

Umeå universitet
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 30 hp, ht 2011
Psykologprogrammet, 300 hp

Effekten av uppmärksamhetsträning för individer med social fobi.
En randomiserad studie med sex behandlingsgrupper.

Lind Leek och Lisa Matson



Handledare: Professor Per Carlbring

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Uppmärksamhetsträning för individer med social fobi | 1 |
| Social fobi och diagnosticering | 2 |
| Prevalens | 3 |
| Komorbiditet | 4 |
| Uppväxtmiljö och inlärningsteoretiska modeller | 4 |
| Kognitiva förklaringsmodeller | 5 |
| Genetiska faktorer | 5 |
| Neurobiologiska faktorer | 6 |
| Uppmärksamhetsprocesser vid social fobi | 6 |
| Uppmärksamhetsträning vid social fobi | 7 |
| Syfte och frågeställningar | 8 |
| Metod | 8 |
| Etiska överväganden | 12 |
| Figur 1 | 13 |
| Tabell 1 | 14 |
| Procedur | 15 |
| Resultat | 18 |
| Tabell 2 | 19 |
| Diskussion | 21 |
| Referenser | 26 |

Uppmärksamhetsträning för individer med social fobi

Linda Leek och Lisa Matson

I denna studie undersöktes effekten av internetbaserad uppmärksamhetsträning för individer med social fobi. Enligt kognitiva teorier om uppmärksamhetsmönster vid social fobi (Clark & Wells, 1995) tenderar socialfobiska individer att fokusera på hotfulla sociala stimuli. Detta *uppmärksamhetsbias* vidmakthåller individens syn på sociala interaktioner som skrämmande. Målet vid uppmärksamhetsträning är att släcka ut individens uppmärksamhetsbias genom träning mot positiva, neutrala eller negativa stimuli. Deltagarna kontaktades på telefon och diagnosticerades med hjälp av Structured Clinical Interview för DSM-IV Disorders (SCID) och självskattningsformuläret Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ) som ingick bland självskattningsformulären i förmätningen. 129 deltagare inkluderades i studien och randomiserades till sex olika behandlingsgrupper - innefattande sex varianter av uppmärksamhetsträning. Mätning gjordes med hjälp av självskattningsformulär såväl före som efter de två behandlingsveckorna. Formulären som användes var: *Liebowitz Social Anxiety Scale- Self Report* (LSAS-SR), *Social Interaction Scale* (SIAS), *Social Phobia Scale* (SPS), *Social Phobia Screening Questionnaire* (SPSQ), *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self Rated* (MADRS-S), *Beck Anxiety Inventory* (BAI) samt *Quality of Life Inventory* (QOLI). I den statistiska bearbetningen användes en mixed-effect ANOVA. Ingen interaktionseffekt kunde hittas; resultaten kunde alltså inte visa att någon behandlingsgrupp hade bättre effekt än de andra grupperna. Däremot fanns signifikanta tidseffekter för samtliga grupper med moderata till stora inomgruppseffekter. Slutsatsen som dras från resultaten är att uppmärksamhetsträning har effekt på deltagarnas skattade socialfobiska symptom, ångestnivå, grad av depressivitet samt livskvalitet. Slutligen förs en diskussion kring behandlingseffekten utifrån olika aspekter och tankar inför framtida behandlingsprogram lyfts fram.

De allra flesta människor har någon gång upplevt obehag då de ställs i fokus för andras uppmärksamhet. Nervositet, oro eller rädsla kan alla människor känna i sociala sammanhang. Det är då denna rädsla blir så stark att den begränsar en individs liv och personen undviker olika sociala sammanhang, som den övergår i en fobi. Social fobi kan handla om en stark rädsla inför specifika sociala sammanhang eller vara generaliserad till ett brett spektrum av olika sociala situationer. Då rädslan är sammankopplad till enstaka sociala situationer kallas det för specifik eller icke-generaliserad social fobi. Vanligast förekommande är då att det finns en stark rädsla inför att utföra något då andra människor ser på, som exempelvis att tala inför en grupp. Generaliserad social fobi begränsar därtill individen på ett flertal sociala områden. Individen kan exempelvis även ha svårigheter att tala med främmande människor, skriva och äta inför andra (Andersson et al. 2006). Människor som lider av social fobi bär på en rädsla inför att bli bedömda, förödmjukade eller att uppvisa ångest i sociala sammanhang. Detta kan åsamka ett stort lidande hos individen och uttrycka sig både fysiskt, psykiskt och beteendemässigt (Furmark, 2006). Således blir individer med social fobi begränsade inom en rad olika områden såsom exempelvis arbets- utbildnings- och

relationsmässigt. Social fobi påverkar även livskvaliteten genom att ge negativa konsekvenser för familjelivet och det sociala livet runtomkring (Furmark, 2002).

Den ångest som människor med social fobi lider av får även ofta kroppsliga symtom såsom rodnad, darrningar och svettningar. I förlängningen leder ångesten till ett undvikande av situationer som framkallar dessa symtom eller till att individerna trots allt exponerar sig för situationerna med en stark känsla av obehag och lidande som följd (Fehm et al., 2005).

Forskning har tidigare visat att uppmärksamhetsmönstren hos individer med social fobi ser annorlunda ut i jämförelse med normalgruppen (McLeod et al., 1986). Efterföljande studier har bekräftat att uppmärksamhet har en viktig roll vid social fobi. McLeod et al. (1986) fann att kliniskt ängsliga individer skiljde sig från normalgruppen med avseende på uppmärksamhetsmönster. De studier som gjorts sedan dess (exempelvis McLeod, 1995; MacLeod et al., 2002; Schmidt & Richey et al., 2009) bekräftar att uppmärksamhet spelar en viktig roll vid social fobi. I vår aktuella studie vill vi således undersöka vilken effekt uppmärksamhetsträning har på individers skattade ångestnivå. Sex olika varianter av uppmärksamhetsträningsprogram jämförs. Nedan följer inledningsvis en presentation av social fobi, uppmärksamhetsprocesser och uppmärksamhetsträning.

Social fobi och diagnosticering

Diagnoskriterierna för social fobi har under årens lopp genomgått förändringar. I de två första versionerna av DSM beskrevs social fobi ur ett psykoanalytiskt perspektiv, under samlingsbegreppet fobier och ej som en egen diagnos (Tillfors & Ekselius, 2009; Fehm, Pelissolo, Furmark, Wittchen, 2005). I den tredje upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) tillkom social fobi som diagnos och kriterierna kom huvudsakligen att innefatta en påtaglig ångest inför prestationssituationer. I den nästkommande utgåvan, DSM-III-R, blev så de diagnostiska kriterierna utvidgade beträffande social fobi. Detta då subtypen generaliserad social fobi inkluderades. Denna subtyp kom att inbegripa en fobi för ett bredare spektrum av sociala situationer. Kriterierna förändrades vidare till nästkommande utgåva DSM-IV, i vilken social fobi och fobisk personlighetsstörning ej längre blev kvalitativt urskiljbara, vilket innebär att diagnoserna inte nödvändigtvis utesluter varandra (Bögels et al., 2010). I jämförelse med tidigare diagnoskriterier möjliggör detta för en överlappning med axel-II-diagnosen fobisk personlighetsstörning. Den centrala problematiken i social fobi beskrivs här som ”en uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer som innebär exponering för okända människor eller risk för kritisk granskning av andra” (APA, 2000). Ångesten är i princip alltid framträdande då individen exponerar sig själv för en fruktad situation. Detta kan i

sig leda till en situationellt betingad eller situationellt predisponerad panikångestattack. Då den sociala fobin är så stark leder det till att individen antingen uthärdar situationen under kraftig ångest eller undviker sådana situationer i hög grad (APA, 2000). Diagnoskriterierna förutsätter att personen är medveten om att ångesten är överdriven samt att undvikandet innebär tydliga begränsningar i personens sociala liv eller yrkesliv. Sammantaget måste detta även resultera i ett signifikant lidande (APA, 2000). Situationer som involverar social interaktion ses som de vanligaste problemsituationerna vid social fobi. Den situation som mest frekvent beskrivs som problematisk är att tala inför grupp (Furmark, 2002). Den sociala ångesten och oron har en stark negativ inverkan på individens dagliga rutiner. Därtill ska ångeststörningen inte vara substansbetingad för att uppfylla kriterierna för social fobi (APA, 2000).

Många forskare menar att social fobi bättre beskrivs utifrån ett kontinuum med fobisk personlighetsstörning i den ena extrema änden och blyghet i andra änden (Rapee & Spence, 2004). Inför den förestående publiceringen av DSM-V har kritik framförts beträffande uppdelningen mellan icke-generaliserad social fobi och generaliserad social fobi då den är för vagt definierad. Bögels et al. (2010) menar att graden av svårighet kan beskrivas bättre utifrån antalet fruktade situationer. De föreslår även att en ny underkategori skulle kunna introduceras inför kommande DSM-V som specifikt innefattar fobi inför framträdanden. Det är därtill viktigt att ha i åtanke att bedömningen av social fobi alltid är subjektiv (Furmark, 2002).

Prevalens

Social fobi är den vanligast förekommande ångeststörningen och uppskattas till cirka 15 % av Sveriges befolkning. Forskning visar att 3-5 % av dessa lider av social fobi specifikt sammankopplat till framträdanden. Andra studier har undersökt social fobi utifrån allvarlighetsgrad och funnit tre kluster; mild, moderat och allvarlig. För dessa kluster såg fördelningen ut på följande sätt: 7,7 %, 5,9 % och 2,0 % (Furmark, 2002). Prevalensen över livstid verkar tyda på en lägre procentandel av befolkningen i västländerna, cirka 7-13 %. Studier visar därtill att det är vanligare med social fobi bland kvinnor än bland män. Det finns även socialdemografiska variabler sammankopplade till diagnosen såsom bristande socialt stöd, låg utbildningsnivå och lägre ekonomisk inkomst. Studier visar även att social fobi är vanligare bland ogifta än bland gifta. Det finns studier som tyder på att diagnosen tycks bli allt vanligare bland unga människor. Förmodligen beroende på att allt högre krav ställs på individens förmåga att skapa sig sociala nätverk (Furmark, 2002). Man bör dock ha i åtanke att endast en bråkdel av alla människor med social fobi söker professionell hjälp (Fem et al., 2002).

