



UPPSALA UNIVERSITET
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 20 p
Vårterminen 2005

När säger det "klick"?

En studie av behandlingsrespons över tid i ett Internetbaserat
självhjälpsprogram vid social fobi (SOFIE-4)

Erik Hedman & Annika Sonnenstein

Handledare:	Tomas Furmark
Bitr handledare:	Per Carlbring
Examinator:	Mats Fredrikson

Ett stort tack till...

Tomas och Per för ovärderlig hjälp och ett enormt engagemang

Annelie, Elisabeth och Maria för co-terapeutande insatser

Holger för evigt tålamod och en påminnelse om att viss distans till
arbete kan vara av godo

SAMMANFATTNING

Social fobi är psykisk störning som är vanligt förekommande, börjar tidigt, följer ett kroniskt förlopp och får för individen negativa sociala, yrkesmässiga och ekonomiska konsekvenser. Det primära syftet med den föreliggande studien var att vinna ökade kunskaper om utvecklingen av behandlingsrespons över tid för deltagare som genomgick ett Internetbaserat självhjälsprogram för social fobi med terapeutkontakt via e-post (SOFIE-4). Det sekundära syftet var att replikera tidigare studier inom SOFIE-projektet.

Diagnosticering skedde med hjälp en förkortad version av Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders och självskattningsformuläret Social Phobia Screening Questionnaire. Av 80 deltagare som uppfyllde samtliga inklusionskriterier randomiserades 40 till en behandlingsgrupp och 40 till en kontrollgrupp på väntelista. Under behandlingsperioden uppmanades samtliga deltagare att i slutet av varje vecka fylla i självskattningsversionen av formuläret Liebowitz Social Anxiety Scale, som var det mått med vilket behandlingsrespons över tid undersöktes.

Totalt fem av 80 (6.3%) deltagare avbröt behandlingen och statistiska analyser genomfördes på deltagarnas värden enligt *intention-to-treat-principen* där det sist tillgängliga mätvärdet ingick. Resultaten visade att behandlingsgruppen hade förbättrats mer än kontrollgruppen på samtliga fyra social fobimått, dvs. Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Phobia Screening Questionnaire, Social Phobia Scale och Social Interaction Anxiety Scale, vilka utgjorde de primära utfallsmåtten. Den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken på de fyra social fobimåtten var Cohens $d=0.93$ och mellangruppseffektstorleken $d=0.61$. Sextio procent av deltagarna i behandlingsgruppen blev kliniskt signifikant förbättrade på minst ett av social fobimåtten. Resultaten visade också att behandlingsgruppen stabilt förbättrades från vecka till vecka utan plötsliga förändringar på gruppnivå och att den förbättrats signifikant mer än kontrollgruppen i slutet av behandlingsvecka sex. Sammantaget utgör resultaten ett stöd för att ett Internetbaserat självhjälsprogram med minimal terapeutkontakt via e-post är en effektiv behandlingsmetod för personer med social fobi.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
INLEDNING	4
DEFINITION AV SOCIAL FOBI.....	4
EPIDEMIOLOGI	4
KOMORBIDITET	4
ETIOLOGI	5
<i>Genetiska faktorer</i>	5
<i>Uppväxtmiljö</i>	5
<i>Beteendeteoretiska förklaringsmodeller</i>	5
<i>Neurobiologiska faktorer</i>	6
<i>Kognitiva förklaringsmodeller</i>	6
Clark och Wells kognitiva modell för social fobi	7
Vidmakthållande faktorer.....	8
Empiriskt stöd för modellen	8
BEHANDLING	8
<i>Farmakologisk behandling</i>	8
<i>Psykologisk behandling</i>	9
Terapiinledande fas	9
Utveckling av copingstrategier.....	10
Gradvis exponering	10
Återfallsprevention	10
Kognitiv Beteendeterapi i grupp vs. individuellt	10
<i>Kognitiv beteendeterapi vs. farmakologisk behandling</i>	11
<i>Självhjälpsbehandling via Internet</i>	11
För- och nackdelar med Internetbaserad självhjälpsbehandling	12
Internetbaserad självhjälp vs. traditionell individualterapi	12
SOFIE-PROJEKTET	13
<i>Den aktuella studien</i>	14
Behandlingsrespons över tid.....	14
Syfte	15
Hypoteser/frågeställningar.....	16
METOD	17
DELTAGARE	17
<i>Rekrytering</i>	17
<i>Urval</i>	17
<i>Diagnosticering</i>	18
<i>Diagnosticering av undergrupper</i>	19
<i>Demografiska data</i>	19
<i>Bortfall</i>	20
MATERIAL.....	22
<i>Screening</i>	22
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)	22
<i>Självskattningsformulär</i>	23
Formulär som mäter social fobi.....	23
Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ).....	23
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS).....	24
Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS).....	24
Formulär som mäter depression, ångest och livskvalitet	24
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	24
Beck Anxiety Inventory (BAI).....	25
Quality of Life Inventory (QOLI)	25
Behandlingsutvärdering.....	25

