



UPPSALA UNIVERSITET  
Institutionen för psykologi  
Psykologexamensuppsats, 20 p  
Höstterminen 2004

## **SOFIE III: Internetbaserad självhjälpsbehandling för studenter med social fobi**

- en undersökning av exponeringssessioners relativa effekt

Anna Eriksson och Maria Spak

Handledare: Tomas Furmark  
Bitr. handledare: Per Carlbring  
Maria Tillfors  
Examinator: Lennart Melin

## Stort TACK till.....

... vår handledare *Tomas Furmark* och våra biträdande handledare *Per Carlbring* och *Maria Tillfors* för ert ovärderliga engagemang i vårt uppsatsarbete. Tack för snabba svar på våra frågor, hjälp och tålamod i samband med statistiken och konstruktiva diskussioner.

... *Maria Tillfors* och *Susanne Lewenhaupt* för inspiration och gott samarbete i samband med gruppträffarna och i det övriga kliniska arbetet.

... *Bengt Westling* för handledning i det kliniska arbetet.

... alla *deltagare* som möjliggjort denna uppsats.

## SAMMANFATTNING

Syftet med föreliggande studie var att undersöka effekterna av ett Internetadministrerat självhjälsprogram (SOFIE = Social Fobibehandling via Internet i kombination med exponering), baserat på KBT-principer, vid behandling av studenter med social fobi. Studien syftade också till att undersöka relativa effekter av exponeringssessioner vilket skedde genom att en grupp fick Internetbehandling kombinerad med fem gruppträffar ("Kombinationsbehandlingsgruppen") vilken jämfördes med en annan grupp som enbart fick Internetadministrerad självhjälsbehandling ("Internetgruppen"). Rekryteringen skedde via ett flertal media och intresseanmälan gjordes via Internet. Deltagarna diagnostiserades med hjälp av ett frågeformulär (Social Phobia Screening Questionnaire; Furmark et al., 1999) som de fyllde i via Internet samt via en diagnostisk intervju administrerad över telefon. Trettioåtta personer randomiserades till de två behandlingsgrupperna (n = 19/grupp). Behandlingen pågick under nio veckor och bestod av lika många behandlingsmoduler. Modulerna skickades hem till deltagarna med post men i övrigt skedde all kontakt via e-post. Varje modul avslutades med ett antal uppgifter som deltagarna skulle redovisa för sin Internetterapeut för att få gå vidare i programmet. Kombinationsbehandlingsgruppen fick utöver detta fem gruppträffar vilka hölls på Örebro universitet. En deltagare i kombinationsbehandlingsgruppen uteslöts från de statistiska beräkningarna. Dataanalyserna beräknades enligt "intention to treat"-principen. Resultaten visade att båda behandlingsgrupperna förbättrades signifikant på samtliga social fobiskalor, vilka var studiens primära utfallsmått. Inga signifikanta skillnader mellan de båda behandlingsgrupperna erhöles. Genomsnittlig inomgruppseffektstorlek för kombinationsbehandlingsgruppen var  $d = 0.78$  och för Internetgruppen  $d = 0.73$ . Båda behandlingsgrupperna förbättrades signifikant i jämförelse med en tidigare insamlad väntelistekontrollgrupp från SOFIE II på samtliga social fobiskalor. Föreliggande studie visade att Internetadministrerad självhjälsbehandling är en effektiv behandlingsmetod för studenter med social fobi. Resultaten tyder också på att en utökad exponering i form av gruppträffar inte ger en mätbar större behandlingseffekt än enbart Internetadministrerad självhjälsbehandling.

<b>INLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>DEFINITION AV SOCIAL FOBI</b>	<b>6</b>
<b>EPIDEMIOLOGI</b>	<b>6</b>
<b>SAMSJUKLIGHET</b>	<b>7</b>
<b>ETIOLOGI</b>	<b>7</b>
GENETIK	7
TEMPERAMENT	7
SOCIALA FÄRDIGHETSBRISTER	8
UPPVÄXTMILJÖ	8
NEGATIVA LIVSERFARENHETER	8
INLÄRNINGSTEORETISKA FÖRKLARINGSMODELLER	8
NEUROBIOLOGISKA FAKTORER	8
KOGNITIVA FAKTORER	9
<i>Clark och Wells kognitiva modell för social fobi</i>	9
<i>Vidmakthållande faktorer</i>	9
<i>Vad forskningen visar om modellen</i>	10
<b>BEHANDLING</b>	<b>11</b>
FARMAKOLOGISK BEHANDLING	11
PSYKOLOGISK BEHANDLING	11
<i>Exponering</i>	11
<i>Kognitiv omstrukturering</i>	12
<i>Tillämpad avslappning</i>	12
<i>Social färdighetsträning</i>	12
<i>Kognitiv beteendeterapi i grupp vs. individualterapi</i>	12
METAANALYSER	13
<b>SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING</b>	<b>13</b>
SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING VIA INTERNET	13
<i>För- och nackdelar med Internetbehandling</i>	14
INTERNETBASERAD BEHANDLING VID SOCIAL FOBI	15
<i>Svenskarnas Internetanvändande</i>	15
SOCIAL FOBI OCH TALÄNGSLAN HOS STUDENTER	16
<b>SYFTE</b>	<b>16</b>
FRÅGESTÄLLNINGAR	17
HYPOTESER	17
<b>METOD</b>	<b>18</b>
<b>DELTAGARE</b>	<b>18</b>
REKRYTERING	18
URVAL	18
SCREENING OCH DIAGNOSTISERING	20
SAMSJUKLIGHET	20
DESKRIPTIVA DATA	20

BORTFALL	21
<b>MATERIAL</b>	<b>21</b>
STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV (SCID)	21
SJÄLVSKATTNINGSFÖRMULÄR	21
<i>Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)</i>	21
<i>Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)</i>	22
<i>Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)</i>	22
<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>	22
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)</i>	22
<i>Quality of Life Inventory (QOLI)</i>	23
UTVÄRDERING	23
SJÄLVHJÄLPSMATERIAL	23
<b>DESIGN</b>	<b>24</b>
<b>PROCEDUR</b>	<b>24</b>
HEMSIDA	24
ANMÄLAN/DIAGNOSTISERING	25
SCID	25
FÖRMÄTNING	25
INFORMATION INFÖR BEHANDLING	25
RANDOMISERING	25
SJÄLVHJÄLPSPROGRAM	25
GRUPPTRÄFFAR	26
<i>Gruppträff 1</i>	27
<i>Gruppträff 2</i>	27
<i>Gruppträff 3</i>	27
<i>Gruppträff 4</i>	27
<i>Gruppträff 5</i>	27
DISKUSSIONSFORUM	28
EFTERMÄTNING	28
STATISTISKA ANALYSER	28
<b>RESULTAT</b>	<b>29</b>
SKILLNADER FÖRE BEHANDLINGENS START	29
SJÄLVSKATTNINGSSKALA	29
<i>Social fobiskala</i>	29
<i>Övriga skalar</i>	30
DIAGNOS EFTER BEHANDLING	30
EFFEKT AV NÄRVARO PÅ GRUPPTRÄFFARNA	31
JÄMFÖRELSE MELLAN FÖRELIGGANDE STUDIE OCH VÄNTELISTAN I SOFIE II	31
<i>Förmätning</i>	31
<i>Social fobiskala</i>	31
<i>Övriga skalar</i>	32
UTVÄRDERING	33
<b>DISKUSSION</b>	<b>34</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>34</b>
SOCIAL FOBIMÅTT	34
LIVSKVALITET	34

---

DEPRESSION	35
ALLMÄN ÄNGEST	35
JÄMFÖRELSE MED VÄNTELISTEKLONTROLLGRUPPEN FRÅN SOFIE II	35
JÄMFÖRELSE MELLAN KOMBINATIONSBEHANDLING OCH INTERNETBEHANDLING	35
<i>Gruppträffar</i>	36
<i>Moduler</i>	36
<i>Diskussionsforum</i>	37
UTVÄRDERING	37
GENERELL JÄMFÖRELSE MED TIDIGARE SOFIE-PROJEKT	37
JÄMFÖRELSE MED ANDRA BEHANDLINGSSTUDIER	38
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>39</b>
INTERN VALIDITET	39
EXTERN VALIDITET	40
<b>STUDENTPOPULATION</b>	<b>41</b>
<b>KOSTNADSEFFEKTIVITET</b>	<b>41</b>
<b>FRAMTIDA FORSKNING</b>	<b>42</b>
<b>SLUTORD</b>	<b>42</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>43</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>49</b>
BILAGA A: DIAGNOSKRITERIER FÖR SOCIAL FOBI ENLIGT DSM-IV	49
BILAGA B: DIAGNOSKRITERIER FÖR FOBISK PERSONLIGHETSSTÖRNING ENLIGT DSM-IV	50
BILAGA C: HEMSIDA FÖR SOFIE III-PROJEKTET	51

## INLEDNING

Många upplever det obehagligt att tala inför grupp eller att på andra sätt hamna i fokus för uppmärksamhet och de flesta av oss har någon gång känt sig nervösa eller ångestfyllda inför en muntlig presentation eller i andra sociala situationer. Det betyder dock inte att vi alla har social fobi (Kåver, 1999). Gränsen mellan den sociala ångest som de flesta upplever, blyghet och social fobi är flytande och begreppen överlappar varandra (Heiser, Turner & Beidel, 2003). För att problemen ska betecknas som social fobi krävs att rädslan/ångesten är mycket stark och överdriven samt att personen i största möjliga mån försöker undvika de ångestfyllda situationerna alternativt uthärdar dessa under stark ångest. Obehandlad kan social fobi innebära stora begränsningar inom till exempel yrkesliv, studieval och relationer (Kåver, 1999).

### Definition av social fobi

Social fobi, även kallat socialt ångestsyndrom, blev en egen diagnos i och med tredje upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980). I den reviderade upplagan av DSM-III (DSM-III-R; APA, 1987) infördes en generaliserad undergrupp av diagnosen och till fjärde upplagan (DSM-IV; APA, 1994) gjordes endast smärre förändringar.

Enligt DSM-IV definieras social fobi 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” (se bilaga A för fullständiga kriterier). Kärnan i social fobi utgörs av en skräck för att bli granskad och för att göra bort sig eller bli avslöjad och förödmjukad i sociala situationer (Kåver, 1999). Hos många personer med social fobi finns också en rädsla för att andra ska kunna se deras ångestsymtom såsom rodnad, svettningar och skakningar och de anstränger sig mycket för att dölja dessa. Diagnosen social fobi kräver också att personen i stor utsträckning undviker de fruktade situationerna alternativt uthärdar dem under intensiv ångest eller plåga (APA, 1994). Social fobi kan delas in i två undergrupper, generaliserad och icke-generaliserad social fobi. Vid icke-generaliserad social fobi är ångesten begränsad till enstaka prestationssituationer som till exempel att tala inför grupp. När det handlar om generaliserad social fobi väcker de flesta sociala situationer stark ångest (Kåver, 1999).

Vanliga problemsituationer för personer med social fobi är dels prestationssituationer, dels interaktionssituationer. Exempel på prestationssituationer är att tala inför grupp, äta, dricka och skriva när andra ser på, spela instrument, teater eller på annat sätt uppträda. Interaktionssituationer innefattar situationer som att delta i möten, gå på fester, träffa nya människor och konversera. Den vanligaste sociala problemsituationen i såväl normalpopulationen som hos personer med social fobi är rädsla att tala inför grupp (Furmark, 2000).

### Epidemiologi

Social fobi är ett av de vanligaste ångestsyndromen och ett av de vanligaste problemen som folk söker hjälp för på de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna (Kåver, 1999). I en svensk studie av Furmark et al. (1999) undersöktes förekomsten av social fobi i normalpopulationen och en punktprevalens på 15.6 % observerades. I samma studie varierade dock prevalensskattningarna mellan 1.9 % och 20.4 % beroende på svårighetsgrad. En amerikansk studie visade en livstidsprevalens på 13.3 % vilket gjorde social fobi till den tredje vanligaste psykiatriska störningen i USA (Kessler et al., 1994). Social fobi debuterar oftast under tonåren men det finns också personer som uppger att de alltid har haft dessa svårigheter. I

allmänbefolkningen är social fobi något vanligare hos kvinnor än hos män, fördelningen är 1:1.5 (Furmark, 2000).

### **Samsjuklighet**

Samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser är vanligt hos personer med social fobi. Den amerikanska undersökningen Epidemiologic Catchment Area visade att 69 % av personer med social fobi uppfyllde kriterierna för en annan psykiatrisk diagnos under sin livstid (Rapee, 1995). De vanligast förekommande axel I-störningarna hos personer med social fobi är andra ångestsyndrom som specifika fobier, generaliserat ångestsyndrom och paniksyndrom. Även depression, dystymi och alkoholproblem är vanligt förekommande diagnoser hos personer med social fobi (Furmark, 2000). Samsjuklighet är vanligare hos personer som har generaliserad social fobi (Furmark, 2000). I en studie av Erwin, Heimberg, Juster och Mindlin (2002) undersöktes huruvida samsjuklighet påverkar behandlingsresultat. Författarna kom fram till att även om samsjuklighet (särskilt med depression) var förknippad med svårare symptom såväl före som efter behandlingen så var förbättringen lika stor i denna grupp som hos de personer som inte hade en samsjuklighet.

Social fobi har också hög samsjuklighet med axel II-diagnosen fobisk personlighetsstörning (Furmark, 2000). Fobisk personlighetsstörning (se bilaga B) karaktäriseras av ett genomgående mönster av social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för negativa omdömen. Överlappningen mellan social fobi och fobisk personlighetsstörning har i olika studier legat mellan 22 % och 70 % (Turk, Heimberg & Hope, 2001). Distinktionen mellan social fobi och fobisk personlighetsstörning är omdiskuterad och det har föreslagits att de båda diagnoserna bara är två benämningar på samma syndrom. Skillnaden skulle i sådana fall kunna vara en gradskillnad snarare än artskillnad (van Velzen, Emmelkamp & Scholing, 2000).

### **Etiologi**

Flera faktorer, i kombination, har betydelse för huruvida man utvecklar social fobi (Kåver, 1999). I litteraturen diskuteras ett antal olika förklaringsmodeller, av vilka de vanligaste beskrivs nedan.

### **Genetik**

Genetiska faktorer spelar en betydande roll i utvecklandet av social fobi och social ångest hos både barn och vuxna (Rapee & Spence, 2004). En metaanalys av tvillingstudier visade på en ärftlighet på runt 0.65 för social ångest, men många forskare gör en något lägre uppskattning på ca 0.4-0.5 (Rapee & Spence, 2004). Många personer med social fobi beskriver sina föräldrar som blyga (Neal & Edelmann, 2001). Personer som drabbas tidigt i livet har oftare föräldrar som är blyga, än personer som drabbas senare (Alden & Taylor, 2004).

### **Temperament**

Forskning har visat att en temperamentstil som kallas beteendehinhibition spelar en roll i utvecklandet av social fobi. Beteendehinhibition karaktäriseras av blyghet och tillbakadragenhet tidigt i livet. Barn som uppvisar en sådan temperamentsstil kan löpa högre risk att senare i livet utveckla social fobi (Rapee & Spence, 2004). I beteendeobservationer och kliniska intervjuer med ungdomar uppvisade de som 12 år tidigare klassats som beteendehinhiberade högre generaliserad social ångest än de som inte klassats som beteendehinhiberade. Det är emellertid oklart huruvida beteendehinhibition fungerar som riskfaktor för utvecklandet av social fobi i synnerhet eller för ångeststörningar i allmänhet (Neal & Edelmann, 2001).



### **Sociala färdighetsbrister**

Sociala färdighetsbrister har av en del författare associerats med social fobi men studier har visat att vuxna personer som har social fobi inte alltid har sämre sociala färdigheter än personer som inte har social fobi (Rapee & Spence, 2004). Barn som har social fobi tenderar dock att prestera sämre i sociala situationer och är ofta mindre populära än andra barn. Bristande sociala färdigheter kan leda till ett upprepat mönster av misslyckade interaktioner med andra, vilket kan ge förväntningar om att misslyckas, lågt självförtroende, ökat självfokus och känslighet för negativ feedback från andra. Detta kan i sin tur ge upphov till oro i liknande sociala situationer i framtiden. Konsekvenser av detta kan bli social tillbakadragenhet, undvikande och utfrysning från andra, vilket begränsar möjligheterna till vidareutveckling av sociala färdigheter och social inläring. Hos de personer med social fobi som har sociala färdighetsbrister verkar alltså dessa brister kunna vara både orsak till och en följd av den sociala fobin (Rapee & Spence, 2004).

### **Uppväxtmiljö**

I studier har personer med social fobi beskrivit sina föräldrar som mer känslomässigt frånvarande, avvisande, inkonsekventa och överbeskyddande samt uppgivit att deras fäder var strängare jämfört med kontrollgrupper. Sambanden mellan ovan nämnda beteenden hos föräldrar och oro hos barn är små men signifikanta (Rapee & Spence, 2004; Neal & Edelman, 2001). Dessa studier är emellertid retrospektiva vilket ökar risken för att personerna minns fel (Neal & Edelman, 2001).

### **Negativa livserfarenheter**

Generella negativa livserfarenheter har visat sig kunna bidra till ökad risk för social fobi. I barndomen kan dessa vara föräldrars skilsmässa, föräldrars psykopatologi, familjekonflikt, sexuellt utnyttjande eller fysisk/psykisk misshandel. Dock har dessa händelser visat sig öka risken för många former av psykopatologi och är inte unika för social fobi (Neal & Edelman, 2001). Att inte ha någon nära relation med en vuxen, att ha hoppat av skolan eller att behöva specialundervisning hade i en studie ett signifikant samband med en social fobidiagnos hos ungdomar (Neal & Edelman, 2001).

### **Inläringsteoretiska förklaringsmodeller**

Enligt teorin om klassisk betingning kan social fobi vara en följd av associativ inläring. Om en person har blivit utsatt för något traumatiskt i en social situation kan liknande sociala situationer efter detta komma att förknippas med ett starkt obehag. Det upplevda obehaget kan också komma att generaliseras till andra situationer (Furmark, 2000). Många vuxna med social fobi uppger att de upplevt negativa händelser som till exempel mobbning, kritik, förnedring, att ha blivit gjorda till åtlöje eller att ha blivit avvisade av signifikanta andra (Alden & Taylor, 2004). Avsaknad av eller bristfälliga modeller och instruktioner för att kunna hantera sociala situationer kan också bidra till utvecklande av social ångest (Rapee & Spence, 2004). Till följd av flykt från och undvikande av det fruktade stimuli vidmakthålls den sociala ångesten (negativ förstärkning). Detta minskar också chanserna till nyinläring. Många personer med social fobi kan dock inte rapportera någon traumatisk upplevelse som skulle kunna förklara uppkomsten av fobin, varför teorin kritiserats (Furmark, 2000).

### **Neurobiologiska faktorer**

I studier där positronemissionstomografi (PET) har använts för att avbilda hjärnan har förändringar i hjärnaktivitet hos personer med social fobi kunnat ses när de utsatts för stimuli som framkallat social ångest. Då försökspersoner med social fobi i en studie talade inför grupp, och följaktligen upplevde ökad ångest, kunde man se ökat regionalt cerebralt blodflöde

i amygdala och hippocampus hos dem jämfört med en kontrollgrupp utan social fobi. Amygdala har en viktig roll vid upplevelse av rädsla. Studien visade även förändringar på flera ställen i hjärnbarken hos personerna med social fobi jämfört med kontrollgruppen. Forskarna drog slutsatsen att social fobi involverar aktivering av ett fylogenetiskt äldre neuroanatomiskt system för igenkännande av faror (Tillfors et al., 2001). I en uppföljande studie kunde man också se minskat blodflöde i amygdala, hippocampus och relaterade strukturer hos personer med social fobi efter behandling med både kognitiv beteendeterapi (KBT) och citalopram, en selektiv serotoninåterupptagshämmare, SSRI (Furmark et al., 2002).

Hjärnans kemi spelar antagligen en viktig roll för utvecklandet av olika fobier, inklusive social fobi. Både det serotonerga och det dopaminerga systemet verkar vara involverade vid social ångest även om deras bidrag i relation till social ångest ännu inte är helt klarlagt (Tillfors, 2001).