Komorbiditet

Det finns en hög komorbiditet mellan social fobi och andra ångest-/affektrelaterade störningar samt alkoholmissbruk (Furmark et al., 2002). Vanligen finns en psykisk komorbiditet hos människor med social fobi. Mest förekommande är sambandet mellan social fobi och depression. Det kan dock vara problematiskt att avgöra om social fobi som primär diagnos i sig är en riskfaktor för ovan nämnda sekundära diagnoser, eller om det är vice versa. Studier visar tydligt på ökad risk för självmordsbenägenhet vid social fobi, vilket förklaras av sambandet med depressiva symtom. Livstidsprevalensen beträffande social fobi och komorbid psykisk ohälsa har i studier visats vara mellan 69- 81%. Allt eftersom att DSM-IV utgavs har samdiagnoser mellan social fobi och fobisk personlighetsstörning blivit mer frekventa (Fehm et al., 2005). Inga studier har ännu visat huruvida komorbiditeten mellan social fobi och fobisk personlighetsstörning samt andra axel 1- och axel 2-diagnoser ser ut (Fehm et al., 2005).

Uppväxtmiljö och inlärningsteoretiska modeller

Utifrån ett inlärningsteoretiskt perspektiv framhålls att ångestreaktioner kan läras in genom associationer. Negativa sociala erfarenheter leder till att individen får dåligt självförtroende vad gäller den egna förmågan till hantering av sociala situationer och börjar därmed undvika dessa. Individen går därmed miste om möjligheten att "lära om"; att få nya positiva erfarenheter av sociala situationer (Furmark et al., 2006). Inlärning är nära kopplat till de miljöer som individen befinner sig i. Hudson och Rapee (2000) pekar på familjemiljön som betydelsefull vid utvecklingen av social fobi. Inlärning i familjemiljön kan delas in i tre huvudsakliga aspekter; modellinlärning, familjens grad av sociala kontakter samt föräldrarnas uppfostringsmetoder. Vad gäller modellinlärning finns risken att socialfobiska föräldrar genom sitt beteende lär barnen att sociala situationer är hotfulla och helst bör undvikas (Hudson & Rapee 2000). Barnets möjligheter att öva upp sina sociala förmågor har också betydelse. Föräldrar med social fobi har ofta ett begränsat socialt kontaktnät, vilket gör att deras barn mer sällan exponeras för sociala situationer. Barn som sällan träffar jämnåriga får svårare att inleda vänskapsförhållanden där deras sociala färdigheter kan utvecklas. Bristande sociala färdigheter utgör i sin tur ett hinder för individens förmåga att inleda relationer och interagera med andra människor (Hudson & Rapee, 2000).

Det har visat sig att social fobi är starkt associerat till en uppfostran präglad av överkontroll, brist på värme, avvisande och överbeskyddande föräldrar. Det finns därtill studier som pekar på att ängslighet, negligerande, okänslighet, restriktivitet, social isolering, kritik, skamfyllda uppfostringsmetoder och fokus på omgivningens godkännande kan associeras med utvecklande utav social fobi. Resultat från andra studier menar på att ångestbenägna föräldrar är signifikant mindre

varma och mer restriktiva mot sina barn än andra föräldrar (Brook & Schmidt, 2008). Överbeskyddande uppfostran har i studier visats kunna leda till olika former av ångestrelaterade störningar. Studier har även undersökt samband mellan barnets och moderns psykopatologi. Barn till föräldrar med psykopatologi tenderar att utveckla dysfunktionella internaliserande och externaliserande strategier för att hantera sina problem. Detta kan bero på att föräldrar som själva bär på psykopatologi uppfostrar sina barn annorlunda (Hudson & Rapee 2000). Forskning pekar mot att dysfunktionellt internaliserande av problem kan associeras till psykopatologi hos modern, medan dysfunktionellt externalisering av problem är länkat till psykopatologi hos båda föräldrarna. Sambandet mellan föräldrars uppfostringsstil och utveckling av social fobi behöver inte vara kausalt. En hypotes är att socialfobiska individer redan som barn uppvisade ett ängsligt beteende, vilket påverkar föräldrarnas förhållningssätt i en mer överbeskyddande riktning (Hudson & Rapee, 2000).

Kognitiva förklaringsmodeller

Clark & Wells (1995) kognitiva förklaringsmodell är en av de mest centrala vid förklaring av hur social fobi uppkommer. I denna beskrivs hur individens negativa tolkningar och föreställningar beträffande sociala situationer bidrar till och vidmakthåller social fobi. Dessa tankar och föreställningar kallas grundantaganden och aktiveras i sociala situationer som därmed tolkas negativt. Negativa automatiska tolkningar leder till oro och obehagliga kroppsliga symtom vilket gör att katastroftänkarna bekräftas vilket i sin tur skapar en ond cirkel. Individen ser sig själv som bedömd och misslyckad i sociala situationer. Osäkerheten får individen att använda sig av olika säkerhetsbeteenden för att dölja sig själv och undvika situationerna. Det kan exempelvis handla om att uthärda situationen genom att hålla sig tyst eller ett undvikande av de negativt laddade situationerna (Clark & Wells, 1995). Säkerhetsbeteendena kan i sig förstärkas då individen kan uppfattas som blyg och avvikande av sin omgivning. Individen kan som en följd av detta få bekräftelse på sina negativa grundantaganden vilket kan leda till grubblerier såväl före som efter den sociala situationen (Furmark, 2006).

Genetiska faktorer

Familjestudier pekar på att genetiska faktorer spelar en avgörande roll vid utveckling av social fobi (Kimbrel, 2008, Rapee & Spence, 2004). Cirka 30-50% av variansen vid social fobi kan förklaras av genetiska faktorer (Kendler et al., 1999, i Kimbrel, 2008). Ärftligheten gäller inte social fobi specifikt, utan det genetiska arvet verkar bestå av en generell sårbarhet för ångest- och depressionssjukdomar (Rapee & Spence, 2004).

Neurobiologiska faktorer

Det har framhållits att individer med social fobi har en ökad emotionell reaktivitet samt ökade svårigheter att reglera sina negativa känslor (Goldin et al., 2009). Detta avspeglas i en förhållandevis förhöjd neural aktivitet i vissa av hjärnans områden. Socialfobiska individer har en ökad aktivitet i vänstra allocortex (inklusive amygdala och uncus) vid processande av arga och föraktfulla ansikten. Det är främst i amygdala, insula och andra delar av det limbiska systemet som den neurala aktiviteten vid ansiktsprocessning skiljer sig åt hos socialfobiska individer jämfört med hos kontrollgruppen (Gentili et al., 2008). Vid ansiktsprocessning visar socialfobiska individer en större neural aktivitet i *superior temporal sulcus (STS)* än i de system som reglerar ansiktsgigenkänning (ibid.). I hjärnområdet *superior temporal sulcus* processas den andres ansiktsuttryck och personlighetsdrag. Detta område reglerar således social granskning av andra. Den ökade aktiviteten i STS gäller för perception av både hotfulla och neutrala ansikten. Detta faktum antyder att individer med social fobi generellt verkar förknippa ansikten med social granskning samt negativa känslor. Graden av aktivitet i amygdala vid processande av hotfulla ansikten korrelerar direkt med antalet socialfobiska symptom samt hur besvärliga symptomen upplevs vara. Sambandet gäller både hos individer med social fobi och hos genomsnittliga försökspersoner som lider av social ångslighet. Detta är i linje med beteendestudier där individer med social fobi beskrivs som mer ängsliga för att bli negativt bedömda av andra människor (Gentili et al., 2008).

Uppmärksamhetsprocesser vid social fobi

Uppmärksamhet kan beskrivas i termer av tidiga, neurala processer som sker på ett halvt medvetet plan (Hakamata et al., 2010). Människor kan befinna sig i samma miljö men ändå uppmärksamma vitt skilda ting. McLeod et al. (1986) fann att kliniskt ängsliga individer skiljde sig från normalgruppen med avseende på uppmärksamhetsmönster. De studier som gjorts sedan dess (exempelvis MacLeod et al., 2002; McLeod, 1995; Schmidt & Richey et al., 2009) bekräftar att uppmärksamhet spelar en viktig roll vid social fobi. Bilden av uppmärksamhetsprocesser hos socialfobiska individer är komplex. Många teoretiska modeller har framförts för att förklara kopplingen mellan social fobi och uppmärksamhetsprocesser. Hereen, Lievens och Philippot (2011) utgår från att socialfobiska individer har svårt att rikta om sin uppmärksamhet bort från hotfulla stimuli (*the disengagement theory*). Denna teori stipulerar att individer med social fobi uppmärksammar alla typer av stimuli, men har svårare att slita blicken från hotfulla stimuli. Amir och Taylor et al. (2011) beskriver uppmärksamhetsbias som en stor del i uppmärksamhetsprocesser vid social fobi (*the counter-bias theory*). Med uppmärksamhetsbias avses individens tendens att uppmärksamma en viss typ av stimuli på bekostnad av andra stimuli. Vid social fobi är

uppmärksamhetsbias vanligtvis negativt, dvs. individen uppmärksammar hotfulla sociala stimuli framför positiva eller neutrala sådana (See et al., 2009). Ytterligare en möjlighet är att både uppmärksamhetsbias och svårigheter att omdirigera uppmärksamhet är involverade i uppmärksamhetsprocesserna vid social fobi (Hereen et al., 2011). Många studier utgår från att den socialfobiska individen har ett negativt uppmärksamhetsbias. Utgångspunkten är då att ett negativt uppmärksamhetsbias genom uppmärksamhetsträning kan försvinna alternativt ersättas med ett positivt sådant (Hereen et al., 2001). Teorin om uppmärksamhetsbias är den teoretiska utgångspunkten för denna uppsats.

Uppmärksamhetsbias och svårigheter att omfokusera anses vara vidmakthållande faktorer vid social fobi (Yar-Haim, Lamy, Pergamin et al. 2007). Vid negativt uppmärksamhetsbias påverkas individens tankar, känslor och beteenden i en mer negativ-/pessimistisk riktning (Beard et al., 2011). Individer med social fobi är ofta överdrivet fokuserade på att uppmärksamma ogillande ansiktsuttryck eller kroppsspråk hos andra (Hakamata et al., 2010). Selektiv fokusering på hotfulla stimuli upprätthåller individens bild av omvärlden som otrygg och farlig. Denna världsbild hindrar i sin tur individen från att göra nya, positiva sociala erfarenheter (Amir et al., 2009). Forskning visar att individer med social fobi undviker positiva stimuli (Silvia et al., 2006 refererad i Taylor, Bomeya & Amir, 2010). De tar längre tid på sig för att känna igen positiva ansiktsuttryck (ibid.), och gör pessimistiska tolkningar av positivt laddade sociala situationer (Perowne & Mansell 2002; Veljaca & Rapee 1998, refererad i Taylor et al., 2010).

Uppmärksamhetsträning vid social fobi

Uppmärksamhetsträning (översatt från engelskans *Cognitive Bias Modification Training*, CBM) ges i regel genom datoriserade träningsprogram. De flesta former av uppmärksamhetsträning utgår från McLeods datorbaserade *dot-probe task* (McLeod et al., 1986). Vid uppmärksamhetsträning instrueras individen att med blicken söka av datorskärmen efter en probe (dvs. en markör).

Inledningsvis presenteras två stimuli, i form av ord eller ansiktsbilder, under en kort tid (vanligen 500 millisekunder) på datorskärmen. Ett av dessa stimuli är hotfullt laddat, det andra är positivt eller neutralt. När stimulusen försvunnit från skärmen dyker probe:n upp på samma plats som det ena stimulit. Probe:n försvinner och individen markerar därefter, med hjälp av datorns tangenter, om probe:n befunnit sig på den övre eller undre delen av skärmen. På detta sätt tränas individen att rikta sin uppmärksamhet åt ett visst håll. (Amir et al. 2008; See et al., 2009; Li et al., 2008).

Uppmärksamhetsträning har i studier visat sig ha god effekt vid social fobi och andra ångesttillstånd. I Schmidt och Richey et al. (2009) uppnådde 72% av försökspersonerna i behandlingsgruppen en sådan förbättring att de inte längre uppfyllde kriterierna för social fobi

enligt *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, fjärde upplagan (DSM-IV, APA 2000). I kontrollgruppen uppfyllde 11% av deltagarna inte längre de diagnostiska kriterierna för social fobi enligt DSM-IV. Amir et al. (2009) genomförde en behandlingsstudie på 44 individer med generaliserad social fobi. Vid eftermätning uppfyllde 50% av deltagarna i behandlingsgruppen inte längre DSM-IV-kriterierna för social fobi jämfört med 14 % i kontrollgruppen. Slutligen utförde Hakamata et al. (2010) en metaanalys av CBM vid ångestillstånd och fick en effektstorlek på (.61). Butler et al. (2006) fann i en metastudie en effektstorlek på 0.93 för KBT vid social fobi.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka vilken effekt internetbaserad uppmärksamhetsträning har på självskattade symtom hos personer med social fobi. Den internetbaserade uppmärksamhetsträningen ges i sex olika varianter; två grupper inriktade mot positiva stimuli, två grupper inriktade mot neutrala stimuli (kontrollgrupper) samt två grupper inriktade mot negativa stimuli. Dessa tre behandlingsgrupper (positiv, neutral, negativ) delades i sin tur in i underkategorier beroende på om deltagarna tränades mot ord och bilder eller enbart mot ord.

Frågeställningar:

- Vilken effekt har uppmärksamhetsträningen i de sex behandlingsgrupperna vid social fobi?
- Finns det skillnader i utfall av uppmärksamhetsträningen i de olika behandlingsgrupperna?
- Finns det skillnader i utfall av uppmärksamhetsträningen beroende på om deltagarna tränades mot ord och bilder respektive enbart ord?
- Kan det påvisas någon effekt av uppmärksamhetsträning mot negativa stimuli?

Metod

Rekrytering

Rekrytering av deltagare till studien gjordes genom annonsering i tidningarna Dagens Nyheter, Upsala Nya Tidning, Vestmanlands Läns Tidning samt Eskilstuna Kuriren. Information om SOFIE-11 skickades även ut till personer som anmält intresse för att delta i forskningsstudier på webbsidan www.studie.nu. Genom webbsidan www.sofie11.se gavs deltagarna information om studiens upplägg och kunde därefter skicka in en intresseanmälan. Deltagare som hade anmält intresse för att delta i SOFIE-9-studien men inte blivit uttagna till den placerades högst upp på väntelistan. Listan bestod av totalt 223 personer, varav 11 personer med inaktiva e-postadresser. Deltagaren med den längsta väntetiden registrerades på väntelistan 2011-01-11 och deltagaren med den kortaste

väntetiden registrerades 2011-09-30. Mediandeltagaren anmälde intresse för studien 2011-02-04 och standardavvikelsen för väntetiden låg på 73,9 dagar.

Urval

Inklusionkriterierna för deltagande i SOFIE-11 var som följer:

- Minst 18 år gammal.
- Social fobi är primär diagnos.
- Ett bias-cert-värde på ≥ 0.80 på bias-testet. Bias-cert-värdet är ett mått på sannolikheten att deltagaren uppfattat instruktionerna för bias-testet korrekt. Ett bias-cert-värde på 0.80 innebär alltså att testpersonen har angett rätt svar i 80% av alla *trials*. Dock har endast trials mellan 200-2000 millisekunder räknats med.
- Uppfyller kriterierna för social fobi enligt Social Phobia Screening Questionnaire, SPSQ (Furmark et al., 1999).
- Uppfyller kriterierna för social fobi enligt Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 1999) administrerad via telefon.
- ≤ 30 totalpoäng och <4 poäng på item 9 (om livslust) på Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self Report, MADRS-SR (Svanborg & Åsberg, 1994).
- Ingen annan pågående psykologisk behandling parallellt med studien.
- Eventuell medicinering ska ha legat på en stabil nivå (samma dos) i minst tre månader.
- Deltagaren ska ha lämnat in ett skriftligt samtyckesformulär.
- Tillgång till dator med internetanslutning samt e-postprogram.

Totalt anmälde 261 personer sitt intresse för att delta i studien. Av dessa exkluderades 53 personer som gjort uppmärksamhetstestet och fått ett bias-cert-värde på ≥ 0.80 . Ytterligare 31 personer exkluderades då de inte uppfyllde kriterierna för social fobi enligt SPSQ (SPSQ= ≤ 17). Behandlarna ringde upp 177 personer i syfte att genomföra en SCID-intervju. Bland dessa kunde 39 personer ej nås via telefon/e-post och exkluderades därför. Totalt 138 personer intervjuades per telefon. Intervjuerna låg till grund för en remisskonferens med en erfaren psykolog och psykoterapeut (Per Carlbring). Vid remisskonferensen exkluderades 11 personer. Bland orsakerna till exkludering fanns annan psykologisk behandling (2 personer), nyligen inledd medicinering (1 person), regelbunden medicinering med bensodiazepiner (1 person), egentlig depression (3 personer), anmäld av annan person (1 person), Anorexia nervosa (1 person), huvudsakligen stressproblematik (1 person), huvudsakligen traumarelaterad problematik (1 person), GAD-diagnos (1 person). 2 personer avböjde deltagande i studien. Därefter återstod 129 personer som diagnosticerades med social fobi enligt SCID-intervjun samt uppfyllde inklusionskriterierna. Se figur 1 på sidan 13 för flödesschema över urvalsprocessen.

Bortfall

Efter avslutad behandling blev deltagarna ombudda att fylla i en eftermätning. Totalt 123 av 129 deltagare (95,4 %) besvarade samtliga formulär i eftermätningen.

Demografisk beskrivning

Efter randomisering av deltagarna till sex behandlingsgrupper återfanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna med avseende på kön, ålder, utbildningsnivå eller tidigare medicinsk/psykologisk behandling. För en utförligare demografisk beskrivning av deltagarna, se tabell 1 på sidan 15.

Design

De 129 deltagarna i studien randomiserades till sex grupper enligt följande modell:

- I grupp 1 ($n=20$) placerades prob:en slumpmässigt efter negativa, neutrala och positiva ord.
- I grupp 2 ($n=22$) placerades prob:en slumpmässigt efter negativa, neutrala och positiva ord eller ansiktsbilder.
- I grupp 3 ($n=21$) placerades prob:en så att deltagarna tränades mot negativa ord.
- I grupp 4 ($n=20$) placerades prob:en så att deltagarna tränades mot negativa ord och ansiktsbilder.
- I grupp 5 ($n=21$) placerades prob:en så att deltagarna tränades mot positiva ord.
- I grupp 6 ($n=22$) placerades prob:en så att deltagarna tränades mot positiva ord och ansiktsbilder.

Material

Screening

Vid förmätningen användes självskattningsformulären *Liebowitz Social Anxiety Scale- Self Report* (LSAS-SR), *Social Interaction Scale* (SIAS), *Social Phobia Scale* (SPS), *Social Phobia Screening Questionnaire* (SPSQ), *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self Rated* (MADRS-S), *Quality of Life Inventory* (QOLI) samt ett uppmärksamhetsträningprogram utvecklat av professor Per Carlbring med kollegor. För att fastställa diagnosen social fobi användes delar av den diagnostiska screeningintervjun *Structural Clinical Interview for DSM-IV* (SCID). Vid telefonintervjuerna användes vanligen endast SCID-modulen för social fobi. I de fall där deltagaren fick en MADRS-poäng på >30 administrerades även SCID-modulen för depression för att utesluta depression som primär diagnos. Självskattningsformulären administrerades via Internet genom att deltagarna loggade in på en webbsida med hjälp av personliga användarnamn och lösenord. Genom att administrera testerna via Internet breddades studiens geografiska upptagningsområde. Hedman et al. (2010) jämförde de psykometriska egenskaperna hos vanligt förekommande pappersbaserade tester med internetadministrerade sådana. Studien fann att de psykometriska egenskaperna hos SIAS, SPS, LSAS-SR samt MADRS-S var likvärdiga oavsett format.