SJÄLVHJÄLPSMATERIAL	25
<i>Modulinnehåll</i>	26
<i>Diskussionsforum</i>	27
DESIGN	27
PROCEDUR	28
<i>Hemsida</i>	28
<i>Anmälan/diagnosticering</i>	28
<i>SCID-intervju</i>	28
<i>Förmätning</i>	28
<i>Randomisering</i>	28
<i>Behandling</i>	29
Terapeuter.....	29
Självhjälpsprogram.....	29
Veckomätning	29
Diskussionsforum.....	30
<i>Eftermätning</i>	30
STATISTISKA ANALYSER	30
RESULTAT	31
SKILLNADER FÖRE BEHANDLINGSSTART	31
UTFALLSMÅTT RELATERADE TILL SOCIAL FOBI.....	31
<i>LSAS-SR</i>	31
<i>SPS</i>	32
<i>SIAS</i>	32
<i>SPSQ</i>	32
UTFALLSMÅTT RELATERADE TILL DEPRESSION, ÅNGEST OCH LIVSKVALITET	33
<i>MADRS-S</i>	33
<i>BAI</i>	33
<i>QOLI</i>	33
ÖVRIGA ANALYSER AV BEHANDLINGSEFFEKT	34
<i>Klinisk signifikant förbättring</i>	34
<i>Diagnos efter behandling</i>	35
VECKOVIS BEHANDLINGSRESPONS.....	35
<i>Plötslig förbättring (sudden gains)</i>	36
<i>Responsutveckling för variabeln kliniskt signifikant förbättring</i>	37
BEHANDLINGSDELTAGARUTVÄRDERING.....	38
DISKUSSION	39
RESULTATSAMMANFATTNING.....	39
RESULTATDISKUSSION	39
<i>Veckovis behandlingsrespons</i>	39
<i>Klinisk signifikant förbättring</i>	41
<i>Plötslig förbättring</i>	41
<i>Jämförelser med tidigare SOFIE-studier</i>	42
Social fobimått	42
Depressionsgrad, generell ångest och livskvalitet	43
<i>Jämförelse med andra studier</i>	44
<i>Deltagarutvärdering</i>	44
METODDISKUSSION	45
<i>Intern validitet</i>	45
<i>Extern validitet</i>	46
FRAMTIDA FORSKNING.....	46
SLUTSATSER	47
REFERENSER.....	48
BILAGOR.....	55

INLEDNING

Definition av social fobi

”Det finns en massa människor i världen som är i helvetet därför att de är beroende av andra människors omdöme”, skrev Jean–Paul Sartre och redogjorde, säkerligen utan att känna till diagnosen, för essensen av problematiken i social fobi. Kärnan i social fobi utgörs nämligen av ”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” (sid 157-8, American Psychiatric Association [APA], 1995). Det man är rädd för är att bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest. Vanligt förekommande socialfobiska situationer består av s.k. *prestationssituationer* som t. ex. att äta, dricka, skriva, spela ett instrument eller på andra sätt utföra en aktivitet inför andras åsyn. Andra situationer som många med social fobi finner obehagliga är t. ex. att delta i möten, träffa nya människor, gå på fester eller att upprätthålla en konversation med någon annan person (Furmark, 2000). Sådana situationer benämns *interaktionssituationer*. Både prestations- och interaktionssituationer undviks i så stor utsträckning som möjligt alternativt uthärdas under intensiv plåga av den som lider av social fobi. Den vanligaste problemsituationen både i normalpopulationen och bland personer med social fobi är rädsla att tala inför grupp (Furmark et al., 1999).

Social fobi har en allvarlig negativ påverkan på normalutvecklingen och innebär inte sällan att individen blir isolerad, socialt inkompetent, sämre utbildad pga. en benägenhet att undvika utbildningssituationer, får sämre privatekonomi på lång sikt och utvecklar andra psykiska störningar (Heimberg et al., 1998; Rickels; Mangano & Khan., 2004; Montgomery, 1999; Patel, Knapp, Henderson & Baldwin, 2002).

Social fobi delas vanligen in i två undergrupper; specifik och generaliserad. Vid specifik social fobi handlar det om rädsla för en specifik typ av situation, t. ex. att äta inför andra, och vid generaliserad social fobi, de flesta sociala interaktions- och prestationssituationer.

Epidemiologi

I USA fann man att social fobi var den tredje mest vanliga psykiatriska diagnosen i normalpopulationen, strax efter depression och alkoholberoende (Stein et al., 1998). Prevalensuppskattningar som gjorts av social fobi i normalpopulationen i olika länder har givit högst varierande resultat, troligtvis pga. att man använt sig av olika diagnoskriterier, urvalsgrupper och analysmetoder (Furmark, 2000). I en svensk studie uppskattades punktprevalensen för social fobi till 15.6 procent, men prevalensen varierade väsentligt med grad av handikapp invägd i diagnosen (Furmark et al., 1999). I allmänbefolkningen är social fobi något vanligare hos kvinnor än hos män, men till skillnad från andra ångeststörningar tenderar männen i högre utsträckning att söka hjälp för sina problem (ibid.). Till skillnad från t.ex. depression är social fobi en kronisk åkomma som inte tycks gå i episoder (Rickels et al., 2004).

Komorbiditet

Som vid många andra psykiatriska störningar, existerar social fobi ofta i kombination med någon annan psykiatrisk diagnos. En studie av Chartier, Walker och Stein (2003) visade på att 52 procent av personer med social fobi har en annan psykiatrisk diagnos parallellt vid något

tillfälle under sin livstid. De vanligaste Axell-diagnoserna som social fobi samexisterar med är olika former av specifik fobi, depression och alkoholberoende. Beträffande komorbiditet med Axell-störningar, har man på flera håll funnit en hög samsjuklighet mellan fobisk personlighetsstörning och social fobi och då främst generaliserad sådan (Brown, Heimberg & Juster, 1995; Holt, Heimberg & Hope, 1992). Fobisk personlighetsstörning definieras i DSM-IV som ett ”genomgående mönster av social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för negativa omdömen” (APA, 1995). Kriterierna för de båda störningarna är mycket lika och mycket talar för att diagnoserna ska betraktas som gradskillnader av samma störning snarare än artskillnader. Detta visar sig i komorbiditetstal på upp till 89 procent (Turk, Heimberg & Hope, 2001; Furmark, 2000).

Ett flertal studier har indikerat att social fobi föregår andra komorbida tillstånd i tid (Chartier, 2003; Magee et al., 1996), vilket kan tolkas som att dysfunktionella sätt att hantera den sociala fobin ger upphov till andra störningar, t. ex. alkoholkonsumtion som utvecklas till ett beroende (Montgomery, 1999). Störningen uppkommer i regel under tonåren (Liebowitz et al., 2005), men en relativt stor andel personer med social fobi uppger att de haft sina svårigheter så länge de kan minnas (Rapee, 1995).

Etiologi

Uppkomstmekanismerna bakom social fobi är ännu relativt okända, trots en på senare tid markant ökning av forskning på området (Tillfors, 2001). Sannolikt samspelar en rad faktorer såsom uppväxtförhållanden, genetik, kognitiva faktorer, olika former av betingning samt neurobiologiska influenser (Rapee & Spence, 2004; Rickels et al., 2004).

Genetiska faktorer

Det anses numera klarlagt att det finns en ärftlig komponent bakom utvecklandet av social fobi (Kåver, 1999). Man har i ett antal studier funnit en ökad ansamling av social ångest hos nära släktingar till personer med social fobi, både bland normalbefolkning och i kliniska populationer (Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredrikson, 2001; Stemberger, Turner, Beidel & Calhoun, 1995). Den ärftliga komponenten har i amerikanska tvillingstudier uppskattats bidra med mellan 30- 50 procent av variansen av social ångest (Rapee & Spence, 2004).

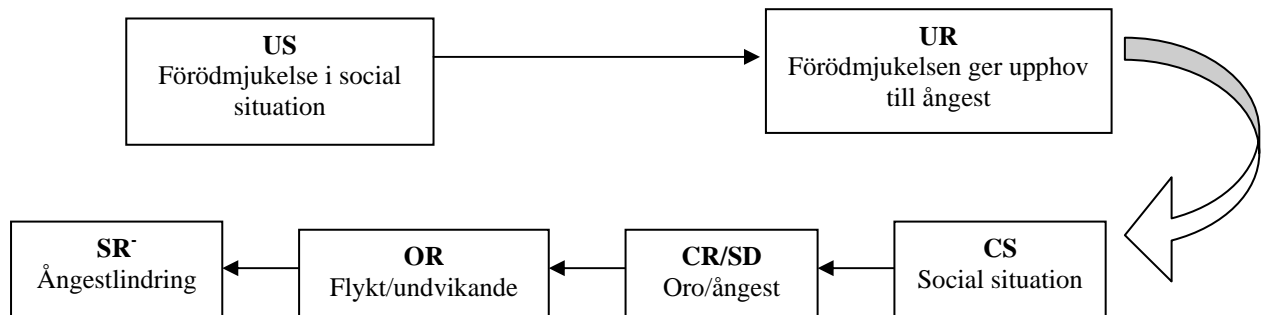
Uppväxtmiljö

Det har gjorts ett antal retrospektiva studier, för att försöka få svar på vilka gemensamma nämnare i uppväxtmiljö personer med social fobi har haft. Ett antal av dessa har funnit en överrepresentation av uppfattningen att ens föräldrar varit överbeskyddande och/eller avvisande (Tillfors, 2001) hos personer med social fobi jämfört med respondenter utan störningen. Utöver den ovannämnda ärftliga överföringen från förälder till barn, finns det också ett visst stöd för att social ångest och undvikande av sociala situationer ”smittas” genom modellinlärning. Att ha blivit utsatt för mobbning eller social isolering tycks också öka sannolikheten för social fobi. (Hudson & Rapee, 2000).

Beteendeteoretiska förklaringsmodeller

Det har länge debatterats huruvida man kan förklara uppkomsten av social fobi genom respondent betingning. