



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Kognitiv beteendeterapi jämförd med interpersonell terapi förmedlad via smarttelefon vid social fobi – vad har betydelse för behandlingsutfallet?

Louise Öberg

Psykologexamensuppsats, HT 2012

Handledare:
Margit Wångby Lundh,
Jonas Bjärehed
Biträdande handledare:
Jesper Dagöö,
Gerhard Andersson
Examinator:
Lars Trygg

Tack till

Margit Wångby Lundh och Jonas Bjärehed för ert otroliga arbete, engagemang och outtröttliga stöd. Jag är mycket tacksam för att ha haft er som handledare och kommer att bära med mig alla era goda råd i min framtida karriär. Stort tack!

Jesper Dagöö för intressanta diskussioner, råd och stöd både gällande uppsatsen såväl som med projektet. Tack även till Robert Asplund Persson för att jag fått delta i ert spännande projekt och för att ni spridit er entusiasm hela vägen till Lund.

Gerhard Andersson för ditt goda arbete med mSOFIE, kloka ord och tips på statistik.

Alla deltagare och terapeuter i mSOFIE-projektet.

Sofia Hjerling för glada skratt och goda råd.

Sammanfattning

Smarttelefonen används alltmer som redskap i psykoterapeutisk behandling men hittills har ingen kontrollerad studie provat om behandling av social fobi kan förmedlas genom smarttelefon. Denna randomiserade och kontrollerade studie undersökte guidad självhjälsbehandling vid social fobi förmedlad via smarttelefon med syfte att dels jämföra behandlingar och dels att studera olika patientfaktorer betydelse för behandlingsutfall. Totalt randomiserades 52 deltagare till kognitiv beteendeterapi (KBT) (n=27) eller interpersonell terapi (IPT) (n=25) i ett nio veckor långt behandlingsprogram. Det primära utfallsmåttet var Liebowitz Social Anxiety Scale- self rate (LSAS-SR) och behandlingsutfall studerades dels som grad av symptomreduktion och dels som klinisk signifikant förbättring. Signifikant fler deltagare blev kliniskt signifikant förbättrade i gruppen som tilldelats behandling med KBT i jämförelse med gruppen som tilldelats IPT. Ålder, kön, utbildningsnivå, initial depressionsgrad, initial svårighetsgrad, andel datoranvändning i behandling samt initial vana vid smarttelefon, hade inte något signifikant samband med behandlingsutfall. En tendens till signifikant skillnad avseende svårighetsgrad antydde att generaliserad social fobi skulle kunna vara förknippad med en högre grad av symptomreduktion än specifik social fobi. Sammantaget framkom inga indikationer på att någon av dessa patientfaktorer hade betydelse för deltagarens möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen i denna studie.

Nyckelord: Kognitiv beteendeterapi, Interpersonell terapi, Internet, Social fobi, Smarttelefon, Prediktorer, Klinisk signifikans

Abstract

The use of smartphones as a tool for administering psychological treatment is increasing, however, there is so far no controlled studies showing that social anxiety disorder (SAD) can be treated in this way. This randomized and controlled study, examines Internet based treatment administered through smartphones for social anxiety disorder. Two different types of treatment are compared, and the importance of different patient related factors for the treatment outcome was explored. In total, 52 participants were randomly selected to participate in Cognitive Behavior Therapy CBT (n=27) or Interpersonal Therapy (IPT) (n=25) targeting their SAD. The treatment lasted for nine weeks. The primary outcome measure was Liebowitz social anxiety scale- self rate (LSAS-SR) and treatments outcome was studied both in terms of symptom reduction, and in terms of clinical significant improvement. The result suggested that significant more patients were clinically significantly improved among those receiving CBT, as compared to the group that received IPT. Age, gender, level of education, initial level of depression, initial level of severity, amount of computer usages in treatment, as well as initial experience of smartphone usages, showed no relationship with the treatment outcome. The result showed a tendency to significant difference regarding the initial level of severity, suggesting that generalized social anxiety disorder could be associated with a higher degree of symptom reduction than specific social anxiety disorder. The conclusion drawn from this result is that none of the patient factors were related to the treatment effect.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy, Interpersonal Therapy, Internet, Social anxiety disorder, Smartphone, Prediction, Clinical significance

Innehållsförteckning

Inledning	8
Social fobi	9
Prevalens	9
Komorbiditet	9
Etiologi	10
Behandling	10
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	10
Interpersonell terapi (IPT)	12
Kognitiv beteendeterapi (KBT) förmedlad via Internet	12
Psykoanalytisk behandling förmedlad via smarttelefon	13
Patientfaktorer inverkan på behandlingsutfall	14
Ålder och behandlingsutfall	14
Kön och behandlingsutfall	15
Utbildningsnivå och behandlingsutfall	15
Initial depressionsgrad och behandlingsutfall	15
Initial svårighetsgrad och behandlingsutfall	16
Variabler specifika för smarttelefon-förmedlad behandling	17
Klinisk signifikant förbättring (KSF)	17
Föreliggande studie	17
Syfte	18
Frågeställningar	18
Metod	19
Deltagare	19
Deskriptiva data	19
Rekrytering	20
Urval	21
Bortfall	23
Material	23
Primärt utfallsmått LSAS-SR	23
Patientfaktorer	23
Procedur	24

Etikansökan	24
Sekretess och säkerhet	24
Anmälan, förmätning och exkludering	24
Diagnostisering via semi-strukturerade intervjuer	25
Randomisering	25
Behandling	25
<i>Behandlingsmaterial KBT</i>	26
<i>Behandlingsmaterial IPT</i>	26
Veckomätning	26
Eftermätning och uppföljningsmätning	26
Uppföljning	27
Design	27
Databearbetning och analyser	27
Statistisk analys av initiala skillnader mellan behandlingsgrupperna	28
Statistisk analys av klinisk signifikans	28
Statistisk analys av behandlingseffekt	28
Statistisk analys av betydelsen av patientfaktorer	28
Resultat	29
Klinisk signifikant förbättring i grupp KBT respektive IPT	29
Samband mellan patientfaktorer och symptomreduktion	29
Samband mellan patientfaktorer och klinisk signifikant förbättring (KSF)	31
Diskussion	32
Klinisk signifikant förbättring i grupp KBT respektive IPT	32
Samband mellan patientfaktorer och behandlingsutfall	33
Ålder, kön, utbildningsnivå, initial depressionsgrad	33
Initial svårighetsgrad	35
Variabler specifika för smarttelefon-förmedlad behandling	36
Metoddiskussion	36
Intern validitet	36
Extern validitet	38
Validitet hos patientvariabler och utfallsmått	38
Begränsningar i studien	39
Etiska överväganden	39

Vidare studier och framtida forskning	40
Slutsats	40
Referenser	41
Bilaga 1 KBT-behandlingens moduler	51
Bilaga 2 IPT-behandlingens moduler	53

“What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, and under which set of circumstances?” (Paul, 1967, s. 111). Citatet belyser en central fråga i psykoterapiforskning då en konklusion som delas av många forskare är att det inte räcker att endast matcha psykoterapeutisk behandling med en specifik diagnos (Norcross & Wampold, 2011). Kunskap om vad som predicerar behandlingsutfall i en diagnosspecifik behandling är en förutsättning för individualiserad psykoterapi (Norcross & Wampold, 2011) och bidrar till att identifiera vilka personer som främst kan erhålla hjälp från dessa interventioner (Borge, Hoffart, & Sexton, 2010). En ökad förståelse för vad som predicerar behandlingsutfall kan påverka en framtida utformning av behandling med riktade interventioner och optimerad användarvänlighet (Steketee & Chambless, 1992).

Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) förmedlad via dator har i flera kontrollerade studier beskrivits vara en effektiv behandling vid social fobi (Andersson et al., 2006; Carlbring et al., 2007; Furmark et al., 2009; Tillfors et al., 2011). Trots att smarttelefonen används alltmer som redskap i psykoterapeutisk behandling (Luxton et al., 2011) och visat sig vara ett effektivt sätt att förmedla behandling genom vid depression (Hoa Ly, in prep.), har hittills ingen kontrollerad studie provat om behandling av social fobi kan förmedlas genom smarttelefon. Föreliggande studie ingår i mSOFIE-projektet (mobil Social Fobi behandling via Internet i kombination med Exponering) som ämnar studera utfall av social fobi-behandling förmedlad via smarttelefon. Denna studie fokuserar dels på en jämförelse mellan kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT) och dels på olika patientfaktors betydelse för behandlingsutfall. IPT är en verksam behandling för egentlig depression (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008) och har även uppvisat effekter när behandlingen anpassats för social fobi (Lipsitz et al., 1999; Borge et al., 2008; Stangier et al., 2011). IPT-manualen är framtagen endast för att förmedlas via smarttelefon medan KBT-manualen tidigare förmedlats via dator för deltagare med social fobi. Föreliggande studie utgår därmed dels från en oprövad behandlingsform och dels från ett nytt sätt att förmedla psykoterapeutisk behandling.

Trots ansevärd forskning på KBT-behandling och social fobi har endast ett fåtal prediktorer identifierats inverka på behandlingsutfall och studiernas resultat är ofta motsägelsefulla (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004). Forskning på guidad självhjälp via Internet har framförallt fokuserat på om behandlingen är effektiv och inte på vad som predicerar behandlingsutfall. Därmed finns det endast ett fåtal prediktionsstudier av Internet-förmedlad behandling (Andersson, Carlbring, & Grimlund, 2008). I föreliggande studie kan kunskap om terapiformernas lämplighet och för vem smarttelefon-förmedlad behandling

fungerar, bidra till ett större behandlingsutbud och eventuellt också leda till att man når fler patientgrupper.

Att arbeta för en ökad tillgänglighet av behandling för social fobi är av särskilt vikt då KBT inte kan erbjudas i tillräcklig grad (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010) och då personer som lider av tillståndet sällan söker professionell hjälp (Kessler, Stang, Wittchen, Stein, & Walters, 1999).

Social fobi

Social fobi definieras utifrån kriterierna i DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) och beskrivs som ett ångesttillstånd där individen upplever rädsla och ångest i sociala interaktions- eller prestationssituationer. Essensen av social fobi är rädsla för att upplevas på ett generande sätt och ångesten inför dessa situationer ska vara så pass stark och överdriven att det leder till ett påtagligt lidande och en begränsning för individen. För en diagnos krävs det att ångesten så gott som alltid uppstår i de situationer som individen fruktar och att rädslan upplevs som överdriven eller orimlig. Man specificerar om rädslan är *specifik* och förekommande vid ett eller två särskilda sammanhang eller *generaliserad* och därmed innefattar de flesta sociala situationer (APA, 2000). Kliniska studier beskriver hur social fobi medför betydande konsekvenser för den drabbade sett till sociala, yrkes- och studierelaterade sammanhang (Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000).

Prevalens. I västerländska länder är social fobi en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna (Mathew, Coplan, & Gorman, 2001) med en uppskattad livstidsprevalens på 12.1 procent (Kessler et al., 2005). Epidemiologiska studier har visat på en övergripande livstidsprevalens på 6.1 procent i världens industriländer och 2.1 procent i utvecklingsländer (Stein et al., 2010). Metodologiska aspekter och skillnader i diagnostik vid prevalensstudier gör det svårt att uttala sig om kulturella skillnader (Furmark, 2002) och hög komorbiditet och överlappning av annan ångestproblematik kan leda till över- alternativt underdiagnostisering (Brunello et al., 2000). Av personer med social fobi uppskattas 50 procent tillhöra den grupp som lider av den generaliserade formen av tillståndet (Hofmann, Heinrichs, & Moscovitch, 2004).

Komorbiditet. Social fobi föregår i regel andra diagnoser och livstidskomorbiditeten uppskattas vara mellan 69 procent och 92 procent (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005). En epidemiologisk studie visade hur 52 procent av deltagarna hade en annan psykiatrisk diagnos och 27 procent av dessa hade två eller fler diagnoser. Det fanns en stark komorbiditet med ångest och affektiva psykiska sjukdomar och en moderat komorbiditet med

missbruk. De vanligaste tilläggsdiagnoserna var andra axel 1-diagnoser som specifik fobi (25.4 %), egentlig depression (18.8 %) alkoholmissbruk och/eller beroende (16.3 %) och agorafobi (13.2 %). I gruppen med generaliserad social fobi sågs en ökad förekomst av andra psykiatriska diagnoser till skillnad från gruppen som hade en avgränsad social rädsla (Chartier, Walker, & Stein, 2003). En hög komorbiditet implicerar att social fobi kan betraktas som en riskfaktor för sekundära psykiatriska tillstånd (Stein et al., 2001).

Etiologi. Tvillingstudier har visat hur genetiska faktorer verkar ha betydelse för utveckling av social fobi (Rapee & Spence, 2004) och i familjestudier har man sett att risken för att utveckla social fobi är två till tre gånger högre om minst en familjemedlem lider av tillståndet (Tillfors, Furmark, Ekselius, & Fredrikson, 2001). I en populationsstudie om ungdomar såg man hur en föräldrastil med mönster av överbeskydd, avvisande och låg emotionell värme associerades med social fobi men inte med någon annan ångeststörning (Knappe, Beesdo-Baum, Fehm, Lieb, & Wittchen, 2012). Studier har funnit samband mellan beteendehinhibition under barndomen och socialfobiska symptom senare i livet (Chronis-Tuscano et al., 2009; Hirshfeld-Becker et al., 2008) och det verkar som att temperament är en betydande riskfaktor för utvecklingen av social fobi (Wittchen & Fehm, 2003).

Behandling

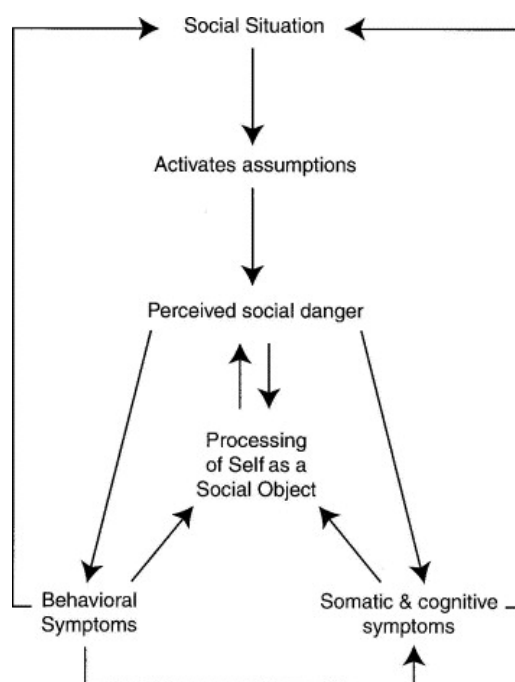
För behandling av social fobi hos vuxna redogörs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom (2010) hur KBT är den behandling som bör prioriteras i första hand följt av behandling med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI). Internet-baserad KBT med behandlarstöd står som rekommendation.

Kognitiv beteendeterapi (KBT). Kognitiv beteendeterapi utgår vanligtvis från en kognitiv förklaringsmodell utformad av Clark och Wells (1995) (se Figur 1). Denna modell beskriver hur social rädsla uppkommer och vidmakthålls genom negativa grundantaganden som aktiveras i sociala situationer. I en hotfull social situation aktiveras så kallade negativa automatiska tankar som gör att personen uppfattar situationen som överdrivet hotfull (Clark & Wells, 1995). En ökad självfokusering och användande av säkerhetsbeteenden gör att personer med social fobi kan genomlida de obehagliga sociala situationerna utan att uppleva någon symptomreduktion (Hirsch & Clark, 2004). Användande av säkerhets- och undvikandebeteenden ökar ofta självfokuseringen och symptom som rodnad och skakningar upplevs som nya källor till fara. Personer med social fobi ägnar ofta mycket tid åt att fundera över, undvika och i efterhand kritiskt granska sociala situationer, vilket antas upprätthålla de socialfobiska symptomen (Clark & Wells, 1995). Behandling av social fobi utifrån Clark och

Wells (1995) kognitiva modell fokuserar därför på att minska säkerhets- och undvikandebeteenden och uppmuntra till att skifta fokus mot omgivningen med det sammantagna målet att förändra dysfunktionella tankar och grundantaganden.

En beteendeteoretisk förklaringsmodell av social fobi utgår från inlärningspsykologin och menar att vårt beteende uppkommit och vidmakthålls av de konsekvenser detta får i olika sociala sammanhang. Genom att undvika alternativt använda säkerhetsbeteenden för att utvärda de sociala situationer som associerats med aversiva erfarenheter, hanteras hotfulla situationer på kort sikt. Däremot tillägnar individen inte sig nya funktionella sätt att förhålla sig till obehaget (McNeil, Lejuez, & Sorrell, 2001). Exponering är en beteendeterapeutisk intervention som syftar till att försvaga ångestresponsen på betingade stimuli och därmed skapa förutsättning för inläring av nya responser (Rodebaugh et al., 2004).

Metaanalyser påvisar att KBT i flera randomiserade och kontrollerade studier visat på moderat till stark behandlingseffekt vid behandling av social fobi (Acarturk, Cuijpers, van Straten, & de Graaf, 2009; Norton & Price, 2007; Rodebaugh et al., 2004; Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006) samt uppvisat goda effekter vid uppföljningsmätningar (Rodebaugh et al., 2004). I KBT vid social fobi ingår kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner som exponering, kognitiv omstrukturering, avslappning och social färdighetsträning. Av dessa interventioner anses kognitiv omstrukturering tillsammans med exponering ha starkast evidens vid behandling av social fobi (Rodebaugh et al., 2004).



Figur 1. En kognitiv modell för social fobi (Clark & Wells, 1995).

Interpersonell terapi (IPT). Interpersonell terapi (IPT) utgår från anknytningsteori och interpersonell teoribildning (Klerman, Weismann, Rounsaville, & Chevron, 1984, refererat i Lipsitz, Markowitz, Cherry, & Fyer, 1999). IPT utvecklades för behandling av depression (Klerman, Dimascio, Weissman, Prusoff, & Paykel, 1974) och en metaanalys av Cuijpers, van Straten, Andersson, och van Oppen (2008) beskriver terapiformen som särskilt verksam vid egentlig depression. Lipsitz och Markowitz har utvecklat en manual för behandling av social fobi utifrån en interpersonell förklaringsmodell (Lipsitz et al., 1999) och resultat från en 14 veckor öppen prövning visade på en förbättring för gruppen som led av social fobi (Lipsitz et al., 1999). Denna modell förklarar uppkomst och vidmakthållande av social rädsla genom att personen i en strävan efter närhet kontra autonomi känner en osäkerhet i sin sociala roll. Beteenden ämnade skydda individen leder till svårigheter med socialisering, öppenhet och uttrycksfullhet samt att uppleva positiva aspekter av interpersonella interaktioner, detta trots att personen innehar sociala färdigheter och kan använda dessa i trygga sammanhang. De självbeskyddande beteendena upprätthåller och konsoliderar de interpersonella svårigheterna (Lipsitz et al., 1999). Behandling av social fobi utifrån en interpersonell modell ämnar därför utforska kopplingar mellan upplevda symptom och aktuell interpersonell problematik (Klerman et al., 1984; refererat i Lipsitz et al., 1999) med ambition att självbeskyddande beteenden ska ersättas med närmandebeteenden (Lipsitz et al., 1999). Traditionell IPT-behandling utgår från fyra problemområden av vilka man arbetar med högst två i den initiala behandlingsfasen. Dessa områden är obearbetad sorg, rollkonflikter, rollövergångar och interpersonella brister (Markowitz, Bleiberg, Christos, & Levitan, 2006). I behandling av social fobi fokuserar man framförallt på rollkonflikter och rollövergångar (Lipsitz et al., 2008).

Av randomiserade och kontrollerade prövningar av IPT vid social fobi visade en studie av Stangier et al. (2011) hur grupperna IPT och kognitiv terapi (KT) erhöll förbättringar jämfört med en kontrollgrupp men där ett signifikant bättre behandlingsutfall sågs i gruppen som fick KT. I en jämförande studie om IPT och KT (Borge et al., 2008) uppnåddes signifikanta förbättringar på flera utfallsmått vid eftermätning och vid en uppföljningsmätning ett år senare. Inga signifikanta skillnader sågs mellan grupperna. Lipsitz et al. (2008) redovisar en studie där förbättringar uppvisades hos gruppen som fick IPT men där man inte fann några signifikanta skillnader med en annan grupp som fick stödbehandling i form av samtal. Rodebaugh et al. (2004) konkluderar i en översiktsartikel att det finns kliniska belägg för att anta att individer med generaliserad social fobi kan bli hjälpta av behandling som syftar till att hantera interpersonell problematik.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) förmedlad via Internet. Metaanalyser av behandling vid ångestsyndrom påvisar hur Internet-baserad KBT vid behandling av social fobi uppvisat motsvarande effektstorlekar som vid traditionell förmedling (Cuijpers, Donker, van Straten, Li, & Andersson, 2010; Reger & Gahm, 2009). Internet- och datorbaserad psykoterapi beskrivs vara ett framgångsrikt sätt att öka spridningen av KBT (Andrews et al., 2010; Andersson, 2009).

Projekt SOFIE (Social Fobi behandling via Internet i kombination med Exponering) initierades 2003 och är ett samarbete mellan Uppsala universitet och Linköpings universitet med syfte att utveckla guidad självhjälpsbehandling via Internet för social fobi. Randomiserade kontrollerade studier har visat att detta är en effektiv behandling (Andersson et al., 2006; Carlbring et al., 2007; Furmark et al., 2009; Tillfors et al., 2011) och oberoende replikationer har styrkt dessa resultat (Titov et al., 2010). En uppföljningsstudie visade att förbättringar kvarstod 5år senare (Hedman et al., 2011b). Flera studier har visat hur guidad självhjälp via Internet är överlägset effektiv jämfört med Internet-behandling där återkoppling inte ges av en behandlingskontakt (Newman, Erickson, Przeworski, & Dzus, 2003; Palmqvist, Carlbring, & Andersson, 2007; Spek et al., 2007).

Psykoanalytisk behandling förmedlad via smarttelefon. Enligt författarens kännedom finns det ingen publicerad studie som undersökt smarttelefon-förmedlad psykoanalytisk behandling vid social fobi. I en randomiserad och kontrollerad behandlingsstudie av subklinisk och egentlig depression (Hoa Ly, in prep.) jämfördes två smarttelefon-applikationer där den ena utgår från beteendeaktivering (Viary) och den andra baseras på mindfulness (Mindfulness Appen). Både behandling med Viary och med Mindfulness Appen resulterade i signifikant förbättring över tid och uppvisade stora behandlingseffekter. Eftermätning visade hur 73.5 procent av deltagarna i Viary-gruppen inte längre uppfyllde diagnosen för egentlig depression. Motsvarande siffra för mindfulnessgruppen var 53.1 procent. I denna studie framstod resultaten som jämförbara med traditionell KBT-behandling.

Ozdalga, Ozdalga, och Ahuja (2012) beskriver i en översiktsartikel hur smarttelefonen används i ett flertal områden inom hälso- och sjukvården med lovande resultat. Däremot saknas kontrollerade studier. Luxton et al. (2011) konkluderar i en översiktsartikel hur smarttelefonen används alltmer som redskap i psykoanalytisk och beteendemedicinsk behandling. Användningsområdena innefattar inspelning av sessioner, virtuella terapeuter, tvåvägskommunikation mellan användare och kliniker och att hemuppgifter kan genomföras i elektroniska formulär online och därmed genast göras tillgängliga för klient och terapeut. Ett

särskilt behov av framtida forskning beskrivs vara utvecklandet av applikationer kring beteendeaktivering, exponering och responsförebyggande interventioner (Luxton et al., 2011).

Att använda smarttelefoner i psykoterapeutisk behandling har fördelar då de är enkla att bära med sig, driftsäkra, programmerbara, relativt billiga samt allmänt accepterade av samhället (Boschen & Casey, 2008). Klientens personliga relation med sin smarttelefon kan vidare leda till ett större engagemang i psykoterapi (Clough & Casey, 2011).

Patientfaktorers inverkan på behandlingseffekt

I en randomiserad kontrollerad prövning definieras en prediktor som en variabel som påverkar behandlingsutfall men där ingen interaktion sker med behandlingens betingelser (Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002). American Psychological Association [APA] (2006) beskriver i en deklARATION om evidensbaserad praktik i psykologi hur framtida studier bör prioritera forskning kring patientkaraktäristiska och samband med behandlingsutfall.

Att identifiera patientfaktorers inverkan på behandlingsutfall kan vara en viktig aspekt för att avgöra vilken behandlingsinsats som är mest lämplig för en särskild individ. Då smarttelefon-administrerad psykoterapi är ett nytt sätt att förmedla behandling saknas det forskning om prediktorer specifika för detta format.

Ålder och behandlingsutfall. Forskning om social fobi ger inte några belägg för att ålder skulle predicera behandlingsutfall vid traditionell KBT (Chen et al., 2007; Dalrymple, Herbert, & Gaudiano, 2007) eller vid administration av KBT via Internet (Ersson & Grut, 2009). Studier har heller inte givit några belägg för att ålder skulle påverka hur individen nekar till deltagande eller avbryter behandlingar (Juster, Heimberg, & Engelberg, 1995; Turner, Beidel, Wolff, Spaulding, & Jacob, 1996). Ålder har i en studie om paniksyndrom visat sig vara en stark prediktor för behandlingsutfall och resulterat i antagandet om att Internet-administrerade självhjälpsprogram är särskilt lämpliga för yngre deltagare (Nordgreen et al., 2010). Således kan ålder vara en potentiell prediktor även vid behandling administrerad via smarttelefon för social fobi.

Social fobi debuterar ofta mellan åldrarna 12-16 år (Fehm et al., 2005; APA, 2000) och debut efter 25 års ålder anses vara ovanligt (Heimberg, Stein, Hiripi, & Kessler, 2000). Livstidsprevalensen är något högre bland yngre personer än äldre (Furmark, 2002). I förhållande till andra ångeststörningar uppskattas graden av spontant tillfrisknande vara den lägsta (Rapee & Spence, 2004) och tillståndet verkar även förvärras över tid (Hildago, Barnett, & Davidson, 2001). Detta implicerar att ålder kan påverka behandlingsutfall då det finns en överrepresentation av social fobi bland yngre personer men där äldre personer

riskerar att ha utvecklat allvarligare symptom.

I Sverige använder personer mellan 65-74 år Internet i betydligt lägre utsträckning och användningen av mobila anslutningar utanför hemmet minskar även med ökad ålder. Skillnaden mellan unga vuxna och medelålders kan däremot ses som marginell i båda avseendena och andelen som använder Internet mellan 16-64 år uppskattas vara drygt 90 procent (Statistiska centralbyrån [SCB], 2012). Av dessa anledningar kan ålder vara intressant att studera som prediktor vid behandling administrerad via smarttelefon.

Kön och behandlingsutfall. Studier om social fobi har inte funnit något samband mellan kön och behandlingsutfall varken vid traditionell behandling med KBT (Chen et al., 2007; Dalrymple et al., 2007; Liebowitz et al., 1999; Sole, Guarch, Jorquera, Puig, & Salamero, 2004) eller vid Internet-administrerad KBT (Ersson & Grut, 2009). Kön har heller inte påvisats ha något samband med nekande till deltagande (Juster et al., 1995; Turner et al., 1996) eller till avbrutna behandlingar (Liebowitz et al., 1999; Turner et al., 1996).

Social fobi uppskattas drabba kvinnor respektive män i förhållandet 3:2 (Kessler et al., 2005; Furmark, 2002) och kvinnor utvecklar oftare den generaliserade formen (3 %) jämfört med män (1.5 %) (Furmark, 2002). Statistiska centralbyrån [SCB] (2012) redovisar att det i Sverige är en jämn könsfördelning vid användande av Internet. Däremot använder något fler män sig av mobila anslutningar utanför hemmet. Av dessa anledningar kan kön vara en potentiell prediktor för behandlingsutfall i en smarttelefon-administrerad behandling av social fobi.

Utbildningsnivå och behandlingsutfall. Utbildningsnivå har i studier av traditionell KBT vid social fobi inte påverkat behandlingsutfall (Chen et al., 2007; Dalrymple et al., 2007) och enligt författarens kännedom har detta inte studerats vid Internet-förmedlad behandling. Longitudinella studier har visat hur ett obehandlat tillstånd av social fobi associeras med tidiga avhopp från skola (Stein & Stein, 2008), ökad grad av arbetslöshet, minskat antal arbetstimmar och minskad arbetsprestation (Wittchen & Fehm, 2003). Det finns en positiv korrelation mellan användande av Internet och utbildning, där personer med högre utbildning använder Internet i ökad grad (SCB, 2012). Således kan det vara relevant att beakta utbildningsnivå vid en smarttelefon-administrerad behandling av social fobi.

Initial depressionsgrad och behandlingsutfall. Vissa studier av traditionell behandling med KBT har funnit att höga nivåer av initial depressionsgrad är associerade med fler symptom på social fobi vid för- och eftermätning (Erwin, Heimberg, Juster, & Mindlin, 2002; Ledley et al., 2005). Studien av Ledley et al. (2005) visade även hur personer med högre grad av depression uppvisade mindre förändringsbenägenhet i behandling. Andra

studier har inte påvisat initial depressionsgrad som en prediktor för behandlingsutfall (McEvoy, 2007; Rosser, Issakidis, & Peters, 2003). Initial depressionsgrad uppskattades inte ha något samband med behandlingsutfall i en Internet-förmedlad behandling av social fobi (Ersson & Grut, 2009). I en studie om Internet-administrerad depressionsbehandling var återkommande depressioner en negativ prediktor för behandlingsutfall (Andersson, Bergström, Holländer, Ekselius, & Carlbring, 2004). Dessa motsägelsefulla resultat kring initial depressionsgrads påverkan på behandlingsutfall avseende behandling med KBT vid social fobi samt vid Internet-förmedlad behandling, indikerar ett behov av ytterligare forskning.

Social fobi har en hög komorbiditet med egentlig depression och uppskattningsvis har över en tredjedel av personer med social fobi någon gång uppfyllt kriterier för diagnosen (Ledley et al., 2005). Sammanfattningsvis finns det därmed anledningar att studera samband mellan initial depressionsgrad och behandlingsutfall i föreliggande studie.

Initial svårighetsgrad och behandlingsutfall. American Psychiatric Association [APA] (2000) presenterar en uppdelning av social fobi utifrån två undergrupper, specifik- (icke-generaliserad) och generaliserad social fobi där den senare innefattar de flesta sociala situationer (APA, 2000). I en epidemiologisk studie sågs en ökad förekomst av andra psykiatriska diagnoser i gruppen med generaliserad social fobi (Chartier et al., 2003). En annan epidemiologisk studie har visat att generaliserad social fobi var associerad med ökad psykisk ohälsa, ökad förekomst av dysfunktionella attityder, ökad grad av social ångest, mindre socialt stöd och en högre grad av funktionsnedsättning (Stein & Kean, 2000).

Flera studier där man har undersökt hur svårighetsgrad påverkar utfallet av traditionell behandling med KBT vid social fobi har valt att studera detta utifrån en indelning i generaliserad respektive icke-generaliserad social fobi. I dessa studier har man inte påvisat några stora skillnader i minskning av socialfobiska symptom mellan subgrupperna. Däremot uppvisade gruppen med generaliserad social fobi ett sämre allmänt fungerande efter behandlingen i jämförelse med gruppen med specifik fobi (Brown, Heimberg, & Juster, 1995; Hope, Herbert, & White, 1995; Turner et al., 1996). I en studie av gruppbehandling med KBT såg man en skillnad mellan subgrupperna där fler deltagare med generaliserad social fobi (62 %) förbättrades avseende symptomreduktion jämfört med gruppen som diagnostiserats med specifik social fobi (30 %). Av de deltagare som fullföljde behandlingen ansågs endast 44 procent i gruppen med generaliserad social fobi vara kliniskt signifikant förbättrade jämfört med 87 procent i gruppen med specifik social fobi (Marom, Gilboa-Schechtman, Aderka, Weizman, & Hermesh, 2009). Studier i SOFIE-projektet har visat hur patienter med

generaliserad social fobi uppvisat en större förbättring på de utfallsmått som mäter symptom på social fobi, men där en procentuellt lägre andel erhöll klinisk signifikant förbättring, jämfört med gruppen som diagnostiserats med icke-generaliserad social fobi (Larm & Sagerlöf-Gunnarsson, 2008; Ersson & Grut, 2009). Forskningen om betydelsen av initial svårighetsgrad i behandling av social fobi är inte entydig varför det är intressant att studera denna variabel utifrån en uppdelning i specifik- och generaliserad social fobi, som prediktor i föreliggande studie.

Variabler specifika för smarttelefon-förmedlad behandling. Det går att anta att vana vid ny teknik skulle kunna ha ett samband med behandlingsutfall i studier om smarttelefon-förmedlad behandling. Föreliggande studie kommer därför att studera huruvida den initiala vanan av att använda smarttelefon kan påverka behandlingsutfall och detta genom att utgå från det antal månader som deltagaren uppskattat sin användning innan behandlingens start. Behandlingsformatet möjliggör användning av dator i tillägg till smarttelefonen, varför även uppskattad andel datoranvändning i behandlingen och samband med behandlingsutfall kommer att studeras. Denna variabel kan visserligen ses som en preferensfaktor men kommer genomgående i uppsatsen att beskrivas som en patientfaktor.

Klinisk signifikant förbättring (KSF)

Trots bevisad effekt av behandling med KBT för social fobi är detta inte synonymt med att deltagarna även uppnår klinisk signifikant förbättring (KSF) (Collimore & Rector 2012). Andersson et al. (2008) argumenterar för en uppskattning av KSF i prediktionsstudier då detta innebär ett mer konstruktivt mått på symptomreduktion än endast avsaknad av diagnos. Beräkning av KSF ger en beskrivning av behandlingens effekt på individnivå (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984) och tillför information om vilka individer som förändrat sin symptombild och i vilken riktning denna förändring gått (Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001).

En utförlig beskrivning av KSF ges under avsnitt för *Databearbetning och analyser*.

Föreliggande studie

Föreliggande studie ingår i mSOFIE-projektet som är ett samarbete mellan Linköpings universitet och Umeå universitet. Projektet syftar till att undersöka om smarttelefoner kan användas som redskap för psykologisk behandling vid social fobi. I studien ingår behandling med KBT och IPT förmedlad via smarttelefon med vägledad självhjälp från en terapeut. KBT-manualen utgår från SOFIE-projektet men där anpassningar gjorts för administration via

smarttelefon. I tillägg till SOFIE-projektet testas även behandling med IPT. Denna behandling utgår från en tidigare oprövad IPT-manual framtagen för att förmedlas via smarttelefon för deltagare med social fobi.

Syfte. Enligt författarens kännedom finns det inga tidigare studier som specifikt berör social fobi-behandling med KBT eller IPT förmedlad via smarttelefon. Kunskap om vad som predicerar behandlingsutfall i en sådan behandling är därmed obefintlig.

Föreliggande studie ämnar dels studera om tilldelad behandling av *KBT* eller *IPT* påverkar vilka som uppnår *klinisk signifikant förbättring* och dels betydelsen av patientfaktorerna *ålder, kön, utbildningsnivå, initial depressionsgrad, initial svårighetsgrad (specifik eller generaliserad social fobi), datoranvändning i behandlingen* respektive *initial vana vid smarttelefon* för behandlingsutfall. Detta i en studie av psykoterapeutisk behandling administrerad via smarttelefon, hos en klinisk grupp vuxna med social fobi.

Frågeställningar. Frågeställningarna är:

1. Finns det en skillnad i andelen som uppnår klinisk signifikant förbättring bland deltagare som tilldelats behandling med KBT respektive IPT?
2. Kan behandlingsutfall prediceras av:
 - A. Ålder
 - B. Kön
 - C. Utbildningsnivå
 - D. Initial depressionsgrad
 - E. Initial svårighetsgrad (specifik eller generaliserad social fobi)
 - F. Datoranvändning i behandlingen
 - G. Initial vana vid smarttelefon?

Behandlingsutfall studeras dels som grad av symptomreduktion och dels som klinisk signifikant förbättring. Ytterligare analyser av behandlingseffekter på föreliggande material är under bearbetning (Dagöö, in prep.).

Metod

Deltagare

Deskriptiva data. Sammanlagt deltog 52 personer i studien varav 27 erhöill behandling med KBT och 25 personer med IPT. Behandlingen fullföljdes av totalt 30 deltagare. Se Tabell 1 för patientfaktorer i respektive behandlingsgrupp.

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan den grupp som fick KBT och den som fick IPT gällande ålder ($t[50] = -1.40, p = .17$), kön ($\chi^2[1] = .32, p = .59$), utbildningsnivå ($\chi^2[1] = 1.93, p = .38$), initial svårighetsgrad ($\chi^2[1] = 0.85, p = .36$), datoranvändning i behandling ($t[41] = -1.85, p = .07$) och initial vana vid smarttelefon ($t[50] = -.11, p = .91$).

Det fanns heller inga signifikanta skillnader mellan behandlingsgrupperna vid förmätningen på huvudutfallsmått LSAS-SR som mäter symptom på social fobi ($t[50] = .86, p = .40$) eller på övriga skalor angående initial depressionsgrad (MADRS-S) ($t[50] = 2.55, p = .14$), ångestnivå (BAI) ($t[50] = -.84, p = .40$) andel social rädsla (SPS) ($t[50] = 1.93, p = .18$) och (SIAS) ($t[50] = 2.34, p = .24$) samt angående livskvalitet (QOLI) ($t[50] = .04, p = .11$). Se Tabell 2 för medelvärde och standardavvikelse på utfallsmått vid förmätning. Utförlig förklaring av formulär ges under avsnitt för *Material*.

Av deltagarna hade 20 (38.5 %) specifik social fobi och 32 (61.5 %) generaliserad social fobi. Samtliga hade social fobi som primär diagnos enligt Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1998) vilket var i enlighet med studiens urvalskriterier. Av komorbida tillstånd hos deltagarna uppfyllde 1 (1.9 %) kriterier för egentlig depression och 1 (1.9 %) kriterier för generaliserat ångestsyndrom (GAD) enligt DSM-IV-TR (APA, 2000). Deltagarna testades även för paniksyndrom med eller utan agorafobi, tvångssyndrom (OCD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), alkoholberoende och alkoholmissbruk. Av komorbida tillstånd var pågående alkoholmissbruk eller alkoholberoende enligt Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1998) och självskattningsformuläret Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993) exkluderande.

I uppskattning av total tid inloggad i behandlingssystemet använde deltagarna smarttelefon 42.81 procent, dator 50.05 procent och surfplatta 7.14 procent.

Tabell 1

Patientfaktorer för KBT- och IPT-grupp (ålder, kön, utbildningsnivå, initial svårighetsgrad, datoranvändning i behandling och initial vana vid smarttelefon)

Variabel		Totalt N = 52	KBT N = 27	IPT N = 25
Ålder	Min-Max	20–65	21–60	20–65
	M	36.90	34.70	39.08
	(SD)	(11.25)	(11.17)	(11.33)
Kön, n (%)	Kvinna	27 (51.90)	13 (48.10)	14 (56)
	Man	25 (48.10)	14 (51.90)	11 (44)
Utbildningsnivå, n (%)	Grundskola/Gymnasium	28 (53.80)	15 (55.60)	13 (52)
	Högskola/Universitet	24 (46.20)	12 (44.40)	12 (48)
Initial svårighetsgrad, n (%)	Specifik SF	20 (38.50)	12 (44.40)	8 (32)
	Generaliserad SF	32 (61.50)	15 (55.60)	17 (68)
Datoranvändning	M	49.62	40.29	58.95
	(SD)	(32.89)	(31.72)	(34.06)
Initial vana vid smarttelefon	M	16.85	16.67	17.04
	(SD)	(12.54)	(12.80)	(12.29)

Tabell 2

Medelvärde och (standardavvikelse) på utfallsmått vid förmätning

Utfallsmått	KBT N = 27	IPT N = 25
SIAS	45.15 (15.81)	50.12 (14.06)
SPS	32.59 (11.32)	37.64 (15.07)
MADRS-S	11.70 (5.09)	14.08 (6.30)
BAI	17.30 (9.25)	19.80 (12.12)
QOLI	1.09 (1.58)	0.37 (1.59)
LSAS-SR	60.19 (18.95)	65.72 (27.15)

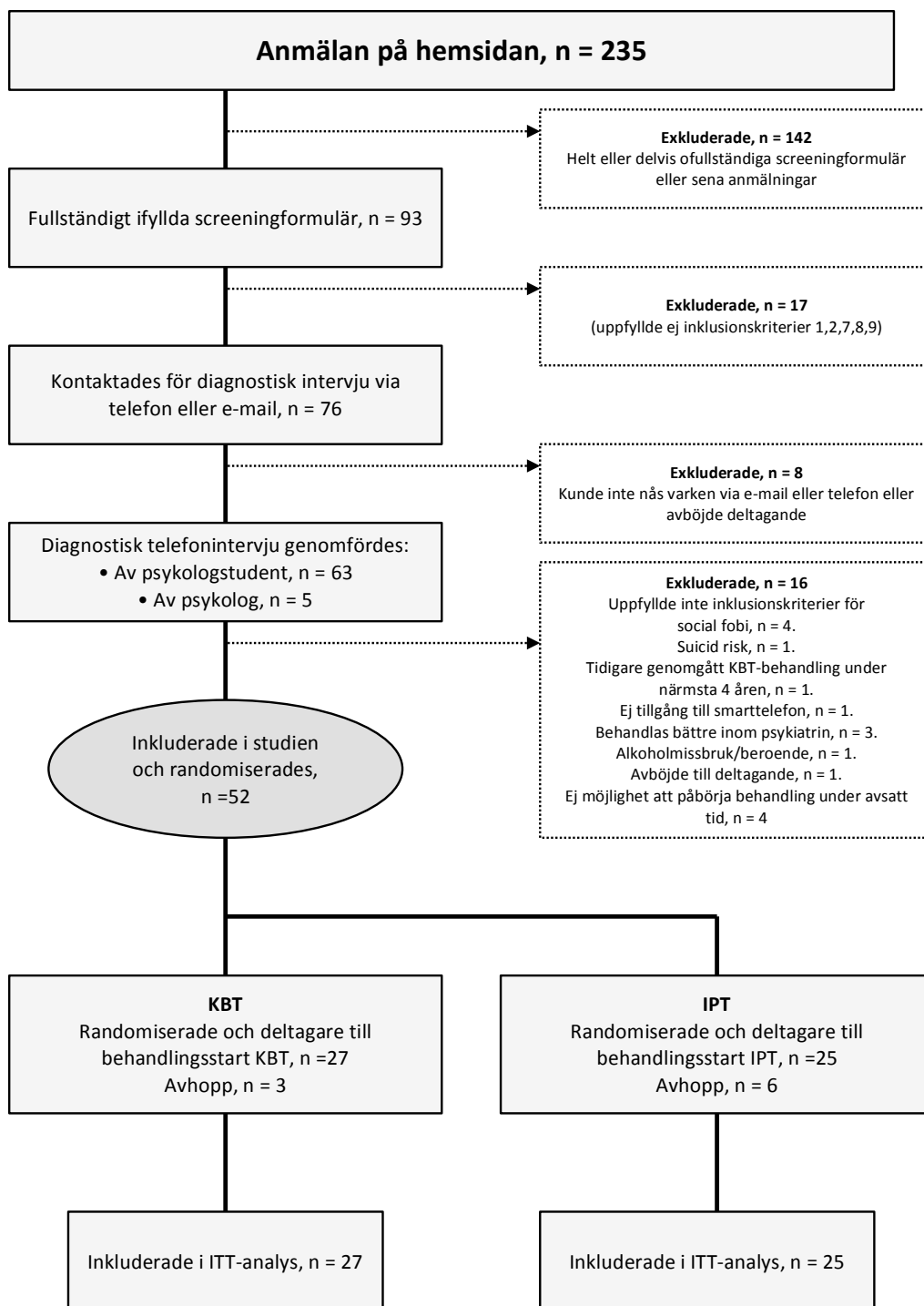
Rekrytering. Deltagarna till studien rekryterades år 2011 och 2012 via en hemsida för psykologisk behandling förmedlad via Internet; studie.nu och annonsering via Ångestsyndromsällskapetets (ÅÅS) hemsida, dagspress, Google-ads och Facebook. Information om studien gavs även via Sveriges television (SVT). Intresseanmälningar gjordes på mSofies hemsida mcbt.se.

Informationsmaterialet på mcbt.se bestod av en presentation av studien, etiska forskningsprinciper, information om principer om frivilligt deltagande och rättigheter att avbryta behandlingen. För fullständig intresseanmälan efterfrågades ifyllda självskattningsformulär och svar på frågor utifrån studiens inklusionskriterier. Skriftligt samtycke lämnades angående medverkan i studien och till behandling.

Urval. Inklusionskriterier för deltagande i studien var:

1. Kriterier för social fobi uppfyllda i enlighet med Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; APA, 2000)
2. Social fobi som primär diagnos.
3. Ålder över 18 år.
4. En totalpoäng under 25 på självskattningsskala Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994).
5. Ej suicidbenägenhet. Detta kontrollerades genom fråga 9 angående livslust i MADRS-S samt vid misstanke även genom telefonintervju.
6. Ej uppnå kriterier för pågående alkoholmissbruk eller alkoholberoende enligt Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1998) och självskattningsformuläret Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993).
7. Ej historik av psykosjukdom eller bipolär sjukdom.
8. Ej uppfylla kriterier för personlighetsstörning inom kluster A eller B.
9. Ej vara under pågående psykologisk behandling.
10. Ej behandlats med KBT under senaste fyra åren.
11. Varit stabil på övrig mediciner i minst tre månader.
12. Ej ha psykiatriska problem som bättre behandlas inom psykiatri.
13. Ha tillgång till Internetuppkopplad smarttelefon och dator.
14. Förmåga att skriva och läsa på svenska.

Kontroll av inklusionskriterier genomfördes dels genom screening och dels vid en klinisk telefonintervju. Se Figur 2 för flödesschema över urval, exkludering utifrån inklusionskriterier och randomisering.



Figur 2. Flödesschema över urval, exkludering och randomisering.

Bortfall. Av ett initialt deltagarantal på 52 personer meddelade 22 (42 %) avhopp. En deltagare svarade inte på e-mail under de inledande två veckorna varvid en senare behandling planlades. Bortfallen skedde under vecka 2 (n=4), vecka 3 (n=3), vecka 4 (n=4), vecka 5 (n=6), vecka 6 (n=3) och vecka 7 (n=1). Behandlingen sträckte sig över nio veckor och 22 (42 %) fullföljde behandlingen under avsatt tidsperiod medan 8 (19 %) avslutade denna upp till en vecka efteråt. Deltagarna i grupp KBT och grupp IPT genomförde 6.41 respektive 6.68 antal behandlingsmoduler. Samtliga 52 deltagare uppmanades svara på eftermätningen trots avhopp under behandlingen. Eftermätningen besvarades av 43 personer vilket ger ett bortfall på 17 procent.

Material

Primärt utfallsmått LSAS-SR. Som primärt utfallsmått användes Liebowitz Social Anxiety Scale- self report (LSAS-SR; Fresco et al., 2001) som mäter symptom på social fobi. LSAS-SR är ett självskattningsinstrument som utgår från den klinikeradministrerade versionen LSAS (Liebowitz, 1987, refererat i Fresco et al., 2001). LSAS och LSAS-SR har hög korrelation ($r = 0.85$) och ekvivalent validitet och reliabilitet. LSAS-SR har hög intern konsistens (Cronbach's $\alpha = 0.95$) (Fresco et al., 2001; Baker et al., 2002), och hög test-retest-reliabilitet mätt över 12 veckor ($r = 0.83$; Fresco et al., 2001). I LSAS-SR mäts rädsla och undvikande i 24 sociala situationer vilka skattas på en fyrgradig skala avseende rädsla (ingen till stark) samt undvikande (aldrig till vanligtvis). Därefter följer två frågor angående påverkan i vardagen och allvarlighetsgrad skattat på en femgradig skala (inte alls till mycket allvarligt) (Fresco et al., 2001). I föreliggande uppsats analyserades endast det primära utfallsmåttet LSAS-SR.

För att uppnå en klinisk signifikant förbättring (KSF) avsågs i föreliggande studie en reliabel minskning av symptom på social fobi med utfallsmått LSAS-SR (Fresco et al., 2001) samt en poäng under en bestämd cut off-punkt på detta utfallsmått, utifrån en metod framtagen av Jacobson och Truax (1991). En utförlig beskrivning av beräkning av KSF ges under avsnitt för *Databearbetning och analyser*.

Patientfaktorer. Initial depressionsgrad beräknades genom förmättningsvärdet på Montgomery Åsbergs Depression Rating Scale (MADRS- S; Svanborg & Åsberg, 1994) som en kontinuerlig variabel. MADRS- S är ett självskattningsinstrument som utgår från den klinikeradministrerade depressionsskalan MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979). MADRS- S beskrivs ha en god intern konsistens (Cronbach's $\alpha = 0.94$) och anses vara ett valitt komplement till MADRS (Svanborg & Åsberg, 1994). I MADRS-S mäts symptomen på

depression där svar på nio frågor skattas på en sjugradig likertskala (0-6). En hög poäng indikerar höga nivåer av depressiva symptom (Svanborg & Åsberg, 1994).

Patientfaktorerna ålder, kön och utbildningsnivå mättes genom att ålder beräknades som en kontinuerlig variabel, kön kodades 1 = kvinna och 2 = man, och för utbildningsnivå kodades 1 = utan universitetsutbildning (grundskola/gymnasium) och 2 = med universitetsutbildning (universitet). Beslut om sammanslagning av grupperna grundskola och gymnasium baserades på att endast två deltagare uppgav grundskola som högsta utbildningsnivå. Diagnostisering och indelning i respektive undergrupp av social fobi diagnostiserades genom poäng på LSAS-SR och fastställdes i den kliniska telefonintervjun och kodades därefter 1 = specifik social fobi och 2 = generaliserad social fobi. Datoranvändning i behandlingen beräknades som en kontinuerlig variabel efter en procentuellt uppskattad användning av deltagaren. Även initial vana vid smarttelefon beräknades som en kontinuerlig variabel utifrån det antal månader som deltagaren uppskattade ha använt sig av denna enhet.

Procedur

Etikansökan. Regionala etikprövningsnämnden i Linköping, avdelningen för prövning av övrig forskning, har godkänt studien 2012-01-24. Etikansökan har diarienummer Dnr 2011/442-31.

Sekretess och säkerhet. Tillgång till behandlingsprogrammen gavs via en webbsida anpassad för smarttelefon. Deltagare och behandlare tilldelades en personlig ID-kod via e-post och all information som registrerades i detta behandlings- och kontakthanteringssystem var sekretesskyddad. Personuppgifter krypterades och lösenordskyddades i en databas för att möjliggöra korrespondens med e-post. Denna form av kontakt skedde därefter i webbsidans slutna kontakthanteringssystem. Därmed uppfylldes krav på hantering av personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (PUL) (SFS, 1998:204).

Anmälan, förmätning och exkludering. Intresseanmälan via mcbt.se följdes av en kod som skickades via e-mail och som gav tillgång till en webbapplikation där självskattningsformulär och bakgrundsfrågor kunde besvaras. Svar på självskattningsformulären Liebowitz Social Anxiety Scale Self Report (LSAS-SR; Fresco, et al., 2001), Montgomery Åsbergs Depression Rating Scale Self Report (MADRAS-S; Svanborg & Åsberg, 1994), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), Social Phobia Scale (SPS; Mattick & Clarke, 1998) och Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993) fungerade därefter som förmätning. LSAS-SR, MADRAS-S, SIAS och

SPS förmedlade genom Internet har visat på ekvivalenta psykometriska egenskaper som när administration sker i pappersform (Hedman et al., 2010).

Personerna blev uppringda efter inklusionsbedömning och förslag gavs angående tider för en klinisk semi-strukturerad telefonintervju. Vid tveksamheter om uppfyllande av kriterier följdes detta upp via den kliniska telefonintervjun. Personer erbjöds kontakt med legitimerad psykolog vid exkludering orsakad av svårare problematik.

Diagnostisering via semi-strukturerade intervjuer. Diagnostisering fullföljdes genom semi-strukturerade telefonintervjuer som varade i cirka 30 minuter och som utgick från Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1998) och Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (MINI) för DSM-IV i svensk version (Allgulander, Waern, Humble, Andersch, & Ågren, 2009). SCID-IV administrerades för diagnostisering av social fobi och MINI användes för evaluering av eventuella komorbida sjukdomstillstånd, fastställande av social fobi som primär diagnos och för konstaterande av subgrupp av social fobi. Klinisk intervju som utförs via telefon beskrivs vara ett reliabelt sätt för evaluering av psykiatriska symptom (Crippa et al., 2008).

Intervjuerna genomfördes av fyra psykologkandidater från Mittuniversitetet, Uppsala universitet samt Umeå universitet under handledning av två legitimerade psykologer. Dessa psykologer utförde även de intervjuer som ansågs kräva längre klinisk erfarenhet eller där betänkligheter uppstått i föregående intervju.

Randomisering. Randomiseringen av de 52 personer som uppfyllde samtliga inklusionskriterier genomfördes i proportion 1:1 och med hjälp av research randomizer (<http://randomizer.org/form.htm>). Deltagarna randomiserades i ett första steg till respektive behandlingsprogram, KBT och IPT, och därefter till fyra psykologkandidater vilka samtliga behandlade deltagare från båda grupper. På grund av en dubblätt av ett kodnummer blev inte proportionen exakt 1:1 vid randomiseringen till behandlingsprogrammen.

Behandling. Båda behandlingsprogrammen pågick parallellt under nio veckor, från den 19 mars 2012 till den 20 maj 2012 och bestod av respektive nio moduler. Behandlingarna med KBT och IPT är utformade att förmedlas via en webbapplikation som kunde läsas via dator, smarttelefon eller surfplatta. Gemensamt för behandlingarna är en textlängd på cirka sex sidor per modul, liknande psykoeduktivt innehåll om social fobi i den första modulen och att det finns en avslutande modul med repetitivt innehåll och konstruktion av en vidmakthållandeplan. Varje genomförd modul avslutades med att svar på tre frågor som berörde innehåll i texten, eventuella hemuppgifter samt självskattningsformulär LSAS-SR skulle skickas till ansvarig behandlingskontakt. Riktlinjer för behandlarkontakten var att

under en vecka lägga ner ungefär 15 minuter i korrespondensen med respektive deltagare och feedback skulle ges på hemuppgifter, svar på behandlingsfrågor och reflektioner från deltagare. Korrespondens med deltagare skedde inom ett dygn efter inlämnade uppgifter. En ny modul aktiverades i början av varje behandlingsvecka vid genomförande av samtliga uppgifter.

Behandlingsmaterial KBT. Det material som används i mSOFIE för KBT-behandlingen utgår från en förkortad version av de moduler som används i SOFIE-projekten (Furmark et al., 2006). Clark och Wells (1995) förklaringsmodell är grunden till SOFIE-behandlingens kognitiva interventioner och tillsammans med exponeringsövningar fokuserar behandlingen på att bryta undvikande- och säkerhetsbeteenden (Hedman et al., 2011a). I mSOFIE har anpassningar av behandlingen gjorts för att möjliggöra administration via smarttelefon och registreringar av övningar och hemuppgifter genomförs i ett dataformulär. Unikt för mSOFIE är ett inslag där videofeedback ges på en egen hållen presentation. Inspiration till övningen är hämtad från David Clark (Workshop EABCT på Island, augusti/september 2011) och syftet är att få en verklig uppfattning av egna reaktioner. Se Bilaga 1 för beskrivning av SOFIE- och mSOFIE-moduler.

Behandlingsmaterial IPT. Materialet för behandling med IPT framtofs av psykologkandidater Sofia Hjerling och Helena Bsenko Andersson i mSOFIE-projektet under handledning av Gerhard Andersson, legitimerad psykolog och professor vid Linköpings universitet. Inspiration vid utformningen av behandlingen var hämtad från ett format av IPT som initialt var utformat för att hjälpa personer med depression. Utöver detta var inspiration hämtad från anknytningsteoretiska modeller (Andersson Bsenko & Hjerling, 2012). Behandlingen berörde samtliga problemområden: obearbetad sorg, rollkonflikter, rollövergångar och interpersonella brister (Markowitz et al., 2006).

IPT-behandlingens moduler består av självhjälpstext med tillhörande övningar. Dessa övningar uppmuntrar till reflektion och egen utövning men är inte formulerade som hemuppgifter. Se Bilaga 2 för en beskrivning av de olika modulerna i IPT-behandlingen.

Veckomätning. Under slutet av varje vecka ombads deltagaren att genomföra en skattning på LSAS-SR och därefter erhålla en ny modul under kommande behandlingsvecka. Tekniska problem bidrog till att bortfall av mätningar godkändes under de två första veckorna och ny modul kunde därför ändå bli tillhandahållen. Veckomätningarna syftade till kontroll av eventuella medierade effekter.

Eftermätning och uppföljningsmätning. I samband med slutförandet av sista modulen erhöles deltagarna samma uppsättning självskattningsformulär som användes vid

förmätningen. I den senare mätningen gavs även möjlighet till att besvara mer öppna frågor. En sådan fråga var i vilken omfattning man använt sig av dator, smarttelefon och surfplatta då detta av tekniska skäl inte kunde registreras automatiskt. En uppföljningsmätning genomfördes cirka tre månader efter behandlingen där deltagarna åter uppmanades besvara tidigare självskattningsformulär.

Eftermätningen besvarades av 43 personer och uppföljningsmätningen av 39 personer. I denna uppsats återges endast resultat kring för- och eftermätning då uppföljningsmätningen kommer att avhandlas i en senare psykologexamensuppsats.

Uppföljning. Efter uppföljningsmätningen erbjöds deltagarna tillgång till samtliga manualer under nio veckor, från den 15 oktober 2012 till den 17 december 2012, varav 28 deltagare anmälde sitt intresse. Vid svårigheter fanns möjlighet att höra av sig till en konfidentiell mailadress vilken kontrollerades dagligen. Av sex personer som screenats för behandling inför höstterminens behandlingsstart valde en person att påbörja denna behandling och där författaren fungerade som behandlingskontakt. Resultat från denna behandling inkluderas inte i studien. Behov av förbättringar av webbapplikationen bidrog till beslut om att avlysa en andra behandlingsstart under hösten 2012.

Design

Föreliggande studie var en randomiserad kontrollerad studie och utgick från två frågeställningar. Den första frågeställningen behandlades utifrån en experimentell design. Den oberoende variabeln *behandling* hade två betingelser, 1) *KBT* och 2) *IPT*. Beroende variabel utgjordes av den dikotoma variabeln *klinisk signifikant förbättring (KSF)*.

Den andra frågeställningen undersöktes genom en korrelationsstudie med två beroende variabler och sju oberoende variabler. Oberoende variabler var *ålder*, *kön*, *nivå av utbildning*, *initial depressionsgrad*, *initial svårighetsgrad*, *inloggning med dator* och *smarttelefonvana*. Beroende variabler var dels *symptomreduktion* i form av skillnad mellan för- och eftermätning på det primära utfallsmåttet LSAS-SR, dels *KSF*.

Databearbetning och analyser

Resultaten beräknades för samtliga 52 deltagare. För de nio deltagare som inte fyllde i eftermätningen tillämpades metoden "Intention to Treat" (ITT). Saknade värden i eftermätningen ersätts därmed med senast observerade värden under förmätning alternativt veckomätning. Denna princip kallas "last observation carried forward" (LOCF) (Carpenter &

Kenward, 2007). Samtliga analyser genomfördes med SPSS version 21.0 för Macintosh OS X (SPSS Inc., 2012).

Statistisk analys av initiala skillnader mellan behandlingsgrupperna. Skillnader avseende patientfaktorer mellan grupperna IPT och KBT studerades genom att χ^2 -test användes för kön, utbildningsnivå och initial svårighetsgrad. För ålder, datoranvändning i behandlingen samt initial vana vid smarttelefon, användes oberoende t-test. Eventuella skillnader mellan grupperna angående det primära utfallsmåttet LSAS-SR och på övriga skalor studerades genom oberoende t-test.

Statistisk analys av klinisk signifikans. För att undersöka vilka deltagare som uppnådde klinisk signifikant förbättring (KSF) beräknades detta för varje individ utifrån en metod framtagen av Jacobson och Truax (1991). Metoden har ett tvåstegs-förfarande. Ett första steg är att undersöka huruvida förändringen hos respektive deltagare är reliabel. Med detta menas att förändringen mellan för- och eftermätning bör vara tillräckligt stor för att utesluta att resultatet beror på mätfel (Atkins et al., 2005). Reliabiliteten beräknades utifrån formeln för reliable change index (RCI) (Jacobson & Truax, 1991). Förändringen anses vara reliabel ($p < 0.05$) om deltagarens värde på RCI överstiger ± 1.96 .

I nästa steg för att bestämma klinisk signifikans identifierades ett cut off-värde för åtskiljande av den dysfunktionella och funktionella population som materialet avser. Svenska normer saknas för LSAS-SR och föreliggande uppsats utgick från amerikanska normer ($M = 13.5$, $SD = 12.7$, Cronbach's $\alpha = 0.95$) (Fresco et al., 2001). Valda normgrupp hade ett deltagarmaterial likt föreliggande studies och där möjlighet fanns att använda reliabilitetsmått för beräkning av RCI, från samma studie (Fresco et al., 2001). Användning av alfakoefficienten som reliabilitetsmått rekommenderas framför test-retest-reliabilitet för beräkning av RCI (Martinovich, Saunders, & Howard, 1996; Tingey, Lambert, Burlingame, & Hansen, 1996). Vid eftermätningen skulle deltagarens poäng på LSAS-SR ha sjunkit under gränsen för två standardavvikelser över normalpopulationens medelvärde (Jacobson & Truax, 1991) varav cut off-värde beräknades till 38.9. Deltagare som uppfyllde dessa två steg uppnådde en klinisk signifikant förbättring (KSF).

Statistisk analys av behandlingseffekt. Efter att gjort en uppdelning av utfallsmått klinisk signifikant förbättring (KSF) studerades effekt av respektive behandlingsgrupp (KBT och IPT) genom korstabulering. Skillnaden i andel klinisk signifikant förbättrade mellan behandlingsgrupperna signifikantstestades med Pearson Chi-Square Test (χ^2 -test).

Statistisk analys av betydelsen av patientfaktorer. Med avseende på utfallsmåttet LSAS-SR studerades de kontinuerliga variablerna genom en korrelationsmatris och de

dikotoma variablernas respektive grupper genom oberoende t-test. Med avseende på utfallsmått KSF studerades de kontinuerliga variablerna med oberoende t-test och de dikotoma variablerna med hjälp av korstabulering och χ^2 -test.

Resultat

Det fanns inga signifikanta skillnader vid förmätning mellan den grupp som fick KBT och den grupp som fick IPT avseende patientfaktorer och utfallsmått.

Klinisk signifikant förbättring i grupp KBT respektive IPT

Andelen deltagare som var kliniskt signifikant förbättrade på LSAS-SR var 42.3 % (11 av 26) i gruppen som tilldelats KBT och 4 % (1 av 25) i gruppen som tilldelats IPT (tabell 3). En signifikant skillnad mellan grupperna förelåg på utfallsmåttet LSAS-SR när det handlar om andelen kliniskt signifikant förbättrade ($\chi^2[1] = 10.39, p < .001$).

Tabell 3

Andel med kliniskt signifikant förbättring på LSAS-SR

Grupp	Klinisk signifikant förbättring		Totalt
	Ja	Nej	
KBT	11	15	26
IPT	1	24	25
Totalt	12	39	51

Samband mellan patientfaktorer och symptomreduktion

I tabell 4 presenteras pearson-korrelationerna mellan de kontinuerliga patientfaktorerna ålder, initial depressionsgrad, datoranvändning i behandling samt initial smarttelefonvana, och symptomreduktion på utfallsmåttet LSAS-SR. Inga av variablerna korrelerade signifikant med behandlingsutfall i form av symptomreduktion.

Tabell 4

Interkorrelationer mellan ålder, initial depressionsgrad, datoranvändning, initial smarttelefonvana och symptomreduktion på LSAS-SR

Patientfaktor	1.	2.	3.	4.	5.
1. Ålder					
2. Initial depressionsgrad (MADRS-S)	.08				
3. Datoranvändning	-.02	.12			
4. Initial smarttelefonvana	.21	-.02	.06		
5. Symptomreduktion (LSAS-SR)	.12	-.03	-.01	.12	

Not. MADRS-S = pre, LSAS-SR = pre-post.

I Tabell 5 redovisas jämförelser mellan män och kvinnor, deltagare med och utan universitetsutbildning, samt deltagare med specifik social fobi och generaliserad social fobi, när det gäller symptomreduktion på utfallsmåttet LSAS-SR. Signifikansprövningen genomfördes med hjälp av oberoende t-test. Resultaten visade på en tendens till signifikant skillnad mellan grupperna specifik och generaliserad social fobi avseende symptomreduktion ($t[49] = 1.86, p = .07$), där gruppen med generaliserad social fobi minskade i en högre grad. Inga sådana tendenser till skillnader återfanns mellan män och kvinnor eller mellan deltagare med och utan universitetsutbildning.

Tabell 5

Jämförelser mellan a) kvinnor och män, b) deltagare med och utan universitetsutbildning, och c) deltagare med specifik eller generaliserad social fobi med avseende på symptomreduktion på LSAS-SR (n = 51)

Patientfaktor			t	p
		M (SD)		
Kön	Kvinna	-13.92 (17.30)	.32	.75
	Man	-15.54 (18.62)		
Utbildningsnivå	Grundskola/Gymnasium	-15.07 (15.81)	-.16	.87
	Universitet	-14.25 (20.09)		
Initial svårighetsgrad	Specifik	-9.05 (17.03)	1.86	.07
	Generaliserad	-18.32 (17.54)		

Samband mellan patientfaktorer och klinisk signifikant förbättring (KSF)

Tabell 6 presenterar en jämförelse mellan deltagare som är kliniskt signifikant förbättrade (KSF) och ej kliniskt signifikant förbättrade (ej KSF), när det gäller de kontinuerliga patientfaktorerna ålder, initial depressionsgrad, datoranvändning och initial smarttelefonvana. Analysen gjordes med oberoende t-test och inga signifikanta skillnader återfanns mellan grupperna KSF och ej KSF gällande de aktuella variablerna.

Tabell 6

Jämförelse mellan grupperna klinisk signifikant förbättring (KSF) och ej klinisk signifikant förbättring (ej KSF) med avseende på ålder, initial depressionsgrad, datoranvändning och initial smarttelefonvana

Patientfaktor	KSF	Ej KSF	t	df	p
	M (SD)	M (SD)			
Ålder	39.67 (12.63)	36.08 (11.80)	-.95	49	.35
Initial depressionsgrad	11.58 (4.89)	13.05 (5.99)	.77	49	.44
Datoranvändning	41.33 (37.71)	51.32 (32.35)	.87	41	.39
Initial smarttelefonvana	19.92 (9.96)	15.95 (13.22)	-.96	49	.34

Andel kliniskt signifikant förbättrade (KSF) deltagare jämfördes mellan män och kvinnor, mellan deltagare med och utan universitetsutbildning samt mellan deltagare med specifik social fobi och generaliserad social fobi. Bland kvinnor förbättrades 18.5 % kliniskt signifikant medan motsvarande siffra bland männen var 29.2 %. Skillnaden mellan könen var inte statistiskt signifikant ($\chi^2[1] = .80, p = .37$). Sammantaget uppnådde 18.5 % av deltagare med grundskola eller gymnasium som högsta utbildningsnivå, klinisk signifikant förbättring. Bland deltagare med universitetsutbildning var motsvarande siffra 29.2 %. Skillnaden i andelen klinisk signifikant förbättrade deltagare mellan de två utbildningsnivåerna var inte statistiskt signifikant ($\chi^2[1] = .80, p = .37$). Av de deltagare som diagnostiserats med specifik social fobi blev 30 % kliniskt signifikant förbättrade. Motsvarande siffra för deltagare i gruppen med generaliserad social fobi var 19.4 %. Skillnaden i andel var inte statistiskt signifikant ($\chi^2[1] = .76, p = .38$).

Sammanfattningsvis identifierades inga signifikanta samband mellan några av patientfaktorerna och symptomreduktion respektive klinisk signifikant förbättring. Då behandlingseffekten inte hade några signifikanta samband med patientfaktorerna genomfördes det inte några vidare analyser.

Diskussion

Föreliggande studie är en randomiserad kontrollerad studie av psykoterapeutisk behandling förmedlad via smarttelefon. Syftet med studien är att undersöka om tilldelad behandling av KBT eller IPT har betydelse för uppnående av klinisk signifikant förbättring. Ett annat syfte är att studera betydelsen av patientfaktorerna ålder, kön, utbildningsnivå, initial depressionsgrad, initial svårighetsgrad, datoranvändning i behandlingen respektive initial vana vid smarttelefon, för behandlingsutfall i form av dels grad av symptomreduktion och dels som klinisk signifikant förbättring.

Klinisk signifikant förbättring i grupp KBT respektive IPT.

Resultaten visar att signifikant fler blev kliniskt signifikant förbättrade i gruppen som tilldelats behandling med KBT i jämförelse med gruppen som tilldelats IPT. Detta är i enlighet med tidigare studier som påvisat att KBT är en verksam behandling vid social fobi (Acarturk et al., 2009; Norton & Price, 2007; Rodebaugh et al., 2004; Butler et al., 2006). Då klinisk signifikans är det mest restriktiva måttet på förbättring talar detta ytterligare till KBT-behandlingens fördel. Med avseende på faktisk förändring i LSAS-SR skalan är dessa uppgifter under bearbetning (Dagöö, in prep.).

En anledning till att ett bättre resultat återfinns i KBT-gruppen i jämförelse med IPT-gruppen kan vara att behandlingen baserades på erkända kognitiva- och beteendeteoretiska förklaringsmodeller för uppkomst och vidmakthållande av social ångest. I behandlingen ingick exponering och kognitiv omstrukturering som tillsammans beskrivs vara särskilt viktiga behandlingskomponenter (Rodebaugh et al., 2004). Behandlingsmodulerna har dessutom, förmedlade via Internet, prövats flera gånger i randomiserade och kontrollerade studier och beskrivits som framgångsrika i att reducera socialfobiska symptom (t.ex. Furmark et al., 2009).

Till skillnad från KBT-modulerna utgick IPT-behandlingens moduler från en oprövad behandlingsmanual med en teoretisk referensram som inte har samma evidens vid behandling av social fobi. Denna behandling skiljer sig även från traditionell IPT-behandling genom att beröra samtliga fyra problemområden: obearbetad sorg, rollkonflikter, rollövergångar och interpersonella brister (Markowitz et al., 2006). Den skiljer sig även från tidigare behandling av social fobi där man framförallt fokuserat på rollkonflikter och rollövergångar (Lipsitz et al., 2008). Studien hade vidare en behandlingsperiod på nio veckor medan tidigare studier har pågått under 20 veckor (Stangier et al., 2011) respektive 14 veckor (Lipsitz et al., 1999). Eventuellt var denna behandling för kort för att initiera en förändring och hade kunnat vinna

fördelar genom att deltagarna gets möjlighet till att avgränsa sin behandling. Vidare kan IPT-behandlingen haft en svag kompatibilitet med behandlingens format eller förfaringssätt då det var första gången dessa moduler utprovades.

Behandlingsbetingelsen IPT utgick från ett tidigare oprövat material men som utformats av två psykologkandidater som blivit handledda av en professor med lång klinisk erfarenhet. Lipsitz och Markowitz manual för behandling av social fobi har sedan tidigare inte visat på samma starka behandlingseffekter som vid behandling med KBT (Lipsitz et al., 1999). Teoretiska modeller för IPT har vidare inte en lika avgränsad teoretisk förankring för socialfobiska symptom som motsvarande modeller har för KT och KBT. Möjligtvis hade det därför varit fördelaktigt om behandlingsmanualen i föreliggande studie utformats av personer med praktisk erfarenhet av att arbeta med IPT vid social fobi då denna behandling har en viss komplexitet.

Samband mellan patientfaktorer och utfall av behandling.

Patientfaktorerna ålder, kön, utbildningsnivå, initial depressionsgrad, initial svårighetsgrad, andel datoranvändning i behandling samt initial vana vid smarttelefon, har inga signifikanta samband med behandlingsutfall studerat dels som grad av symptomreduktion och dels som klinisk signifikant förbättring. En tendens till signifikant skillnad avseende svårighetsgrad antyder att generaliserad social fobi skulle kunna vara förknippad med en högre grad av symptomreduktion än specifik social fobi.

Då studien förmedlar behandling genom ett nytt format är det viktigt att studera variabler som skulle kunna ha betydelse för individers möjlighet att tillgodogöra sig denna behandling. Valet av prediktorer motiverades därmed utifrån antaganden om att dessa kan ha betydelse för föreliggande behandlingsform, smarttelefon-administrerad behandling. Inget i följande analys talar dock för att behandlingen skulle vara bättre eller sämre beroende av dessa patientfaktorer.

Ålder, kön, utbildningsnivå och initial depressionsgrad. Ålder verkar inte ha samband med behandlingsutfall varken avseende symptomreduktion eller klinisk signifikant förbättring. Detta är samstämmigt med resultat från tidigare studier angående traditionell KBT (Chen et al., 2007; Dalrymple et al., 2007) samt Internet-förmedlad KBT (Ersson & Grut, 2009). I en tidigare studie har Internet-administrerade självhjälpsbehandlingar rubricerats som särskilt lämpliga för yngre deltagare (Nordgreen et al., 2010) men resultat i föreliggande studie tyder inte på att detta är fallet vid behandling förmedlad via smarttelefon. Avseende Internetanvändning och användning av mobila anslutningar utanför hemmet beskrivs

skillnaden mellan unga vuxna och medelålders personer som marginell (SCB, 2012). En spekulering blir därmed att eventuella skillnader angående ålder och behandlingsutfall i föreliggande studie framförallt hade kunnat påvisas om studien även innefattat personer under 18 år respektive över 65 år.

Kön verkar heller inte ha någon betydelse vid smarttelefon-administrerad behandling av social fobi och även dessa resultat är i enlighet med tidigare studier gällande traditionell (Chen et al., 2007; Dalrymple et al., 2007; Liebowitz et al., 1999; Sole et al., 2004) såväl som vid Internet-förmedlad KBT-behandling (Ersson & Grut, 2009). I resultaten gick det i och för sig att se att en större andel av männen än av kvinnorna erhöll en klinisk signifikant förbättring men denna skillnad var inte statistiskt signifikant. Både män och kvinnor minskade dock i liknande grad avseende symptomreduktion. Resultaten indikerar därmed att kvinnorna i denna studie hade en högre initial symptomnivå än männen vilket därmed bidrog till svårigheter att uppnå en klinisk signifikant förbättring. Detta är i så fall i enlighet med studier som visat hur kvinnor oftare lider av den generaliserade sociala fobin jämfört med män (Furmark, 2002).

Utbildningsnivå påverkar inte behandlingsutfall i föreliggande studie och liknande resultat har påvisats i forskning av traditionell KBT-behandling vid social fobi (Chen et al., 2007; Dalrymple et al., 2007). Resultaten indikerar därmed att nivå av utbildning inte verkar ha någon betydelse vid smarttelefon-administrerad behandling av social fobi. Även om Internetanvändningen i Sverige beskrivs öka med högre utbildning uppskattas den vara hela 90 procent i åldrarna 16-64år (SCB, 2012). En spekulering är att skillnaderna angående högre och lägre utbildning i detta avseende inte varit märkbara och därmed inte haft någon inverkan på resultatet i föreliggande studie.

Resultaten indikerar att nivå av initial depressionsgrad inte verkar ha någon betydelse vid smarttelefon-administrerad behandling av social fobi, vilket är samstämmigt med motsvarande prediktionsstudier av traditionell KBT (McEvoy, 2007; Rosser et al., 2003) och vid Internet-förmedlad KBT (Ersson & Grut, 2009). Ledley et al. (2005) beskriver att det är ett problem i prediktionsstudier att deltagare med en hög initial depressionsgrad ofta blir uteslutna från behandlingsstudier avseende komorbida tillstånd. Tidigare studier av social fobi som funnit samband mellan initial depressionsgrad och behandlingsutfall (Erwin et al., 2002; Ledley et al., 2005) har haft högre initiala skattningar på depression än som varit fallet i föreliggande studie. I behandlingen inkluderades endast en deltagare med egentlig depression och detta trots att tillståndet beskrivs ha hög komorbiditet med social fobi (Ledley et al., 2005). En spekulering är att restriktiva inkluderingskriterier kan ha påverkat att deltagarna

sammantaget hade lägre initiala skattningar på depression, vilket i sin tur minskat sannolikheten att finna signifikanta samband.

Initial svårighetsgrad. Vissa studier av traditionell KBT-behandling har visat hur initial svårighetsgrad inte haft något prediktivt värde (Brown et al., 1995; Hope et al., 1995; Turner et al., 1996) medan andra studier påvisat motsatsen både gällande traditionell KBT (Marom et al., 2009) och vid Internet-administrerad KBT (Larm & Sagerlöf-Gunnarsson, 2008; Ersson & Grut, 2009). I föreliggande studie ses en tendens till signifikant skillnad där gruppen med generaliserad social fobi minskat dubbelt så mycket avseende symptomreduktion på utfallsmått LSAS-SR i jämförelse med gruppen med specifik social fobi. Gruppen med deltagare som hade svårare symptom har således störst symptomreduktion. Däremot uppnår färre en klinisk signifikant förbättring i gruppen med generaliserad social fobi jämfört med gruppen med specifik social fobi. Denna skillnad är inte signifikant. Resultaten är i enlighet med de studier där initial svårighetsgrad visat sig ha ett prediktivt värde genom att gruppen med generaliserad social fobi minskat i signifikant ökad grad på utfallsmått ämnade studera symptom på social fobi. Även i dessa studier uppnådde färre i den generaliserade gruppen en klinisk signifikant förbättring (Marom et al., 2009; Larm & Sagerlöf-Gunnarsson, 2008; Ersson & Grut, 2009).

En orsak till att deltagare med en hög initial svårighetsgrad inte uppnår en klinisk signifikant förbättring, kan vara att kriterier för att åstadkomma detta innebär en uppnådd poäng på eftermätningen inom två standardavvikelser från normalpopulationens medelvärde (Jacobson & Truax, 1991). Detta kriterium kan därmed vara för svårt att uppnå för gruppen med generaliserad social fobi då de har en initial symptomnivå längre bort från normalpopulationens. Golveffekter kan i sin tur ha påverka att gruppen med specifik social fobi har svårare att uppnå en större förändring avseende symptomreduktion då de initialt har en lägre poäng mätt som symptom på social fobi.

Att gruppen med generaliserad social fobi ändå erhållit förbättringar i form av symptomreduktion har bland annat diskuterats bero på att KBT-behandlingen har möjlighet att ta hänsyn till flera problemområden (Ersson & Grut, 2009). I föreliggande studie är det KBT-behandlingen som i högst utsträckning erbjuder en flexibel behandling där möjlighet finns att arbeta med en specifik social fobi såväl som med mer generaliserad problematik. IPT-behandlingen i sin tur är förutbestämd att behandla fyra särskilda problemområden. Tidigare har det presenterats kliniska belegg för att den mer komplexa behandling som IPT inbegriper kan vara särskilt behjälpligt för individer med generaliserad social fobi (Rodebaugh et al., 2004). I föreliggande studie erhåller däremot endast en person klinisk

signifikant förbättring i gruppen som tilldelats behandling med IPT. Då mätinstrumentet LSAS-SR endast är specifikt och sensitivt för socialfobiska symptom finns det vidare en risk att man missar att mäta den generaliserade sociala fobins mer komplexa uttryck av psykisk ohälsa (Stein & Kean, 2000). Därmed riskerar man även missa deltagarens behållning av behandling med IPT.

Sammantaget är det möjligt att deltagare med en högre initial svårighetsgrad hade haft nytta av en längre och mer omfattande behandling. Behandlingen hade eventuellt även kunnat ske i kombination med medicinering med SSRI vilket är i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer gällande behandling av social fobi (Socialstyrelsen, 2010).

Variabler specifika för smarttelefon-administrerad behandling. Varken initial vana vid smarttelefon eller omfattningen av datoranvändning i behandlingen har någon påverkan på behandlingsutfall. Även om smarttelefoner beskrivs som fördelaktiga att använda i en behandling då de är enkla att bära med sig, lätta att hantera och inte anses stigmatiserande (Boschen & Casey, 2008) har alltså datorn använts i hög grad istället för smarttelefonen i föreliggande studie. Av den anledningen kan vana vid smarttelefon bli mindre intressant att studera. Åsikter som framförts under behandlingskontakten styrker hur det verkar som att vissa deltagare upplevt svårigheter med behandlingsformatet i form av att återge skriftlig information. Att smarttelefoner visat sig vara ett kompatibelt sätt att förmedla behandling genom avseende egentlig depression (Hoa Ly, in prep.), kan ha påverkats av att denna behandling krävde mindre skriftlig återkoppling från deltagaren, än gällande i föreliggande studie. Behandlingsmodulerna i mSOFIE förmedlas dessutom via ett webbformat och inte via applikationer, varav det ges möjlighet att även arbeta med stationära media. För att besvara frågeformulär och eftermätningar krävs även en dators kompatibilitet vilket vidare kan ha uppmuntrat till användning av denna enhet. Möjligtvis kan detta i sin tur ha påverkat att deltagarna uppfattat sig ha använt datorn i behandlingen i en större grad än vad som egentligen varit fallet. Även om datoranvändning inte återfinns vara en signifikant prediktor för behandlingsutfall, kan upplevelser av bristande kompatibilitet av smarttelefonen rimligtvis ha påverkat förväntningarna på behandlingsresultatet.

Metoddiskussion

Föreliggande studie har låg power på grund av ett litet deltagarantal, vilket medför en svårighet att finna signifikanta samband. Låg statistisk power är ett vanligt problem i forskning på prediktorer för behandlingsutfall (Steketee & Chambless, 1992).

Intern validitet. Deltagarna randomiserades till två avskilda behandlingsgrupper

oavsett resultat på förmätningen och därmed motverkas hot mot den interna validiteten i form av regression mot medelvärdet. Behandlingen bestod av manualbaserade interventioner, vilket underlättar att implementeringen sker på samma sätt till alla deltagare och upprätthåller en hög grad av kontroll över behandlingsinterventionerna. Självskattningsformulär av LSAS har visat sig vara ett reliabelt mätinstrument (Fresco et al., 2001; Baker et al., 2002) och samtliga mätinstrument i studien är väletablerade med goda psykometriska egenskaper.

Mätmetodeffekter motverkades av att samma mätinstrument användes vid för- och eftermätning och genom ett likadant förfaringssätt vid båda tillfällena. Mättillfällen som varit i nära anslutning till behandlingen bidrar vidare till minskade risker för mognads- och historieffekter. En risk med upprepade självskattningsmätningar är däremot att tillvänjning av mätinstrumentet kan påverka deltagarnas svar. Det kan även finnas en individuell påverkan på reliabilitetsmättet då självskattningsformulär kräver en god självmedvetenhet och insikt i eventuella svårigheter och framsteg av den deltagande.

De kliniska intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes av psykologkandidater, varför en eventuell oerfarenhet av att hantera SCID kan påverka reliabiliteten negativt (First et al., 1998). Studiens reliabilitet ökar däremot då dessa intervjuer genomfördes under handledning av kliniskt erfarna legitimerade psykologer.

Som behandlare fungerade psykologkandidater under handledning av legitimerade psykologer. Förutsättningarna för en likvärdig behandling var att deltagarna tilldelades respektive behandlare genom randomisering samt att behandlarna var ombedda att lägga högst 15 minuter på varje kontakt per behandlingsmodul. Däremot kan det fortfarande ha funnits variationer i korrespondensen med deltagarna som inverkat på behandlingsutfallet. Något som ytterligare kan komma att påverka resultaten är att respektive behandlare var ansvarig för deltagare i båda behandlingsarmarna. Eventuella brister hos behandlarna i kunskap om KBT eller IPT har således kunnat leda till svårigheter att skilja på vilken feedback som ska ges till respektive behandling. Då samtliga psykologkandidater var i slutet av sina utbildningar kan de däremot anses ha förvärvat en god kännedom om olika former av psykoterapeutisk behandling.

Studiens validitet ökade genom användning av intention to treat (ITT), det vill säga att resultat även beräknades på de deltagare som avbrutit behandlingen. En fördel med detta tillvägagångssätt är att resultat i annat fall endast beräknats på dem som fullföljt samtliga behandlingsmoduler, vilka därmed med större sannolikhet även erhållit effekt från behandlingen. Däremot studerades inte om antalet genomförda moduler hade en påverkan på behandlingsutfallet.

Designen utgick från en jämförelse av två behandlingar och grupperna bedömdes initialt lika avseende patientfaktorer och resultat på utfallsmått. Detta minskar sannolikheten att dessa variabler har haft betydelse för skillnader i behandlingsutfallet. Det faktum att datorn uppskattats ha använts till stor del i behandlingen inverkar på den interna validiteten då studiens syfte var att undersöka behandling med smarttelefon.

Extern validitet. I föreliggande studie är könsfördelningen i enlighet med tidigare prevalensstudier (Kessler et al., 2005). Tillsammans med ett stort åldersspann och ett rekryteringsförfarande där deltagarna rekryterades från hela Sverige, ökar detta troligtvis studiens externa validitet. Däremot är deltagarnas förmätningsskattningar på LSAS-SR något lägre i jämförelse med förmätningsskattningar i studier som genomförts i SOFIE-projektet (Furmark et al., 2009).

Få deltagare uppnådde kriterier för andra komorbida tillstånd vilket implicerar en risk att deltagarna inte är representativa för populationen av personer med social fobi i Sverige. Detta då social fobi generellt förknippas med en hög komorbiditet (t.ex. Fehm et al., 2005). Troligen har exkluderingskriterier som hög skattning på MADRAS-S, annan psykiatrisk problematik som primär diagnos, alkoholmissbruk eller beroende samt suicidbenägenhet, påverkat representativiteten. Andelen deltagare med generaliserad social fobi är i enlighet med tidigare studier i SOFIE-projektet (t.ex. Furmark et al., 2009).

Deltagarna har själva fått söka sig till studien och genomgått en lång rekryteringsprocess, vilket kan medföra att det endast är de mest uthålliga som slutligen erhållit behandling. En omfattande rekryteringsprocess med klinisk intervju som tillägg för besvarade självskattningsformulär är även en styrka i denna studie. Vidare har ett lågt deltagarantal en negativ påverkan på den externa validiteten.

Validitet hos patientvariabler och utfallsmått. Beroende variabler var behandlingsutfall, vilka studerades som dels grad av symptomreduktion och dels som andel med klinisk signifikant förbättring, utifrån självskattningsformulär LSAS-SR. De beroende variablerna kan anses ha god validitet då LSAS-SR är ett mätinstrument som uppskattats ha goda psykometriska egenskaper (Fresco et al., 2001). Däremot saknas det svenska normer för LSAS-SR varför amerikanska normer fick användas för beräkning av klinisk signifikans. Värdena på LSAS-SR vid förmätningen var som tidigare nämnts något lägre i jämförelse med andra studier, vilket vidare innebär en viss risk för överskattning av andelen klinisk signifikant förbättrade.

Steketee och Chambless (1992) argumenterar för att som prediktionsmått använda välkända formulär som är exakta med avseende på symptom och känsliga för förändring.

Initial depressionsgrad beräknades genom förmättningsvärdet på MADRS-S, vilket är ett självskattningsformulär med estimerat goda psykometriska egenskaper. Även initial svårighetsgrad bedömdes utifrån dels LSAS-SR och dels genom MINI, vilka är ytterligare mätinstrument som uppskattats ha god reliabilitet och validitet.

Beslut om sammanslagning av grupperna grundskola och gymnasium baserades på att endast två deltagare uppgav grundskola som högsta utbildningsnivå, vilket därför inte medför några betänkligheter kring denna variabels validitet. Då utbildningsnivå inte föll ut som en prediktor för behandlingsutfall finns det inga belägg för att anta att hänsyn till antal år på universitet skulle ha påverkat resultatet.

Kraemer et al. (2002) menar att traditionellt sett mäter man prediktorer före behandling. Variabeln datoranvändning uppskattades efter genomförande av behandlingen och kan således betrakta som en preferensfaktor. Att uppskattningen gjordes av deltagaren själv och inte genom en teknisk beräkning, påverkar reliabiliteten negativt. Variabeln initial vana vid smarttelefon beräknades efter det antal månader som deltagaren uppskattat att han eller hon använt sig av denna enhet. För denna variabel hade validiteten ökat om hänsyn även tagits till i vilken omfattning smarttelefonen användes.

Begränsningar i studien. Med begreppet *treatment credibility* avses en individs uppskattning av en behandlings trovärdighet, övertygelse och logik (Kazdin, 1979). En begränsning i denna studie är att detta fenomen inte undersöktes initialt i behandlingen. Detta kan anses vara av särskild vikt då behandlingen dels utgår från en oprövad behandlingsform och dels genom ett nytt sätt att förmedla psykoterapeutisk behandling. Inte heller orsak till varför man valde att genomgå en behandling förmedlad via smarttelefon, undersöktes i föreliggande studie.

I uppföljande samtal uttryckte en av deltagarna som blivit tilldelad IPT att det var en egendomlig KBT-behandling denna erhållit. En annan deltagare uttryckte hur behandlingen inte alls berörde några områden denna kunde arbeta med varför detta var orsak till avhopp. Även denna deltagare hade blivit tilldelad behandling med IPT. Vidare kan det funnits förväntningar på att ha erhållit behandling med KBT då detta är en erkänd behandlingsmetod för social fobi.

Etiska överväganden. Grund för ett etiskt tillvägagångssätt lades genom en etikansökan och ett förberedande informationsmaterial som syftade till att ge tydlig information om studiens syfte, utformning, om frivilligt deltagande och möjlighet till att avbryta behandling. Krav fanns på skriftligt samtycke från deltagarna och hög sekretess upprätthölls både under studiens genomförande och vid bearbetning av data. Vid exkludering

orsakad av svårare problematik erbjöds berörda personer kontakt med legitimerad psykolog. Således verkade man för att minska etiska betänkligheter.

Vidare studier och framtida forskning

Då föreliggande studies låga power bidrar till svårigheter att dra slutsatser om resultat, bör vidare forskning inom smarttelefon-administrerad behandling för social fobi använda sig av ett större antal deltagare. Viktig information hade kunnat ges genom att studera andra aspekter av behandlingsutfall och undersöka resultat utifrån bortfallsanalysen. Deltagares uppfattning av KBT- eller IPT-behandlingen hade kunnat studeras genom en kvalitativ studie. En uppföljningsstudie kommer vidare att ge information om huruvida resultaten står sig över tid. Framtida forskning hade kunnat anpassa behandlingsprogrammet med IPT till att innefatta färre problemområden samt att särskilt studera vilka de verksamma komponenterna är i behandlingen. Vid replikerande studier hade förmedling via applikationer och inte webbformulär bidragit till att datoranvändningen reducerats till att endast innefatta att svara på uppföljningsformulär. På så sätt hade man lättare kunnat studera deltagarens behållning av smarttelefon-administrerad behandling.

Den ständiga tekniska utvecklingen kommer att bidra till ökad kompatibilitet av smarttelefon- och Internet-administrerade självhjälsprogram. Av den anledningen kommer det att behövas ytterligare forskning kring lämplighet av förmedlad terapiform samt kring vad som predicerar behandlingsutfall i behandling administrerad via Internet och via smarttelefon.

Slutsats

Signifikant fler deltagare blev kliniskt signifikant förbättrade i gruppen som tilldelats behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) i jämförelse med gruppen som tilldelats interpersonell terapi (IPT). Ålder, kön, utbildning, initial depressionsgrad, initial svårighetsgrad, andel datoranvändning i behandling samt initial vana vid smarttelefon, tycktes inte ha samband med behandlingsutfall i föreliggande studie. En tendens till signifikant skillnad avseende svårighetsgrad antydde att generaliserad social fobi skulle kunna vara förknippad med en högre grad av symptomreduktion än specifik social fobi. Sammantaget framkom inga indikationer på att dessa patientfaktorer hade betydelse för deltagarens möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen i föreliggande studie.

Referenser

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *39*(2), 241–254. doi:10.1017/S0033291708003590
- Allgulander, C., Wærn, M., Humble, M., Andersch, S., & Ågren, H. (2009). *M.I.N.I. Internationell Neuropsykiatrisk Intervju - Svensk version 6.0.0b*. Stockholm: Karolinska institutet. Göteborg: Sahlgrenska akademien.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-IV-TR* (4th ed.). Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA Presidential Task Force on Evidence-based Practice. *American Psychologist*, *61*(4), 271–285.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(3), 175–180. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.010.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländer, F., Ekselius, L., & Carlbring, P. (2004). Delivering CBT for depression via the Internet. Predicting outcome at 6-months follow-up. *Verhaltenstherapie*, *14*(3), 185–189. doi: 10.1159/000080914.
- Andersson Bsenko, H., & Hjerling, S. (2012). Kognitiv beteendeterapi och Interpersonell terapi vid social fobi förmedlad via smarttelefon. *Psykologexamensarbete, Uppsala universitet, Institutionen för psykologi*.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthar, 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.
- 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. doi:10.1016/j.chb.2008.02.003
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *5*(10), 1–6. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Atkins, D. C., Bedics, J. D., McGlinchey, J. B., & Beauchaine, T. P. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(5), 982–989. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.982

- Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H.-J., & Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: A preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(6), 701–715. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00060-2
- Borge, F.-M., Hoffart, A., & Sexton, H. (2010). Predictors of outcome in residential cognitive and interpersonal treatment for social phobia: Do cognitive and social dysfunction moderate treatment outcome? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*(3), 212–219. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.01.005
- Borge, F.-M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(6), 991–1010. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.10.002
- Boschen, M. J., & Casey, L. M. (2008). The use of mobile telephones as adjuncts to cognitive behavioral psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*(5), 546–552. doi: 10.1037/0735-7028.39.5.546
- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, *26*(3), 467–486. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80095-4
- Brunello, N., den Boer, J. A., Judd, L. L., Kasper, S., Kelsey, J. E., Lader, M., ... Wittchen, H.-U. (2000). Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, *60*(1), 61–74. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00140-8
- 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. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- 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. doi:10.1192/bjp.bp.105.020107
- Carpenter, J. R., & Kenward, M. G. (2007). *Missing data in randomised controlled trials- a practical guide*. Birmingham: National Institute for Health Research Publication RM03/JH17/MK.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social

- phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 728–734.
doi:10.1007/s00127-003-0720-6
- Chen, J., Nakano, Y., Ietzugu, T., Ogawa, S., Funayama, T., Watanabe, N., ... Furukawa, T. A. (2007). Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: Preliminary outcomes and their predictors. *BMC Psychiatry*, 7(69), 59–69. doi: 10.1186/1471-244X-7-69
- Chronis-Tuscano, A., Degnan, K. A., Pine, D. S., Perez-Edgar, K., Henderson, H. A., Diaz, Y., ... Fox, N. A. (2009). Stable early maternal report of behavioral inhibition predicts lifetime social anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9), 928–935. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181ae09df
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In M. R. Liebowitz (Ed.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=1995-98887-004>
- Clough, B. A., & Casey, L. M. (2011). Technological adjuncts to increase adherence to therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 697–710. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.006
- Collimore, K. C., & Rector, N. A. (2012). Symptom and Cognitive Predictors of Treatment Response in CBT for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(2), 157–169.
- Crippa, J. A. S., de Lima Osório, F., Del-Ben, C. M., Filho, A. S., da Silvia Freitas, M. C., & Loureiro, S. R. (2008). Comparability between telephone and face-to-face Structured Clinical Interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(4), 241–246. doi: 10.1111/j.1744-6163.2008.00183.x
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943–1957. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291710000772>.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. doi:10.1037/a0013075
- Dalrymple, K. L., Herbert, J. D., & Gaudiano, B. A. (2007). Onset of illness and developmental factors in social anxiety disorder: preliminary findings from a

- retrospective interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(2), 101–110. doi:10.1007/s10862-006-9033-x
- Ersson, A.-S., & Grut, E. (2009). SOFIE VI. Tidig mejlaktivitet och initial svårighetsgrad – prediktorer för behandlingseffekt vid Internetbaserad KBT behandling av social fobi. *Psykologexamensarbete, Uppsala universitet, Institutionen för psykologi*.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(1), 19–35. doi:10.1016/S0005-7967(00)00114-5
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H.-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453–462. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.002
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., & Williams, J. B. W. (1998). *SCID-1: Structured Clinical Interview for DSM-IV -Axis I Disorders*. (J. Herlofson, Övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Originalarbete publicerat 1997).
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–35.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 84–93. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x
- Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Sonnenstein, A., Clevberger, P., Bohman, B., ... Andersson, G. (2009). Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 195(5), 440–447. doi:10.1192/bjp.bp.108.060996
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi* (1. uppl.). Lund: Liber.
- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., & Lindfors, N. (2011a). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled non-inferiority trial. *PLOS ONE*, 6(3), e18001. doi:10.1371/journal.pone.0018001
- Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindfors, N., & Andersson, G. (2011b). A 5-Year Follow-up of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 13(2), e39. doi:10.2196/jmir.1776

- 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. doi:10.1016/j.chb.2010.01.010
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, *15*, 29–37.
- Hildago, R. B., Barnett, S. D., & Davidsson, R. T. (2001). Social anxiety disorder in review: Two decades of progress. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *4*(3), 279–298.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, *24*(7), 799–825. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.005
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J., & Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety*, *25*(4), 357–367.
- Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, *24*(7), 769–797. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.004
- Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia, *Cognitive Therapy and Research*, *19*(4), 399–417. doi:10.1007/BF02230408
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, *15*(4), 336–352. doi:10.1016/S0005-7894(84)80002-7
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(1), 12–19.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., & Engelberg, B. (1995). Self selection and sample selection in a treatment study of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, *33*(3), 321–324. doi:10.1016/0005-7967(94)E0027-G
- Kazdin, A. E. (1979). Therapy outcome questions requiring control of credibility and treatment-generated expectancies. *Behavior Therapy*, *10*(1), 81–93. doi:10.1016/S0005-7894(79)80011-8
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national

- comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–768.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H.-U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29(3), 555–567. doi:10.1017/S0033291799008375
- Klerman, G. L., DiMascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., & Paykel, E. S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 186–191.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2012). Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 608–616. doi:10.1016/j.janxdis.2012.02.014
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877–883.
- Larm, K., & Sagerlöv-Gunnarsson, L. (2008). Betydelsen av subgruppstillhörighet för behandlingsutfall vid Internetbaserad behandling av social fobi (SOFIE 3-6). *Psykologexamensarbete, Uppsala universitet, Institutionen för psykologi*.
- Ledley, D. R., Huppert, J. D., Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Keefe, F. J., & Potts, N. L. S. (2005). Impact of depressive symptoms on the treatment of generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 22, 161–167.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C., ... Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. *Depression and Anxiety*, 10(3), 89–98. doi:10.1002/(SICI)1520-6394(1999)10:3<89::AID-DA1>3.0.CO;2-5
- Lipsitz, J. D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., ... Fyer, A. J. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(6), 542–553. doi:10.1002/da.20364
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., Cherry, S., & Fyer, A. F. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1814–1816.
- Luxton, D. D., McCann, R. A., Bush, N. E., Mishkind, M. C., & Reger, G. M. (2011). mHealth for mental health: Integrating smartphone technology in behavioral healthcare. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 505–512. doi:10.1037/a0024485
- Markowitz, J. C., Bleiberg, K. L., Christos, P., & Levitan, E. (2006). Solving interpersonal

- problems correlates with symptom improvement in interpersonal psychotherapy: preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(1), 15–20.
- Marom, S., Gilboa-Schechtman, E., Aderka, I. M., Weizman, A., & Hermesh, H. (2009). Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: A naturalistic study of cognitive behavior group therapy. *Depression and Anxiety*, 26(3), 289–300. doi:10.1002/da.20390
- Martinovich, Z., Saunders, S., & Howard, K. (1996). Some comments on “assessing clinical significance”. *Psychotherapy Research*, 6, 124–132.
- Mathew, S. J., Coplan, J. D., & Gorman, J. M. (2001). Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1558–1567. doi:10.1176/appi.ajp.158.10.1558
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455–470.
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030–3040. doi:10.1016/j.brat.2007.08.002
- McNeil, D. W., Lejuez, C. W., & Sorrell, J. T. (2001). Behavioral theories of social anxiety and social phobia: Contributions of basic behavioral principles. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.). *From social anxiety to social phobia. Multiple perspectives* (pp. 235–253). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389.
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 251–274.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127–132. doi:10.1002/jclp.20764
- Nordgreen, T., Standal, B., Mannes, H., Haug, T., Sivertsen, B., Carlbring, P., ... Havik, O. E. (2010). Guided self-help via Internet for panic disorder: Dissemination across countries. *Computers in Human Behavior*, 26(4), 592–596. doi:10.1016/j.chb.2009.12.011
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental*

- disease, 195(6), 521–531. doi:10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 421–446.
- Ozdalga, E., Ozdalga, A., & Ahuja, N. (2012). The smartphone in medicine: A review of current and potential use among physicians and students. *Journal of Medical Internet Research, 14*(5), e128. doi:10.2196/jmir.1994.
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: Does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 7*(3), 291–297. doi:10.1586/14737167.7.3.291.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*(2), 109–118. doi:10.1037/h0024436
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 737–767.
- Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of Internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 65*(1), 53–75. doi:10.1002/jclp.20536
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 883–908.
- Rosser, S., Issakidis, C., & Peters, L. (2003). Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research, 27*(2), 143–151. doi:10.1023/A:1023505108426
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction, 88*, 791–804.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010- Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sole, J. A., Guarch, J., Jorquera, A., Puig, O., & Salamero, M. (2004). Predictive variables of the therapeutic outcome in the cognitive-behavioral treatment of the social phobia. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona, 31*, 185–193.
- Spek, V., Nyklicek, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet- based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over

- 50 years old: A randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37(12), 1797–1806. doi:10.1017/S0033291707000542
- SPSS Incorporated. (2012). *SPSS for Macintosh OS X*. Version 21.0.
- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., & Clark, D. M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 692–700.
- Statistiska centralbyrån [SCB]. (2012). Privatpersonernas användning av datorer och Internet 2011. Hämtad den 4 oktober 2012 från Statistiska centralbyrån:
http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo_____259923.aspx?publobjid=14444
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251–256.
 doi:10.1001/archpsyc.58.3.251
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606–1613.
- Stein, D. J., Ruscio, A. M., Lee, S., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L. H., ... Kessler, R. C. (2010). Subtyping social anxiety disorder in developed and developing countries. *Depression and Anxiety*, 27(4), 390–403. doi:10.1002/da.20639
- Stein, M. B., & Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371, 1115–1125.
- Steketee, G., & Chambless, L. C. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387–400. doi:10.1016/0272-7358(92)90123-P
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 21–28. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb01480.x
- Tillfors, M., Andersson, G., Ekselius, L., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Karlsson, A., & Carlbring, P. (2011). A Randomized Trial of Internet- Delivered Treatment for Social Anxiety Disorder in High School Students. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 37–41.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius., & Fredrikson, M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: A general population study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 289–298.
- Tingey, R. C., Lambert, M. J., Burlingame, G. M., & Hansen, N. B. (1996). Assessing clinical significance: Proposed extensions to method. *Psychotherapy Research*, 6(2), 109–123. doi:10.1080/10503309612331331638

- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Robinson, E., Peters, L., & Spence, J. (2010). Randomized controlled trial of Internet cognitive behavioural treatment for social phobia with and without motivational enhancement strategies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(10), 938–945. doi:10.3109/00048674.2010.493859
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S., & Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(10), 795–804. doi:10.1016/0005-7967(96)00028-9
- Wittchen H.-U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*, 4–18. doi:10.1034/j.1600-0447.108.s417.1.x
- Wittchen, H.-U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, *15*(1), 46–58.

KBT-behandlingens moduler

Modul 1. Introduktion. En introduktionsfilm med projektledare Gerhard Andersson inleder behandlingsprogrammet. Därefter åtföljs information om: innehåll i behandlingen, beskrivning av social ångest, orsaker till och vanliga symptom vid social fobi, behandling och fakta kring KBT. De ursprungliga komponenterna är förkortade i mSOFIE och som avslut finns en del med frivillig läsning om farmakologisk behandling samt om diagnoskriterierna. Övningar är att välja problemområden och att formulera mål för behandlingen.

Modul 2. Negativa automatiska tankar. Den andra modulen innehåller psykoeduktion om automatiska tankar, en kognitiv modell för social fobi och information om vad som vidmakthåller problemen. Praktiska övningar ges kring identifiering och registrering av automatiska tankar. Frivillig läsning är om grundantaganden, livsregler och kopplingar till automatiska tankar.

Modul 3. Utmana dina negativa automatiska tankar. Den tredje modulen ämnar behandla kognitiv omstrukturering. Fokus i behandlingen är strategier för ifrågasättande av automatiska tankar. Övningar ges i form av att utmana dessa negativa automatiska tankar samt att registrera tankar och ångestbeteende. I mSOFIE behölls inte den del av den ursprungliga modulen som innehåller en text om tankefallor.

Modul 4. Beteendexperiment och videofeedback. Den fjärde modulen har ett ytterligare fokus på kognitiv omstrukturering. Genom beteendexperiment ges möjlighet till att förändra tankemönster och psykoeduktion ges om vanliga problem som kan uppstå vid hanterande av automatiska tankar. Det nya behandlingsformatet har en videofeedbackövning som inte skickas in till behandlaren men som åtföljs av två beteendexperiment.

Modul 5. Exponering. Den femte modulen innehåller den beteendeterapeutiska komponenten exponering. Information ges om principerna bakom exponering, forskningsbakgrund och utförande. Ett avsnitt behandlar även orsaker till varför deltagaren eventuellt inte erhållit framgång med tidigare exponering. Övningarna består av att upprätta en ångesthierarki och genomförande av en exponering. Texten är här något kortare än i den ursprungliga SOFIE-modulen.

Modul 6. Exponering och skifta fokus. Denna modul fokuserar på kopplingen mellan självfokus och vidmakthållande av social fobi. Information ges om strategier för att skifta fokus samt om säkerhetsbeteenden. Övningar är en uppmärksamhetsövning, experiment med säkerhetsbeteenden och exponering på en högre nivå i ångesthierarkin. En skillnad från den ursprungliga modulen är att en meditations- och koncentrationsövning valdes bort i det nya formatet.

Modul 7. Exponering och närma sig sina värsta rädslor. I denna modul är det fortsatt fokus på att arbeta med exponering högre upp i ångesthierarkin. I modulen ingår även ett beteendeeexperiment som går ut på att konfronteras med sina värsta rädslor. Förslag ges om i vilka situationer exponering kan bedrivas. Som frivillig läsning utgörs en del som beskriver problem som kan uppstå vid exponering. Textmässigt har det skett en viss revidering i jämförelse med den ursprungliga SOFIE-modulen.

Modul 8. Sociala färdigheter. Den åttonde modulen behandlar social färdighetsträning och kommunikationsträning. Delar som behandlas är områden som handlar om konsten att konversera, ”att hävda sin rätt” och ”att säga nej”. Hemuppgifter ges om fortsatt exponering och social färdighetsövning. Som frivillig läsning ingår en del som handlar om ”att lyssna” och en del som beskriver ”icke-verbal kommunikation”. Den ursprungliga SOFIE-modulen innehöll även en del om jag-budskap.

Modul 9. Vidmakthållandeplan. I den sista modulen sammanfattas behandlingen och fokus läggs på återfallsprevention och på att skapa en vidmakthållandeplan. Begrepp som ”perfektionism” och ”självförtroende” tas upp och deras koppling till problemområden relaterade till social ångest. Behandlingsprogrammet avslutas med en hälsning från projektledare Gerhard Andersson.

IPT-behandlingens moduler

Modul 1. Hur social fobi bör hanteras. En introduktionsfilm med projektledare Gerhard Andersson inleder behandlingsprogrammet. Därefter åtföljs information om: behandlingens upplägg, beskrivning av social ångest, orsaker till social fobi och behandling. En kort presentation ges av IPT.

Modul 2. Anknytning och sociala relationer. Den andra modulen innehåller psykoeduktion om anknytningsteori och dess kopplingar till relationer, känslor och social fobi. Fokus läggs på vikten av nära känslomässiga relationer, känslor som hot och interaktionsmönster.

Modul 3. Interpersonella sammanhang. Den tredje modulen ämnar ge förståelse för deltagarens nuvarande symptom ur ett interpersonellt sammanhang. Deltagaren uppmanas erinra sig en händelse eller period i livet förknippad med socialfobiska symptom och därefter reflektera över symptomens uttryckssätt i nuvarande relationer. Uppmaning gavs även till reflektion över försvårande omständigheter för symptom relaterade till social fobi.

Modul 4 och 5. Rollövergångar (del 1 och del 2). Den fjärde modulen samt femte modulen har båda fokus på rollövergångar. Deltagaren uppmanas till att fundera över en rollövergång som varit betydelsefull eller problematisk under behandlingen. Detta för att åskådliggöra när den gamla rollen inte längre är en optimal anpassning för nya villkor. Deltagaren uppmuntras även till att utöva rollspel kring problematiska situationer med en vän.

Modul 6. Interpersonella rollkonflikter. Denna modul fokuserar på interpersonella konflikter där det finns en upplevelse av att dessa är återupprepade och olösbara. Här ges utrymme för reflektion kring hur dessa konflikter kan vara kopplade till socialfobiska symptom.

Modul 7. Obearbetad sorg. Den sjunde modulen har fokus på att deltagaren ska ges möjlighet till att bearbeta sorgprocesser förknippade med interpersonella relationer. Deltagaren uppmanas reflektera över hur känslor, reaktioner och minnen förknippade med sorg tar sig uttryck och bearbetas. Deltagaren behöver inte befinna sig i sorg för att genomföra denna modul utan den kan även ses som förberedande inför eventuella motgångar inom detta område.

Modul 8. Interpersonella färdigheter. I den åttonde modulen ges möjlighet för deltagaren att

känna igen och utveckla sociala färdigheter. Uppmaning ges till utforskande av egna förväntningar och önskingar på relationer och vilka möjligheter som finns för att uttrycka dessa. Vidare ges möjlighet till reflektion kring inledande av en kontakt samt reflektion över en nyligen inträffad social situation.

Modul 9. Avslutning. I den sista modulen sammanfattas behandlingen av modul 4 till 8 och fokus läggs på återfallsprevention samt att skapa en vidmakthållandeplan.

Behandlingsprogrammet avslutas med en hälsning från projektledare Gerhard Andersson.