Liebowitz Social Anxiety Scale- Self Report

LSAS-SR innehåller 24 frågor som fokuserar på sociala situationer (11 frågor) och offentliga framträdanden (13 frågor). Frågorna skattas utifrån grad av undvikande av en situation samt upplevd ångestnivå när situationen inträffar (Liebowitz, 1987). I LSAS-SR används en likertskala med fyra skalsteg (0-3). Gränsvärdet för social fobi är ≥ 30 poäng. Gränsvärdet för generaliserad social fobi är ≥ 60 poäng. LSAS-SR anses ha goda psykometriska egenskaper och är ett vanligt förekommande screeninginstrument i forskning (Rytwinski et al. 2009, Hedman et al. 2010). Ett alfavärde på $\alpha=0.95$ för hela skalan och från $\alpha=0.79$ till $\alpha=0.91$ på de övriga skalorna tyder på en hög reliabilitet (Fresco et. al 2001).

Social Interaction Anxiety Scale och Social Phobia Scale

SIAS består av 19 frågor som mäter rädsla inför sociala interaktioner. SPS, som innehåller 20 frågor, fokuserar på rädsla för att bli granskad och bedömd i sociala situationer. Båda instrumenten använder en skala från 0-5 (Mattick & Clark, 1998). Dessa instrument används ofta som komplement till varandra. Den interna konsistensen för båda instrumenten är hög, $\alpha=0.89$ för SPS och $\alpha=0.93$ för SIAS. Test-retest reliabiliteten ligger enligt Heimberg et. Al (2006) på $r=0.92$ (SIAS) samt $r=0.93$ (SPS).

Social Phobia Screening Questionnaire

SPSQ är ett instrument för diagnostisering av social fobi och fobisk personlighetsstörning (Furmark et al., 1999). Formuläret innehåller 109 items som mäter graden av obehag i 14 sociala prestations- och interaktionsstudier. I en preliminär utvärdering visade sig de psykometriska egenskaperna hos SPSQ vara goda; formuläret identifierade samtliga 35 socialfobiska individer samt 19 av 20 icke-socialfobiska individer korrekt. Detta ger en sensitivitet på 100 % och en specificitet på 95%. SPSQ uppvisar en hög korrelation med SPS ($r=.77$) samt SIAS ($r=.79$), vilket pekar på en god samtidig validitet. Ett alfavärde på $\alpha=.90$ visar på en hög intern konsistens mellan de 14 modulerna i testet (Furmark et al., 1999).

Montgomery Åberg Depression Rating Scale Self Report

MADRS-S är känsligt för förändringar i sinnesstämning och kan därför användas som ett mätinstrument för depressiva episoder (Svanberg & Åsberg, 1994). Instrumentet innehåller nio items som skattas på en sjugradig likertskala. Instrumentet kan differentiera mellan lindrig depression (12-20 poäng), egentlig depression (>20 poäng) eller svår depression (>40 poäng). MADRS har en god validitet samt en bra intern konsistens. I en studie (Svanberg & Åsberg, 1994)

har alfavärden för skalan varierat mellan $\alpha=0.82$ och $\alpha=0.90$, och test-retest reliabiliteten ligger mellan $r=0.80$ och $r=0.94$ (okänt tidsintervall).

Quality of Life Inventory

QOLI är ett självskattningsformulär som inriktar sig på att mäta individens tillfredsställelse med livet. Formuläret innehåller sexton olika domäner, vilka skattas utifrån individens värdering av domänens betydelse samt om domänen finns förverkligad i individens liv. Domänerna rör områden som exempelvis kärlek, vänner, ekonomi och självrespekt. QOLI har en god test-retestreliabilitet ($r=0.92$, 1 dag) samt ett alfavärde på $\alpha=0.81$. (Carlbring et. al 2007). Formuläret korrelerar starkt negativt med depression, ångest och generell psykisk ohälsa (Frisch, Cornell & Villanueva et al 1992).

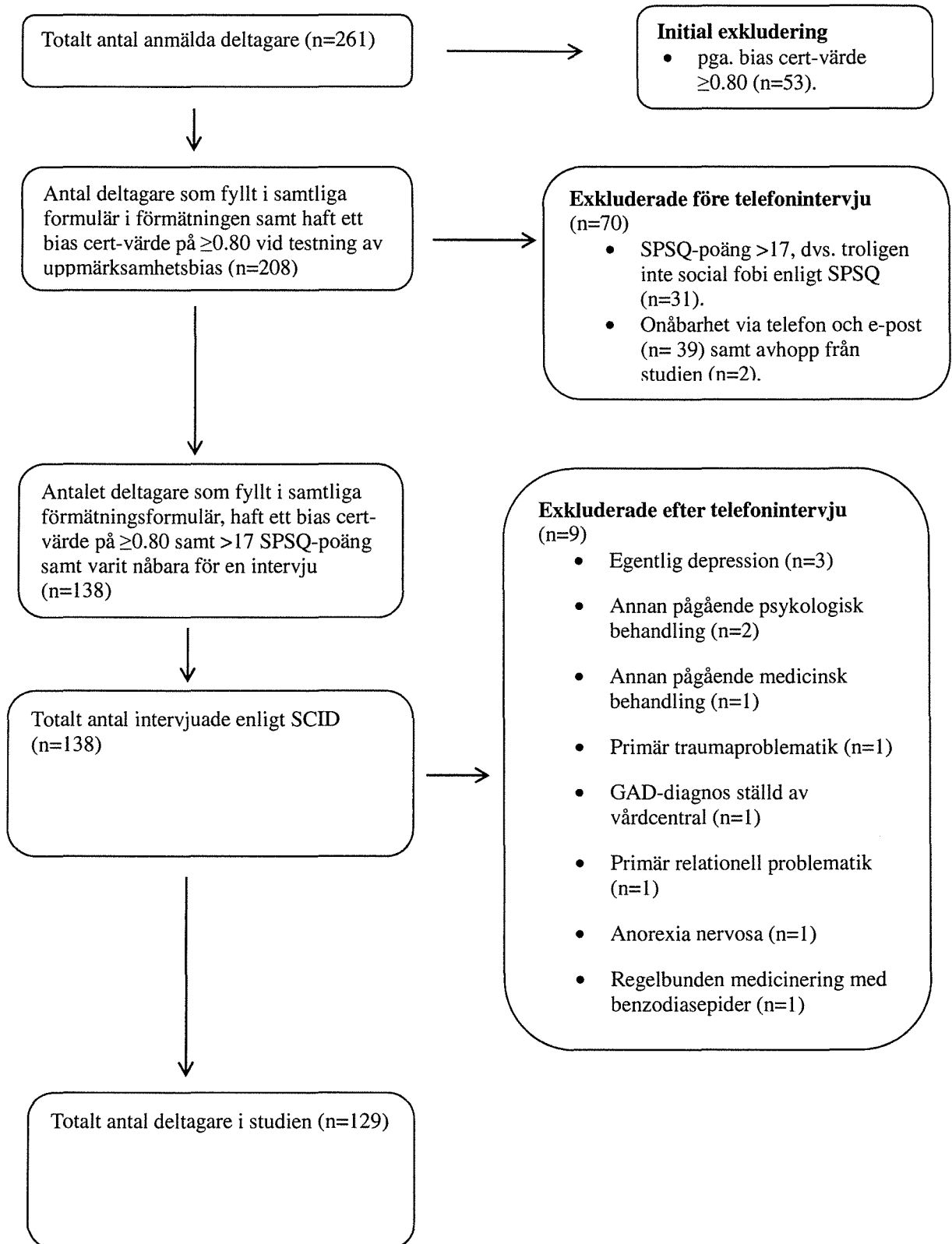
Structured Clinical Interview for DSM- IV, SCID-I

SCID är en semistrukturerad intervjuguide baserad på de diagnostiska kriterierna i DSM-IV. I SCID har diagnoserna i DSM-IV grupperats inom olika axlar; axel I (psykiska störningar), axel II (personlighetsstörningar), axel III (somatiska sjukdomar/skador), axel IV (psykosociala problem) samt axel V (globalfunktionsnivå). I denna studie har SCID-I (axel 1) använts. SCID-I innehåller screeningfrågor för psykiska störningar som exempelvis förstämningssyndrom och social fobi. Instrumentet har en mycket god reliabilitet och validitet (First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 1999).

Etiska överväganden

Projektet har genomgått etisk prövning och fått godkännande. Samtliga deltagare har lämnat en samtyckesblankett beträffande deltagandet i studien. Deltagarna informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avslutas när som helst, samt att studien inte innehöll någon behandlarkontakt lik den i traditionell psykologisk behandling. Om deltagarna hade frågor eller funderingar under behandlingen fanns behandlarna dock tillgängliga. De deltagare som inte uppfyllde inklusionskriterierna har via ett krypterat e-postprogram meddelats orsakerna till detta. Meddelandet innehöll en kort förklaring till varför deltagaren blev exkluderad, råd om instanser där deltagaren kunde söka hjälp samt boktips om social fobi. En grupp deltagare i SOFIE-11 tränas mot hotfulla stimuli, vilket kan verka omotiverat då individer med social fobi enligt teorin redan har ett negativt uppmärksamhetsbias. Syftet med upplägget är att undersöka om träning mot hotfulla stimuli kan ha en exponeringsliknande effekt. Exponering för hotfulla stimuli är en verksam metod vid KBT-behandling av social fobi (Barlow, 2008).

Figur 1. Flödesschema över urvalsprocessen.



Tabell 1. Demografisk data kring behåi deltagare

| Behandling n=129 | 1. Kontrollgrupp med ord + bilder | | 2. Kontrollgrupp med ord + bilder | | 3. Tråning mot negativa ord | | 4. Tråning mot negativa ord + bilder | | 5. Tråning mot positiva ord | | 6. Tråning mot positiva ord + bilder | | Total | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-----------------------------|-------|--------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|--------------------------------------|-------|-------|-------|
| Kön | | | | | | | | | | | | | | |
| Kvinna | 10 | 47,6% | 13 | 59,1% | 18 | 81,8% | 15 | 71,4% | 12 | 57,1% | 14 | 63,6% | 82 | 63,6% |
| Man | 11 | 52,4% | 9 | 40,9% | 4 | 18,2% | 6 | 28,6% | 9 | 42,9% | 8 | 36,4% | 47 | 36,4% |
| Ålder | | | | | | | | | | | | | | |
| Medelålder | 42,8 | | 39,3 | | 35,5 | | 35,6 | | 38,1 | | 38,4 | | 38,3 | |
| SD | 9,3 | | 8,4 | | 7,6 | | 7,8 | | 8,3 | | 8,2 | | 3,4 | |
| Utbildning | | | | | | | | | | | | | | |
| Grundskola | 3 | 14,3% | 0 | 0,0% | 2 | 9,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 3,9% |
| Gymnasium | 4 | 19,0% | 8 | 36,4% | 4 | 18,2% | 6 | 28,6% | 5 | 23,8% | 7 | 31,8% | 34 | 26,4% |
| Högskola/Universitet | 14 | 66,7% | 14 | 63,6% | 16 | 72,7% | 15 | 71,4% | 16 | 76,2% | 15 | 68,2% | 90 | 69,7% |
| Psykologisk behandling | | | | | | | | | | | | | | |
| Nej | 6 | 28,6% | 9 | 40,9% | 9 | 40,9% | 10 | 47,6% | 10 | 47,6% | 9 | 40,9% | 53 | 41,1% |
| Ja | 15 | 71,4% | 13 | 59,1% | 13 | 59,1% | 11 | 52,4% | 11 | 52,4% | 13 | 59,1% | 76 | 59,1% |
| Medicinsk behandling | | | | | | | | | | | | | | |
| Nej | 9 | 42,9% | 9 | 40,9% | 14 | 63,6% | 15 | 71,4% | 10 | 47,6% | 14 | 63,6% | 71 | 55,0% |
| Ja | 12 | 57,1% | 13 | 59,1% | 8 | 36,4% | 6 | 28,6% | 11 | 52,4% | 8 | 36,4% | 58 | 45,0% |
| Antal tråningssessioner | | | | | | | | | | | | | | |
| < 14 | 7 | 33,3% | 7 | 31,8% | 8 | 36,4% | 5 | 23,8% | 9 | 42,9% | 11 | 50,0% | 47 | 36,4% |
| 14 | 14 | 66,7% | 15 | 68,2% | 14 | 63,6% | 16 | 76,2% | 12 | 57,1% | 11 | 50,0% | 82 | 63,6% |

Procedur

Hemsida

SOFIE-11-projektet har en hemsida, www.sofie11.se, där information om projektet fanns att tillgå. På hemsidan kunde den intresserade ta del av information kring studiens tillvägagångssätt, samtyckeskrav, etiska förhållningssätt samt en presentation av personerna bakom SOFIE11-projektet. Studiens målsättning presenterades som ”att ta fram ännu mer effektiva behandlingsmetoder vid social fobi samt att ge bättre kunskap kring vilka faktorer som påverkar behandlingseffekten” (www.sofie11.se). På hemsidan fanns ett anmälningsskema med frågebatteri och bias-test.

Intervjuprocess

Behandlarna exkluderade inledningsvis de deltagare vars bias cert-värde understeg 0.80. Därefter delades väntelistan på hälften och behandlarna ansvarade sedan för var sin del. Behandlarna ringde upp deltagarna och administrerade de SCID-formulär som var aktuella (social fobi-modulen samt i förekommande fall förstärknings-modulen). Vid intervjuerna betonades att inskickad samtyckesblankett var en förutsättning för deltagande i studien. I de fall där deltagaren inte kunde nås per telefon ringde behandlarna upprepade gånger (alternativt skickade e-post) med påminnelse om telefonintervjun. De deltagare som efter påminnelser fortfarande inte kunde nås ströks från deltagarlistan. När intervjuerna var utförda kontrollerades deltagarnas SPSQ-poäng. De personer vars SPSQ-poäng var <17 exkluderades. Deltagarnas medverkan diskuterades vid en remisskonferens där behandlarna och professor Per Carlbring deltog. Syftet med remisskonferensen var att säkerställa diagnosen social fobi och att utesluta eventuella differentialdiagnoser hos deltagarna. Multiproblematik utgjorde i sig ingen grund för exkludering så länge social fobi var den primära diagnosen. När konferensen genomförts fanns en lista på deltagare som uppfyllde både DSM-diagnosen social fobi och övriga inklusionskriterier för studien. Dessa deltagare informerades via e-post om att de hade valts ut för att medverka i studien.

Randomisering

Deltagarna slumpades med hjälp av ett dataprogram till sex grupper som sedan jämfördes med avseende på kön, ålder, utbildning, tidigare eller nuvarande medicinsk behandling samt tidigare eller nuvarande psykologisk behandling. Vid denna tidpunkt kunde inga skillnader mätas mellan grupperna.

Behandlingsupplägg

Behandlingen bestod av 14 tränings-sessioner som enligt instruktionerna skulle utföras en gång dagligen. Träningsprogrammet hade ett liknande upplägg som det bias-test som deltagarna genomförde vid förmätningen. Deltagarna fick tillgång till träningsprogrammet via hemsidan www.cabmt.com. Sessionerna tog cirka 10 minuter att genomföra. De deltagare som inte hade möjlighet att träna varje dag fick fem extra dagar på sig för att bli färdiga med behandlingen.

Träningsprogrammets utformning

I träningsprogrammet användes ansiktsbilder från *Karolinska Directed Emotional Faces* (KDEF), ett material bestående av totalt 4900 bilder på ansikten som uttrycker olika känslotillstånd (Lundqvist, Flykt & Öhman, 1998). Bildmaterialet utvecklades vid Karolinska Institutet för att användas i medicinsk och psykologisk forskning. I denna studie användes enbart ansiktsbilder som är neutrala eller uttrycker glädje alternativt avsky/avsmak. Denna sistnämnda affekten är förknippad med avvisande, något som socialfobiska individer är extra känsliga för (Amir et al., 2009). Orden som användes i träningsprogrammet togs fram av behandlarna själva. De positiva och de negativa orden är värdeladdade adjektiv (exempelvis *löjlig* och *lustfylld*) medan de neutrala orden är substantiv (exempelvis *lampa*). De neutrala orden beskriver vardagliga föremål eller företeelser medan de positiva och de negativa anspelar på negativa känslor förknippade med att bli avvisad eller förödmjukad. Före varje tränings-session uppmanades deltagarna att utföra en ångesthöjande aktivitet. Beroende på vilken grupp deltagaren hade slumpats till såg behandlingen något olika ut. Gemensamt för alla deltagare var att de exponerades för 160 *trials* per tränings-session. Varje *trial* inleddes med att ett plus-tecken dök upp på skärmen under 500 millisekunder för att uppmärksamma deltagaren att en ny *trial* påbörjats. Därefter följde två stimuli som dök upp på övre respektive nedre delen av dataskärmen. Stimulusen bestod av ord, ansiktsbilder alternativt ord kombinerat med ansiktsbilder. De blev kvar på skärmen under 1000 millisekunder under första halvan av sessionen och 500 millisekunder under andra halvan. Varje stimuli kunde vara positivt, negativt eller neutralt laddat. När stimulusen försvunnit dök ett tecken < eller > upp på den plats där det ena stimulit varit placerat, se figur 2.

Figur 2. Exempel på en trial med träning från negativ till positiv.

| | | | |
|-------------------|---|-------------------|---|
| + | Bortvald Behaglig | < | |
| Moment 1. 500 ms. | Moment 2. 1000 ms 1:a halvan av sessionen, 500 ms. under 2:a halvan. | Moment 3. 500 ms. | Moment 4. 500 ms. paus före nästa trial. |

Träningsprogrammen för de olika grupperna såg ut som följer:

Grupp 1 ($n=20$) tränades mot slumpmässigt fördelade ord. prob:en dök slumpmässigt upp efter neutrala, negativa eller positiva ord.

Grupp 2 ($n=22$) tränades mot slumpmässigt fördelade ord och ansiktsbilder. prob:en dök slumpmässigt upp efter neutrala, negativa eller positiva ord eller ansiktsbilder.

Grupp 3 ($n=21$) tränades mot negativa ord. Om ett positivt eller neutralt ord dök upp på skärmen tillsammans med ett negativt placerades prob:en alltid efter det negativa. Om ett positivt och ett neutralt ord dök upp placerades prob:en alltid efter det neutrala.

Grupp 4 ($n=20$) tränades mot negativa ord och ansiktsbilder. Om ett positivt eller neutralt ord/ansiktsbild dök upp på skärmen tillsammans med ett negativt ord/ansiktsbild instruerades placerades prob:en alltid efter det negativa ordet/ansiktsbilden. Om ett positivt och ett neutralt ord/ansiktsbild dök placerades prob:en alltid efter det neutrala ordet/ansiktsbilden.

Grupp 5 ($n=21$) tränades mot positiva ord. Om ett negativt eller neutralt ord dök upp på skärmen tillsammans med ett positivt ord placerades prob:en alltid efter det positiva ordet. Om ett neutralt och ett negativt ord dök upp placerades prob:en alltid efter det neutrala ordet.

Grupp 6 ($n=22$) tränades mot positiva ord och ansiktsbilder. Om ett negativt eller neutralt ord/ansiktsbild dök upp på skärmen tillsammans med ett positivt ord/ansiktsbild placerades prob:en alltid efter det positiva ordet. Om ett neutralt och ett negativt ord/ansiktsbild dök upp placerades prob:en alltid efter det neutrala ordet/ansiktsbilden.

Eftermätning

När behandlingstiden var slut upphörde deltagarnas behörighet att logga in på träningsprogrammets hemsida. Alla deltagare fick ett e-brev där de påmindes om att fylla i eftermätningens formulären. De deltagare som inte hade fyllt i formulären efter en vecka fick ytterligare påminnelser om eftermätningen via telefon eller e-post.

Statistiska analyser

De statistiska analyserna beräknades i SPSS med hjälp av en mixed-model ANOVA. Data analyserades enligt intention-to-treat-principen så att resultatet även inkluderade data från de deltagare ($n=6$) som inte fullgjort hela träningsprogrammet. ANOVA (förkortat av *analysis of variance*; variansanalys) är en statistisk modell som används för att undersöka skillnader i medelvärden mellan två eller flera grupper (Howell, 2007). Gueorguieva & Krystal (2004) menar att en mixed-model ANOVA har fördelar gentemot mer traditionellt använda repeated-measures variansanalyser som univariata rANOVA och multivariata rMANOVA. Till skillnad från de sistnämnda tillåter en mixed-model ANOVA användning av ofullständig data. På grund av ovan nämnda bortfall i SOFIE-11 ($n=6$) bedömdes en mixed-effect ANOVA som en adekvat statistisk modell. För att mäta behandlingsutfallet i de sex grupperna har effektstorlekar beräknats genom Cohens d enligt formeln: $d = [(M_{pre} - M_{post}) / SE * \sqrt{(n)_{pooled}}]$. Enligt Cohen (1988) definieras effektstorleken som liten om " $d \geq .2$ ", medel om " $d \geq .5$ " och stor om " $d \geq .8$ ". Effektstorlekarna presenteras i tabellform nedan. Uppdelningen av deltagarna i sex subgrupper gör att styrkan i de statistiska beräkningarna minskar jämfört med om grupperna hade varit större.

Resultat

Av tabell 1 framgår att 64 % av deltagarna fullföljt hela träningsprogrammet och att 36% av deltagarna tränat färre än fulltliga 14 tränings-sessioner. Resultaten på LSAS-SR, SPS, SIAS, BAI, MADRS-S, SPSQ samt QOLI för de sex olika behandlingsgrupperna finns redovisade i tabell 2. Förändringar i utfallsmåtten finns representerade i form av estimerade medelvärden (M), estimerade standardavvikelser (SD), samt F -värden (effekt av tid samt interaktion mellan tid och grupp). Därtill redovisas effektstorlekarna med Cohens d . Effektstorlekarna på huvudutfallsmåttet LSAS-SR varierar från $d=0,50$ till $d=1,11$. I tabell 2 redovisas därtill att deltagare från samtliga behandlingsgrupper har skattat att de upplevt en signifikant förbättring av sina symtom, baserat på för- samt eftermätning. Detta går att utläsa från de medelvärden som finns presenterade i tabellen. I tabellen kan även utläsas att det inte förelåg någon interaktionseffekt vid eftermätningarna från de olika mätinstrumenten. Detta innebär att det inte finns några mellangruppskillnader. Däremot visar mixed-effect-analysen på effekt av tid för samtliga primära utfallsmått. Medelvärdet för hela gruppen på LSAS-SR vid förmätningen var $M=74,6$ ($SD=22,4$) och vid eftermätningen $M=58,0$ ($SD=25,0$). Ingen interaktionseffekt kunde identifieras ($F(117,4)=1,6$; $p=,161$). Dock återfanns en signifikant tidseffekt ($F(117,4)=102,7$; $p=0,001$), se tabell 2.

Tabell1

Tabell 2. Behandlingsutfall. Effekt av tid inom de sex olika behandlingsprogrammen (F-värden).

| | 1. Träning med slumpmässigt fördelade ord (n=21) | | 2. Träning med slumpmässigt fördelade ord och bilder (n=22) | | 3. Träning mot negativa ord (n=22) | | 4. Träning mot negativa ord och bilder (n=21) | | 5. Träning mot positiva ord (n=21) | | 6. Träning mot positiva ord och bilder (n=22) | | Total | F-värde |
|--|---|--------|--|--------|---------------------------------------|--------|--|--------|---------------------------------------|--------|--|--------|-------|----------|
| | Medel | SD | Medel | SD | Medel | SD | Medel | SD | Medel | SD | Medel | SD | | |
| Liebowitz Social Anxiety Scale-SR | | | | | | | | | | | | | | |
| Före | 71,8 | (22,4) | 74,5 | (22,4) | 73,6 | (22,4) | 78,5 | (22,4) | 72,9 | (22,4) | 76,3 | (22,4) | 74,6 | 102,7*** |
| Efter | 58,2 | (25) | 56,4 | (24,7) | 58,8 | (25) | 52,2 | (25) | 58,1 | (24,7) | 64,4 | (25,7) | 58,0 | 1,6 |
| ES inom (d) | | 0,6 | | 0,8 | | 0,6 | | 1,1 | | 0,6 | | 0,5 | | |
| Social Phobia Scale | | | | | | | | | | | | | | |
| Före | 37,3 | (13,9) | 37,1 | (13,9) | 36,6 | (13,9) | 40,0 | (14) | 39,6 | (14) | 37,6 | (13,9) | 38,0 | 54,5*** |
| Efter | 31,7 | (13,9) | 30,8 | (15,2) | 28,6 | (15,4) | 28,9 | (15,4) | 33,3 | (15,2) | 30,7 | (15,4) | 30,7 | 0,7 |
| ES inom (d) | | 0,4 | | 0,4 | | 0,5 | | 0,8 | | 0,4 | | 0,5 | | |
| Social Interaction Anxiety Scale | | | | | | | | | | | | | | |
| Före | 48,2 | (13,2) | 47,1 | (13,2) | 51,4 | (13,2) | 55,5 | (13,2) | 54,2 | (13,2) | 48,9 | (13,2) | 50,9 | 69,1*** |
| Efter | 41,6 | (15,4) | 41,9 | (15,3) | 41,2 | (15,4) | 43,7 | (15,4) | 44,0 | (15,3) | 43,6 | (15,8) | 42,7 | 1,4 |
| ES inom (d) | | 0,5 | | 0,4 | | 0,7 | | 0,8 | | 0,7 | | 0,4 | | |
| Social Phobia Screening Questionnaire | | | | | | | | | | | | | | |
| Före | 30,1 | (8) | 27,5 | (8) | 30,1 | (8) | 32,0 | (8) | 29,3 | (8) | 32,0 | (8) | 30,2 | 76,6*** |
| Efter | 24,8 | (10,3) | 23,1 | (10) | 23,0 | (10,1) | 22,8 | (10,1) | 22,7 | (10,1) | 27,0 | (10,5) | 23,9 | 1 |
| ES inom (d) | | 0,6 | | 0,5 | | 0,8 | | 1,0 | | 0,7 | | 0,5 | | |
| Montgomery Åsberg Depression Rating Scale | | | | | | | | | | | | | | |
| Före | 15,7 | (7,6) | 16,1 | (7,6) | 14,1 | (7,6) | 15,3 | (7,6) | 13,9 | (7,6) | 15,5 | (7,6) | 15,1 | 63,1*** |
| Efter | 12,9 | (6,9) | 11,3 | (6,8) | 10,2 | (6,8) | 9,5 | (6,9) | 9,9 | (6,8) | 12,7 | (7,1) | 11,1 | 0,9 |
| ES inom (d) | | 0,4 | | 0,7 | | 0,6 | | 0,8 | | 0,6 | | 0,40 | | |
| Beck Anxiety Inventory | | | | | | | | | | | | | | |
| Före | 18,8 | (8,7) | 20,1 | (8,7) | 16,7 | (8,7) | 17,5 | (8,7) | 19,6 | (8,7) | 17,6 | (8,7) | 18,4 | 90,8*** |
| Efter | 13,4 | (7,9) | 12,8 | (7,8) | 9,8 | (7,9) | 11,4 | (7,9) | 15,0 | (7,8) | 15,5 | (8,1) | 13,0 | 1,8 |
| ES inom (d) | | 0,7 | | 0,9 | | 0,8 | | 0,7 | | 0,6 | | 0,3 | | |
| Quality of Life Inventory | | | | | | | | | | | | | | |
| Före | 0,7 | (1,7) | 1,1 | (1,7) | 1,0 | (1,7) | 0,7 | (1,7) | 0,7 | (1,7) | 0,7 | (1,7) | 0,8 | 21,9*** |
| Efter | 1,2 | (1,7) | 1,8 | (1,7) | 1,8 | (1,7) | 1,4 | (1,7) | 1,1 | (1,7) | 0,7 | (1,8) | 1,3 | 1,4 |
| ES inom (d) | | 0,3 | | 0,4 | | 0,5 | | 0,5 | | 0,2 | | 0,0 | | |
| MEDEL (d) | | 0,5 | | 0,6 | | 0,7 | | 0,8 | | 0,5 | | 0,3 | | |

* = p <,05; ** = p <,01; *** = p <,001

Tabell 2.

Diskussion

Samtliga behandlingsgrupper skattade sig som mindre socialfobiska efter behandling, och denna förbättring var lika stor oberoende av grupp tillhörighet. Behandlingsutfallet hos deltagarna som tränades mot negativa stimuli skiljde sig inte från behandlingsutfallet hos övriga grupper. Inte heller kunde några skillnader mellan betingelserna ord + ansikten respektive enbart ord uppvisas. Dock fanns en signifikant effekt av tid. Det senare kan bero på en spontan förbättring hos deltagarna, vilket dock anses mindre vanligt förekommande bland individer med social fobi (Furmark 2006).

I denna studie var effektstorlekarna för det primära utfallsmåttet LSAS-SR som följer: grupp 1 ($d=0.6$), grupp 2 ($d=0.8$), grupp 3 ($d=0.6$), grupp 4 ($d=1.1$), grupp 5 ($d=0.6$) och grupp 6 ($d=0.5$). I grupp 4, som hade den största effektstorleken, tränades deltagarna mot hotfulla stimuli och ord. En effektstorlek på 0.6 för LSAS-SR i uppmättes för uppmärksamhetsträningens-gruppen i SOFIE-9 (Gildebrandt & Liliequist, 2011). Amir et al. (2009) uppmätte den högre effektstorleken 1.71 för LSAS-SR efter avslutad behandling. I genomsnitt är effektstorlekarna för LSAS-SR i SOFIE-11 något mindre än effektstorlekarna för KBT vid social fobi. I en tidigare nämnd metastudie fann Butler et al. (2006) en effektstorlek på 0.93 för KBT-behandling vid social fobi. Dock står effektstorlekarna för grupp 4 ($d=1.1$) i paritet med ovan nämnda effektstorlek för KBT-behandling.

Det faktum att inga signifikanta skillnader kunde påvisas mellan behandlingsgrupperna kan bero på begränsningar i studiens statistiska power. En viktig statistisk princip är den så kallade centrala gränsvärdessatsen, som stipulerar att ett urval som är tillräckligt stort kommer att vara normalfördelat. Det anses allmänt att ett urval på >30 per subgrupp är tillräckligt för att betraktas som normalfördelat. Med denna storlek på urvalet säkras korrelationens statistiska power (Howell, 2007). Behandlingsgrupperna i SOFIE-11 har mellan 19 och 22 *ddeltagare*, vilket indikerar en begränsad statistisk power. Ursprungligen var tanken att SOFIE-11 skulle ha 25 deltagare per behandlingsgrupp (totalt $n=150$) för att säkerställa en acceptabel statistisk power. Efter urvalsprocessen kvarstod 129 personer av totalt 261 anmälda deltagare, något som gjorde att denna studies statistiska power blev mindre än förväntat. Vad gäller design av urvalsgrupper följer SOFIE-11 i stort de rekommendationer som satts upp av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). SBU är en myndighet med uppgift att kritiskt utvärdera de metoder som används inom sjukvården. I SBU:s rekommendationer (SBU, 2005) anges att subgruppsanalyser enbart bör göras om de planerats innan datainsamlingen påbörjats. Vidare menar SBU att det inte är realistiskt att sikta på så

många försökspersoner att även svaga samband i subgrupperna ska kunna redovisas. Dock pekar SBU på att storleken på urvalet bör stå i relation till antalet undergrupper som ska särredovisas (SBU, 2005). Mot bakgrund av detta får storleken på behandlingsgrupperna i SOFIE-11 ses som en svaghet hos studien. Framtida forskning bör tillse att behandlingsgrupperna blir större för att säkrare slutsatser ska kunna dras.

Mätt i effektstorlekar (inom Cohens d) finns dock skillnader i behandlingsutfall mellan de olika grupperna, se tabell 2. Grupp 4, som tränades mot negativa ord + ansiktsbilder, uppvisar den största effektstorleken för det primära utfallsmåttet LSAS-SR. Att behandlingsutfallet talar till fördel för träning mot negativa ord och ansiktsbilder är intressant mot bakgrund av tidigare forskning. Vid uppmärksamhetsträning mot social fobi används vanligen träning mot positiva eller neutrala stimuli. Träning mot negativa stimuli som behandlingsmetod förekommer sparsamt i de studier som hittills gjorts. Tidigare forskning visar tvärtom att exponering mot negativa stimuli ökar försöksdeltagarnas sociala ångslighet (Beard et al. 2011, McLeod et al. 2002). Att träning mot negativa stimuli ger effekt vid social fobi kan innebära att träningen har en exponeringsliknande funktion.

Egenskaper hos metoden uppmärksamhetsträning kan också förklara behandlingsutfallet i SOFIE-11. Faktorer som kan påverka behandlingsutfall är deltagarnas uppfattning av uppmärksamhetsträningens legitimitet som behandlingsmetod och deltagarnas tillstånd före behandling. Amir et al. (2011) undersöker i en studie vilka patientvariabler som förklarar utfallet av uppmärksamhetsträning. Totalt 121 deltagare med generaliserad social fobi deltog i studien. Uppmärksamhetsträningen utfördes två gånger i veckan under fyra veckor, och varje träningstillfälle motsvarade 20 minuter. Den variabel som förklarade störst del av behandlingsutfallet var negativt uppmärksamhetsbias före behandlingen. De deltagare i behandlingsgruppen som hade störst tendens till negativt uppmärksamhetsbias fick en signifikant större förbättring än deltagarna i kontrollgruppen. Amir et al. (2011) menar att detta pekar på att individer med negativt uppmärksamhetsbias utgör en subgrupp som är extra mottaglig för uppmärksamhetsträning. Den kliniska konsekvensen torde bli att uppmärksamhetsbias bör vara ett inklusionskriterium för behandling med uppmärksamhetsträning. Så har inte varit fallet i SOFIE-11. Samtidigt har uppmärksamhetsbias inte varit ett inklusionskriterium i någon av de studier som uppsatsförfattarna kunnat hitta via artikelsökning i Umeå Universitetsbiblioteks elektroniska resurser. Svårigheten med ett sådant inklusionskriterium blir att definiera begreppet negativt

uppmärksamhetsbias. Vilket cut-off-värde skulle väljas och med vilka metoder skulle detta negativa uppmärksamhetsbias räknas ut?

Patienternas inställning till uppmärksamhetsträning kan påverka behandlingsresultat då en negativ attityd kan tänkas ge minskad motivation till att delta i behandlingen. Beard & Weisberg et al. (2011) undersöker attityderna mot uppmärksamhetsträning genom att låta 11 patienter komma till tals i en kvalitativ studie. Patienterna genomförde både uppmärksamhetsträning kopplad till uppmärksamhetsbias (*Cognitive Bias Modification-Attention, CBM-A*) och uppmärksamhetsträning kopplad till tolkningsbias (*Cognitive Bias Modification-Intpretation, CBM-I*). Uppmärksamhetsträningen i SOFIE-11 bygger på den förstnämnda metoden. Beträffande internetbaserad behandling ansågs den opersonlig och tråkig av vissa deltagare i Beard och Weisberg et al. (2011). Deltagare i sistnämnda studie uttryckte även farhågor om att graden av sekretess kunde vara lägre vid internetbaserad behandling. CBM-A sågs av flertalet deltagare som lättförståelig och rolig, men en mindre grupp deltagare fann behandlingen tråkig och repetitiv (Beard & Weisberger et al. 2011). Deltagarna hade fått en kort introduktion till hur CBM-A fungerade och förstod upplägget, men vissa upplevde trots detta inte behandlingen som meningsfull. I introduktionen till CBM-A beskrevs uppmärksamhetsbias som en "mental vana" som kunde tränas bort precis som andra vanor. Många deltagare upplevde denna beskrivning som effektiv, men en del förstod inte kopplingen mellan att träna bort mentala vanor och att genomföra uppmärksamhetsträning. En deltagare beskrev det som poänglöst att "klicka på E och F" (Beard et al., 2011, s. 13).

Möjligen är ovanstående upplevelser av uppmärksamhetsträning även giltiga för deltagarna i SOFIE-11? Då denna studie i stort sett bygger på kvantitativa data kan inga direkta slutsatser om deltagarnas upplevelser dras. Dock har endast 64 % av deltagarna ($n=129$) fullföljt hela behandlingsprogrammet, vilket tyder på att deltagarnas intresse för behandlingen minskade allteftersom behandlingsprogrammet fortskred. Kan detta bero på att vissa deltagare i SOFIE-11, i likhet med deltagare i ovan nämnda studie, inte upplevde uppmärksamhetsträningen som meningsfull? Det är möjligt behandlarna inte lyckades inge deltagarna ett tillräckligt stort förtroende för metoden. Följande information om uppmärksamhetsträning finns publicerad på hemsidan www.sofie11.se: "*Tidigare forskning har visat att personer med social fobi och andra ångesttillstånd uppvisar annorlunda uppmärksamhetsprocesser jämfört med icke-kliniska kontrollgrupper. De har ofta en så kallad attention bias*". *Personer med social fobi*

tenderar att i högre utsträckning fokusera på hotfulla sociala stimuli. De har dessutom svårare att fokusera om och släppa fokus på dessa stimuli. Genom att träna uppmärksamheten hos personer med social fobi och därmed öka deras flexibilitet gällande uppmärksamhet, har ångestsymtom visat sig kunna reduceras. Detta kallas "Computerized Attention Bias Modification Training". Träningsprogrammet i detta program går i korthet ut på att träna uppmärksamheten i förhållande till denna princip. Det vill säga träna bort sin 'attention bias' ” (texten hämtad från www.sofie11.se 2012-01-06).

Det kan tänkas att ovanstående beskrivning av uppmärksamhetsträning ter sig alltför ”teknisk” för att en person utanför det psykologiska fältet ska kunna relatera till den. Kanske informationen borde ha kompletterats med en mer vardagsnära beskrivning av träningen och dess effekter? Behovet av förtydligande måste dock ställas i proportion till nödvändigheten i att hålla deltagarna naiva ifråga om exakt hur uppmärksamhetsträning fungerar (Beard et al., 2011). I framtida studier bör deltagarna ges en tydlig rationell till hur uppmärksamhetsträning fungerar för att på så sätt öka deras motivation och tilltro till behandlingen.

Möjligen kan en tätare uppföljning av deltagarnas behandlingsföljksamhet vara på sin plats. I SOFIE-11 kontrollerade behandlarna att deltagarna hade påbörjat uppmärksamhetsträningen, men inga uppföljningar gjordes för att säkerställa att de fortsatte att genomföra träningen som överenskommet. Kontakten mellan behandlarna och deltagarna i SOFIE-11 kan ha påverkat behandlingsutfallet. Som tidigare nämnts kontaktades deltagarna initialt på telefon för en bedömningsintervju med hjälp av SCID. Dessa telefonsamtal kom för många av personerna att innebära en första samtalskontakt någonsin gällande deras problematik. Samtalens innehåll kom därför även att innefatta en terapeutisk aspekt såtillvida att vi försökte bemöta personerna med ett inkännande och empatiskt förhållningssätt då de presenterade sina upplevelser. Viktigt att betänka är därför betydelsen av denna initiala kontakt på telefon samt även den förmätning som alla deltagare varit med i. Det intressanta blir att fundera över hur stor effekt denna initiala kontakt har i sig för den individuella upplevelsen av social ångest. Hawthorne-effekt är ett fenomen inom akademien. Med detta begrepp åsyftar man förändringar i upplevelsen hos studiedeltagare som en effekt av att de helt enkelt är medvetna om att de är med i en studie (Orbell et. al., 2004). Mer konkret så kan uppmärksamheten från behandlaren och kontakten som enskild faktor göra att människor upplever sig hjälpta i sin problematik. Det torde således finnas anledning att tänka att detta är en faktor som även påverkat behandlingsutfallet i denna studie. Det går även att diskutera detta utifrån begreppet terapeutisk allians som är ett nyckelbegrepp inom såväl KBT- som PDT- inriktad

samtalsterapi. Den terapeutiska alliansen ses som kärnan i det terapeutiska mötet och ha stor betydelse för effekten av terapin, eller för behandlingen, som i denna aktuella studie (Heimberg et. al., 2006). Då träningsfrekvensen varierade bland deltagarna samtidigt som resultaten visar på signifikanta förbättringar i alla behandlingsgrupper, kan det finnas anledning att ställa frågan; ”Hur stor betydelse har den terapeutiska alliansen för klientens skattning av sin problematik?”. Resultaten från den aktuella studien visar på att samtliga behandlingsprogram haft effekt på den skattade ångestnivån bland deltagarna. Detta samtidigt som 66% av deltagarna tränat alla 14 sessioner. Det är således relevant att fundera kring hur stor effekt SCID-intervjun per telefon hade på deltagarnas upplevelse och skattning av sin problematik. Det kan även finnas en möjlighet att deltagarna i före- och eftermätning skattat det som är socialt önskvärt.

