade varken Unified Protocol eller den diagnosspecifika behandlingen någon signifikant symtomförbättring. Tidigare forskning har påvisat att diagnosspecifika internetbaserade interventioner för behandling av social ångest även kan generera viss förbättring av komorbid depressivitet, med små till måttliga inomgruppseffektstyrkor ($d=0,57$; Titov, Andrews, Schwencke, Drobny, & Einstein, 2008; $d=0,64$; Tillfors et al., 2008; $d=1,03$; Berger, Hohl, & Caspar, 2009) och små mellangruppseffektstyrkor ($d=0,2$; Titov, Andrews, Schwencke, et al., 2008; $d=0,44$; Berger et al., 2009). Vad gäller diagnosöverskridande internetbaserade behandlingar har en metaanalys påvisat att dessa kan generera stora mellangruppseffekter (i genomsnitt $g=0,93$ för ångest och $g=0,88$ för depression; Newby et al., 2016), och Unified Protocol specifikt har, vid traditionell behandling, genererat måttliga till stora mellangrupps-effekter vad gäller komorbid depression (Barlow et al., 2017; Farchione et al., 2012). En annan metaanalys över internetbaserade interventioner vid ångest och depressiva symptom påtar att effektstyrkor generellt är större vad gäller minskning av ångest än minskning av depressiva symptom (Spek et al., 2007), men författarna påpekar att detta skulle kunna förklaras av skillnader i grad av terapeutstöd mellan olika studier och interventioner. Kontentan är att tidigare forskning indikerar att en viss minskning av depressiva symptom hade kunnat förväntas vid bägge förevarande interventioner, och vad denna uteblivna symptomreduktion skulle kunna härledas till kan diskuteras. En trolig förklaring är att deltagarna, vid inklusion till förevarande studie, upplevde en så pass låg grad av depression att de inte hade särskilt stort utrymme för förbättring. En anledning till detta är givetvis att ett av exklusionskriterierna för de ursprungliga studierna var en skattning som överskred 14 poäng på PHQ-9. I ovannämnda diagnosöverskridande behandlingar (Barlow et al., 2017; Farchione et al., 2012) och en diagnosspecifik behandling (Berger et al., 2009) fanns inga exklusionskriterier gällande depression, medan Titov, Andrews, och Schwencke (2008) och Titov, Andrews, Schwencke, et al. (2008) exkluderade individer som skattade över 19 poäng på PHQ-9. Tillfors et al. (2008) exkluderade individer som skattade över 22 poäng på MADRS-SR depressionsskala. I snitt skattade förevarande deltagare vid tremånadersuppföljningen (starten av denna studie) 5,24 poäng på PHQ-9 (se data för 3-mån-uppföljning, tidigare studie i *Tabell 2*). Enligt riktlinjerna för tolkning (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) tyder en erhållen poäng på 0-4 på att patienten inte är i behov av depressionsbehandling, 5-14 poäng innebär att en klinisk undersökning bör ligga till grund för behovsbedömning, medan 15 poäng och uppåt indikerar behov av behandling. Om man dessutom ser till veckomätningarna (se *Figur 2*) är det uppenbart att samtliga grupper av individer skattade långt under cut-off-gränsen (8 poäng) på det sekundära utfallsmåttet ODSIS vid deras första behandlingsvecka. Den uteblivna förbättringen av depressiva symptom kan förmodligen förstås i ljuset av dessa siffror.

För att återgå till faktumet att den diagnosöverskridande och den diagnosspecifika behandlingen inte skilde sig åt vad gäller minskad generell ångest finns det ytterligare en aspekt att begrunda. Ser man till den teoretiska bakgrund som Unified Protocol är sprungen ur, alltså en gemensam generell sårbarhet vid ångest- och förstämningssyndrom vars kärnkomponenter antas kunna behandlas med en och samma intervention, hade man kunnat tänka sig att Unified Protocol skulle generera en större minskning av komorbida symptom. Det må finnas viss initial evidens för att diagnosöverskridande KBT är mer gynnsamt än diagnosspecifik vad gäller lindring av komorbid ångest- och depressivitet (Newby et al., 2017), men flertalet andra studier har snarare påvisat en avsaknad av signifikant skillnad mellan behandlingstyperna (Dear et al., 2016; Fogliati et al., 2016; Norton & Barrera, 2012; Titov et al., 2015). Dessa resultat stödjer emellertid observationen (Dear et al., 2016; Titov et al., 2015) att den verkliga fördelen med diagnosöverskridande behandling kan vara av mer pragmatisk natur – att bägge behandlingstyper kan vara effektiva men att diagnosöverskridande KBT även kommer med praktiska fördelar för den kliniska verksamheten.

Frågeställning 2 och 3:

Erhålls signifikant skillnad i symptomreduktion mellan individerna som erbjuds terapeutstöd vid behov och de som ej erbjuds detta vad gäller social ångest (primärt utfall) och depressiva- och generella ångestsymptom (sekundära utfall)? Har terapeutstöd vid behov någon modererande effekt på behandlingsutfallet för respektive behandling?

Resultatet påvisade ingen signifikant skillnad i symptomreduktion mellan individerna som fick möjlighet till terapeutstöd vid behov och individerna som inte fick det beträffande primära och sekundära utfallsmått. Terapeutstöd vid behov, som det är utformat i denna studie, hade alltså ingen modererande effekt på behandlingsutfallet. Trots att tidigare studier har kunnat påvisa att internetbaserad KBT med minimalt eller inget terapeutstöd kan generera signifikant symptomreduktion vad gäller social och generell ångest (Carlbring et al., 2006; Furmark et al., 2009) pekar forskningen kring behandlarstödet betydelse på att väggledda behandlingar generellt är överlägsna icke-väggledda behandlingar (Baumeister et al., 2014). En trolig förklaring till den uteblivna modererande effekten av terapeutstöd skulle kunna vara faktumet att så pass få individer som erbjöds behandlarstöd utnyttjade detta.

Övriga reflektioner kring resultat

Angående magnituden av symptomförbättringen har tidigare studier av den diagnosspecifika behandlingen genererat måttliga till stora effektstorlekar avseende symptomreduktion (Carlbring, Gunnarsdóttir, et al., 2007; Nordgreen et al., 2012) medan Unified Protocol har påvisats generera likvärdiga förbättringar (Barlow et al., 2017; Bullis et al., 2015; Farchione et al., 2012) avseende minskad ångest. Symptomreduktionen i förevarande studie var, för den diagnosöverskridande såväl som den diagnosspecifika behandlingen, liten till måttlig (enligt Östs riktlinjer för tolkning av Cohens *d* för

inomgruppseffektstorlek; Öst, 2013) vilket skulle kunna ha flera förklaringar: Samtliga undersökningsdeltagare rekryterades genom deras medverkan i en tidigare forskningsstudie där de anmält intresse för en en-sessions-behandling med VR-teknik. Det är möjligt att dessa individer skiljer sig från individer som i första hand anmäler intresse till en nio veckor lång internetbehandling. Enligt Socialstyrelsens (2017) nationella riktlinjer för behandling av social ångest finns särskild anledning att överväga internetbaserad KBT med behandlarstöd för individer som är motiverade och efterfrågar denna behandlingsform. Individerna i förevarande studie efterfrågade inte denna behandlingsform utan tackade ja då den erbjöds efter en annan avslutad intervention, och det är således möjligt att dessa undersökningsdeltagare inte upplevde sig vara motiverade till internetbaserad behandling i samma utsträckning som i andra studier med högre effektstorlekar. En ytterligare förklaring skulle kunna vara graden av behandlarstöd vilket diskuterades i föregående avsnitt. En tredje förklaring skulle kunna vara faktumet att individerna på gruppnivå förbättrats avsevärt mellan den tidigare VR-interventionens avslut och förevarande studies början (se data för förmätning av tidigare studie och 3-mån-uppföljning, tidigare studie i *Tabell 2*). Har en större symptomreduktion redan skett finns rimligtvis mindre utrymme för ytterligare minskning. Dock var medelvärdet hos samtliga fyra grupper vid tremånadersuppföljningen fortfarande över cut-off-gränsen (30 poäng) på LSAS-SR vilket indikerar trolig social ångest (Liebowitz, 1987), och därav kanske andra förklaringar är mer sannolika.

Slutligen skulle en förklaring till skillnaden i symptomreduktion mellan förevarande studie och tidigare studier av Unified Protocol vid social ångest eventuellt kunna härledas till faktumet att behandlingens längd anpassades för att matcha den diagnosspecifika behandlingen. Komponenterna i Unified Protocol bygger på varandra och är tänkta att levereras i ordning, men däremot är antalet sessioner per komponent flexibelt (Barlow, 2013). Upphovsmannen föreslår en behandling som sträcker sig från 12-20 sessioner, och i en tidig studie av Unified Protocol levererades behandlingen på 18 sessioner (Farchione et al., 2012) medan man i en senare studie valde att leverera den på 15 sessioner (Reinholt et al., 2017). I förevarande studie anpassades dock frekvensen till en modul per vecka under nio veckors tid. Det är möjligt att detta påverkade resultatet negativt och att behandlingen snarare bör portioneras ut på fler moduler för att generera bättre utfall. I ovannämnda studier förmedlades dock behandlingen på traditionellt vis, alltså face-to-face, och det är möjligt att ett annat referensintervall bör användas vid internetförmedlad behandling. Ett exempel är ett spanskt RCT-protokoll från 2017 där en internetbaserad behandling baserad på Unified Protocol planeras att levereras i tolv moduler (Díaz-García et al., 2017).

Metoddiskussion

Följsamhet.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) beskrivs begreppet följsamhet som i vilken utsträckning en individs beteende motsvarar överenskomna rekommendationer från en

vårdgivare (World Health Organisation, 2003). Inom internetbaserad behandling kan dock begreppet operationaliseras på olika vis och än idag råder inte konsensus kring hur följsamhet inom ett internetbaserat behandlingsformat bör definieras (El Alaoui et al., 2015). En definition som presenteras i en systematisk översiktsartikel kring just följsamhet inom internetbaserade interventioner vid ångest och depression är grad av exponering för innehållet i behandlingen (Christensen, Griffiths, & Farrer, 2009). Begreppet bortfall använder författarna för att beskriva en individ som inte lyckas slutföra det undersökningsprotokoll som är kopplat till en internetintervention och därmed inte fullbordar alla bedömningar. Författarna påpekar att bortfall och följsamhet hänvisar till relaterade men konceptuellt separata konstrukt, och exemplifierar genom att lyfta två exempel – en individ som faller bort från studien (alltså misslyckas med att slutföra samtliga bedömningar) men har en hundra procentig följsamhet till behandling, vilket exempelvis inträffar då individen fortsätter genomföra det föreskrivna programmet även om hen avbrutit kontakten med forskarlaget. Det andra exemplet är en individ som slutför samtliga bedömningar även om hen inte följer behandlingens riktlinjer till hundra procent. Christensen et al. (2009) fann att operationaliseringar av följsamhet varierade mellan studierna i denna översiktsartikel vilket genererade olika mått som inte nödvändigtvis korrelerade särskilt starkt.

Vid renodlad självhjälpsbehandling har följsamhet tidigare operationaliserats som antalet genomförda moduler (Rapee, Abbott, Baillie, & Gaston, 2007), och högre grad av följsamhet har i flertalet studier av behandling med begränsat terapeutstöd vid social ångest påvisats vara relaterat till bättre utfall (Nordgreen et al., 2012; Rapee et al., 2007). Det givna måttet på följsamhet i förevarande studie är antalet nedladdade moduler, som i detta fall påvisades vara i genomsnitt 4,6st av 9, alltså strax över 51 %. Detta skiljer sig från tidigare studier av internetbaserad KBT där följsamhet har rapporterats variera mellan 70-90 % (Andersson et al., 2006; Carlbring, Gunnarsdóttir, et al., 2007; Tito, Andrews, Schwencke, Drobny, & Einstein, 2008; Titov, Andrews, & Schwencke, 2008) samt en nyare metaanalys där följsamheten påvisades vara 80,8 % (Van Ballegooijen et al., 2014). Den lägre följsamheten i förevarande studie skulle eventuellt kunna bero på faktumet att deltagarna inte efterfrågade detta behandlingsformat, vilket diskuterades i föregående avsnitt. Det skulle även kunna härledas till den låga graden av utnyttjat terapeutstöd.

Förevarande operationalisering av följsamhet (alltså antalet/andelen nedladdade moduler) kan dock problematiseras ytterligare. Måttet ger endast begränsad information om deltagarnas följsamhet till behandling då en nedladdad modul inte nödvändigtvis innebär att individen har arbetat aktivt med denna. I och med att exempelvis hemuppgifter med genomförda övningar inte skickades in till behandlaren (deltagare uppmanades istället spara dessa för att på egen hand återvända till dem vid senare tillfällen) saknas information om huruvida övningar de facto genomfördes och i vilken utsträckning. Uppskattning av följsamhet vid terapeutisk behandling utan behandlarstöd tycks inte vara ett helt oproblematiskt förfarande, och vissa forskare påpekar exempelvis att deltagare

kan vara följsamma till dess att de upplever sig vara ”tillräckligt förbättrade” oavsett behandlingens längd (Farvolden, Denisoff, Selby, Bagby, & Rudy, 2005).

Terapeutstöd.

Gällande den låga graden av nyttjat terapeutstöd bland deltagare som erbjöds detta går det att problematisera kring huruvida deltagarna verkligen insåg att de hade denna möjlighet. I det inledande välkomstmeddelandet informerades berörda deltagare om att de kunde höra av sig till undertecknad under behandlingens gång, samt hur denna kontakt rent praktiskt kan upprättas, men denna korta information delgavs alltså i samband med en hel del ytterligare information. Eventuellt hade fler nyttjat stödet om deltagarna informerats om denna möjlighet vid flera tillfällen, exempelvis via automatiserade meddelanden som påminde om att behandlarstöd finns tillgängligt vid behov.

Det går även att problematisera användandet av frivilligt terapeutstöd då det för denna patientgrupp skulle kunna inbegripas i problematikens natur att dra sig för att påkalla uppmärksamhet, även från en behandlare. Eventuellt skulle deltagare ha varit mer betjänta av ett par fasta kontakttillfällen med sin internetbehandlare.

Reliabilitet.

Mätinstrumenten som användes i förevarande studie har påvisat goda psykometriska egenskaper vilket är en klar fördel vid bedömning av studiers reliabilitet. Faktumet att det primära utfallsmåttet har demonstrerats vara sensitivt för förändring, och att de sekundära utfallsmåtten utformats för upprepad kontinuerlig mätning, gör dem särskilt lämpliga för denna behandlingsstudie. Avsaknaden av klinikeradministrerad diagnostisk, vilket diskuteras vidare under avsnittet om studiens begränsningar, öppnar dock upp för frågan om huruvida inkluderade deltagare de facto uppfyllde de diagnostiska kriterierna för social ångest vid interventionsstart.

Validitet.

Den interna validiteten i studien främjas av randomiseringen till betingelsegrupp, och dessa fyra grupper skilde sig således inte åt vad gäller könsfördelning, åldersfördelning, utbildningsnivå, symptomgrad eller andra demografiska faktorer som eventuellt hade kunnat påverka behandlingsutfallet. I och med avsaknad av kontrollbetingelse saknas dock kontroll över beroende och oberoende variabler vilket hade bidragit till en högre intern validitet.

Beträffande den externa validiteten ökar denna vid ett representativt urval. Då data samlas in kontinuerligt under upprepade tillfällen är det naturligt att en andel deltagare som inledde behandlingen inte slutför den i sin helhet till följd av en mängd olika potentiella faktorer. Icke-slumpmässigt databortfall, alltså tendensen hos vissa deltagare att i större utsträckning än andra hoppa av en studie, kan hota den externa validiteten (Miller & Hollist, 2007). Om de individer som inte slutför bedömning systematiskt skiljer sig från de som fullbordar samtliga bedömningar minskar generaliserbarheten hos den kvarvarande urvalsgruppen. Intention to treat, som har använts vid förevarande

behandlingsstudie, rekommenderas vid de flesta större forskningsstudier (Christensen et al., 2009) då detta analysförhållningssätt tar hänsyn till eventuella bias som kan härröra från selektiva databortfall. Icke-slumpmässigt databortfall kan även hota den interna validiteten om andelen som inte slutför behandlingen skiljer sig åt mellan grupperna som jämförs. Är emellertid denna andel likvärdig, såsom de är i denna studie om man ser till andelen nedladdade moduler, är databortfallets påverkan på den interna validiteten minimal (Miller & Hollist, 2007).

Gällande sociodemografiska faktorer hos urvalet bestod detta av närmare 60 % kvinnor vilket är i enlighet med representationen i den generella populationen och därmed talar för resultatens generaliserbarhet. 64 % av deltagarna hade högskoleutbildning eller högre vilket kan jämföras med att 42 % av befolkningen 25-64år i den generella svenska populationen har en eftergymnasial utbildning enligt Statistiska centralbyrån (2016). En vanlig observation inom internetbaserad behandling är att deltagare tenderar att vara högre utbildade än den generella populationen vilket Andersson och Titov (2014) menar skulle kunna vara en artefakt av den digitala klyftan, alltså faktumet att tillgång till internet återspeglar socioekonomiska egenskaper. Författarna påpekar dock sådana potentiella skillnader dämpas allt mer i takt med att tillgången till internet fortsätter att öka över sociala grupper, och deras erfarenhet av internetbaserade interventioner är att individerna som deltar i dessa representerar en stor bredd av människor. Faktum kvarstår dock att individerna i förevarande studie tycks ha en högre utbildningsnivå än den generella populationen vilket skulle kunna utgöra ett hot mot den externa validiteten. Å andra sidan var förekomsten år 2016 av nedsatt psykiskt välbefinnande bland individer 25-84år likartad mellan individer med förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning enligt Folkhälsomyndigheten (2016), och i en översiktsartikel av Mululo, Menezes, Vigne, och Fontenelle (2012) kring prediktorer vid behandling av social ångest kunde inga samband mellan utbildningsnivå och behandlingsutfall påvisas vilket sammantaget talar för att resultatens generaliserbarhet.

Vidare beträffande sociodemografiska egenskaper hos urvalet var den genomsnittliga åldern hos deltagarna 40,7år vilket är ungefär i linje med vissa tidigare liknande studier (Bullis et al., 2015; Furmark et al., 2009; Titov, Andrews, & Schwencke, 2008; Titov, Andrews, Schwencke, et al., 2008) men något högre än vissa andra (Barlow et al., 2017; Berger et al., 2009; Carlbring et al., 2006; Farchione et al., 2012; Tillfors et al., 2008). I studier som undersökt prediktorer för behandlingsutfall har dock ålder inte påvisats ha något tydligt prediktionsvärde (El Alaoui et al., 2015; Mululo et al., 2012). Slutligen, av uppenbara etiska skäl exkluderades individer med svår depression och/eller suicidala tendenser. Detta skulle dock kunna begränsa generaliserbarheten i resultaten.

Studiens begränsningar

En uppenbar metodologisk begränsning är avsaknaden av kontrollbetingelse vilket omöjliggör jämförelsen med naturlig remission. En replikerande studie med kontroll-

grupp är därmed angeläget. En ytterligare begränsning skulle kunna vara bristen av ordentligt diagnostiskt förfarande. Problematiken hos undersökningsdeltagarna har i förevarande studie enbart fastställts genom självskattningsformulär inför, under och efter de tidigare studierna och de aktuella interventionerna. Även om samtliga använda screeninginstrument och skattningsformulär har gedigna psykometriska egenskaper finns det lite som talar för att självskattningar kan ersätta strukturerade diagnostiska intervjuer (Andersson & Titov, 2014).

Ytterligare begränsningar föreligger i studiens design. Att studien genomfördes så tätt inpå en annan intervention ämnad att behandla samma problematik (en-sessions-behandlingen med CBM) grumlar möjligheterna att urskilja de eventuella effekterna av förevarande interventioner. Det är inte ovanligt att ytterligare symptomlindring kan ske efter avslutad intervention (exempelvis skedde en förbättring mellan CBM-studiens avslut och tremånadersuppföljningen) och liknande symptomlindring kan ske upp till ett år efter avslut. Det hade därför ökat resultatens validitet om förevarande studie skett minst ett år efter den förra studien alternativt genomförts med andra deltagare.

Fortsättningsvis observerades att flertalet deltagare inte laddat ner en enda behandlingsmodul under de nio veckor behandlingen pågick. Det uppdagades att deltagare inte tagit del av informationen i det första välkomstmeddelandet som introducerade till behandling. All kontakt under behandlingsveckorna skedde via krypterade meddelanden på den tekniska plattformen. Detta innebär att då individer skickades ett plattformsmeddelande (som exempelvis informerade om behandlingsstart) erhöll de även en kort automatisk e-postnotis som uppmanade dem att logga in på plattformen för att ta del av plattformsmeddelandet. En eventuell fallgrop kan ha varit att deltagare ignorerade e-postnotiserna för att de upplevdes automatiskt genererade, alltså betraktades som skräppost, och därmed aldrig tog del av informationen. En del av studiens databortfall skulle eventuellt kunnat undvikas genom en alternativ procedur där samtliga deltagare kontaktades per telefon vid behandlingsstart.

Slutligen är en ytterligare svaghet hos studien att deltagare endast följdes under nio veckor. Trots att dessa högst preliminära resultat indikerar att Unified Protocol genererar likvärdiga resultat som diagnosspecifik internetbaserad behandling av social ångest är det okänt huruvida dessa eventuella resultat kvarstår på lång sikt.