### **Kognitiva faktorer**

Utifrån kognitiv teori karakteriseras social fobi av negativa tolkningar av sociala situationer, samt av negativa tankar, attityder och trossatser. Dessa anses initiera och vidmakthålla socialfobiska beteenden och känslor (Rapee & Spence, 2004). En kognitiv förklaringsmodell för social fobi som ofta citeras har utarbetats av Clark och Wells (1995). I modellen integreras kognitioner, beteenden och fysiologi.

### ***Clark & Wells kognitiva modell för social fobi***

En person som har social fobi är väldigt mån om att ge ett fördelaktigt intryck av sig själv gentemot andra men har samtidigt stora tvivel på sin förmåga att kunna förmedla en sådan bild (Kåver, 1999). Därför upplever personen sociala situationer som hotfulla. I figur 1 illustreras Clark och Wells syn på vad som händer då en person med social fobi ger sig in i en social situation.

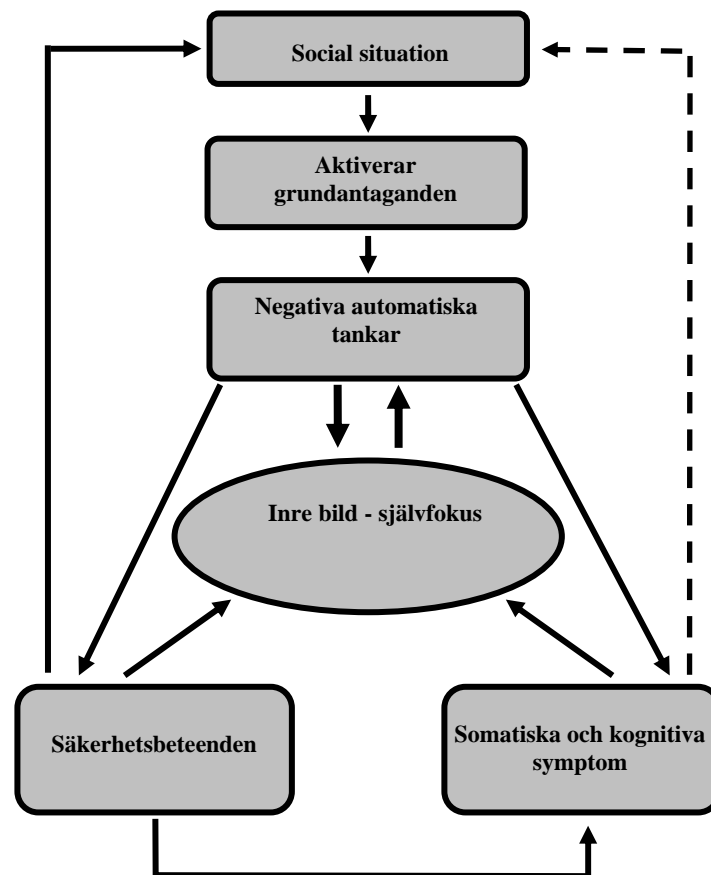
Bland annat beroende på tidigare livserfarenheter har personen formulerat grundantaganden (grundläggande negativa föreställningar om sig själv och omvärlden), vilka medför ökad benägenhet att tolka sociala situationer som hotfulla. Dessa antaganden aktiveras i sociala situationer, varpå personen upplever en stark oro för att bete sig på ett socialt oacceptabelt sätt och för de katastrofala följder detta skulle kunna få. Tolkningen av grundantagandena utlöser en rad negativa automatiska tankar som upplevs som verkliga då personen ser på sig själv ”utifrån”. Detta innebär att det som personen tänker om sig själv, tror hon/han är detsamma som andra uppfattar. Personens självfokus ökar samtidigt som en ångestreaktion startar. Denna består av somatiska och kognitiva symptom samt säkerhetsbeteenden. Säkerhetsbeteenden är handlingar som personen använder för att dölja rädsla eller för att skapa en känsla av trygghet. Exempel på säkerhetsbeteenden är undvikande av ögonkontakt, att lära sig en presentation utantill och att bära kläder som kan dölja kroppsliga tecken på nervositet såsom svettningar eller rodnande. Säkerhetsbeteenden är en form av subtila undvikanden som leder till ökad självfokusering, vilket får situationen att framstå som än mer hotfull. Ångestreaktionen utgör i sig ytterligare en källa till upplevd fara och skapar en ond cirkel som vidmakthåller och ökar ångesten.

### ***Vidmakthållande faktorer***

Det starka självfokus som en person med social fobi upplever i hotande situationer innebär en ökad uppmärksamhet på tecken på ångest och nervositet. Personen är fokuserad på sina kroppsliga symptom och är ofta helt övertygad om att andra också lägger märke till och gör en negativ bedömning av henne/honom utifrån dessa. Eftersom informationen uteslutande hämtas från personen själv är bedömningen väldigt subjektiv. Säkerhetsbeteendena ger

personen en falsk säkerhet då hon/han inte tror sig kunna klara av att hantera situationen utan dessa. Samtidigt förhindrar de att personen får en korrekt bild av hur hon/han faktiskt skulle klara av situationen. Vidare kan de ha en motsatt effekt då de ofta drar uppmärksamhet till det personen vill dölja (Wells et al., 1995).

Utöver de svårigheter personer med social fobi har i sociala situationer lider många av dem av så kallad förväntansångest, det vill säga oro inför kommande sociala situationer. Det är heller inte ovanligt att personer med social fobi går igenom vad som hänt i en social situation i efterhand, vilket brukar kallas post mortem-tankar (Kåver, 1999).



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

#### **Vad forskningen visar om modellen**

Stopa och Clark (1993) fann att personer med social fobi var mer benägna att uppfatta tvetydiga sociala situationer på ett för dem negativt sätt, jämfört med personer med annan ångestproblematik och en kontrollgrupp bestående av personer utan ångestproblematik. Personer med social fobi uppgav också fler negativa självvärderande tankar efter en konversation med en attraktiv kvinnlig försöksledare, jämfört med kontrollgruppen (Stopa & Clark, 1993). Dessutom var personerna med social fobi mycket hårdare i bedömningarna av sin egen prestation än kontrollgruppen och skillnaderna mellan självskattning och observatörsskattning var också större för personerna med social fobi än för kontrollgruppen.

Wells et al. (1995) testade hypotesen att säkerhetsbeteenden spelar en roll i vidmakthållande av social fobi. De jämförde en exponering för en fruktad situation då deltagarna använde sina säkerhetsbeteenden som vanligt med en liknande situation då de inte fick använda säkerhetsbeteendena. Exponering utan säkerhetsbeteenden gav signifikant lägre

skattningar av ångest och skattning av tro på att det fruktade skulle inträffa (Wells et al., 1995).

## **Behandling**

I dagsläget finns forskningsstöd för såväl farmakologisk behandling som psykologisk behandling, i form av kognitiv beteendeterapi, vid social fobi.

### **Farmakologisk behandling**

Flera typer av medicinska preparat har visat sig effektiva vid behandling av social ångest. Den typ av preparat som har mest stöd är selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI)<sup>1</sup> (Furmark, 2000). SSRI är från början antidepressiva preparat men har visat god effekt även vid ångestproblematik och rekommenderas som förstahandsval vid farmakologisk behandling av social fobi (Blanco, Antia & Liebowitz, 2002). De ger också färre och mindre allvarliga biverkningar än många tidigare preparat (Blanco et al., 2002).

Andra preparat som har använts vid social fobi är bensodiazepiner vilka har en snabb ångestlindrande effekt. Dessa är dock beroendeframkallande och medför risk för missbruk varför de inte rekommenderas som förstahandsval vid behandling (Furmark, 2000). Personer som lider av till exempel scenskräck eller rädsla att tala inför grupp kan ha hjälp av olika typer av betablockerare<sup>2</sup> då dessa tillfälligt dämpar kroppsliga ångestsymtom. Betablockerare har i studier inte visat sig fungera särskilt bra för personer med generaliserad social fobi och inte över längre tidsperioder (Furmark, 2000).

Otto et al. (2000) jämförde kognitiv beteendeterapi i grupp med bensodiazepinen klonazepam (Iktorivil). De båda behandlingarna gav likvärdiga resultat. I denna studie saknades dock uppföljning. Trots det påpekar författarna att resultaten i dagsläget tyder på bättre vidmakthållande efter behandling med kognitiv beteendeterapi. De långvariga effekterna av farmakologisk behandling vid social fobi är dåligt utredda och det behövs mer forskning om vad som sker när behandlingen avslutas.

### **Psykologisk behandling**

Den mest utvärderade psykologiska behandlingen är i dagsläget kognitiv beteendeterapi (KBT; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004). KBT-behandling kan bestå av en rad olika tekniker och har som huvudsakligt syfte att lära klienten de kognitiva och beteendemässiga färdigheter som behövs för att klienten ska må bättre. Kognitiva beteendeterapier är i regel nutidsorienterade och tidsbegränsade och bygger på ett nära samarbete mellan terapeut och klient (Kåver, 1999). När det gäller behandling av social fobi är tekniker som exponering, kognitiv omstrukturering, tillämpad avslappning och social färdighetsträning vanliga (Rodebaugh et al., 2004).

### **Exponering**

Exponering utgör en central komponent i de flesta KBT-behandlingar och syftar till att bryta undvikandebeteenden och minska rädsla (Kåver, 1999). Det går till så att klienten gradvis får utsätta sig för fruktade situationer och instrueras att stanna kvar i situationen till dess att ångesten går ner. Innan exponeringen påbörjas upprättas en ångesthierarki som består av de situationer som klienten fruktar. Det är viktigt att klienten inte använder sig av undvikande- eller säkerhetsbeteenden under exponeringen (Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004, Kim, 2005). Exponering har sin grund i de beteendeteoretiska principerna om habituering och utsläckning (Furmark, 2000). Exponering som enda behandlingskomponent vid social fobi

<sup>1</sup> T.ex. Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin och Citalopram

<sup>2</sup> T.ex. Inderal, Seloken och Tenormin.

gav, i en metaanalys av Taylor (1996), en effektstorlek på  $d = 0.82$  vid behandlingens slut och effektstorleken tenderade att öka vid uppföljning.

### ***Kognitiv omstrukturering***

En av grundtankarna i olika kognitiva modeller för social fobi är att störningen uppkommer och vidmakthålls till följd av dysfunktionella antaganden. Det är alltså inte situationen i sig som väcker ångest utan tankarna kring situationen. Målet med kognitiv omstrukturering är att klienten ska lära sig att identifiera och ifrågasätta dysfunktionella tankar. Det vanligaste är att kognitiv omstrukturering och exponering kombineras (Rodebaugh et al., 2004). I en metaanalys av Taylor (1996) gav enbart kognitiv omstrukturering som behandlingskomponent en effektstorlek på  $d = 0.63$  vid behandlingens slut.

### ***Tillämpad avslappning***

Tillämpad avslappning (TA) bygger på progressiv muskelavslappning som är en teknik för att hantera det fysiologiska påslag som ofta åtföljer ångest. TA innebär att klienten först får lära sig progressiv muskelavslappning och sedan öva på att tillämpa denna metod i ångestfyllda situationer. Stödet för avslappning som ensam behandlingsmetod vid social fobi är bristfälligt (Rodebaugh et al., 2004).

### ***Social färdighetsträning***

Social färdighetsträning syftar till att utöka klientens beteenderepertoar och på så sätt öka sannolikheten för att personen ska få positiv feedback från omgivningen. Personer med social fobi antas behöva öva upp vissa sociala färdigheter som till exempel att upprätthålla ögonkontakt. Resultat från studier som undersökt detta är motsägelsefulla (Rodebaugh et al., 2004). Enbart social färdighetsträning som behandlingsmetod vid social fobi uppvisade en effektstorlek på  $d = 0.65$  vid behandlingens slut (Taylor, 1996). Social färdighetsträning innefattar dock exponering för fruktade situationer vilket gör det svårt att skilja ut effekten av just den sociala färdighetsträningen (Rodebaugh et al., 2004).

### ***Kognitiv beteendeterapi i grupp vs. individualterapi***

Kognitiv beteendeterapi i grupp (KBGT) har ansetts vara förstahandsval när det gäller psykologisk behandling vid social fobi. Få studier har dock undersökt om KBGT ger bättre resultat än individuell kognitiv beteendeterapi (Stangier, Heidenreich, Lauterbach & Clark, 2003). Stangier et al. (2003) genomförde en studie där de jämförde KBGT med individuell KBT-behandling. Individuell KBT fick mer stöd än gruppformatet såväl direkt efter behandlingen som vid uppföljning. När terapeuterna efter behandlingen skattade graden av social fobi hos klienterna ansågs hälften av de som fått individualterapi inte längre lida av social fobi. Motsvarande andel var i KBGT-gruppen 13.6 %. Båda metoderna utgick från Clark och Wells kognitiva modell för social fobi.

Författarna ger flera möjliga förklaringar till att individuell KBT fick mer stöd än KBGT. En förklaring skulle kunna vara att i individualterapi får varje klient större utrymme och det finns mer tid för att gå igenom säkerhetsbeteenden och arbeta med dysfunktionella tankar. De nämner också att en del klienter kan känna sig för rädda för att komma till gruppssessionerna. Det skall dock nämnas att såväl individualformatet som gruppformatet gav signifikant förbättring både direkt efter behandlingen och vid uppföljningen. Dessutom var Clark och Wells terapiupplägg från början tänkt för individualterapi (Stangier et al., 2003).

Heimbergs KBGT har tidigare visat bättre effektivitet än både väntelista och psykologisk placebo (Stangier et al., 2003; Eng, Coles, Heimberg & Safren 2004). Eng et al. (2004) undersökte livskvalitet hos personer med social fobi före och efter KBGT utifrån Heimbergs modell. Klienterna förbättrades signifikant efter behandling och då särskilt när det gällde

tillfredsställelse med prestationer och social funktion. Många personer med social fobi påpekar att deras sociala ångest påverkar deras upplevelse av livskvalitet och därför kan det vara ett viktigt mått att ha med vid utvärdering av olika behandlingsformer.

### **Metaanalyser**

Taylor utförde 1996 en metaanalys i vilken han jämförde fyra olika KBT-komponenter samt väntelista och placebo med varandra. De fyra komponenterna var exponering, social färdighetsträning, kognitiv omstrukturering och exponering i kombination med kognitiv omstrukturering. Placebobetingelsen bestod i analysen av två studier med tabletter som placebo och två med uppmärksamhet som placebo. Samtliga KBT-tekniker hade högre effektstorlekar än väntelistan men enbart exponering i kombination med kognitiv omstrukturering gav större effektstorlek ( $d = 1.06$ ) än placebo ( $d = 0.43$ ). Vid tremånadersuppföljning fanns tendenser till att effektstorlekarna ökade. Avhoppen var dock stora oavsett vilken metod som användes.

Det finns tre andra metaanalyser som är gjorda med enbart fokus på behandling av social fobi (Federoff & Taylor, 2001; Gould, Buckminister, Pollack, Otto & Yap, 1997; Feske & Chambless, 1995). Alla dessa ger stöd åt användandet av KBT-metoder vid behandling av social fobi. Gould et al. (1997) fann inga signifikanta skillnader i effektstorlekar mellan farmakologisk behandling och KBT-behandling för social fobi medan Federoff & Taylor (2001) påvisade att SSRI och bensodiazepiner var mest effektiva på kort sikt. Dock saknades långtidsuppföljning av de farmakologiska behandlingarna.

### **Självhjälpsbehandling**

Självhjälpsbehandling kan innebära allt från att klienten går igenom ett träningsprogram helt på egen hand eller med minimal terapeutkontakt till att klienten träffar en behandlare en gång i veckan och lär sig strategier som hon/han ska tillämpa på egen hand. Självhjälpsbehandling kan vara baserad på böcker, manualer, ljud- eller videoband, Internet eller "Virtual Reality". Behandlingen bör vara så detaljerat beskriven att patienten kan genomföra den utan professionell hjälp (Cuijpers, 1997). Böcker och annat material som endast syftar till att ge information till klienten klassas inte som självhjälpsbehandling. Biblioterapi, det vill säga självhjälp administrerad i bokform, är en typ av självhjälp som har blivit mycket populär under det senaste decenniet och används internationellt allt mer som ett komplement till traditionell psykoterapibehandling.

En metaanalys av 40 studier visade att självhjälpsbehandling kan ge resultat på ett antal områden, till exempel depression, sömnlöshet, ångeststörningar och sexuella dysfunktioner (Gould & Clum, 1993). Genomsnittlig effektstorlek vid eftermätningstillfället var  $d = 0.76$  och vid uppföljning  $d = 0.53$ . Inga signifikanta skillnader återfanns mellan rena självhjälpsprogram och terapeutledda behandlingar, vare sig de administrerades individuellt eller i grupp. I metaanalysen visade Gould och Clum (1993) att självhjälp fungerar bättre vid ångestproblematik än vid beroendeproblematik. Självhjälpsbehandling har visats vara en effektiv metod vid behandling av agorafobi (Ghosh & Marks, 1987), vissa fall av spindelfobi (Öst & Hellström, 1995) samt vid andra typer av specifika fobier (Newman, Erickson, Przeworski & Dzus, 2003).

### **Självhjälpsbehandling via Internet**

I samband med att användandet av och tillgängligheten till datorer och Internet ökat på senare år har nya former av psykoterapi utvecklats där denna nya teknik utnyttjas. Självhjälpsbehandling via Internet kan administreras genom att behandlingstexten skickas ut via e-post och sedan kan läsas i ett ordbehandlingsprogram. En annan möjlighet är att lägga ut behandlingstexterna

på en hemsida som skyddas med lösenord. Detta kombineras vanligen med e-poststöd till klienterna.

Vid Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, pågår sedan 1999 en verksamhet kring utvecklandet av Internetbaserade självhjälsprogram. Detta arbete syftar bland annat till att öka tillgängligheten av KBT och att höja kostnadseffektiviteten för psykologiska behandlingar. Den första studien som gjordes undersökte effekten av avslappning och problemlösning för personer med huvudvärk (Ström, Pettersson & Andersson, 2000). Behandlingsprogrammet administrerades via e-post och varade i sex veckor. Ungefär hälften av deltagarna uppvisade kliniskt signifikanta förbättringar efter genomgången behandling. Studien hade dock ett stort bortfall (56 %).

Ett Internetbaserat självhjälsprogram har även utvärderats vid behandling av paniksyndrom (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius och Andersson, 2001). Programmet innehåller KBT-komponenter som psykoedukation, andningsträning, kognitiv omstrukturering och exponering. Behandlingen har i ett flertal studier givit goda resultat (Carlbring, 2004). Strukturerad självhjälp administrerad över Internet har också visat sig vara en effektiv behandlingsform för tinnitus (Andersson, Ström, Ström & Lyttkens, 2002), stress (Maanmies & Zetterqvist, 2000), sömnproblem (Ström, Pettersson & Andersson, 2004), kronisk smärta (Buhrman & Fältenhag, 2001), depression (Bergström & Holländare, 2002) och specifik fobi (Johnsson & Mallmaeus, 2004). Huvuddelen av ovanstående studier använder sig enbart av terapeutkontakt via e-post men man har även undersökt effekten av tillägg av veckovisa telefonsamtal (Buhrman & Fältenhag, 2001; Andersson, Lundström & Ström, 2003; Bohman, 2004). Sammantaget finns ett relativt omfattande forskningsstöd för självhjälsbehandling via Internet vid en mängd psykiatriska besvär men det behövs mer forskning inom området (Carlbring & Andersson, in press).

### ***För- och nackdelar med Internetbehandling***

Självhjälsbehandling via Internet har många fördelar jämfört med traditionell psykoterapi. Det är kostnadseffektivt eftersom terapeuten kan avsätta mindre tid för varje enskild klient, och på så sätt har möjlighet att erbjuda fler klienter behandling (Marks, Shaw & Parkin, 1998). Tillgängligheten på KBT-behandling ökar, inte minst för de personer som bor på platser där möjligheterna till traditionell KBT-behandling är små. För vissa personer kan självhjälsbehandling via Internet vara en fördel, eftersom kommunikationen med terapeuten sker via e-post i stället för ansikte mot ansikte. Möjligheten till tvåvägskommunikation finns på detta vis kvar samtidigt som klienten själv kan bestämma graden av anonymitet. En stor fördel med all form av självhjälsbehandling är också att såväl klient som terapeut kan arbeta på de tider och den plats som passar bäst. Klienten kan också arbeta med materialet i egen takt och kan när som helst gå tillbaka och repetera valda delar av materialet. Eftersom korrespondensen sker med e-post kan både terapeuten och klienten formulera sig mer genomtänkt. Att skriva ner sina tankar och vidarebefordra dem via e-post är en terapeutisk process i sig (Murphy & Mitchell, 1998).

Enligt Marks et al. (1998) är det möjligt att klienter som genomgår självhjälsbehandling upplever en ökad kontroll och därmed också en större styrka att förändra sig själva med hjälp av behandlingen. Dessa författare påpekar också att det enkelt går att uppdatera självhjälsprogrammet utan att behöva bekosta eventuella omtryckningar av böcker eller liknande, vilket skulle vara fallet med biblioterapi. De senaste behandlingsteknikerna når på så sätt personer i behov av psykologisk behandling snabbare.

De främsta nackdelarna med Internetbaserad självhjälsbehandling är tekniska problem som försvårar kontakten mellan terapeut och klient, svårigheter med diagnostisering, bristande uppsikt över klientens genomförande av behandlingen, bristande följsamhet samt minskade

möjligheter till uppföljning. På grund av anonymiteten minskar också chanserna till upptäckt av eventuell försämring hos klienten under programmets gång vilket utgör en stor etisk risk vid all självhjälpsbehandling. Flera av dessa problem, undantaget diagnostiseringen, kan åtminstone delvis lösas med hjälp av den tvåvägskommunikation som e-postkontakten utgör.

### **Internetbaserad behandling vid social fobi**

Endast ett fåtal randomiserade och kontrollerade studier har genomförts med avsikt att undersöka effekten av självhjälpsbehandling vid social fobi, flera av dessa vid institutionen för psykologi, Uppsala Universitet. Självhjälpsbehandlingarna har administrerats via Internet och olika slags terapeutkontakt har ingått. I den första av dessa studier, även kallad SOFIE I (SOFIE = Social Fobibehandling via Internet i kombination med exponering), undersöktes effekten av ett Internetadministrerat självhjälpsprogram baserat på KBT-principer i kombination med två gruppträffar. Under behandlingen sköttes all klientkontakt utanför gruppträffarna via e-post. Behandlingen utarbetades av Holmström och Sparthan (2003). Behandlingsformen visade sig vara effektiv för personer med social fobi vilka efter avslutad behandling uppgav en signifikant lägre grad av ångest, undvikande och nedstämdhet samt högre livskvalitet. Den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken var  $d = 0.91$  och den genomsnittliga effektstorleken mellan behandlingsgruppen och väntelistekontrollgruppen var  $d = 0.74$  (Holmström & Sparthan, 2003).

På SOFIE I följde SOFIE II där Internetadministrerad självhjälpsbehandling i kombination med e-post- och telefonkontakt jämfördes med en väntelistekontrollgrupp (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004). Av deltagarna som fick den aktiva behandlingen i SOFIE II uppnådde 65.6 % kliniskt signifikant förbättring. Genomsnittlig effektstorlek mellan grupperna var  $d = 1.00$  och inom gruppen  $d = 0.95$  och författarna drog slutsatsen att behandlingsformen är effektiv för de som lider av social fobi (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004).

I en uppföljande studie till SOFIE II undersöktes effekten av ett Internetadministrerat självhjälpsprogram i kombination med enbart e-poststöd (Steczkó, 2004). Syftet var även att undersöka om resultaten i denna studie skilde sig från de tidigare SOFIE-studierna. Resultatet visade att deltagarna förbättrades signifikant på samtliga utfallsmått jämfört med förmättningsresultaten. Genomsnittlig effektstorlek inom gruppen var  $d = 0.88$ . Resultaten visade också att denna typ av självhjälpsbehandling är lika effektiv som SOFIE I och SOFIE II trots att vare sig gruppträffar eller veckovisa telefonsamtal ingick.

Botella, Hofmann och Moscovitch (2004) har utarbetat ett Internetbaserat självhjälpsprogram för rädsla att tala offentligt. I materialet ingår flera videospelade scenarier med publik där deltagaren ska tala offentligt, till exempel presentation i klassrum, muntlig examination, arbetsplatsmöte och en träff med vänner. Deltagaren kan själv i viss mån bestämma hur många personer som ska finnas i publiken och deras kön. Människorna i publiken är positiva, neutrala eller negativa gentemot deltagaren. Någon randomiserad och kontrollerad utvärdering har inte gjorts av behandlingen, däremot en fallstudie i vilken positivt resultat uppnåddes (Botella et al., 2004).

### ***Svenskarnas Internetanvändande***

En potentiell nackdel med datorbaserade självhjälpsprogram utöver de som redan nämnts skulle kunna utgöras av en motvilja hos gemene man att använda sig av nyare teknologi, som datorer och Internet (Marks et al., 1998). Detta resonemang får dock inte stöd i statistiken över svenskars användande av Internet. Enligt en undersökning av SCB använde 77 % av Sveriges befolkning i åldern 16-74 år Internet under år 2003 (Statens institut för kommunikationsanalys; SIKA, 2004). En något högre andel män (81 %) än kvinnor (72 %) använde Internet. 73 % av Sveriges befolkning hade tillgång till Internet i hemmet och 41 %



av svenskarna använde Internet dagligen. Drygt hälften av svenskarna med eftergymnasial utbildning använde Internet dagligen. Bland svenskar med förgymnasiala och gymnasiala utbildningar använde var tredje person Internet dagligen (SIKA, 2004).

### **Social fobi och talängslan hos studenter**

Att tala inför grupp är en stående komponent i de flesta högskoleutbildningar. Exempel på moment där detta ingår är redovisningar inför större eller mindre grupper, uppsatsseminarier, muntliga gruppexaminationer och kortare föredrag. Det föreligger en ökad risk för avhopp från studier samt försämrad studieprestation och livskvalitet hos personer med social fobi (Stein, Torgrud & Walker, 2000) och syndromet är vanligare hos personer med lägre grad av utbildning (Furmark et al., 1999).

Vid Studenthälsan i Uppsala har man konstaterat samband mellan social fobi och till exempel brister i självförtroende, utebliven/ uppskjuten studiestart, val/byte av inriktning, uteblivna studiepoäng/studiemedel och definitiva studieavbrott (Lindén, Norström & Nyblom, 1998). Sedan början av 90-talet anordnas därför kurser i Studenthälsans regi för studenter med talängslan, där det ges möjlighet att träna sig att tala inför andra. En utvärdering av 29 kurser med sammanlagt 336 kursdeltagare visade att 81 % av de som gick en "Våga tala-kurs" hade lättare att tala inför andra efteråt (Lindén et al., 1998). I en annan studie klassificerades dock bara drygt hälften (52.3%) som mycket eller måttligt förbättrade (Nyblom, 2002). Förekomsten av social fobi hos studerande vid Örebro Universitet och Umeå Universitet har uppmätts till 16.1 % (Tillfors, 2005) vilket inte skiljer sig signifikant från prevalensen i den svenska befolkningen i allmänhet.

En amerikansk epidemiologisk undersökning (Kushner & Sher, 1993) bland förstaårsstudenter visade att 26 % hade ett diagnosticerbart alkoholmissbruk enligt DSM-III (APA, 1980). Bland studenter som diagnosticerats med social fobi i samma studie var andelen 43 %. Med andra ord finns det risk att studenter som har social fobi hamnar i en ond cirkel av olika problem med studierna, dåligt självförtroende och i vissa fall missbruk. Studenterna är en population som är mycket viktig för Sveriges utveckling och framtid. Trots detta har relativt lite forskning om social ångest bland studerande bedrivits i Sverige.

### **Syfte**

Föreliggande studie är en replikation och utvidgning av tidigare studier inom SOFIE-projektet (Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Steczkó, 2004). Studien (kallad SOFIE III) sker i samarbete mellan Örebro Universitet, som är forskningshuvudman, och Uppsala Universitet. Projektet finansieras av Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS). Studien har godkänts av forskningsetikkommittén vid Uppsala universitet (Dnr 2004:m-163).

För att undersöka hur enbart Internetadministrerad självhjälpsbehandling står sig gentemot en mer omfattande kombinationsbehandling bestående av Internetadministrerad självhjälpsbehandling i kombination med gruppträffar har denna studie innefattat två behandlingsgrupper som ställts emot varandra. I den här studien har antalet gruppträffar utökats till fem till skillnad från Holmströms och Sparthans studie (2003) som bara innefattade två gruppträffar. Syftet med detta är att öka graden av exponering i behandlingen för att se om det leder till skillnader i resultat mellan grupperna.

Syftet med studien är således att undersöka skillnader mellan en kombinationsbehandling, bestående av Internetadministrerad självhjälpsbehandling kombinerad med fem gruppträffar, och enbart Internetadministrerad självhjälpsbehandling vid social fobi. Studien avser också att undersöka om de båda behandlingsvarianterna, var och en för sig, kan användas för att minska

ångest, nedstämdhet och undvikandebeteenden samt öka livskvaliteten hos personer med social fobi.

En av de grupper som påverkas mycket av och i många fall hindras av sin sociala fobi är studenter. Därför avser denna studie att undersöka ovanstående i en studentpopulation.

### Frågeställningar

1. Finns det någon skillnad i behandlingsresultat mellan ett Internetadministrerat självhjälpssystem med enbart e-postkontakt och ett Internetadministrerat självhjälpssystem i kombination med fem gruppträffar?
2. Skiljer sig effekterna i föreliggande studie från en historisk väntelistekontrollgrupp från SOFIE II?

### Hypoteser

Utifrån resultat från tidigare SOFIE-studier formulerades fem hypoteser. Båda behandlingsgrupperna förväntades i jämförelse med förmätningen att:

1. Minska sin grad av ångest, obehag och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer mätt med Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ; Furmark et al., 1999), Social Phobia Scale (SPS; Mattick & Clarke, 1998), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clarke, 1998) och Liebowitz Social Anxiety Scale-self report (LSAS-SR; Fresco et al., 2001)
2. Öka sin livskvalitet mätt med Quality of Life Inventory (QOLI, Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992)
3. Minska sin depressionsnivå mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Montgomery & Åsberg, 1979)
4. Minska sin ångestnivå mätt med Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1998).

Och:

5. Båda behandlingsgrupperna förväntades förbättras mer på ovanstående mått jämfört med en väntelistekontrollgrupp från SOFIE II.

## METOD

### Deltagare

#### Rekrytering

De 38 deltagarna, 7 män och 31 kvinnor, var studenter vid universiteten i Örebro och Karlstad samt vid Mälardalens högskola. Deltagarna rekryterades med hjälp av ett flertal media. På Internet fanns annonser med hänvisning till SOFIE III:s hemsida på Örebro Universitets, Karlstads Universitets och Mälardalens högskolas hemsidor, samt på tidningarna Lösnummers och Studentlivs hemsidor. Annonser för studien fanns också i Nerikes Allehanda, Wärmlands Folkblad, Nya Wermlands-Tidningen, Västmanlands Läns Tidning samt Eskilstuna-Kuriren. I Nerikes Allehanda och i tidningen Studentliv skrevs artiklar om studien. Projektledaren intervjuades om studien i Örebros lokalradio (P4). Det fanns också en annons för SOFIE III på monitorer i Örebro Universitets lokaler samt papperskopior med information om studien på anslagstavlor runt om på Örebro Universitet.

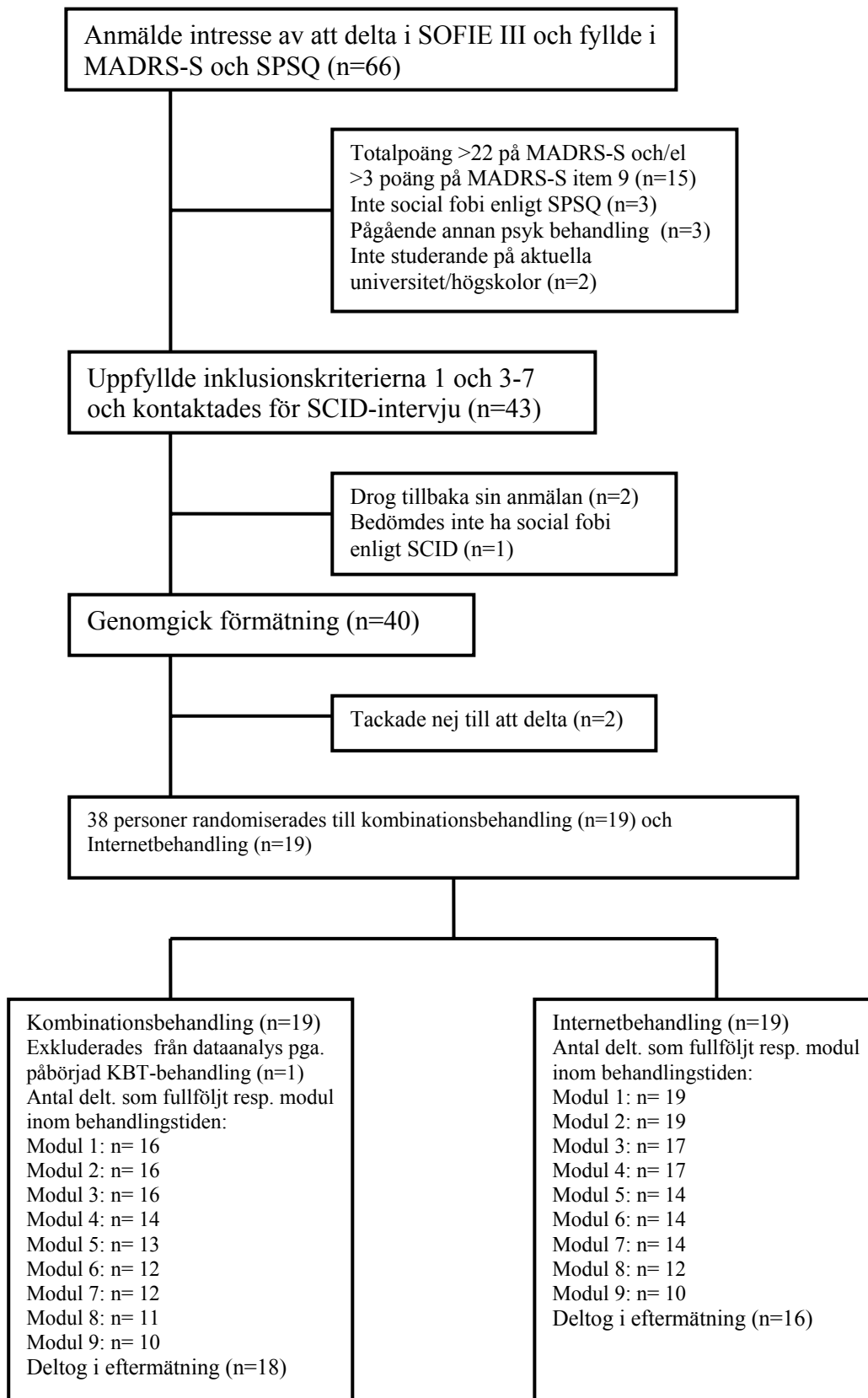
Ingen ersättning utgick för deltagande i studien. Det var kostnadsfritt att delta men kostnader kan ha uppstått för resor till och från Örebro för vissa deltagare.

#### Urval

För att inkluderas i studien krävdes att den potentiella deltagaren:

1. Uppfyllde kriterierna för social fobi enligt DSM-IV mätt med SPSQ.
2. Uppfyllde kriterierna för social fobi enligt en kortversion av Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders (SCID-I RV; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999) administrerad per telefon.
3. Hade en totalpoäng på mindre än 22 och mindre än fyra poäng på fråga nio (livslustfrågan) på MADRS-S.
4. Inte deltog i någon form av psykoterapi samtidigt som projektet.
5. Var medicinfri eller stabiliserad avseende medicinering med psykofarmaka (oförändrad medicindos sedan minst tre månader före behandlingsstart samt under studiens genomförande).
6. Studerade vid Örebro Universitet, Karlstads Universitet eller Mälardalens högskola.
7. Hade tillgång till dator och Internetuppkoppling.
8. Uppgav sig vara beredd att jobba med självhjälpssystemet flera timmar i veckan.

Rekryteringen resulterade i 66 anmälningar. Av dessa uppfyllde 43 personer inklusionskriterier 1 samt 3-8 och kontaktades därför för SCID-intervju. Två drog då tillbaka sin anmälan. Efter SCID-intervjun exkluderades en person på grund av att den inte uppfyllde kriterierna för social fobi. De återstående 40 personerna genomgick en förmätning. Ytterligare två personer tackade nej till att delta i studien efter förmätningen och 38 personer kom slutligen att ingå i studien. De randomiserades till att få antingen kombinationsbehandling, det vill säga Internetbehandling i kombination med gruppträffar eller enbart Internetbehandling.



**Figur 2.** Flödesschema över urval, exkludering och bortfall i SOFIE III.

### Screening och diagnostisering

Vid anmälan uppgav de potentiella deltagarna namn, adress, e-postadress och telefonnummer samt besvarade frågor om tidigare eller pågående psykoterapi och eventuell medicinering. Därefter fyllde de i självskattningsformulären SPSQ och MADRS-S. De personer som enligt självskattningsformulären uppfyllde kriterierna för social fobi, inte var för deprimerade och dessutom uppfyllde inklusionskriterier 4-8 (se sid. 18) kontaktades via telefon för en nedkortad SCID-intervju. De som på basis av intervjun bedömdes uppfylla kriterierna för social fobi fick fylla i en förmätning. I figur 2 (sid. 19) visas ett flödesschema över urval, exkludering och bortfall.

### Samsjuklighet

Som nämnts exkluderades personer som vid Internetscreeningen uppnått en totalpoäng på 22 eller högre på MADRS-S, alternativt 4 poäng eller högre på item 9 som handlar om livslust. Då behandlingen är krävande finns risk att deprimerade personer inte har möjlighet att tillgodogöra sig den på bästa sätt. Dessutom är det vid Internetbehandling svårt att fånga upp klienter som under behandlingens gång blir mer deprimerade. De som exkluderades fick ett e-postmeddelande med en rekommendation om hur och var de kunde söka alternativ behandling samt tips på relevant självhjälpplitteratur. Samsjuklighet mellan social fobi och annan psykisk problematik undersöktes inte i studien.

### Deskriptiva data

För deskriptiva data se tabell 1. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna vad gäller kön ( $t_{(35)} = 0.69$ , i.s) och ålder (Fisher's exact probability test,  $p > 0.9999$ ).

**Tabell 1.** Deltagarnas kön, ålder, civilstånd och datorvana (n = antal).

		Kombinations- behandling (n = 18)	Internet- behandling (n = 19)	Totalt (n = 37)
Kön	Kvinna	15 (50 %)	15 (50 %)	30 (81.1 %)
	Man	3 (42.9 %)	4 (57.1 %)	7 (18.9 %)
Ålder	Medelålder (standardavvikelse)	30.4 (6.3)	32.3 (9.7)	31.4 (8.2)
	Min-Max	19-41	19 - 53	19 – 53
Civilstånd	Gift/sambo med barn	7 (38.9 %)	4 (21.1 %)	11 (29.7 %)
	Gift/sambo utan barn	5 (27.8 %)	4 (21.1 %)	9 (24.3 %)
	Särbo med barn	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	Särbo utan barn	2 (11.1 %)	2 (10.5 %)	4 (10.8 %)
	Ensamstående med barn	1 (5.6 %)	1 (5.3 %)	2 (5.4 %)
	Ensamstående utan barn	2 (11.1 %)	8 (42.1 %)	11 (29.7 %)
	Änka/änkeman med barn	1 (5.6 %)	0 (0 %)	1 (2.7 %)
	Änka/änkeman utan barn	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Datorvana	Mycket stor	3 (16.7 %)	4 (21.1 %)	7 (18.9 %)
	Ganska stor	6 (33.3 %)	5 (26.3 %)	11 (29.7 %)
	Medelstor	6 (33.3 %)	9 (47.4 %)	15 (40.5 %)
	Ganska liten	3 (16.7 %)	1 (5.3 %)	4 (10.8 %)
	Mycket liten	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

## Bortfall

En deltagare som påbörjade psykologkontakt under behandlingens gång exkluderades från beräkningarna. Nitton deltagare slutförde behandlingen inom avsatt tid. Genomsnittligt antal slutförda moduler var 6.7. För gruppen som fick kombinationsbehandling var värdet 6.2 och för gruppen som fick Internetbehandling var det 7.2. Åtta personer avbröt behandlingen i förtid. Av dessa hoppade en av i behandlingsvecka 2, två i behandlingsvecka 4, en i behandlingsvecka 5, två i behandlingsvecka 7, en i behandlingsvecka 8 och en i behandlingsvecka 9. Sex deltagare uppgav tidsbrist som orsak till att de avbröt behandlingen, en deltagare sade sig sakna motivation och en uppgav personliga svårigheter som inte var relaterade till behandlingen. Totalt ingår 37 personer i dataanalysen som utgår ifrån den så kallade ”intention to treat”-principen. Trettiofyra deltagare fyllde i eftermätningen innan den 19 januari vilket var deadline för beräkningarna som ingår i uppsatsen. För övriga deltagare har värdena från förmätningen använts som eftermätningvärden.

## Material

Deltagande i studien krävde att deltagarna hade möjlighet att skriva ut PDF-filer, till exempel för underskrift av godkännande av hantering av personuppgifter.

### Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

SCID är ett semistrukturerat intervjuinstrument vilket tagits fram för att fastställa psykiatriska diagnoser enligt fjärde upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; APA, 1994). Instrumentet finns i olika versioner. SCID-I (SCID-I CV; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998; SCID-I RV; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999) kartlägger axel I-diagnoser och ger stöd vid multiaxial diagnostik. SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1998) är ett intervjustöd som används för att fastställa diagnos avseende personlighetsstörningar på axel II.

SCID-I förekommer i två versioner, dels en klinisk version (SCID-I CV; First et al., 1998), dels en forskningsversion (SCID-I RV; First, et al. 1999). Upplägget är likartat mellan de olika versionerna och den huvudsakliga skillnaden är att den kliniska varianten är kortare och mindre detaljerad. Detta för att den ska vara mer användbar i dagligt kliniskt arbete. I föreliggande studie administrerades enbart den del av modul F i forskningsversionen som handlar om social fobi.

## Självskattningsformulär

### *Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)*

SPSQ är ett självskattningsformulär som utvecklats av Furmark et al. (1999) vid Uppsala universitet. Det är framtaget för diagnostisering av social fobi och fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV (APA, 1994). Formuläret mäter graden av obehag i fem sociala prestationssituationer och i nio sociala interaktionssituationer. Varje situation skattas från 0 (inte alls obehagligt) till 4 (väldigt obehagligt). Formuläret omfattar DSM-IV-kriterierna A-E för social fobi men utelämnar frågor för kriterierna G och H (för fullständiga kriterier se bilaga A). Dock har en fråga (ja/nej) angående psykiatrisk/medicinsk behandling inkluderats. För att erhålla diagnosen social fobi måste personen:

1. Skatta obehaget som  $\geq 3$  på åtminstone en av de 14 situationerna på fråga 1.
2. Uppvisa ett konsistent svarsmönster på DSM-IV-kriterierna A-D (fråga 2-7). Kriterierna A-D anses vara uppfyllda om den situation som skattats som  $\geq 3$  på fråga 1 även kryssats för vid A-kriteriet (fråga 3 eller 4), B-kriteriet (fråga 2 eller 5), C-kriteriet (fråga 6) samt D-kriteriet (fråga 2 eller 7).

3. Hämmas i åtminstone en av tre livsdomäner (minst ett ”ja”) på E-kriteriet (fråga 8). F-kriteriet är uppfyllt om personen är över 18 år, annars krävs minst sex månaders varaktighet. Kriterierna G och H är inte möjliga att kontrollera med detta självskattningsformulär. För att erhålla diagnosen generaliserad social fobi skall personen skatta minst 5 situationer som  $\geq 3$  på fråga 1 och/eller ha en totalpoäng på  $\geq 30$ .

De fjorton situationerna korrelerar högt med frågeformulären Social Phobia Scale ( $r = 0.77$ ) och Social Interaction Anxiety Scale ( $r = 0.79$ ). Att alphakoefficienten är 0.90 för de 14 sociala situationerna tyder på hög intern konsistens. SPSQ har också hög sensitivitet och specificitet (Furmark et al., 1999).

### ***Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)***

LSAS-SR är ett självskattningsformulär som bygger på ett från början klinikeradministrerat instrument. LSAS utarbetades av Liebowitz (1987) med syftet att mäta grad av rädsla och undvikande i sociala situationer. Tjugofyra situationer skattas, 11 interaktions- och 13 prestationssituationer, på en Likertskaala som sträcker sig från 0 till 3. Mätinstrumentet ger möjlighet att beräkna separata delskalor för undvikande och rädsla samt att beräkna totalpoäng. LSAS har uppvisat såväl god reliabilitet som validitet (Fresco et al., 2001). LSAS-SR har hög intern konsistens med alphavärden på 0.95 för hela skalan och 0.79-0.85 för delskalorna (Baker, Heinrich, Kim & Hoffman, 2002).

### ***Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)***

Såväl SPS som SIAS är utarbetade av Mattick och Clarke (1998). SPS mäter ångest i 20 sociala prestationssituationer medan SIAS fokuserar på interaktionssituationer och personens kognitiva, affektiva och beteendemässiga reaktioner i relation till dessa. I de båda formulären används skalor av Likerttyp med fem skalsteg (0-4). Den interna konsistensen är god för båda instrumenten ( $\alpha = 0.89$  för SPS och  $\alpha = 0.93$  för SIAS). Test-retestreliabiliteten är också god för båda instrumenten (Mattick & Clarke, 1998). SPS korrelerar högt med andra instrument som mäter rädsla i prestationssituationer och SIAS korrelerar högt med andra mått på social interaktion (Brown, Turovsky, Heimberg, Juster, Brown & Barlow, 1997).

### ***Beck Anxiety Inventory (BAI)***

BAI är ett självskattningsinstrument som är utvecklat av Beck, Brown, Epstein och Steer (1988). Instrumentet består av 21 påståenden som skattas på en fyrgradig skala där 0 står för ”aldrig” och 3 står för ”nästan hela tiden”. BAI har hög intern konsistens på  $\alpha = 0.92$  och god test-retestreliabilitet,  $r = 0.75$ . Instrumentet har också god diskriminativ validitet med god förmåga att skilja ångest från depression (Beck et al., 1988).

### ***Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)***

MADRS är en skattningsskala som utvecklades av Montgomery och Åsberg (1979) för att mäta förändring av depressionsgrad. MADRS-S är en självskattningsversion av MADRS som utvecklades av Svanborg och Åsberg (1994). MADRS-S, som är den version som har använts i föreliggande studie, består av nio item som mäter följande symtom: sinnesstämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust. Varje item skattas på en sjugradig skala. Montgomery och Åsberg uppger att instrumentet har god reliabilitet (1979) och korrelationerna mellan expertskattningar och självskattningar ligger mellan  $r = 0.80$  och  $r = 0.94$  (Svanborg & Åsberg, 1994). MADRS-S och Beck Depression Inventory korrelerar också högt,  $r = 0.87$  (Svanborg & Åsberg, 2001).

### ***Quality of Life Inventory (QOLI)***

Självskattningsformuläret QOLI är framtaget av Frisch, Cornell, Villanueva och Rezlaff (1992) och syftar till att mäta individers subjektiva skattningar av livskvalitet. QOLI mäter livskvalitet utifrån följande 16 områden: hälsa, självrespekt, mål och värderingar, ekonomi, arbete, fritid, inläring, kreativitet, hjälpa andra, kärlek, vänner, barn, anhöriga, hem, grannskap och samhälle. För varje område skattas dels hur viktigt området är för personen, dels hur nöjd personen är med området. QOLI har mycket goda psykometriska egenskaper med hög intern konsistens, hög test-retestreliabilitet samt god samtidig och diskriminativ validitet (Frisch et al., 1992) Formuläret har dessutom visat sig vara känsligt för förändring till följd av kognitiv beteendeterapi i grupp vid behandling av social fobi (Safren, Heimberg, Brown & Holle 1996/1997).

### **Utvärdering**

När behandlingen hade avslutats skickades utvärderingsformulär hem till samtliga deltagare via post. Detta för att få reda på deras inställning till behandlingens innehåll, omfattning, tidsåtgång, kvaliteten på Internetterapeutens svar med mera. Utvärderingen utformades ursprungligen av Holmström och Sparthan (2003) och har använts i både SOFIE I och SOFIE II. I föreliggande studie lades två frågor till. Dessa handlade om deltagarnas upplevelse av förbättring sedan självhjälpsbehandlings början och vad deltagarna ansåg att eventuell sådan berodde på.

### **Självhjälpsmaterial**

Självhjälpsmaterialet bestod av nio moduler. Modulerna, som omfattade 199 sidor (kombinationsbehandlingen) respektive 193 sidor (Internetbehandlingen), byggde på empiriskt beprövade KBT-principer. Självhjälpsmaterialet fanns i två versioner, en för de som enbart fick Internetbaserad självhjälpsbehandling och en för de som fick kombinationsbehandling. Skillnaderna mellan de två versionerna var små och handlade uteslutande om information och kommentarer relaterade till gruppträffarna. För en översikt över modulernas innehåll och omfattning, se tabell 2.

Självhjälpsmaterialet inleddes med en introduktion av behandlingsprogrammets innehåll. I övrigt innehöll den första modulen information om vad social ångest innebär, beskrivning av vanliga symtom vid social fobi, orsaker till social ångest, hur social fobi behandlas samt fakta om KBT. Nästa modul gick igenom Clark och Wells kognitiva modell för social fobi. I modulen beskrevs grundantaganden, livsregler, automatiska tankar samt hur social fobi vidmakthålls. I samband med detta introducerades övningar för identifiering och registrering av negativa automatiska tankar. Såväl modul tre som fyra ägnades åt kognitiv omstrukturering. I modul tre fick deltagarna lära sig att identifiera tankefallor samt tekniker för att ifrågasätta negativa automatiska tankar. Dessutom fick de formulera mål för behandlingen. För den grupp som fick gruppträffar innehöll också modul tre till sju information om hur deltagarna skulle förbereda sig inför gruppträffarna. Modul fyra tog upp beteendeeperiment som en teknik för att förändra tankemönster. Modul fem gick igenom principerna bakom exponering, vad forskningen säger om exponering och hur deltagarna skulle gå tillväga under sina exponeringsövningar. Dessutom fick deltagarna i denna modul upprätta en ångesthierarki. Modul sex fokuserade på kopplingen mellan självfokus och vidmakthållande av social fobi. Deltagarna fick den här veckan öva på att skifta fokus. Dessutom innehöll modulen en grundlig genomgång av säkerhetsbeteenden och deras roll i vidmakthållande av social fobi. I den sjunde modulen låg fokus på exponering och potentiella problem vid exponeringsövningarna. Dessutom gavs tips på övningar. Den åttonde modulen handlade om hur kommunikationsförmåga och sociala färdigheter kan förbättras. Deltagarna fick öva på att hävda sin rätt och lära sig att använda jagbudskap. Den nionde och sista modulen tog upp ämnen som perfektionism och självförtroende och kopplade dem till



social fobi. Behandlingsprogrammet avslutades med information om återfallsprevention och en sammanfattning av modulerna.

Varje modul avslutades med ett antal frågor som deltagarna skulle svara på. Svaren skickades till deltagarens Internetterapeut med e-post. Syftet med detta var att hjälpa deltagarna att bearbeta materialet och på så sätt förbättra inläringen. Samtidigt hjälpte det Internetterapeuterna att avgöra om deltagaren i fråga hade tillgodogjort sig innehållet i modulen.

Behandlingsprogrammet sammanställdes ursprungligen av Holmström och Sparthan (2003). I föreliggande studie har behandlingsprogrammet omarbetats lite för att bättre passa målgruppen, studenter, och de två olika behandlingsgrupperna. Följande litteratur var viktig vid utformningen av det ursprungliga behandlingsmaterialet: Clark & Wells (1995), Antony & Swinson (2000), Rapee (1998), Butler (2001) och Kåver (1999). Andra studier vid Uppsala universitet som var förebilder för behandlingsprogrammet var Panikprojektet (Carlbring, 2000) och en behandlingsstudie för depression (Bergstöm & Holländare, 2002).

**Tabell 2.** Modulernas innehåll och omfång.

Modul	Innehåll	Antal A4-sidor Kombinations- behandling	Antal A4-sidor Internet- Behandling
1	Introduktion och psykoedukation	19	19
2	Clark & Wells kognitiva modell för social fobi	20	20
3	Kognitiv omstrukturering I	32	31
4	Kognitiv omstrukturering II	25	23
5	Exponering I	24	23
6	Skifta fokus	20	19
7	Exponering II	18	17
8	Sociala färdigheter	19	19
9	Återfallsprevention	22	22
	Totalt antal sidor	199	193

## Design

Studien var en experimentell behandlingsstudie med randomisering till två betingelser, en behandlingsgrupp som fick en kombinationsbehandling bestående av Internetbaserad självhjälpsbehandling och fem gruppträffar och en behandlingsgrupp som enbart fick Internetbaserad självhjälpsbehandling. Oberoende variabler var dels en mellangrupsvariabel (grupp) i två lägen (kombinationsbehandling/enbart Internetbehandling) och dels en inomgrupsvariabel (tid) i två lägen (före/efter behandling). Beroende variabler i studien utgjordes av resultaten på självskattningsinstrumenten SPSQ, SPS, SIAS, LSAS-SR, BAI, MADRS-S och QOLI. Kvasiexperimentella jämförelser gjordes också med en historisk väntelistekontrollgrupp från SOFIE II.

## Procedur

### Hemsida

En hemsida för SOFIE III-projektet upprättades på Internet ([www.kbt.nu/sofie3](http://www.kbt.nu/sofie3)), se bilaga C. Denna var öppen under perioden 2004-06-01 till och med 2004-10-11 och innehöll information om KBT-behandling vid social fobi, information om studiens upplägg och genomförande, humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer, sekretess och tystnadsplikt och presentation av SOFIE III-projektets personal. Dessutom fanns där möjlighet att ladda ner och skriva ut en blankett för godkännande av

hantering av personuppgifter. På hemsidan fanns också en länk till den sida där intresseanmälan kunde göras.

### **Anmälan/diagnostisering**

Deltagarna anmälde sig på hemsidan och fyllde i samband med detta i SPSQ och MADRS-S samt besvarade frågor om huruvida de någonsin gått i psykologisk behandling eller ätit medicin för psykologiska besvär. Om personen svarade ja på någon av eller båda dessa frågor ställdes följdfrågor om den aktuella behandlingen. I samband med anmälan tilldelades personerna ett deltagar-ID som bestod av ett löpnummer samt de två första bokstäverna i personens för- och efternamn. De som uppfyllde kriterierna 1 och 3-8 (se sid. 18) kontaktades telefonledes och genomgick en kortversion av SCID-intervjun. Samtliga deltagare skickade också in ett underskrivet formulär där de godkände hantering av personuppgifter. De personer som exkluderades fick ett e-postmeddelande med en förklaring till varför de exkluderats, en rekommendation om hur och var de kunde söka alternativ behandling samt tips på relevant självhjälpplitteratur.

### **SCID**

Som förberedelse för SCID-intervjuerna genomförde intervjuerna inläsning och träning enligt de rekommendationer som ges i Handbok för SCID-I och SCID-II för DSM-IV (First et al., 1999). I förberedelserna ingick inläsning av diagnoskriterierna för social fobi i DSM-IV (APA, 1994) samt att titta på det övningsvideoband som hör till manualen där social fobi behandlas. Videobandets syfte är att visa korrekt tillvägagångssätt vid administrering av SCID och där visas bland annat en SCID-intervju med en person med social fobi. Intervjuerna lyssnade också på och protokollförde flera ljudbandsinspelade intervjuer, med fokus på den del där social fobi avhandlades. SCID-intervjuerna med presumtiva deltagare gjordes per telefon och enbart den del av modul F i forskningsversionen som handlar om social fobi administrerades.

### **Förmätning**

De personer som efter SCID-intervjun bedömdes ha social fobi fyllde på Internet i förmätningen som bestod av frågeformulären MADRS-S, SIAS, SPS, LSAS-SR, BAI och QOLI.

### **Information inför behandling**

Deltagarna informerades innan påbörjad behandling om behandlingsupplägget och att lottning skulle avgöra vilken behandlingsgrupp de hamnade i. De fick även information om att deltagande i studien var frivilligt och att de hade möjlighet att när som helst avbryta behandlingen samt att data från frågeformulär registrerades i avidentifierad form och att resultat endast skulle redovisas på gruppnivå.

### **Randomisering**

De 38 personer som deltog i behandlingen randomiserades till antingen Internetbehandling eller kombinationsbehandling. Slumpningen skedde med hjälp av en tabell för randomiserade nummer (Shavelson, 1996). Deltagarna informerades i ett e-postmeddelande om vilken grupp de tillhörde. Detta meddelande innehöll även information om hur deltagarna skulle gå tillväga för att registrera sig på diskussionsforumet och göra inlägg i detta.

### **Självhjälpprogram**

Deltagarna tilldelades genom slumpning en av fyra Internetterapeuter. Terapeutens jobb var att via e-post ge deltagaren personlig feedback på veckans hemuppgifter, bedöma om

deltagaren tillgodogjort sig innehållet i modulen samt svara på frågor och funderingar. Deltagarna fick i möjligaste mån svar på sina e-postmeddelanden från Internetterapeuterna inom 36 timmar (helger undantagna).

Under tidigare SOFIE-studier har självhjälpsmaterialet lagts ut på Internet och en ny modul har gjorts tillgänglig för deltagarna då de fullgjort hemuppgifterna i föregående modul. Detta tillvägagångssätt har inneburit att självhjälpsmaterialet spridits och blivit föremål för nedladdning från Internet. För att minska risken för detta bestämdes inför genomförandet av SOFIE III att självhjälpsmaterialet varje vecka skulle skickas med vanlig post till deltagarna. Varje fredag sändes en påminnelse ut via e-post till deltagarna där de påmindes om att svaren på veckans hemuppgifter skulle skickas in senast söndag kväll. Om svaren inte inkom söndag kväll skickades ytterligare en e-postpåminnelse, varefter Internetterapeuten fortsatte att påminna deltagaren med några dagars mellanrum tills hon/han skickade in svar. Då deltagare utförde hemuppgifterna på ett ofullständigt sätt gavs de information om lämpliga kompletteringar. Om en deltagare inte hade fullgjort hemuppgifterna för de två senast utskickade modulerna fick personen inga nya moduler förrän hon/han hunnit ikapp med åtminstone en av de tidigare modulerna. När en deltagare inte hörts av på flera veckor kontaktades den personen på telefon av sin Internetterapeut för att utreda om detta berodde på nedstämdhet. Detta förfarande blev aktuellt för 14 deltagare.

För att uppnå en god samstämmighet när det gällde krav på utförande av hemuppgifter och feedback till deltagarna diskuterade Internetterapeuterna vid flera tillfällen dessa områden. Terapeuterna fick vid tre tillfällen handledning av en leg psykolog/leg psykoterapeut.

Internetterapeuterna lade i genomsnitt ner 34.87 minuter på respektive deltagare per vecka för den Internetbaserade delen av behandlingsprogrammet.

### **Gruppträffar**

De deltagare som fick kombinationsbehandling deltog i gruppträffar i Örebro under behandlingsvecka 4-8. Deltagarna randomiserades till en av två grupper (a respektive b) där vardera nio personer ingick. Vid gruppterapi är det idealt att cirka sex personer deltar i gruppen (Turk, Heimberg & Hope, 2001) men i SOFIE III beslutades att ytterligare tre deltagare skulle ingå i varje grupp för att gardera sig mot ett eventuellt bortfall. Rekommendationer om att grupperna bör balanseras så att varje deltagare har åtminstone en annan deltagare att identifiera sig när det gäller kön, ålder och svårighetsgrad av social fobi (Turk et al., 2001) följdes. Därför kom samtliga manliga deltagare som fick kombinationsbehandling att ingå i samma grupp. Två deltagare meddelade redan innan den första gruppträffen att de inte kunde närvara på gruppträffarna. Gruppstorleken varierade från fyra till sex personer mellan gruppträffarna. I enlighet med Heimbergs kognitiva beteendeterapi i grupp genomfördes gruppträffarna med två terapeuter per tillfälle<sup>3</sup> (Turk et al., 2001). Gruppträffarna genomfördes på kvällstid, kl. 18-20:15, för att inte krocka med deltagarnas studier. Alla gruppträffar spelades in på kassetband.

Gruppträffarnas syfte var att deltagarna skulle få chans att gradvis närma sig och träna på att tala inför grupp. Deltagarna fick via modulerna information om hur de skulle förbereda sig inför gruppträffarna, bland annat gavs de rational för exponeringsövningarna. De uppmanades att inte använda betablockerare, ångestdämpande mediciner eller andra typer av säkerhetsbeteenden eftersom detta kan minska exponeringseffekten. Terapeuterna poängterade att målet med gruppträffarna var att deltagarna skulle våga genomföra övningarna, inte att de skulle utföras perfekt.

---

<sup>3</sup> Terapeuterna var två leg. psykologer och två psykologkandidater, samtliga med steg 1-kompetens i KBT. Varje grupp leddes av en leg. psykolog och en psykologkandidat.

### ***Gruppträff 1***

Den första gruppträffen inleddes med en kort presentationsövning som syftade till att alla deltagare skulle våga yttra sig inför gruppen. Därefter genomförde deltagarna en två minuter lång presentation av ett ämne som de förberett innan träffen. I samband med denna övning gjordes en genomgång av deltagarnas negativa automatiska tankar. Sex deltagare från grupp a och fem från grupp b närvarade vid gruppträffen.

### ***Gruppträff 2***

Inför den andra gruppträffen trappades svårighetsgraden upp och deltagarna fick förbereda en fem minuter lång presentation. I samband med varje persons exponeringsövning ifrågasattes de negativa tankarna som deltagaren hade. Personen satte även upp mål för sin exponeringsövning och skattade sin ångest från 0 till 100. Studier har visat att personer med social fobi har en tendens att underskatta sin kompetens när det gäller att tala inför grupp och att de i efterhand uppfattar att det har gått sämre än vad omgivningen uppfattar att det gjorde (Stopa & Clark, 1993). För att deltagarna skulle få möjlighet att se en mer objektiv version av sin presentation videofilmades de under sina presentationer. De fick sedan i hemuppgift att titta på videoinspelningen och att med hjälp av ett formulär skatta hur det hade gått. Dessa skattningar gjordes såväl före som efter det att deltagaren hade tittat på videoinspelningen. Till gruppträff två kom fyra deltagare från grupp a och fem deltagare från grupp b.

### ***Gruppträff 3***

Den tredje gruppträffen följde samma upplägg, med fem minuters presentation och kognitivt arbete, som andra gruppträffen. Deltagarna hade till den här gången fått instruktioner om att välja ett ämne som var lite svårare för dem att prata om alternativt höja svårighetsgraden lite på något annat sätt. Exempel på sådana sätt kunde vara att prata sist om det kändes svårast eller först om det väckte mest ångest, att publiken fick ställa frågor eller liknande. Även den här gången videofilmades presentationerna och deltagarna fick i hemuppgift att titta på inspelningen av sin presentation hemma och att skatta hur det gått med hjälp av skattningsformulären. Fyra deltagare från grupp a och fem från grupp b kom till gruppträffen.

### ***Gruppträff 4***

Även den fjärde gruppträffen följde samma upplägg som gruppträff två och tre. Skillnaden var att deltagarna skulle prata om sin sociala ångest, ett ämne som av många upplevdes som extra svårt. Presentationerna videofilmades och deltagarna fick med sig inspelningarna hem för att titta på. Även den här gången hade de i hemuppgift att skatta hur presentationen hade gått utifrån formulären, före och efter att ha tittat på inspelningen. Den här veckan kom fyra deltagare från grupp a och fem från grupp b.

### ***Gruppträff 5***

Till den femte, och sista, gruppträffen höjdes svårighetsgraden ytterligare. En publik hade bjudits in för att deltagarna skulle få möjlighet att prata inför en större grupp. Publiken var 11 personer som arbetade på Örebro universitet. Samtliga hade fått information om hur gruppträffen skulle gå till. Upplägget var i övrigt likt det för gruppträff två till fyra med videoinspelning av presentationerna. Publiken skattade hur bra de tyckte att deltagaren hade klarat av presentationen samt hur ångestfylld hon/han framstod under tiden. Då det inte fanns möjlighet att gå igenom tankar före presentationen utfördes det kognitiva arbetet efter presentationerna. Gruppen tittade tillsammans på varje deltagares inspelning av kvällens presentation. Publikens skattningar sammanställdes av en av terapeuterna och redovisades i gruppen med syftet att påvisa för deltagarna hur andra såg på dem samt hur väl de egna

skattningarna stämde med publikens. Fem deltagare från vardera gruppen kom till gruppträffen.

### **Diskussionsforum**

Deltagarna hade tillgång till ett diskussionsforum på Internet där de kunde utbyta erfarenheter av och tankar kring social fobi samt diskutera med varandra och ge varandra tips och stöd. I hemuppgifterna ingick varje vecka att göra ett inlägg i forumet. De obligatoriska inläggen gick vanligen ut på att kommentera arbetet med veckans modul. Behandlingsgrupperna hade separata diskussionsfora. Varje deltagare kunde läsa och kommentera allt som skrevs i det forum hon/han var medlem i. Deltagarna valde själva grad av anonymitet i diskussionsforumet, till exempel kunde de bestämma användarnamn själva. Även Internetterapeuterna var medlemmar i diskussionsforumen och fanns tillgängliga för att besvara frågor. Forumen övervakades dagligen av Internetterapeuterna som också hade befogenhet att ta bort eventuella olämpliga inlägg. Det var dock aldrig nödvändigt att ta bort något inlägg.

### **Eftermätning**

I slutet av den sista behandlingsveckan fick deltagarna ett e-postmeddelande där de ombads att via en länk gå in på en hemsida och fylla i eftermätningens formulären SPSQ, MADRS-S, SIAS, SPS, LSAS-SR, BAI och QOLI. Detta skulle göras dagarna efter den sista behandlingsdagen. Deltagarna fick också ett brev med ett utvärderingsformulär som de skulle fylla i och skicka tillbaka i ett bifogat frankerat svarskuvert. De deltagare som inte fyllt i eftermätningen och/eller inte skickat in utvärderingsformuläret kontaktades via sms och e-post för påminnelse. Detta skedde vid tre tillfällen; 22/12, 28/12 och 3/1. De deltagare som den 5/1 inte var klara kontaktades per telefon för ytterligare påminnelser.

### **Statistiska analyser**

Oberoende t-test användes för att kontrollera för eventuella skillnader mellan behandlingsgrupperna vid förmätningen. För att kontrollera för eventuella skillnader i demografiska variabler mellan behandlingsgrupperna användes oberoende t-test, Fisher's exact probability test och Exacon exakta cellvisa test. Exacon exakta cellvisa test är en statistisk metod för att signifikanspröva enskilda celler i flerfältstabeller, det vill säga ett sätt att testa om värdet i en cell är "atypiskt" högt eller lågt (Bergman & El-Khoury, 1987). Exacon exakta cellvisa test och Fisher's exact probability test användes även för att utvärdera andelen diagnosfria respektive subgruppsfördelning efter behandling. Tvåvägs-ANOVA med upprepad mätning användes för att undersöka skillnader mellan grupperna i behandlingsresultat. Beroende t-test användes för att kontrollera om förbättringen skett i båda behandlingsgrupperna. Vid jämförelse med väntelistekontrollgruppen i SOFIE II gjordes oberoende t-test samt ANOVA med upprepad mätning. Dataanalyserna gjordes med hjälp av statistikprogrammet StatView 5.0.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Effektstorlekar beräknades både inom och mellan behandlingsgrupperna och alla beräkningar baserades på den poolade standardavvikelsen; Cohen's d. Enligt Cohen (1988) är en effektstorlek på 0.2 liten, en effektstorlek på 0.5 medelstor och en effektstorlek på 0.8 stor. Dessa gränsvärden gäller för mellangrupps-effektstorlekar men är mer omdiskuterade när det gäller inomgrupps-effektstorlekar. För de tre deltagare som inte besvarade eftermätningarna innan den 19:e januari användes värdena från förmätningen som eftermätningens värden. Detta förfarande kallas "intention to treat" och anses ge ett mer konservativt resultat. "Intention to treat" inkluderar även de som inte fullföljde behandlingen och har på senare år blivit alltmer vanligt förekommande i behandlingsstudier.

## RESULTAT

### Skillnader före behandlingens start

Vid förmätningstillfället fanns inga signifikanta skillnader mellan de två behandlingsgrupperna för någon av beroendevariablerna [ $t_{(35)} \leq 0.77$ ,  $p \geq 0.45$ ].

### Självskattningsinstrument

#### Social fobiskalor

Variansanalys med upprepad mätning visade en signifikant huvudeffekt av tid för samtliga social fobiskalor, dvs. LSAS-SR, SPS, SIAS, SPSQ [ $F_{(1,35)} = 23.12-51.26$ ;  $p < 0.0001$ ]. Inga signifikanta interaktionseffekter tid  $\times$  grupp erhöles [ $F_{(1,35)} = 0.017-3.79$ ;  $p = 0.06-0.90$ ]. För SPSQ fanns dock en tendens till signifikant interaktionseffekt,  $F_{(1,35)} = 3.79$ ,  $p = 0.06$ ). Förändringen pre-post i de två grupperna visas i figur 4. Beroende t-test bekräftade att både kombinationsbehandlingsgruppen [ $t_{(17)} = 4.26-6.39$ ;  $p \leq 0.0005$ ] och Internetgruppen [ $t_{(18)} = 2.91-4.25$ ,  $p < 0.01$ ] förbättrades över tid. Inomgruppseffektstorlekarna var medelstora till höga medan mellangruppseffektstorlekarna var låga (se tabell 3).

**Tabell 3.** Medelvärde (standardavvikelse), huvudeffekter, interaktion samt effektstorlekar för respektive grupp på självskattningsformulären för social fobi.

Instrument	Grupp	Före	Efter	Huvudeffekter		Interaktion	Effektstorlek	
				Tid	Grupp	Tid x Grupp	Inom	Mellan
				$F_{(1,35)}$	$F_{(1,35)}$	$F_{(1,35)}$		
<b>Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)</b>								
Totalpoäng	Komb.	57.39 (25.72)	38.06 (21.57)	40.22***	0.33	0.16	0.81	0.24
	Intern.	59.84 (19.05)	42.79 (17.27)				0.94	
Totalpoäng rädsla	Komb.	29.67 (13.02)	20.11 (9.69)	31.82***	0.70	0.35	0.83	0.37
	Intern.	31.42 (10.10)	23.68 (9.84)				0.78	
Totalpoäng undvikande	Komb.	27.72 (13.11)	17.94 (12.36)	42.68***	0.08	0.03	0.78	0.11
	Intern.	28.42 (9.78)	19.11 (8.14)				1.03	
<b>Social Phobia Scale (SPS)</b>								
Totalpoäng	Komb.	31.89 (15.92)	17.17 (10.63)	32.13***	0.07	0.22	1.09	0.16
	Intern.	31.74 (11.97)	19.26 (14.42)				0.94	
<b>Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)</b>								
Totalpoäng	Komb.	33.61 (11.78)	25.56 (12.11)	23.12***	0.55	0.02	0.67	0.24
	Intern.	36.05 (12.21)	28.42 (11.57)				0.64	
<b>Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)</b>								
Totalpoäng	Komb.	26.06 (8.54)	15.11 (8.18)	51.26***	0.25	3.79	1.31	0.42
	Intern.	24.90 (7.15)	18.63 (8.47)				0.80	
* $p \leq .05$ ; ** $p \leq .01$ ; *** $p \leq .001$								

### Övriga skalor

Variansanalys med upprepad mätning visade signifikanta huvudeffekter av tid för MADRS-S, BAI och QOLI [ $F_{(1,35)} = 8.43-15.62$ ;  $p < 0.01$ ] men det fanns inga signifikanta interaktionseffekter, tid  $\times$  grupp [ $F_{(1,35)} = 0.14-1.51$ , i.s].

Beroende t-test användes för att kontrollera om förbättring över tid återfanns i båda behandlingsgrupperna (MADRS-S kombinationsbehandling:  $t_{(17)} = 2.30$ ,  $p = 0.03$ ; MADRS-S Internetbehandling:  $t_{(18)} = 2.76$ ,  $p = 0.01$ ; BAI kombinationsbehandling:  $t_{(17)} = 3.78$ ,  $p < 0.002$ ; BAI Internetbehandling:  $t_{(18)} = 1.88$ ,  $p = 0.08$ ; QOLI kombinationsbehandling:  $t_{(17)} = 1.57$ ,  $p = 0.13$ ; QOLI Internetbehandling:  $t_{(18)} = 2.70$ ,  $p = 0.01$ ). Två av dessa värden var inte signifikanta. Internetbehandlingsgruppen hade inte förbättrats signifikant på BAI, även om en trend kunde ses, och kombinationsbehandlingsgruppen hade inte förbättrats signifikant på QOLI.

Såväl inomgruppseffektstorlekarna som mellangruppseffektstorlekarna för MADRS-S, BAI och QOLI var låga till medelstora (se tabell 4).

**Tabell 4.** Medelvärde (standardavvikelse), huvudeffekter, interaktion samt effektstorlekar för respektive grupp på MADRS-S, BAI och QOLI.

Instrument	Grupp	Före	Efter	Huvudeffekter		Interaktion	Effektstorlek	
				Tid	Grupp	Tid x Grupp	Inom	Mellan
				$F_{(1,35)}$	$F_{(1,35)}$	$F_{(1,35)}$		
<b>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)</b>								
Totalpoäng	Komb.	12.44 (6.36)	9.06 (7.43)	12.80***	0.71	0.26	0.49	0.32
	Intern.	11.32 (7.33)	6.79 (6.77)				0.64	
<b>Beck Anxiety Inventory (BAI)</b>								
Totalpoäng	Komb.	10.67 (6.26)	6.17 (4.84)	15.62***	0.05	1.51	0.80	0.12
	Intern.	9.21 (5.30)	6.84 (6.59)				0.40	
<b>Quality of Life Inventory (QOLI)</b>								
Summerad poäng. <sup>A</sup>	Komb.	1.77 (1.40)	2.13 (1.91)	8.43**	0.42	0.14	0.21	0.15
	Intern.	1.42 (1.19)	1.89 (1.22)				0.39	
<sup>A</sup> Ett högre värde indikerar högre livskvalitet. * $p \leq .05$ ; ** $p \leq .01$ ; *** $p \leq .001$								

### Diagnos efter behandling

Vid eftermätningen uppfyllde 33.3 % av deltagarna i kombinationsbehandlingsgruppen inte längre kriterierna för social fobi enligt SPSQ (se tabell 5). Motsvarande andel för Internetgruppen var 26.3 %. Skillnaden mellan grupperna var inte signifikant (Fisher's exact probability test,  $p = 0.73$ ).

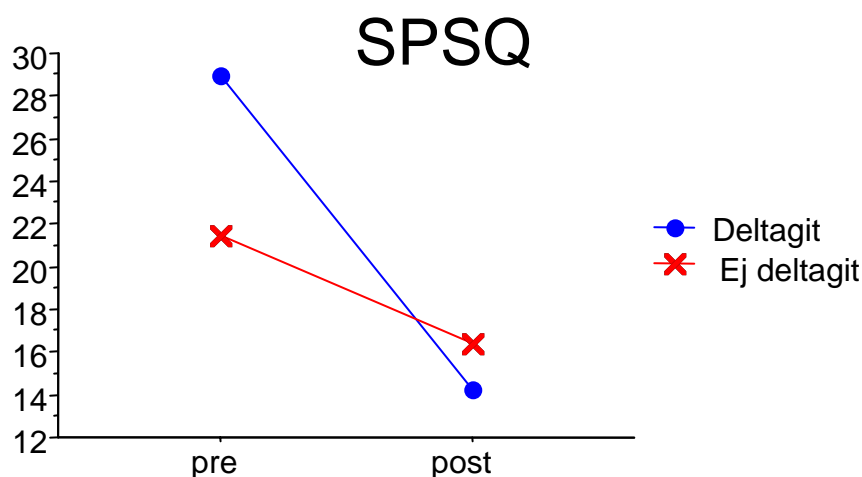
Vid behandlingens början uppfyllde 44.4 % av kombinationsbehandlingsgruppen kriterierna för generaliserad social fobi. Motsvarande andel var 22.2 % efter behandlingen. I Internetgruppen uppfyllde 36.8 % kriterierna för generaliserad social fobi innan behandlingen började. Vid eftermätningen var motsvarande andel 15.8 %. Skillnaden mellan behandlingsgrupperna avseende fördelningen på generaliserad social fobi, icke-generaliserad social fobi eller diagnosfri var inte signifikant vare sig före (Fisher exact probability test,  $p = 0.74$ ) eller efter behandlingen (Exacon exakta cellvisa test,  $p \geq 0.31$ ).

**Tabell 5.** Diagnos enligt SPSQ efter behandling, antal (andel).

	Generaliserad social fobi	Icke-generaliserad social fobi	Ej social fobi	Totalt
Kombinationsbehandling	4 (22.2 %)	8 (44.4 %)	6 (33.3 %)	18 (100 %)
Internetbehandling	3 (15.8 %)	11 (57.9 %)	5 (26.3 %)	19 (100 %)
Totalt	7 (18.9 %)	19 (51.4 %)	11 (29.7 %)	37 (100 %)

### Effekt av närvaro på gruppträffar

En jämförelse mellan de deltagare i kombinationsbehandlingsgruppen som närvarade ( $n = 11$ ) vid gruppträffar och de som uteblev ( $n = 7$ ) visade en signifikant interaktionseffekt för SPSQ [ $F_{(1,16)} = 13.16$ ,  $p = 0.002$ ], vilken innebar att de deltagare som närvarade vid gruppträffarna förbättrades mer (se figur 3). En liknande trend fanns för MADRS-S [ $F_{(1,16)} = 3.20$ ,  $p = 0.09$ ] medan inga signifikanta eller gränssignifikanta skillnader erhöles på övriga skalor [ $F_{(1,16)} = 0.12-2.79$ ,  $p \geq 0.11$ ].



**Figur 3.** Medelvärden på SPSQ vid för- och eftermätning för deltagare i gruppen som fick kombinationsbehandling som deltagit ( $n = 11$ ) respektive inte deltagit ( $n = 7$ ) i gruppträffar.

### Jämförelse mellan föreliggande studie och väntelistan i SOFIE II

#### Förmätning

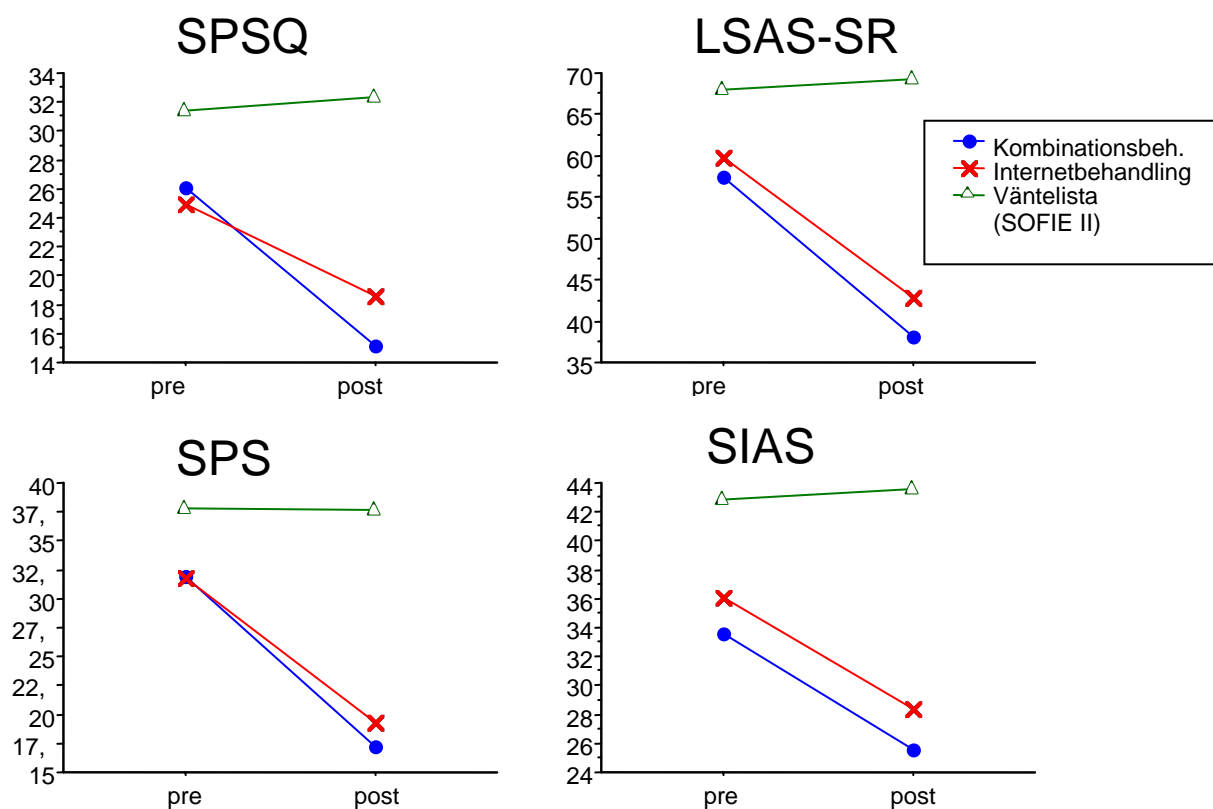
Oberoende t-test användes för att undersöka om det fanns skillnader i beroende variablerna mellan behandlingsgrupperna i SOFIE III och väntelistan i SOFIE II vid förmätningarna. För följande variabler förelåg signifikanta skillnader: SPSQ (Internetbehandling vs väntelista), [ $t_{(45)} = 2.54$ ,  $p < 0.02$ ], SIAS (Kombinationsbehandling vs väntelista), [ $t_{(44)} = 2.56$ ,  $p = 0.01$ ], BAI (Internetbehandling vs väntelista), [ $t_{(45)} = 2.62$ ,  $p = 0.01$ ] och QOLI (Kombinationsbehandling vs väntelista) [ $t_{(44)} = 2.75$ ,  $p < 0.01$ ], (Internetbehandling vs väntelista) [ $t_{(45)} = 2.14$ ,  $p < 0.04$ ]. Övriga jämförelser var inte signifikanta ( $p = 0.06 - 0.56$ ).

#### Social fobiskalor

Variansanalys med upprepad mätning visade signifikanta huvudeffekter av tid [ $F_{(1,62)} = 17.45-45.99$ ;  $p < 0.0001$ ] och grupp [ $F_{(2,62)} = 7.37-14.38$ ;  $p \leq 0.001$ ] för samtliga social fobiskalor. Det fanns även signifikanta interaktionseffekter grupp  $\times$  tid för samtliga social fobimått



[ $F_{(2,62)} = 6.54-20.38$ ;  $p \leq 0.003$ ]. Interaktionseffekten drevs i samtliga fall av att de aktiva behandlingarna i SOFIE III förbättrades medan väntelistan förblev oförändrad från för- till eftermätning (se figur 4).



**Figur 4.** Genomsnittlig förändring av poäng på självskattningsformulären för social fobi för båda behandlingsgrupperna i SOFIE III ( $n = 18/19$ ) och vänteliste-kontrollgruppen i SOFIE II ( $n = 28$ ).

### Övriga skalor

För övriga skalor (MADRS-S, BAI och QOLI) gav ANOVA med upprepade mätningar signifikanta huvudeffekter av tid [ $F_{(1,62)} = 8.12-12.85$ ;  $p = 0.0007-0.006$ ] och grupp [ $F_{(2,62)} = 4.11-7.58$ ;  $p = 0.001-0.02$ ]. Signifikanta interaktionseffekter grupp  $\times$  tid fanns för MADRS-S [ $F_{(2,62)} = 4.73$ ;  $p = 0.01$ ]. För övriga mått fanns inga signifikanta interaktionseffekter grupp  $\times$  tid; BAI [ $F_{(2,62)} = 2.68$ ;  $p < 0.08$ ] och QOLI [ $F_{(2,62)} = 0.51$ ;  $p = 0.60$ ].

## Utvärdering

Trettiofyra deltagare fyllde i en skriftlig utvärdering av behandlingsprogrammets kvalitet. Resultaten från de slutna frågorna i utvärderingen presenteras i tabell 6.

**Tabell 6.** Svar från utvärderingen av behandlingen, antal (andel).

<b>Hur nöjd är du totalt sett med din behandling?</b>		<b>Hur nöjd är du med behandlingens tempo?</b>	
Mycket nöjd	14 (41.2 %)	9 veckor var alldeles för kort tid	7 (21.2 %)
Huvudsakligen nöjd	17 (50.0 %)	9 veckor var lite för kort tid	17 (51.5 %)
Likgiltig eller lätt missnöjd	3 (8.8 %)	9 veckor var lagom	9 (27.3 %)
Riktigt missnöjd	0 (0.0 %)	9 veckor var lite för lång tid	0 (0.0 %)
		9 veckor var alldeles för lång tid	0 (0.0 %)
<b>Hur bedömer du kvaliteten på behandlingsmodulerna?</b>		<b>Har behandlingen hjälpt dig till ett bättre förhållningssätt till dina problem?</b>	
Utmärkt	17 (50.0 %)	Den har hjälpt mig väldigt mycket	19 (55.9 %)
Bra	14 (41.2 %)	Den har hjälpt mig något	15 (44.1 %)
Hyfsad	3 (8.8 %)	Den har inte riktigt hjälpt mig	0 (0.0 %)
Dålig	0 (0.0 %)	Den verkar snarare ha förvärrat situationen	0 (0.0 %)
<b>Hur bedömer du kvaliteten på de kommentarer du fått av din Internetterapeut?</b>		<b>Har din sociala fobi förändrats på grund av programmet?</b>	
Utmärkt	19 (55.9 %)	Inte längre något problem alls för mig	0 (0.0 %)
Bra	13 (38.2 %)	Ett mycket mindre problem för mig idag	8 (23.5 %)
Hyfsad	2 (5.9 %)	Ett mindre problem för mig idag	20 (58.8 %)
Dålig	0 (0.0 %)	Som tidigare	6 (17.6 %)
		Ett större problem för mig idag	0 (0.0 %)
		Ett mycket större problem för mig idag	0 (0.0 %)
<b>Hur bedömer du kvaliteten på gruppträffarna?</b>			
Utmärkt	7 (70.0 %)		
Bra	3 (30.0 %)		
Hyfsad	0 (0.0 %)		
Dålig	0 (0.0 %)		
<b>Skatta ditt totala intryck av förbättring sedan du påbörjade självhjälpsbehandling oavsett, utifrån din bedömning, om den beror på behandlingen eller inte.</b>			
Väldigt mycket förbättrad	2 (6.1 %)		
Mycket förbättrad	18 (54.5 %)		
Minimalt förbättrad	13 (39.4 %)		
Ingen förbättring	0 (0.0 %)		

## DISKUSSION

Syftet med föreliggande studie var att undersöka effekten av en nio veckor lång självhjälsbehandling via Internet för studenter med social fobi. Syftet var även att undersöka om utökad exponering, i form av gruppträffar, gav ökad behandlingseffekt jämfört med enbart självhjälsbehandling via Internet. Resultaten visade att båda behandlingsgrupperna förbättrades signifikant på samtliga sociala fobimått jämfört med förmätningen, det vill säga att båda grupperna hade minskat sin grad av ångest och undvikande i sociala situationer. Båda grupperna hade även en lägre grad av depression efter behandlingen. Däremot fanns inga signifikanta interaktionseffekter på något mått som kunde ha styrkt att en av grupperna hade förbättrats mer än den andra.

Studien undersökte också hur de båda behandlingarna stod sig i jämförelse med en väntelistekontrollgrupp som tidigare studerats (SOFIE II-studien; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004). Signifikanta interaktionseffekter fanns för samtliga utfallsmått utom BAI och QOLI, vilket tyder på att de aktiva behandlingarna i SOFIE III generellt gav större effekt än den spontanförbättring som kan ske under nio veckor.

### Resultatdiskussion

Nedan följer en diskussion av resultaten utifrån hypoteserna där SOFIE III kontrasteras mot tidigare SOFIE-studier.

#### Sociala fobimått

Hypotesen om att båda behandlingsgrupperna skulle minska sin grad av ångest, obehag och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer mätt med SPSQ, SPS, SIAS och LSAS-SR fick stöd. Utifrån SPSQ var 33.3 % av deltagarna i gruppen som fick kombinationsbehandling diagnosfria vid eftermätningen. Motsvarande andel i Internetgruppen var 26.3 %. Detta är i linje med SOFIE I där andelen diagnosfria utifrån SPSQ var 25 % efter behandlingen och SOFIE II där motsvarande andel var 38 %. Resultaten för delskalorna på LSAS-SR visar att den totala förbättringen inte berodde på ökat undvikande.

Vid jämförelser av inomgruppseffektstorlekar med SOFIE I (Holmström & Sparthan, 2003) och SOFIE II (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004) låg de båda behandlingsgrupperna i SOFIE III på ungefär samma nivå som behandlingsgrupperna i de båda tidigare studierna. Dock fanns vissa skillnader (se tabell 7).

#### Livskvalitet

Studiens andra hypotes handlade om att deltagarna i de båda behandlingsgrupperna skulle öka sin livskvalitet mätt med QOLI. Utifrån variansanalysen fanns en huvudeffekt men vid uppföljning med t-test framkom att endast gruppen som fick Internetbehandling hade förbättrats signifikant, det vill säga att huvudeffekten för tid främst drevs av Internetbehandlingsgruppen.

I jämförelse med tidigare SOFIE-studier står sig inomgruppseffektstorlekarna för de båda behandlingsgrupperna i föreliggande studie relativt bra. För kombinationsbehandlingen var inomgruppseffektstorleken  $d = 0.21$  och för Internetbehandlingen  $d = 0.39$ . Motsvarande siffror var  $d = 0.61$  i SOFIE I (Holmström & Sparthan, 2003) och  $d = 0.37$  i SOFIE II (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004).

I förhållande till övriga mått är effektstorlekarna för livskvalitet relativt små. Anledningen till detta kan vara att nio veckor är för kort tid för att förbättringar i livskvalitet ska hinna ske. Möjligen är QOLI ett bättre instrument att titta på vid uppföljning. Vid variansanalys

innefattande väntelistan från SOFIE II (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004) fanns en huvudeffekt för tid men däremot ingen signifikant interaktionseffekt vilket innebär att även väntelistan ökat sina skattningar och det kan därför inte uteslutas att den förbättring som finns kan vara en spontanförbättring.

### **Depression**

Den tredje hypotesen om att båda behandlingsgrupperna skulle minska sin depressionsnivå mätt med MADRS-S fick stöd.

Både i jämförelse med SOFIE I (Holmström & Sparthan, 2003) och SOFIE II (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004) var inomgruppseffektstorlekarna något mindre i föreliggande studie. För kombinationsbehandlingen var  $d = 0.49$  och för Internetbehandlingen var  $d = 0.64$ . I SOFIE I var motsvarande siffra  $d = 0.75$  och i SOFIE II  $d = 0.69$ .

När det gäller MADRS-S användes en annan cut-off poäng ( $< 22$ ) i föreliggande studie än den som har använts i tidigare SOFIE-studier ( $< 31$ ). Detta kan ha påverkat effektstorlekarna så att de blivit något lägre genom så kallad golveffekt. Det vill säga att deltagarna i SOFIE III redan vid förmätningen hade lägre skattningar och därför inte hade lika stort utrymme för att förbättras.

### **Allmän ångest**

Studiens fjärde hypotes var att deltagarna i de båda behandlingsgrupperna skulle minska sin ångestnivå mätt med BAI. Denna hypotes fick stöd utifrån variansanalysen där det fanns en signifikant huvudeffekt av tid. De t-test som gjordes visade dock att enbart den grupp som fick kombinationsbehandlingen förbättrades signifikant, det vill säga att huvudeffekten för tid huvudsakligen drevs av denna grupp. Dock fanns en trend åt samma håll för Internetgruppen.

Vid jämförelse med SOFIE I (Holmström & Sparthan, 2003) och SOFIE II (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004) står sig inomgruppseffektstorleken för gruppen som fick kombinationsbehandlingen väl. För gruppen som fick Internetbehandlingen var inomgruppseffektstorleken däremot lägre. Inomgruppseffektstorleken för kombinationsbehandlingen var  $d = 0.80$  och för Internetgruppen  $d = 0.40$ . Motsvarande siffra var  $d = 0.75$  för SOFIE I och  $d = 0.79$  för SOFIE II.

### **Jämförelse med väntelistekontrollgruppen från SOFIE II**

Den femte och sista hypotesen handlade om att båda behandlingsgrupperna förväntades förbättras mer på samtliga ovanstående mått jämfört med en väntelistekontrollgrupp från SOFIE II. Hypotesen fick delvis stöd och det fanns signifikanta interaktionseffekter för samtliga sociala fobimått samt för MADRS-S. Däremot fanns inga signifikanta interaktionseffekter för QOLI eller BAI.

För de mått där det fanns signifikanta skillnader vid förmätningarna gällde att väntelistan i SOFIE II hade högre poäng förutom på QOLI där de hade lägre poäng. Detta tyder på att väntelistan från SOFIE II hade lite svårare sociala fobi, åtminstone utifrån de mått där det finns skillnader. Dock finns det inget som talar för att spontanförbättringen skulle vara större för behandlingsgrupperna i föreliggande studie. Sociala fobi verkar vara ett mer eller mindre kroniskt tillstånd om det förblir obehandlat (Kåver, 1999). Med tanke på att deltagarna i studien har uppgett hur länge de haft problemen och att det oftast handlat om många år är det heller inte troligt att förbättringarna skulle bero på tidsfaktorn.

### **Jämförelse mellan kombinationsbehandling och Internetbehandling**

De två behandlingsgrupperna i föreliggande studie skilde sig inte åt signifikant på sociala fobimåtten vare sig före eller efter behandlingen. Inomgruppseffektstorlekarna var överlag

likvärdiga vilket tyder på att behandlingarna är jämförbara. Sålunda kan ingen av behandlingarna anses vara mer effektiv än den andra.

Flera deltagare påtalade redan vid screeningen att de önskade få vara i den grupp som fick Internetbehandling och informerades då om att gruppindelningen skulle ske genom randomisering. Detta kan ha bidragit till att så många uteblev från gruppträffarna.

### **Gruppträffar**

Samtliga deltagare som närvarade vid gruppträffarna ansåg, enligt utvärderingen, att kvaliteten på dessa var bra eller utmärkt. I den första SOFIE-studien, SOFIE I, fick behandlingsgruppen två gruppträffar. Uppsatsförfattarna i SOFIE I drog dock slutsatsen att upptrappningen i svårighetsgrad från gruppträff ett till gruppträff två var för stor och att detta kunde vara anledningen till att flera deltagare uteblev (Holmström & Sparthan, 2003). På basis av detta beslutades att inkludera fem gruppträffar, där svårighetsgraden trappades upp successivt, i SOFIE III. Detta verkar ha varit ett lämpligt beslut då ingen av deltagarna uppgav att de uteblivit från gruppträffarna på grund av för stor ökning i svårighetsgrad. Ett större antal gruppträffar ökar dessutom möjligheten att fånga upp eventuell effekt av utökad exponering.

Trots detta uteblev sju av 18 deltagare (39 %) i gruppen som fick kombinationsbehandling från samtliga gruppträffar. Flera av de deltagare som uteblev från gruppträffarna bodde inte i Örebro och uppgav att de inte hade tid och/eller möjlighet att ta sig till Örebro för att närvara vid träffarna. För några deltagare krockade gruppträffarna med andra aktiviteter såsom kvällskurser och ett fåtal deltagare uteblev från gruppträffarna utan att uppge någon orsak. Att så många uteblev från gruppträffarna måste ses som en brist i studien då andelen inom kombinationsbehandlingsgruppen som enbart fick Internetbehandling i och med detta var stor. Frågan är då om jämförelsen mellan de två behandlingsgrupperna blir korrekt.

Jämförelser av deltagarna som närvarat vid gruppträffarna och deltagarna som uteblev visade att de som deltog förbättrades signifikant mer på SPSQ men inte på övriga mått. Givetvis är det svårt att uttala sig om hur det hade gått för de personer som inte deltog om de hade varit med på gruppträffarna och orsakerna till skillnaden i resultat på SPSQ kan vara flera. Skillnaden skulle kunna tydas som att gruppträffarna ger ökad behandlingseffekt. Samtidigt kan det vara så att de som närvarade vid gruppträffarna var mer motiverade och därför skulle ha fått bättre behandlingsresultat oavsett om de fick exponerings-sessioner i grupp eller inte. Det är svårt att dra slutsatser om detta eftersom samplet är litet.

### **Moduler**

Viss modifikation har gjorts av modulerna inför föreliggande studie. Det har till stor del handlat om språkliga förändringar och anpassning av exemplen till den aktuella populationen, det vill säga studenter. Dock har vissa delar lagts till för den grupp som fått kombinationsbehandlingen. Dessa delar har handlat om hur deltagarna skulle förbereda sig inför gruppträffarna. Bortsett från detta har de båda versionerna av modulerna varit likadana. I föreliggande studie introducerades målformulering i modul tre istället för i modul fyra. Detta eftersom det ansågs angeläget att deltagarna formulerade mål för behandlingen på ett tidigare stadium och att detta ansågs mer i linje med individualterapi av motsvarande omfattning. Nackdelen med detta förfarande var att modul tre blev väldigt omfattande (32 sidor för kombinationsbehandlingen och 31 sidor för Internetbehandlingen).

Inför kommande studier rekommenderas att de olika modulernas omfattning ses över. Som det ser ut idag är arbetsbördan tämligen ojämn mellan de olika modulerna, för kombinationsbehandlingen varierar sidantalet mellan 18 och 32 sidor och för Internetbehandlingen mellan 17 och 31 sidor. Eventuellt skulle modul tre som är den mest omfattande kunna delas upp i två moduler.

### ***Diskussionsforum***

Ett stående inlägg i hemuppgifterna var att göra ett inlägg på respektive grupps diskussionsforum. Uppsatsförfattarnas intryck är att denna uppgift var minst uppskattad av hemuppgifterna. Många gånger krävdes extra påminnelser för att få deltagarna att göra inlägg och om inte diskussionsforumet hade räknats som ett obligatoriskt moment för att bli godkänd på modulen hade fler deltagare blivit klara med fler moduler. En del personer var dock mer positivt inställda till diskussionsforumet och mer aktiva. Det fanns en positiv atmosfär i dessa fora. Uppsatsförfattarnas intryck är att de deltagare som närvarade vid gruppträffarna överlag var mer negativt inställda till diskussionsforumet och att de uppfattade detta som lite överflödigt. Inför liknande studier kan det vara värt att överväga att ta bort forumet som obligatoriskt moment, åtminstone om behandlingen inkluderar gruppträffar.

### **Utvärdering**

Av den skriftliga utvärderingen framgår att andelen som var mycket nöjda eller huvudsakligen nöjda med behandlingen var 91.2 %, en andel som är jämförbar med de tidigare SOFIE-studierna. Vad gäller kvaliteten på behandlingsmodulerna ansåg 91.2 % av deltagarna i föreliggande studie att den var bra eller utmärkt. Eftersom andelen nöjda deltagare var likvärdig i SOFIE I och II verkar inte större förändringar av behandlingsmodulernas innehåll behöva göras inför framtida SOFIE-studier.

Totalt 94.1 % av deltagarna ansåg att kvaliteten på de kommentarer de fått från sin Internetterapeut var utmärkta eller bra. På frågan om deltagarens sociala fobi förändrats på grund av programmet svarade 23.5 % att den sociala fobin var ett mycket mindre problem medan 58.8 % tyckte att den var ett mindre problem. 55.9 % av deltagarna ansåg att behandlingen hade hjälpt dem väldigt mycket till ett bättre förhållningssätt till sina problem och 44.1 % ansåg att behandlingen hjälpt dem något i detta förhållningssätt. Resultaten på dessa tre frågor liknar i hög grad svarsfördelningen från de tidigare studierna.

I utvärderingen inkluderades en sluten fråga som tidigare inte varit med. Deltagarna ombads skatta sitt totala intryck av förbättring sedan de påbörjade självhjälpsbehandlingen oavsett vad förbättringen berodde på. Här framkom att 60.6 % av deltagarna upplevde sig mycket eller väldigt mycket förbättrade medan 39.4 % upplevde sig vara minimalt förbättrade.

Knappt 73 % av deltagarna ansåg att nio veckor var lite för kort tid eller alldeles för kort tid för genomförande av behandlingsprogrammet. Denna uppfattning har varit tydlig även i de tidigare SOFIE-studierna och är något som bör beaktas vid kommande studier. En risk med att till exempel ägna två veckor till varje modul är att behandlingen blir alltför utdragen. Att dela upp innehållet i flera moduler är ett alternativ som föreslagits tidigare (Steczkó, 2004). Fördelar med detta vore att kontinuiteten i behandlingen skulle kvarstå samtidigt som behandlingstakten skulle bli långsammare. Deltagarna skulle på så vis kunna arbeta igenom modulerna mer grundligt men ändå få något nytt att arbeta med varje vecka.

### **Generell jämförelse med tidigare SOFIE-projekt**

I jämförelse med tidigare SOFIE-projekt ligger effektstorlekarna i SOFIE III något lägre (se tabell 7). I SOFIE I var den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken  $d = 0.91$  och i SOFIE II var den  $d = 0.95$ . I föreliggande studie var motsvarande  $d = 0.78$  för gruppen som fick kombinationsbehandling och  $d = 0.73$  för gruppen som fick Internetbehandling. Utifrån detta talar inget för att ett tillägg av gruppträffar ökar behandlingseffekten. Dock är det svårt att jämföra föreliggande studie rakt av med de tidigare SOFIE-studierna eftersom en annan population med lindrigare social fobiproblematik har undersökts.

**Tabell 7.** Inomgruppseffektstorlekar vid olika typer av kognitiv beteendeterapi.

	SPSQ	SIAS	SPS	LSAS-SR totalpoäng	LSAS-SR ångest/rädsla	LSAS-SR undvikande
Föreliggande studie Kombinationsbehandling	1.31	0.67	1.09	0.81	0.83	0.78
Föreliggande studie Internetbehandling	0.80	0.64	0.94	0.94	0.78	1.03
SOFIE I (2003)	1.21	1.16	0.96	1.05	0.92	0.94
SOFIE II (2004)	1.11	1.16	1.07	0.96	1.0	1.06
Dahlgren (2002)	-	0.98	1.33	-	0.73	0.86
Otto et al. (2000)	-	0.61	0.78	-	0.96	0.75
Heimberg et al. (1998)	-	0.15	0.11	-	0.62	0.52
Stangier et al. Individualterapi (2003)	-	0.85	0.90	-	-	-
Stangier et al. Gruppterapi (2003)	-	0.53	0.53	-	-	-

### Jämförelse med andra behandlingsstudier

Dahlgren (2002) har i en så kallad effectivenessstudie<sup>4</sup> jämfört behandlingsresultat från fem utvärderingar av KBGT-behandlingar för social fobi. De behandlingar i effectivenessstudien som är jämförbara med SOFIE III är Dahlgrens egen, där klienterna behandlats vid en svensk psykiatrisk öppenvårdsmottagning, och två amerikanska studier av Otto et al. (2000) och Heimberg et al. (1998) där klienterna behandlats vid forskningsenheter på universitet. Samtliga behandlingar baserades på Heimbergs KBGT och pågick i tolv veckor, behandlingstiden är alltså något längre än behandlingstiden i föreliggande studie. Klienterna i Dahlgrens studie fick utöver KBGT tillämpad avslappning/kontrollerad andning. I en studie av Stangier et al. (2003) jämfördes två olika KBT-behandlingar baserade på Clark och Wells modell för social fobi, individualterapi och gruppterapi. Resultaten i denna studie gav mer stöd för individualterapi än för gruppterapi. Sammantaget står sig såväl kombinationsbehandlingen som Internetbehandlingen i SOFIE III väl i jämförelse med KBGT och individualterapi. För jämförelse av inomgruppseffektstorlekar se tabell 7.

Vid uppföljningen hade effektstorlekarna för båda grupperna i studien av Stangier et al. (2003) ökat i jämförelse med eftermätningarna. Deltagarna fortsatte alltså att förbättras fram till uppföljningen. Det återstår att se om detsamma blir fallet i föreliggande studie.

I jämförelse med de olika effektstorlekarna från Taylors metaanalys (1996) står sig behandlingsgrupperna i föreliggande studie relativt bra. Sett utifrån de genomsnittliga effektstorlekarna ligger behandlingsgrupperna i SOFIE III strax under ”enbart exponering”.

Federoff och Taylor (2001) har i en metaanalys visat på höga effektstorlekar för bensodiazepiner och SSRI ( $d = 2.10/d = 1.70$ ). I samma metaanalys redovisade de  $d = 0.84$  för exponering i kombination med kognitiv omstrukturering. Effektstorlekarna för KBT har visat sig öka vid uppföljning men om motsvarande ökning sker eller om förbättringen vidmakthålls vid behandling med psykofarmaka är osäkert.

<sup>4</sup> En studie som jämför resultaten av en behandling i den kliniska vardagen med behandlingsresultaten av kontrollerade studier kallas effectivenessstudie. Detta till skillnad från så kallade efficacystudier som jämför behandlingsresultaten mellan kontrollerade studier.

## Metoddiskussion

Intern validitet handlar om hur väl det i en design går att visa att förändringarna i en beroende variabel orsakats av förändringar i en oberoende variabel medan extern validitet handlar om generaliserbarheten hos studiens resultat (Clark-Carter, 1997). Det finns flera hot mot såväl intern som extern validitet. Nedan redogörs för hur denna studie försökt minimera dessa hot samt för vilka svagheter som trots detta finns.

### Intern validitet

En möjlig svaghet med studien är att den inte inkluderat en randomiserad kontrollgrupp. Anledningen till detta var att antalet personer som anmälde sig till studien var litet och en randomisering till tre grupper skulle ha resulterat i väldigt små grupper vilket innebär låg power. Därför togs beslutet att kvasiexperimentellt jämföra de båda behandlingsgruppernas resultat med vänteliste-kontrollgruppens från SOFIE II. Detta förfarande bedömdes vara godtagbart eftersom studier med vänteliste-kontrollgrupper redan utförts inom SOFIE-serien. Det är inte möjligt att helt gardera sig mot traditionella hot mot den interna validiteten då kontrollgruppen inte stått på väntelista samtidigt som behandlingsgrupperna fått behandling. Dock är det inte troligt att ovidkommande variabler systematiskt har påverkat resultaten som erhållits i föreliggande studie mer än tidigare behandlingsresultat i SOFIE-serien. En placeboeffekt kan inte helt uteslutas, men mer sannolikt är att behandlingens aktiva komponenter faktiskt hade effekt på deltagarnas sociala fobi. Det går dock inte med nuvarande design att uttala sig om vilka komponenter i behandlingen som har givit effekt.

Deltagarna randomiserades till de två behandlingsgrupperna vilket innebär att hot mot den interna validiteten som rör själva urvalet minskade (Clark-Carter, 1997). Risken för regression mot medelvärdet bedömdes som liten eftersom deltagarna inte randomiserades till behandlingsgrupperna på basis av sina förmättningsvärden.

Mognadseffekter rör förändringsprocesser inom individen vilka förklarar resultaten snarare än behandlingen i sig. Detta bedömdes inte utgöra något större hot i föreliggande studie eftersom social fobi är ett kroniskt tillstånd om det inte behandlas (Kåver, 1999). Dessutom kan nio veckor vara för kort tid för att mognadseffekter skall ses. Historia innebär att yttre händelser som inträffat under studiens gång påverkar resultatet. Detta har inte kontrollerats för i SOFIE III men det faktum att såväl behandlingsgruppen som kontrollgruppen i SOFIE II genomgick behandling samma år som grupperna i SOFIE III kan tyda på att större förändringar utanför författarnas kontroll inte har påverkat studiens beroende variabler på ett systematiskt sätt.

Mätmetodeffekter syftar på risken för skillnader i resultaten på grund av olika administrationssätt eller mätinstrument vid olika mättillfällen. Eftersom samma mätinstrument användes vid för- och eftermätningen i föreliggande studie och administrationssättet var detsamma vid båda tillfällena för samtliga deltagare, bedömdes risken för mätmetodeffekter vara liten. Testeffekt innebär en risk för att deltagarna svarar på ett annorlunda sätt på grund av upprepat besvarande av samma frågeformulär. Då frågeformulären inte är av sådan typ att deltagarna lär sig frågorna från ett mättillfälle till ett annat och därför får ett högre resultat, bedömdes detta hot vara litet. Väntelistejämförelser från tidigare SOFIE-studier visar inte på förbättring till följd av upprepat ifyllande av frågeformulär. Däremot innehåller formulären sammanlagt många frågor och det finns en viss risk för slarv till följd av att deltagarna blivit trötta vilket möjligen kan ha påverkat resultaten. Detta borde dock gälla för samtliga behandlings- och kontrollgrupper inom de olika SOFIE-studierna.

Eftersom deltagarna i de olika behandlingsgrupperna hade separata diskussionsföreläsningar ansågs risken för imitationseffekter vara liten. Studien har inte direkt kontrollerat för kompensations-effekter, rivalitetseffekter eller demoralisation men dessa hot bedömdes ändå som små. En möjlig demoraliseringseffekt skulle kunna ha varit att deltagarna i



Internetbehandlingsgruppen ansåg att deras behandling var sämre, eftersom de inte fick gruppträffar, och att de därför arbetade sämre med självhjälpsprogrammet. Detta verkar dock inte ha varit fallet då flera deltagare redan vid anmälningen påtalade att de föredrog att hamna i Internetbehandlingsgruppen. Det skulle kunna finnas en risk för kompensatorisk rivalitet, det vill säga att Internetgruppen skulle vilja visa att de också kan förbättras trots att de inte får gruppträffar. Deltagarnas demografiska variabler skiljer sig inte nämnvärt mellan de två behandlingsgrupperna varför hot från sned selektion bedömdes som litet.

### **Extern validitet**

Olika deltagaraspekter kan utgöra hot mot den externa validiteten, till exempel då samplet på något vis inte är representativt för populationen. I föreliggande studie har deltagarna anmält sig själva till studien, varför det är rimligt att anta att de var mer motiverade än studenter med social fobi i allmänhet.

Könsfördelningen i föreliggande studie var inte representativ för personer med social fobi i allmänhet. I SOFIE III deltog sju män vilket är 18 % av det totala antalet deltagare. Motsvarande andel bland personer med social fobi i allmänhet är 40 % (Furmark, 2000).

Deltagarna i föreliggande studie var alla studenter vilket innebär att det är osäkert om det går att generalisera resultaten till personer med social fobi som inte är studenter. Ett av studiens syften var dock att undersöka behandlingens effekt i en studentpopulation. Deltagarna studerade vid Örebro Universitet, Mälardalens högskola och Karlstad Universitet och det är inte helt säkert att det går att generalisera resultaten till studenter i allmänhet. Uppsatsförfattarna ser dock ingen anledning till att just dessa tre universitet och högskolor skulle skilja sig på något väsentligt vis från andra.

Exklusionskriterierna kan i viss mån ha bidragit till att resultaten har begränsad generaliserbarhet. Tjugotvå av de personer som anmälde sig till studien uteslöts på grund av för hög totalpoäng på MADRS-S och/eller för hög poäng på livslustfrågan. I tidigare SOFIE-studier har en totalpoäng på över 30 på MADRS-S utgjort ett exklusionskriterium medan deltagarna i SOFIE III inte fick ha en totalpoäng på över 21. Depression är en vanlig samsjuklig problematik hos personer som har social fobi vilket gör det tveksamt om resultaten i SOFIE III kan generaliseras till personer med social fobi som även har annan psykiatrisk problematik.

Faktorer inom studien som kan hota dess externa validitet är uppgift, omgivning/miljö och tid (Clark-Carter, 1997). Hotet från uppgift bedömdes vara lågt eftersom behandlingsmaterialet har använts i de tidigare SOFIE-studierna och de tekniker som använts ingår i traditionell KBT-behandling. Möjligen skulle uppgift kunna ha varit ett hot i form av terapeuteffekter - Internetterapeuterna kan ha skilt sig åt i kontakten med sina klienter. För att minimera skillnaderna träffades terapeuterna och lade upp riktlinjer för hur arbetet skulle gå till. De hade även gemensam handledning. Detta till trots fanns det olikheter bland annat när det gällde påminnelser. Att deltagarna var randomiserade till och jämt fördelade mellan de olika Internetterapeuterna borde dock ha vägt upp för eventuella skillnader.

Något hot från omgivning/miljö bör inte ha funnits eftersom behandlingen har skett i deltagarnas närmiljö. Gruppträffarna ägde rum i Örebro Universitets lokaler vilket var en relevant miljö för deltagarna eftersom de var studenter. Att deltagarna är bosatta på olika platser ökar också generaliserbarheten. Deltagarna hade möjlighet att välja vilken tid på dygnet de ville arbeta med självhjälpsmaterialet och gruppträffarna inföll på kvällstid för att inte inkräkta på deras undervisning. Dessa aspekter av tid bör därför inte ha varit ett stort hot mot den externa validiteten, även om vissa deltagare kan ha varit trötta under gruppträffarna. Däremot kan tiden på året då behandlingen genomfördes ha påverkat behandlingsresultaten negativt. Behandlingsstarten blev uppskjuten med tre veckor vilket gjorde att sista behandlingsveckan var vecka 51. Många av deltagarna klagade på att det blev svårt att hinna

med när det närmade sig jul. Att eftermätningarna var förlagda till julveckan (20-22 december) kan ha bidragit till den initialt låga svarsfrekvensen. Efter många påminnelser från Internetterapeuterna såväl via e-post som via sms och telefon svarade dock flertalet deltagare. När det gällde rekryteringen var det svårt att få in anmälningar vilket också kan ha haft med tidpunkten att göra. Annonseringen började vid terminsstarten då många kan ha haft fullt upp med annat, inte minst nya studenter. Eventuellt skulle det ha varit bättre att förlägga behandlingen till vårterminen eftersom det då skulle ha funnits möjlighet att börja annonsera redan under hösten. Dock uppgav flera av deltagarna i kontrollgruppen från SOFIE II, som behandlades under våren och sommaren 2004, att behandlingen inföll under en tid på året då många andra saker händer. Flera av dessa deltagare sade sig vara frustrerade över att inte riktigt hinna arbeta med modulerna som de hade velat göra (Stezckó, 2004). Detta skulle möjligen kunna tyda på att tiden på året inte har så stor betydelse för hur mycket tid deltagarna upplever sig ha för behandlingen.

### **Studentpopulation**

Mot bakgrund av att många personer med social fobi upplever att tala inför publik som en mycket jobbig situation och att detta är ett stående moment inom de flesta högskole-/universitetsutbildningar är det viktigt att hitta lämpliga behandlingsformer för studenter med dessa problem. Det är inte ovanligt att personer med social fobi drar sig för att söka till eftergymnasiala studier till följd av rädsla för att ställas inför sådana situationer. I de fall då de ändå söker kan den sociala fobin bli ett hinder i studierna och påverka till exempel betyg. Andelen studenter med social fobi var i en prevalensstudie av Tillfors (2005) 16.1 % vilket inte skiljer sig åt signifikant från prevalensen i den svenska generella populationen. För många studenter är alltså social fobi ett problem som kan påverka såväl studier som framtida karriär negativt. Då det ligger i samhällets intresse att de som utbildas kan tillgodogöra sig sina studier på bästa sätt är det viktigt att hjälpa studenter med social fobi.

En av skillnaderna mellan samplet i föreliggande studie och de tidigare SOFIE-studierna är att deltagarna i SOFIE III överlag haft lägre skattningar på de olika formulären. De har alltså haft mildare former av social fobi. Möjligtvis beror detta på att de som har svårare social fobi i mindre utsträckning söker till universitetet/högskolan.

### **Kostnadseffektivitet**

Det finns flera anledningar till att utveckla Internetbaserade självhjälsbehandlingar varav en är kostnadseffektivitet. Eftersom tiden som Internetterapeuten lägger på varje klient är mindre än den tid en vanlig terapissession pågår hinner terapeuten behandla fler klienter. Detta ökar inte bara kostnadseffektiviteten utan även tillgängligheten till kognitiv beteendeterapi, vilken i dagsläget är en bristvara. I jämförelse med traditionell individuell kognitiv beteendeterapi och KBGT var behandlingstiden i föreliggande studie kortare och graden av terapeutkontakt lägre. Trots detta var resultaten likvärdiga vilket talar för att Internetbaserad självhjälsbehandling kan vara såväl effektiv som kostnadseffektiv.

Föreliggande studie visade inte på några signifikanta skillnader mellan de olika behandlingsgrupperna efter respektive behandling vilket tyder på att utökad exponering i form av gruppträffar inte förbättrar behandlingsresultaten. Om så skulle vara fallet ökar givetvis kostnadseffektiviteten. Detta är dock något som behöver undersökas mer, särskilt eftersom behandlingsgrupperna var små i denna studie.

Kostnadseffektiviteten skulle kunna ökas genom användande av mer standardiserade svar. Samtidigt skulle detta kunna leda till en försämrad behandlingskvalitet. Stangier et al. (2003) föreslår att fördelen med individualterapi framför grupperterapi skulle kunna vara att terapeuten har större möjlighet att anpassa behandlingen till den enskilda klientens problematik. Om så är

fallet talar det emot användandet av mer standardiserade svar. Detta är dock något som kommande studier får undersöka.

### **Framtida forskning**

Uppföljning av resultaten i föreliggande studie är planerad till december 2005, det vill säga tolv månader efter avslutad behandling. I tidigare studier har effektstorlekarna ökat från eftermätningarna till uppföljning (Stangier et al., 2003; Dahlgren, 2002). Det blir därför intressant att se om så även är fallet för SOFIE III.

I utvärderingarna av samtliga SOFIE-behandlingar har det framkommit att tempot varit för högt, något som givetvis bör hörasammas inför kommande SOFIE-projekt. Att fördubbla tiden känns lite överdrivet, särskilt om det ställs i relation till längden på traditionell individualterapi eller KBGT, men en utökning vore önskvärd. Hur många moduler som är optimalt utifrån det föreliggande innehållet är svårt att uttala sig om men en utökning med några moduler vore värt att pröva. Det blir en uppgift för kommande SOFIE-studier att anpassa tempot så att det bättre passar klienternas önskemål. Detta är av vikt eftersom det skulle kunna leda till färre avhopp och att klienterna bättre skulle kunna tillgodogöra sig behandlingen.

Utifrån det faktum att de som deltog i gruppträffarna förbättrades mer på SPSQ än de i kombinationsbehandlingsgruppen som inte deltog, vore det önskvärt med en replikation och utvidgning av föreliggande studie. Det kan inte uteslutas att exponeringsdosen trots allt är viktig för behandlingsutfallet. Det faktum att grupperna i föreliggande studie var små gör det svårt att dra slutsatser om exponeringssessionernas relativa effekt och studien behöver därför replikeras med ett större sampel.

Inför kommande studier finns det flera aspekter som är intressanta att undersöka, till exempel vilken eller vilka komponenter i behandlingsprogrammet som är verksamma. Utifrån det faktum att flera deltagare varit skeptiska till diskussionsforumet vore det även intressant att jämföra behandling med och utan detta moment. Stangier et al. (2003) visade att individuell KBT gav bättre resultat än KBGT. Det vore därför intressant att jämföra Internetbehandling med individualterapi (KBT). Jämförelser skulle även kunna göras mellan SOFIE och medicinering med till exempel SSRI.

### **Slutord**

Social fobi är en vanlig ångeststörning bland studenter, precis som i den övriga befolkningen. Då social fobi många gånger medför hinder i studierna och eftersom tillgången till adekvat behandling i dagsläget inte motsvarar behovet är det viktigt att utveckla nya behandlingsformer för att kunna behandla fler personer. Föreliggande studie tyder på att Internetadministrerad självhjälpsbehandling är lika verksam oavsett om utökad exponering i form av gruppträffar ingår eller inte.