Rekryteringsprocessen till denna studie skedde genom en tidningsannons i Dagens nyheter samt via webbsidan www.studie.nu. I tabell 1 har vi presenterat den demografiska fördelningen av deltagare. Det blir i och med detta tydligt att majoriteten av deltagarna har högskoleutbildning. Vi tänker oss att detta till viss del kan bero på att rekryteringskanalerna varit de ovan nämnda. Det finns anledning att anta att Dagens Nyheter:s läsare i hög grad består av välutbildade människor med medelklassbakgrund. Därtill är det rimligt att tänka sig att det är en viss social grupp som hittar till webbsidan www.studie.nu. Detta är värdefullt att reflektera kring då studier samtidigt visar att social fobi är vanligare bland människor med bristande socialt stöd, låg utbildningsnivå och lägre ekonomisk inkomst (Furmark, 2002). Hur kan behandlingen i framtiden nå ut till en bredare grupp samhällsmedborgare? Vilka kanaler ska användas? Hur kan samhället kommunicera kring social fobi på ett sådant sätt att kunskapen och förståelsen i ämnet når ut till fler? Social fobi är som tidigare nämnts vanligt bland människor i Sverige. Trots detta är det endast en bråkdel som söker hjälp (Fehm et al., 2002). Med detta som grund blir det extra viktigt att försöka tala om ämnet i det offentliga rummet. Vilket vi anser är viktigt beträffande all psykisk problematik – i syfte att göra den mindre tabubelagd och därmed kunna nå ut till fler som behöver hjälp och stöd.

Kontakten under behandlingen kunde ha sett annorlunda ut. Deltagargruppen innefattade ett stort antal individer. Fördelen med detta är en större statistisk power. En nackdel kan dock vara bristen på kontakt med deltagarna. Med en stor deltagargrupp minskar också möjligheten till att följa upp individerna under behandlingsprocessen. Sannolikt kan motivationsnivån påverkas av begränsad kontakt med behandlarna. Förvisso hade deltagarna möjlighet att mejla oss under behandlingens gång men det var få som gjorde detta och kontakten blev därför

begränsad. Huruvida detta påverkar deltagarnas träningsmotivation går det att spekulera kring. Vi tänker oss att motivationen till viss del hänger ihop med behandlarnas avstånd till deltagarna. Behandlingsutfallet visar även på att drygt en tredjedel av deltagarna inte tränat alla de 14 sessioner som behandlingsprogrammet förutsatt. Man kan därför fundera kring hur man skulle kunna förbättra deltagandet. Kanske skulle man i framtiden kunna vara fler behandlare så att det blir möjligt att ringa deltagarna under dessa två veckor, stödja dem längs vägen och således upprätthålla den terapeutiska alliansen. Trots att antalet tränade sessioner varierar bland deltagarna så kan vi i resultattabellerna se att det finns en effekt av tid i alla sex grupperna. Man kan således tänka sig att antalet tränings-sessioner skulle bli fler ifall kontakten varit bättre och avståndet till oss behandlare varit mindre (Heimberg et al., 2006).

Som inledningsvis benämnts är diagnosen social fobi vanligare bland kvinnor än bland män. (Furmark, 2002). Den värdefulla frågan att ställa är ”Varför är vissa sociala grupper överrepresenterade”? Sannolikt kan det finnas genusteoretiska förklaringar till detta. Än idag finns det olika normer och förväntningar på män och kvinnor beträffande vad som är tillåtet att känna, uttrycka och tala om. Det är fortfarande mer tabubelagt att tala om män och psykisk problematik än vad det är för gruppen kvinnor. Detta är sannolikt en förklaring till varför färre män finns representerade i den ovannämnda demografiska fördelningen.

Sammanfattningsvis visar datamaterialet i SOFIE-11 på att uppmärksamhetsträning har effekt vid social fobi. Några signifikanta skillnader mellan behandlingsutfall i de olika behandlingsgrupperna kunde inte uppvisas, möjligen på grund av begränsad statistisk power hos studien. Däremot visar effektstorlekarna på stora effekter ($d=0.8$) av uppmärksamhetsträning mot negativa stimuli för LSAS-SR, SPS, SIAS, SPSQ, MADRS-SR samt QOLI. Framtida forskning bör ha ett större urval för att säkerställa en god statistisk power. Åtgärder bör vidtas för att öka antalet deltagare som fullföljer behandlingen. Förslag på sådana åtgärder har getts under rubriken Diskussion; två exempel är att ge en tydlig rationell till behandlingen samt att ha en tätare uppföljning med deltagarna under behandlingsprogrammets gång.

Referenser

American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fjärde reviderade upplagan). Washington DC: *American Psychiatric Association*.

Amir, N., Taylor, C. & Donohue, M (2011). Predictors of response to an attention modification program in generalized social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 533-541.

- Amir, N., Taylor, C., Elias, J., Chen, X., Beard, C., Klumpp, H. & Burns, M. (2009). Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, No. 5, 961-973.
- Andersson, G., Carlbring, P., Johansson, L. & Westöö, J. (2006) Cognitive Bias via the Internet: A comparison of web-based and standard emotional Stroop tasks in social phobia. *Cognitive Behavior Therapy*, 35, No 1.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L. & Bakermans-Kranenburg, M. & van Ijzendoorn, M. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.
- Beard, C. (2011). Cognitive bias modification for anxiety: current evidence and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11, 299-311.
- Beard C., Weisberg, D., Amir, N. (2011). Combined cognitive bias modification treatment for social anxiety disorder: A pilot trial. *Depression and Anxiety*, 0, 1-8.
- Brook, C., & Schmidt, L. (2008). Social anxiety disorder: a review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4, 123-143.
- Butler, A., Chapman, J., Forman E., Beck, A (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26, 17– 31.
- Bögels, S., Alden L., Beidel, D., Clark, L., Pine, D., Stein & M., Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 168–189
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia* i: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., och Schneier, F. R. (red.). Social Phobia, diagnoses, assessment and treatment (69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Connell, R.W. (2008) *Maskuliniteter*. Göteborg: Daidalos.
- DSM-IV*. (1994). J. Herlofson, svensk bearbetning. Danderyd: Pilgrim Press.
- Ekselius, L. & Tillfors, M. (2009) Social phobia and avoidant personality disorder: Are they separate diagnostic entities or do they reflect a spectrum of social anxiety? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46, No.1, 25-33.
- Ekselius, L., Lindström, E., von Knorring, L. & Bodlund, O. (1994). SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III--R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 120-123.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. & Wittchen, H. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453–462.
- First, M B., Spitzer, R., Gibbon M., & Williams, J.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1996.
- 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, 1025-1035.

Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.

Furmark, T. (2006). *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber.

Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.

Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424

Gildebrant, E & Liliequist, B: Effekten av skraddarsydd KBT-behandling jämfört med uppmärksamhetsträning vid social fobi – en randomiserad behandlingsstudie. Opublicerad examensuppsats, Umeå Universitet höstterminen 2011.

Gentili, C., Gobbinib, M I., Ricciardi, E., Vanellod, N., Pietrini, P., Haxbye, J., Guazzellia, M. (2008). Differential modulation of neural activity throughout the distributed neural system for face perception in patients with social phobia and healthy subjects. *Brain Research Bulletin*, 77, 286-292.

Goldin, P., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T. & Gross, J (2009). Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Archives of General Psychiatry*, 66, 170-180.

Georgueva, R., & Krystal, J. H. (2004). Move over ANOVA: progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 61, 310-317.

Hakamata Y., Lissek S., Bar-Haim Y., Britton J., Fox N., Leibenluft E., Ernst M., Pine D. (2010). Attention bias modification treatment: a meta-analysis toward the establishment of novel treatment for anxiety. *Biological Psychiatry*, 68, 982–990.

Heeren, A., Lievens, L. & Philippot, P. (2011). How does attention training work in social phobia: Disengagement from threat or re-engagement to non-threat? *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1108-1115.

Heimberg, R.G., Ledley, D.R.& Marx B.P. (2006) *Att lyckas med kognitiv beteendeterapi*. första upplagan. Stockholm: Liber.

Howell, D. (2007): *Statistical Methods for Psychology*. Belmont, Kalifornien: Thomson Wadsworth.

Hudson, J. & Rapee, R. (2000). The Origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24, 2000, 102-129.

Kimbrel, N. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.

Li, S., Tan, J., Qian, T., Liu, X. (2008). Continual training of attentional bias in social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 46, 905-912.

MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G. & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 107-123.

McLeod, C., Mathews, A., Tata (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.

Lundqvist, D., Flykt, A., & Öhman, A. (1998). The Karolinska Directed Emotional Faces - KDEF, CD ROM from Department of Clinical Neuroscience, Psychology section. Stockholm: Karolinska Institutet.

Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 455-470.

Orbell, S., Parker, R., Rakow, T. & O' Sullivan I. (2004) Prospective research in health service settings: Health psychology, science and the 'Hawthorne' effect. *Journal of Health Psychology*, 9 (3), London, Thousands Oaks & New Delhi.

Rapee, R., & Spence, S. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005): Resultat som hackas upp kan bli missvisande. Stockholm: SBU. Hämtat från <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/2155/> den 26 januari 2012.

Schmidt, N.B., Richey, J.A., Buckner, J.D. & Timpano, K.R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 5-14.

See, J., MacLeod, C., & Bridle, R. (2009). The reduction of anxiety vulnerability through the modification of attentional bias: A real-world study using a home-based cognitive bias modification procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 65-75.

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, 21-28.

Taylor, C., Bomyea, J. & Amir, N. (2010). Attentional bias away from positive social information mediates the link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 403-408.

Turk, C., Heimberg, R. & Magee, L (2008). *Social anxiety disorder* i Barlow, D. (red). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press.