Framtida forskning

Genom förevarande studie har flertalet frågor aktualiserats som kräver vidare forskning. Förutom att replikera studien på sätt som svarar mot dess begränsningar, alltså att inkludera kontrollbetingelser, eventuella ytterligare diagnostiska förfaranden och en longitudinell uppföljning, krävs mer forskning för att undersöka effekten av Unified Protocol levererad över internet. Än kvarstår studier som exempelvis kartlägger passande frekvens och duration av behandlingsprogrammet samt lämplig form och grad av

behandlarstöd. I och med att behandlarstöd i internetbaserade interventioner generellt påvisats vara överlägset frånvaron av det, och att så pass få individer utnyttjade behandlarstödet i nuvarande studie, återstår forskningsfrågan om en eventuell modererande effekt.

Ytterligare forskning skulle även främja förståelsen för vilka deltagare programmet är mest gynnsamt för, både vad gäller diagnosgrupper och sociodemografiska faktorer, samt vilka deltagare som tenderar att få en utebliven symptomreduktion, ett negativt utfall, ha en lägre grad av följsamhet eller som tenderar att falla bort – data som kan användas vid implementering hos vårdinstanser och/eller för att kunna modifiera behandlingen på sätt som gynnar tänkta patientgrupper. Slutligen vore det högst intressant att undersöka effekten av implementerad Unified Protocol i kliniska miljöer för att pröva dess påstådda användbarhet.

Sammanfattning och slutsatser

Social ångest är ett vanligt förekommande syndrom som kan vara mycket begränsande och innebära stora svårigheter i vardagen. Utan behandling riskerar förloppet att bli kroniskt, och tyvärr erhåller drabbade individer inte effektiv hjälp i tillräcklig utsträckning. Många av dessa lider dessutom av annan samtidigt förekommande problematik såsom depression och/eller andra ångestsyndrom, och att kunna tillhandahålla en enda intervention för behandling av denna patientgrupp vore gynnsamt för både individ och samhälle. De senaste åren har diagnosöverskridande behandlingar kommit att utvecklas, och i förevarande studie genererade en internetbaserad diagnosöverskridande behandling likvärdiga resultat avseende minskad social och generell ångest som en välbeforskad diagnosspecifik internetbaserad behandling. Resultaten bör dock betraktas som högst preliminära och vidare forskning är nödvändigt för att kunna uttala sig om effekten av den aktuella diagnosöverskridande internetbaserade behandlingen för individer med social ångest.

- 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.
<https://doi.org/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.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.011>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Grimlund, A. (2008). Predicting treatment outcome in internet versus face to face treatment of panic disorder. *Computers in Human Behavior*, 24(5), 1790–1801.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.02.003>
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., ... Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 677–686.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.677>
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of guided internet-based cognitive behavior therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*, 23(3), 140–148. <https://doi.org/10.1159/000354779>
- Andersson, G., Rozentel, A., Shafan, R., & Carlbring, P. (2018). Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 18(1), 21–28.
<https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1400381>
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders - the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2013). *Unified Protocol: diagnosöverskridande psykologisk behandling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 838–853.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barlow, D. H., & Carl, J. R. (2011). The future of clinical psychology: promises, perspectives and predictions. In D. H. Barlow (Ed.), *The oxford handbook of clinical psychology* (pp. 891–911). New York: Oxford University Press, Inc.
- 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. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>

- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0036216>
- Berger, T., Hohl, E., & Caspar, F. (2009). Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1021–1035. <https://doi.org/10.1002/jclp.20603>
- Boettcher, J., Berger, T., & Renneberg, B. (2012). Does a pre-treatment diagnostic interview affect the outcome of internet-based self-help for social anxiety disorder? A Randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(5), 513–528. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000501>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179–192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T., & Davis, M. S. (1989). Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 52(3), 339–350. <https://doi.org/10.1080/00332747.1989.11024456>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, S., 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, 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.014>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L. G., & Andersson, G. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1421–1434. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2005.05.002>
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczko, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10(1), 30–38. <https://doi.org/10.1080/13284200500378662>
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia : randomised trial of internet-delivered cognitive- behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190, 123–128. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020107>

- Chamberlain, L. D., & Norton, P. J. (2013). An Evaluation of the Effects of Diagnostic Composition on Individual Treatment Outcome Within Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(1), 56–63. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.748090>
- Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2005). Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 797–818. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.05.003>
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet Interventions for Anxiety and Depression: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), e13. Retrieved from <http://doi.org/10.2196/jmir.1194>
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness*, 405–430. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(97\)87445-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(97)87445-8)
- 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.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379–386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14(2), 137–140.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749–753. <https://doi.org/10.1002/da.21992>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245–258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137–148. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L., ... Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for Social Anxiety Disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 30–44. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.004>
- Díaz-García, A., González-Robles, A., Fernández-Álvarez, J., García-Palacios, A., Baños, R. M., & Botella, C. (2017). Efficacy of a Transdiagnostic internet-based treatment for emotional disorders with a specific component to address positive affect: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1297-z>
- Ek, A.-K., & Åbyhammar, G. (2017). *Att behandla social ångest i virtual reality genom modifiering av uppmärksamhetsbias*. Uppsala universitet.

- El Alaoui, S., Hedman, E., Kaldo, V., Hesser, H., Kraepelien, M., Andersson, E., ... Lindefors, N. (2015). Effectiveness of Internet-based cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 902–914. <https://doi.org/10.1037/a0039198>
- Eley, T. C., Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, 45–59. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195123630.003.0003>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88–101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Emmelkamp, P. M. G. (2012). Attention bias modification : the Emperor ' s new. *BMC Medicine*, 10, 63. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-63>
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476–1488. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 43, 666–678.
- Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, R. M., & Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a web-based self-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), 1–16. <https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e7>
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453–462. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.002>
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010). Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 811–815. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.002>
- Fogliati, V. J., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Sheehan, J., Johnston, L., ... Titov, N. (2016). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for panic disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 88–102. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.005>
- Folkhälsomyndigheten. (2016). Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Retrieved April 13, 2018, from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psyisk-ohalsa/nedsatt-psyiskt-valbefinnande/>
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 195(5), 440–447. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060996>
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthán, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2013). *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi* (2nd ed.). Stockholm: Liber.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gerfvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population : prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416–424. <https://doi.org/10.1007/s001270050163>
- Gilbert, P. (2002). Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16(3), 263–294.

- Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., & Lindefors, N. (2011). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 729–736. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.009>
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Furmark, T., Carlbring, P., Lindefors, N., & Andersson, G. (2010). Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: A psychometric evaluation. *Computers in Human Behavior*, 26(4), 736–740. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.01.010>
- Hedman, E., Ström, P., Stükel, A., & Mörtberg, E. (2013). Shame and Guilt in Social Anxiety Disorder: Effects of Cognitive Behavior Therapy and Association with Social Anxiety and Depressive Symptoms. *PLoS ONE*, 8(4), e61713. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061713>
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: The Guilford Press.
- Herlofson, J. (2014). *MiniPsykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.02.003>
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social anxiety disorder (social phobia). In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 454–476). New York: The Guilford Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2006). *Managing social anxiety: A cognitive behavioral therapy approach (Therapist Guide)* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2010). *Managing social anxiety: A cognitive behavioral therapy approach (Workbook)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Jamovi project. (2018). Jamovi (Version 0.9) [Computer Software]. Retrieved 2018-04-30 from <https://www.jamovi.org>.
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7), 861–870. <https://doi.org/10.1586/em.12.63>
- Johnston, L., Titov, N., Andrews, G., Dear, B. F., & Spence, J. (2013). Comorbidity and internet-delivered transdiagnostic cognitive behavioural therapy for anxiety disorders. *Cogn Behav Ther*, 42(3), 180–192. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.753108>
- Joyce, A. S., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2007). Therapeutic Alliance and Cohesion Variables as Predictors of Outcome in Short – Term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269–296. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.3.269>
- Keightley, M. L., Seminowicz, D. A., Bagby, R. M., Costa, P. T., Fossati, P., & Mayberg, H. S. (2003). Personality influences limbic-cortical interactions during sad mood induction. *NeuroImage*, 20(4), 2031–2039. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.08.022>
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The Genetic Epidemiology of Phobias in Women: The Interrelationship of Agoraphobia, Social Phobia, Situational Phobia, and Simple Phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 273–281. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820040025003>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Delmer, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.

Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19.

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

Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C., & Andrews, G. (2003). Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychol Med*, 33(4), 637–646. <https://doi.org/10.1017/S0033291703007621>

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.

MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202–223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>

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. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>

McManus, F., & Shafran, R. (2014). Transdiagnostic approaches for anxiety disorders. In A. Whittington & N. Grey (Eds.), *How to become a more effective CBT therapist: mastering metacompetence in clinical practice* (pp. 104–119). Chichester, UK: Wiley Blackwell.

Melin, L. (2013). Teoretisk bakgrund. In L.-G. Öst (Ed.), *KBT inom psykiatri* (2nd ed., pp. 19–36). Stockholm: Natur & Kultur.

Miller, R. B., & Hollist, C. S. (2007). Attrition Bias. *Encyclopedia of Measurement of Statistics*, 1, 57–60.

Mogoşe, C., David, D., & Koster, E. H. W. (2014). Clinical efficacy of attentional bias modification procedures: An updated meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 70(12), 1133–1157. <https://doi.org/10.1002/jclp.22081>

Mululo, S. C. C., Menezes, G. B. De, Vigne, P., & Fontenelle, L. F. (2012). A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 92–100. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000100016>

Mörtberg, E. (2013). Social ångeststörning (social fobi). In L.-G. Öst (Ed.), *KBT inom psykiatri* (2nd ed., pp. 93–112). Stockholm: Natur & Kultur.

National Institute for Health Excellence and Care. (2013). *Social Anxiety Disorder - the Nice Guideline on Recognition, Assessment and Treatment. Clinical guideline 159*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2) [doi]

Nationalencyklopedin. (2018). Kognitiv beteendeterapi. Retrieved April 18, 2018, from <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kognitiv-beteendeterapi>

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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.018>
- Nordgreen, T., Havik, O. E., Öst, L. G., Furmark, T., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012). Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(1), 13–21. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0325-8>
- Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23, 245–249. <https://doi.org/10.1002/da.20182>
- Norton, P. J., & Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29(10), 874–882. <https://doi.org/10.1002/da.21974>
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Springer, J. R. (2008). Transdiagnostic Cognitive–Behavioral Group Therapy for Anxiety: Outcome and Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 266–279. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.266>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders: Update on the Science and Practice. *Behavior Therapy*, 47(6), 854–868. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic Approaches To the Treatment of Anxiety Disorders: a Quantitative Review. *Psychotherapy*, 45(2), 214–226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>
- Nöjd, S., & Zetterlund, E. (2017). *Virtuellt modifiering av uppmärksamhetsbias som behandling för social ångest - en randomiserad kontrollerad studie*. Stockholms universitet.
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 68(2–3), 221–233. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00323-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00323-2)
- Paulus, D. J., Hayes-Skelton, S. A., & Norton, P. J. (2015). There's No "I" in GCBT: Identifying predictors of group-level outcome in transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for Anxiety. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 19(2), 63–76. <https://doi.org/10.1037/gdn0000023>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>
- Rapee, 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. *British Journal of Psychiatry*, 191, 246–252. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.028167>
- Reinholt, N., Aharoni, R., Winding, C., Rosenberg, N., Rosenbaum, B., & Arnfred, S. (2017). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorders: the unified protocol in mental health services. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 29–43. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1227360>
- 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.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883–908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007>

Rück, C., & Hedman, E. (2016). Ångestsyndrom. In J. Herlofson, L. Ekelius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Eds.), *Psykiatri* (pp. 341–357). Lund: Studentlitteratur AB.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>

Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017. *Publikation*.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319–328. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008944>

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(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom, volym 2: En systematisk litteraturöversikt* (171/2). Stockholm.

Statistiska Centralbyrån. (2016). Befolkningens utbildning. Retrieved April 13, 2018, from <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/befolkningens-utbildning/>

Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and Quality of Life in Social Phobia: Epidemiologic Findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606–1613. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>

Suárez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R., & Barlow, D. H. (2009). Understanding Anxiety Disorders from a “Triple Vulnerability” Framework. In M. M. Anthony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp. 153–172). New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195307030.013.0013>

Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., ... Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, 25(8), 708–717. <https://doi.org/10.1002/da.20416>

Titov, N., Andrews, G., & Schwencke, G. (2008). Shyness 2: Treating social phobia online: Replication and extension. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 595–605. <https://doi.org/10.1080/00048670802119820>

Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Drobny, J., & Einstein, D. (2008). Shyness 1_ distance treatment of social phobia over the Internet. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 585–594.

Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., ... Rapee, R. M. (2013). Improving Adherence and Clinical Outcomes in Self-Guided Internet Treatment for Anxiety and Depression: Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 8(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>

Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441–452. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.007>

Titov, N., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Karin, E., Sheehan, J., ... McEvoy, P. M. (2015). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 88–102. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.08.002>

- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 959–970. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.013>
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 497–505. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90136-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90136-7)
- Van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., Van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H., & Riper, H. (2014). Adherence to internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(7), e100674. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100674>
- Vernmark, K., & Bjärehed, J. (2013). *Internetbehandling med KBT: en praktisk handbok*. Stockholm: Natur & Kultur.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.018>
- Widiger, T. A., & Edmundson, M. (2011). Diagnoses, dimensions and DSM-V. In D. H. Barlow (Ed.), *The oxford handbook of clinical psychology* (pp. 891–911). New York: Oxford University Press, Inc.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882–890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>
- World Health Organisation. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. WHO. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4)
- Öst, L.-G. (2013). Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar. In L.-G. Öst (Ed.), *KBT inom psykiatri* (pp. 389–410). Stockholm: Natur & Kultur.

Bilaga 1. Veckovist innehåll i behandlingsprogrammen

	Diagnosspecifik KBT	Unified Protocol
v. 1	Introduktion och behandlingsöversikt + psykoedukation om social ångest (modul 1) <i>Innehåll:</i> Info om behandlingsupplägg. Info om social ångest (diagnoskriterier, vanliga symptom, etiologi, farmakologisk/psykologisk behandling, vanliga problem-situationer). Psykoedukation om känsloupplevelsers komponenter, ångestkurvan, flykt/undvikande, nyttan med exponering <i>Textomfattning:</i> 22 sidor, 6734 ord <i>Hemuppgifter:</i> beskrivning av symptom/problematik och vad det medför, utformande av ångesthierarki	Introduktion och behandlingsöversikt + öka behandlingsmotivation (modul 1) <i>Innehåll:</i> Info om behandlingsupplägg och kortfattat kring vanliga känslomässiga syndrom (bl.a. social ångest). Info om vikten av att registrera/ göra övningar. Psykoedukation kring målformulering med fokus på konkretisering och formulering av delmål. <i>Textomfattning:</i> 22 sidor, 9901 ord <i>Hemuppgifter:</i> registrering av mående, kartläggning av för- och nackdelar med förändring och att fortsätta som tidigare, konkret målformulering
v. 2	Tankarnas betydelse (modul 2) <i>Innehåll:</i> Psykoedukation om automatiska tankar/ grundantaganden/livsregler, kognitiv modell för social ångest. Träning i registrering av automatiska tankar och utformande av egen modell för vidmakthållande. <i>Textomfattning:</i> 21 sidor, 5422 ord <i>Hemuppgifter:</i> registrering av automatiska tankar, beskrivning/motivering av individualiserad modell	Förstå känslor, känn igen och kartlägg känsloupplevelser (modul 2) <i>Innehåll:</i> Psykoedukation och övningar kring känsloupplevelsers beskaffenhet och komponenter, triggers/ reaktioner/konsekvenser samt inlärd beteenden. <i>Textomfattning:</i> 16 sidor, 6869 ord <i>Hemuppgifter:</i> kartläggning av känsloupplevelser och känslostyrda beteenden/triggers/konsekvenser
v. 3	Tankefällor och ifrågasättande av tankar (modul 3) <i>Innehåll:</i> Psykoedukation om vanliga tankefällor och strategier för att ifrågasätta negativa automatiska tankar. Övningar i kognitiv omstrukturering samt målformulering med fokus på konkretisering. <i>Textomfattning:</i> 34 sidor, 10 923 ord <i>Hemuppgifter:</i> fortsatt registrering av automatiska tankar, utmanande av en central negativ automatisk tanke, notering av vanliga tankefällor, konkret målformulering	Träning i känslomässig medvetenhet (modul 3) <i>Innehåll:</i> Psykoedukation om ickevärderande känslomässig medvetenhet, psykoedukation och träning i fokusering i nuet och objektiv observation av känsloupplevelser. <i>Textomfattning:</i> 17 sidor, 6707 ord <i>Hemuppgifter:</i> övningar i medveten närvaro, övningar i att framkalla sinnesstämningar och kartlägga reaktioner, fortsatt kartläggning av känsloupplevelser och känslostyrda beteenden
v. 4	Utmana tankar genom beteendeeexperiment (modul 4) <i>Innehåll:</i> Psykoedukation och övningar kring beteendeeexperiment och vanliga svårigheter vid arbetet att ifrågasätta automatiska tankar. <i>Textomfattning:</i> 18 sidor, 5783 ord <i>Hemuppgifter:</i> planering och genomförande av ett beteendeeexperiment, utmanande av automatiska tankar	Kognitiv värdering och omvärdering (modul 4) <i>Innehåll:</i> Psykoedukation om tankar, automatiska värderingar, tankefällor, strategier för kognitiv omvärdering samt övningar i kognitiv värdering, omvärdering av förhastade slutsatser och avkatastrofiering. <i>Textomfattning:</i> 16 sidor, 7108 ord <i>Hemuppgifter:</i> identifikation och granskning av automatiska värderingar, generering av alternativa tolkningar

v. 5 **Exponering** (modul 5)

Innehåll: Psykoedukation om exponeringens principer och dess riktlinjer. Övning i utformande av detaljerad ångesthierarki samt övning i att planera och genomföra exponering.

Textomfattning: 23 sidor, 7635 ord

Hemuppgifter: beskrivning av ångesthierarki, genomförande av exponeringsövningar och beskrivning av dessa.

Känslomässigt undvikande och känslostyrda beteenden (modul 5)

Innehåll: Psykoedukation kring subtila former av undvikande samt övning i dess påföljder. Psykoedukation om känslostyrda beteenden och dess vidmakthållande funktion. Övning i alternativa beteenden.

Textomfattning: 14 sidor, 5969 ord

Hemuppgifter: kartläggning av känslomässigt undvikande, träning i förändring av dysfunktionella beteendemönster

v. 6 **Uppmärksamhet och fokus** (modul 6)

Innehåll: Repetition av Clark och Wells kognitiva modell, psykoedukation om självfokus, säkerhetsbeteenden och dess koppling. Meditations- och koncentrationsövning.

Textomfattning: 21 sidor, 6410 ord

Hemuppgifter: fortsatt planering och genomförande av exponeringar, genomförande och reflektion kring övning i manipulation av säkerhetsbeteenden

Förstå och tolerera fysiologiska reaktioner (modul 6)

Innehåll: Psykoedukation kring kroppsliga förnimmelser och dess samverkan med känsloreaktioner. Övning i att framkalla kroppsliga förnimmelser och registrera intensitet, obehag och grad likhet med upplevelse av ångest.

Textomfattning: 7 sidor, 2996 ord

Hemuppgifter: övningar i att framkalla kroppsliga förnimmelser och registrera obehag

v. 7 **Fortsatt exponering** (modul 7)

Innehåll: Info kring vanliga problem i arbetet med exponering och förslag på möjliga exponeringssituationer.

Textomfattning: 19 sidor, 6663 ord

Hemuppgifter: noggrann redogörelse för säkerhetsbeteenden, fortsatt exponering, reflektion kring genomförda exponeringsövningar

Interoceptiv och situationsbaserad exponering (modul 7)

Innehåll: Psykoedukation om exponering (in vivo/imaginär/interoceptiv), dess principer och riktlinjer. Psykoedukation kring hierarki för ångest och undvikande.

Textomfattning: 12 sidor, 3639 ord

Hemuppgifter: utformande av hierarki, övningar i in vivo, imaginär och/eller interoceptiv exponering

v. 8 **Utveckla sociala färdigheter** (modul 8)

Innehåll: Psykoedukation kring aktivt lyssnande, icke-verbal kommunikation, konversationsteknik, att hävda sin rätt och jag-budskap.

Textomfattning: 20 sidor, 7325 ord

Hemuppgifter: träning i aktivt lyssnande och icke-verbal kommunikation, reflektion kring sociala färdigheter, fortsatta exponeringsövningar

Fortsatt interoceptiv och situationsbaserad exponering (modul 7)

Innehåll: Vägledad reflektion kring förra veckans exponeringsövningar, psykoedukation kring vikten av fortsatt träning samt ytterligare riktlinjer för exponering.

Textomfattning: 5 sidor, 1458 ord

Hemuppgifter: fortsatta situationsbaserade/ imaginära och/eller interoceptiva exponeringsövningar

v. 9 **Vidmakthållande och återfallsprevention** (modul 9)

Innehåll: Psykoedukation kring perfektionism, självförtroende. Korta sammanfattningar av tidigare moduler, framstegsutvärdering, utformande av åtgärdsplan, hantering av bakslag.

Textomfattning: 22 sidor, 7326 ord

Total textomfattning: 200 sidor, 64 221 ord

Resultat, vidmakthållande och återfallsprevention (modul 8)

Innehåll: Psykoedukation om läkemedel mot ångest och depression, övning i repetition av färdigheter, framstegsutvärdering, utformande av övningsplan och ytterliga långsiktiga mål, hantering av bakslag.

Textomfattning: 10 sidor, 4635 ord

Total textomfattning: 119 sidor, 49 282 ord