---

## REFERENSER

- Alden, L. E. & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> edition*. American Psychiatric Association: Washington DC.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> edition, revised*. American Psychiatric Association: Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edition*. American Psychiatric Association: Washington DC.
- Andersson, G., Strömgen, T., Ström, L., & Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 64, 810-816.
- Andersson, G., Lundström, P., & Ström, L. (2003). Internet-based treatment of headache: Does telephone contact add anything? *Headache*, 43, 353-361.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). *The Shyness & social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Baker, S. L., Heinrich, 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, 701-715.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bergman, L. R., & El-Khoury, B. M. (1987). EXACON - a Fortran 77 program for the exact analysis of single cells in a contingency table. *Educational and Psychological Measurement*, 47, 155-161.
- Bergström, J., & Holländare, F. (2002). *Självhjälp via internet för depression – en kontrollerad behandlingsstudie*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Blanco, C., Antia, S. X., & Liebowitz, M. R. (2002) Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 109-120.
- Bohman, S. (2003). *Självhjälpsbehandling administrerad över Internet med telefon- och e-poststöd vid paniksyndrom. En replikation och utvidgning*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Botella, C., Hofmann, S.G., & Moscovitch, D.A., (2004). *A self-applied, Internet-based intervention for fear of public speaking*. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 821-30.

- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Scale and the Social Phobia Scale across the Anxiety Disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21-27.
- Buhrman, M. & Fältenhag, S. (2001). *Självhjälp via Internet och telefon för personer med kronisk ryggsmärta*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Butler, G. (2001). *Overcoming social anxiety and shyness – A self-help guide using Cognitive Behavioral Techniques*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of Panic Disorder Via the Internet: A Randomized Trial of a Self-Help Program. *Behavior Therapy, 32*, 751-764.
- Carlbring, P. (2004). Panic! Its Prevalence, Diagnosis and Treatment via the Internet. Acta Universitatis Uppsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 136*. Uppsala: Uppsala Universitet, Tryck & Medier.
- Carlbring, P. & Andersson, G. (in press). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*.
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: From design to report*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.) *Social Phobia. diagnoses, assessment and treatment (69-93)*. New York, NY: Guilford Press.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A metaanalysis. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 28*, 139-147
- Dahlgren, S. (2002). *Gruppbehandling av social fobi inom klinisk rutinvård respektive forskning: en "effectivenesstudie"*. Uppsats vid specialistutbildningen i kognitiv beteendeterapi, Växjö.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and respons to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 143-156.
- 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*, 19-35.
- Federoff, I.C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 21*, 311-324.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy, 26*, 695-720.

- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., & Williams, J. B. W. (1998). SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders. (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1998). SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis II Disorders. (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Original publicerat 1997).
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1999). Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV. (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz 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., 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.
- Furmark, T. (2000). Social Phobia. From epidemiology to brain function. Acta Universitatis Uppsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences* 97. Uppsala: Uppsala Universitet, Tryck & Medier.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissioti, A., Långström, B., & Fredrikson, M. (2002). Common Changes in Cerebral Blood Flow in Patients With Social Phobia Treated With Citalopram or Cognitive-Behavioral Therapy. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 425-433.
- Ghosh, A., & Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, *18*, 3-16.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, *13*, 169-186.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *4*, 291-306.
- Gunnarsdóttir, M. & Hedensjö, L. *SOFIE II: An Internet-based Self-help Programme with Telephone Support for the Treatment of Social Phobia*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 209-221.

- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive Behavioral Group Therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 1133-1141.
- Holmström, A. & Sparthan, E. (2003). *SOFIE-projektet: Ett Internetbaserat självhjälsprogram i kombination med gruppträffar för personer med social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Johnson, U. & Mallmaeus, F. (2003). *Fobibehandling över Internet – en experimentell behandlingsstudie av Internetadministrerad självhjälsbehandling av orm- och spindelfobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H-U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Kim, E-J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Anxiety Disorders*, *19*, 69-86.
- Kushner, M., G., & Sher, K., J. (1993). Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history of alcoholism. *Addictive Behaviours*, *18*, 543-552.
- Kåver, A. (1999). *Social Fobi - Att känna sig granskad och bortgjord*. Jyväskylä, Finland: Cura Bokförlag.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacotherapy*, *22*, 141-173.
- Lindén, M., Norström, M., & Nyblom, K. (1998). *Våga tala – Om studenter med talängslan och Studenthälsans yttrandeträningsskurer*. Rapport från Studenthälsan i Uppsala.
- Maanmies, J., & Zetterqvist, K. (2000). *Stressprojektet: En kontrollerad studie, ett Internetbaserat självhjälsprogram för stresshantering*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Marks, I., Shaw, S., & Parkin, R. (1998). Computer-aided treatments of mental health problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 151-170.
- 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.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British journal of psychiatry*, *134*, 382-389.
- Murphy, L. J., & Mitchell, D. L. (1998). When writing helps to heal: E-mail as therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, *26*, 21-32.

- Neal, J. A. & Edelman, R. J. (2001). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761-786.
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal contact therapies for anxiety disorders: Is human contact for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Nyblom, K. (2002). *Talängslan – Social fobi. Säkerhetsbeteenden och klinisk utvärdering av en "Våga tala-kurs" för studenter*. Uppsats för legitimeringsgrundande utbildning i kognitiv psykoterapi (steg II), Svenska institutet för Kognitiv Psykoterapi, Stockholm.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, M. H., McARDle, E. T., Rosenbaum, J. F., & Heimberg, R. G. (2000). A Comparison of the Efficacy of Clonazepam and Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.
- Rapee, R. M. (1995) Descriptive psychopathology of social phobia. In: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.) *Social Phobia. Diagnoses, assessment and treatment* (69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Rapee, R. M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia – a step-by-step guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Rapee, R. M. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The Treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J. & Holle, C. (1996/1997). Quality of Life in Social Phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- Shavelson, R. J. (1996). *Statistical Reasoning for the Behavioral Sciences*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Statens institut för kommunikationsanalys. (2004). *Fakta om informations- och kommunikationsteknik i Sverige 2004*. <http://www.sika-institute.se>
- Steczko, J. (2004). *SOFIE-projektet: Effekten av ett Internet-baserat självhjälpsprogram med e-post stöd vid behandling av social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Stein, M. B., Torgrud L. J. & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1042-1052.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.



- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2000). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 722-727.
- Ström, L., Pettersson R. & Andersson, G. (2004). Internet-Based Treatment for Insomnia: A Controlled Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 113-120.
- Svanberg, 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.
- Svanberg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders, 64*, 203-216.
- Taylor, S. (1996) Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*, 1-9.
- Tillfors, M. (2001). Social Phobia. The family and the brain. Acta Universitatis Uppsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 104*. Uppsala: Uppsala Universitet, Tryck & Medier.
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissioti, A., Långström, B., & Fredrikson, M. (2001). Cerebral Blood Flow in Subjects With Social Phobia During Stressful Speaking Tasks: A PET Study. *American Journal of Psychiatry, 158:8*, 1220-1226.
- Tillfors, M. (2005). Social phobia: A career hindrance? An assessment of university students. Manuscript in preparation.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). Social Anxiety Disorder. In: Barlow, D. H. (Ed). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Third Edition (pp. 114-153). New York, New York: Guilford Press.
- van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G., & Scholing, A. (2000). Generalized Social Phobia Versus Avoidant Personality Disorder: Differences in Psychopathology, Personality Traits, and Social and Occupational Functioning. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 395-411.
- Wells, A., Clark, D., M., Salkovskis, P. M., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviours in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs. *Behaviour Therapy, 26*, 153-161.
- Öst, L.-G., & Hellström, K. (1995). One-session therapist directed exposure vs two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Research and Therapy, 33*, 959-965.

## BILAGOR

### Bilaga A: Diagnoskriterier för Social fobi enligt DSM-IV

- A. 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. Detta grundar sig i en rädsla för att bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest. **Obs:** Hos barn måste det finnas belägg för att barnet har en åldersadekvat förmåga att relatera socialt till bekanta personer, och rädslan måste visa sig också i kontakter med jämnåriga, inte enbart vid kontakt med vuxna.
- B. Exponering för den fruktade sociala situationen framkallar så gott som alltid ångest, vilket kan ta sig uttryck i en situationellt predisponerad panikattack. **Obs:** Hos barn kan ångesten ta sig uttryck i gråt, vredesutbrott eller i att barnet blir stelt av skräck eller undviker samvaro med främmande människor.
- C. Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig. **Obs:** Detta behöver inte gälla hos barn.
- D. Den fruktade sociala situationen eller prestationssituationen undviks helt, alternativt uthärdas under intensiv ångest eller plåga.
- E. Antingen stör undvikandet, de ångestladdade förväntningarna eller plågan i samband med de fruktade sociala situationerna eller prestationssituationerna i betydande grad ett normalt fungerande i vardagen, i yrkeslivet (eller i studier), i sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobin.
- F. Hos personer under arton år skall varaktigheten vara minst sex månader.
- G. Ångesten eller undvikandet beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, mediciner) eller någon somatisk sjukdom/skada och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex paniksyndrom med eller utan agorafobi, separationsångest, dysmorfofobi, en genomgripande störning i utvecklingen eller schizoid personlighetsstörning).
- H. Om det samtidigt föreligger någon somatisk sjukdom/skada eller någon annan psykisk störning eller sjukdom så har inte rädslan enligt kriterium A något samband med denna; t ex rädslan gäller inte talsvårigheter vid stamning, skakningar vid Parkinsons sjukdom eller uppvisande av onormalt ätbeteende vid anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

*Specificera om:*

**generaliserad:** rädslan innefattar de flesta sociala situationerna (t ex att inleda eller upprätthålla konversation, delta i smågrupper, ha en träff med någon, tala med auktoritetspersoner, gå på fest). **Obs:** Överväg också tillägg av diagnosen fobisk personlighetsstörning.

---

## **Bilaga B: Diagnoskriterier för Fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV**

Ett genomgripande mönster av social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för negativa omdömen. Störningen visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang från tidig vuxenålder och tar sig minst fyra av följande uttryck:

- (1) undviker yrkesaktiviteter där sociala kontakter är av betydelse p g a rädsla för kritik, ogillande eller avvisande.
- (2) är ovillig att närma sig andra utan att vara säker på att bli omtyckt
- (3) är återhållsam i intima förhållanden pga. rädsla för att känna sig skamsen eller förlöjligad
- (4) är upptagen av rädsla för att bli kritiserad eller avvisad i sociala situationer
- (5) är hämmad i nya sociala situationer p g a känslor av otillräcklighet
- (6) betraktar sig själv som socialt oduglig, oattraktiv eller underlägsen andra
- (7) är påtagligt ovillig att ta personliga risker eller att ge sig in i nya aktiviteter eftersom det skulle kunna leda till genanta situationer

## **Bilaga C: Hemsida för SOFIE III-projektet**

### **Är du studerande vid Örebro universitet och besväras av social ångest vid muntliga framträdanden?**

### **Vill du delta i ett forskningsprojekt som undersöker skillnader mellan självhjälpsbehandling via Internet i kombination med gruppträffar och enbart självhjälpsbehandling via Internet?**

Vid Institutionen för psykologi vid Uppsala universitet pågår sedan flera år en forskningsverksamhet kring självhjälpsträning via Internet. Syftet med detta arbete är bl. a att ta fram effektiva behandlingsmetoder. Studier av Internetbaserade självhjälpsbehandlingar vid paniksyndrom, huvudvärk, tinnitus och depression har tidigare genomförts med goda resultat. Nyligen avslutades också en studie av social fobi i Uppsala där den Internetadministrerade självhjälpen kombinerades med gruppträffar. Vi vill nu, vid Örebro universitet i samarbete med Uppsala universitet, undersöka om gruppträffarna kan ersättas med enbart Internetbehandling. Detta görs för att studera effekterna av ett mer renodlat självhjälpsprogram som också blir lättare att följa för personer som bor långt ifrån behandlingsplatsen.

Projektet innebär att du antingen tar del av ett Internetadministrerat självhjälpsprogram baserat på kognitiv beteendeterapi (KBT) i kombination med gruppträffar eller att du enbart tar del av det Internetadministrerade självhjälpsprogrammet.

Forskningsprojektet har inte medel att kunna ersätta dig för de eventuella kostnader ett deltagande kan innebära (t ex för Internetuppkoppling). Däremot kommer all behandling och kontakt att vara kostnadsfri, dvs. du betalar ingenting till projektet.

## **Deltagare**

Vi söker dig som är student vid Örebro universitet och besväras av social ångest vid muntliga framträdanden.

Känner du igen dig i ovanstående beskrivning och är över 18 år kan du vara den vi söker. En förutsättning för deltagande är också att du har tillgång till dator med Internetanslutning, program för e-post och surfande på Internet samt möjlighet att skriva ut textdokument.

## **Tillvägagångssätt**

Om du beslutar dig för att du vill delta i studien anmäler du ditt intresse till oss på projektets hemsida. Därefter får du tillgång till ett antal frågeformulär som vi ber dig fylla i. Detta för att vi ska kunna skapa oss en uppfattning om programmet kan vara till hjälp för dig. Om vi tror att så är fallet kommer vi att ta kontakt med Dig per telefon för en kort bedömningsintervju. Några dagar efter denna intervju meddelar vi dig om du uppfyller de kriterier vi har för deltagande och om du kommer att ingå i studien eller inte.

Kommer du inte att ingå i studien får du tips på relevant självhjäpplitteratur och/eller förslag på vart du kan vända dig för att få hjälp på din hemort. Om du uppfyller kriterierna för deltagande kommer du att med lottens hjälp slumpmässigt fördelas till en av nedanstående grupper:

Grupp 1	<p>Om du blir lottad till att delta i denna grupp startar du självhjälpsträningen i början av oktober år 2004. Programmet varar i nio veckor och under den tiden kommer vi att be dig skicka in svar på frågeformulär och genomföra de övningar som ingår i programmet.</p> <p>I anslutning till behandlingsveckorna 4, 5, 6, 7 och 8 kommer du också till Örebro universitet för att delta i gruppträffar med andra personer som genomgår samma behandlingsprogram.</p> <p>Du har också möjlighet att använda ett diskussionsforum tillsammans med de andra personerna som genomgår samma behandlingsprogram. Graden av anonymitet i diskussionsforumet bestämmer du helt själv och du kan t ex välja användarnamn efter eget önskemål.</p>
Grupp 2	<p>Om du blir lottad till att delta i denna grupp startar du självhjälpsträningen i början av oktober år 2004. Programmet varar i nio veckor och under den tiden kommer vi att be dig skicka in svar på frågeformulär och genomföra de övningar som ingår i programmet.</p> <p>Du har också möjlighet att använda ett diskussionsforum tillsammans med de andra personerna som genomgår samma behandlingsprogram. Graden av anonymitet i diskussionsforumet bestämmer du helt själv och du kan t ex välja användarnamn efter eget önskemål.</p>
Grupp 3	<p>Kommer du att ingå i denna grupp kommer vi att be dig skicka in svar på frågeformulär när de andra två grupperna efter nio veckor har avslutat sina behandlingar. Efter ca nio veckor, inberäknat uppehåll för jul- och nyårshelger, påbörjar du själv självhjälpsträningen (början av januari).</p> <p>Du har också möjlighet, när du startar självhjälpprogrammet, att använda ett diskussionsforum tillsammans med de andra personerna som genomgår samma behandlingsprogram. Graden av anonymitet i diskussionsforumet bestämmer du helt själv och du kan t ex välja användarnamn efter eget önskemål.</p>

Ovanstående procedur, med en grupp som väntar på självhjälpsträningen, är viktig för att studien ska kunna tillföra ny vetenskaplig kunskap. För att göra det möjligt att påvisa eventuella positiva effekter av kombinationsbehandlingen (självhjälp plus gruppträffar) och självhjälpbehandlingen krävs att det finns en kontrollgrupp (grupp 3) att jämföra resultaten mot.

## Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid social fobi

KBT är en form av psykoterapi som visat sig ge goda resultat för en rad olika psykiska problem, inklusive social fobi. KBT grundar sig på forskning och teoribildning utifrån ett flertal psykologiska kunskapsområden. Man utgår i denna terapiform från ett helhetsperspektiv där ett flertal faktorer samverkar när det gäller en persons psykiska och fysiska hälsa. Tonvikten ligger på problem "här och nu" mer än på problem i det förflutna. För ytterligare information se Internetsidan: [www.kbt.nu](http://www.kbt.nu).

I KBT-behandling av social fobi arbetar man med en kombination av kognitiva tekniker och beteendetekniker. Kognitiva tekniker innebär i korthet att man tränar sig i att uppmärksamma och ifrågasätta negativa tankar och därmed lär sig tolka situationer på ett mera realistiskt sätt. Beteendeteknikerna riktar in sig på vad man gör och inte gör i de situationer man stöter på problem. Behandlingen går till stor del ut på att gradvis närma sig de situationer man fruktar samtidigt som man provar nya beteenden och förhållningssätt som erhålls genom terapin.

## Etiska forskningsprinciper

Denna studie har behandlats av den Regionala etikprövningsnämnden vid Uppsala universitet och följer humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer.

Detta innebär i korthet att:

Ditt deltagande är frivilligt och att du när som helst kan avbryta träningen. Dock förutsätter vi att du vid eventuellt avbrott i programmet meddelar oss detta och fyller i ett avslutande formulär. Vidare kommer vi vid ett eventuellt avbrott att ta kontakt med Dig per telefon för att höra oss för om anledningen till avbrottet beror på ökad nedstämdhet eller ångest och i så fall ge förslag på vart Du kan vända Dig för att få hjälp på Din hemort.

Dina uppgifter kommer endast att användas till vetenskapliga syften.

Ditt deltagande i självhjälpsprogrammet inte kommer att ha några negativa konsekvenser för din möjlighet till annan vård.

Resultatet från undersökningen behandlas under sekretess och ingen utomstående kommer att veta att du deltagit eller kunna se hur just du svarade. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form och presenteras på gruppnivå så att enskilda personers svar inte kan spåras.

Alla deltagare kan få en sammanställning av studiens resultat om de så önskar. Har du några frågor om undersökningen eller om några frågor dyker upp efter det att du deltagit är du välkommen att kontakta oss.

## Sekretess och tystnadsplikt

Vi som arbetar med projektet är läkare, legitimerade psykologer eller psykologer under utbildning och omfattas alla av sjukvårdslagens tystnadsplikt.

Kontakten med oss kommer delvis att ske via e-post och via formulär på hemsidorna. Du kan naturligtvis använda din egen e-postadress i kommunikationen med oss. Om du känner dig osäker på sekretessen på nätet och är orolig att någon ska fånga upp dina meddelanden på vägen, rekommenderar vi dig att skaffa en gratis e-postadress hos "Hushmail". Tjänsten drivs av företaget Hush Communications som erbjuder kryptering av e-posten. Adressen är: [www.hushmail.com](http://www.hushmail.com). All e-post du skickar från Hushmail är krypterad och kan inte spåras till dig. Alla våra svar till dig går också till din Hushmailadress.

Vi kan också garantera att ingen obehörig kommer att läsa din e-post eller annan införd information på våra datorer som är lösenordsskyddade.

Alla data, t ex svar på frågeformulären, behandlas konfidentiellt och kommer att registreras i avidentifierad form. Resultaten kommer dessutom att analyseras på gruppnivå.

## Är du intresserad?

Då är du välkommen att anmäla ditt intresse genom att gå in på projektets hemsida: [www.kbt.nu/sofie3](http://www.kbt.nu/sofie3)

Gerhard Andersson, Professor, Leg. Psykolog, Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet

Per Carlbring, Leg. Psykolog, Fil. Dr., Institutionen för psykologi, Uppsala universitet

Lisa Ekselius, Docent, Överläkare, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala Universitet

Tomas Furmark, Psykolog, Fil. Dr., Institutionen för psykologi, Uppsala universitet

Susanne Lewenhaupt, Leg. Psykolog, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet

Maria Tillfors, Leg. Psykolog, Fil. Dr., Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap, Örebro universitet

Anna Eriksson, psykologprogramstuderande, termin 9, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet

Maria Spak, psykologprogramstuderande, termin 9, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet

Telefonnummer för kontakt: 019-303959 (Maria Tillfors) och 070-2842558 (Per Carlbring)

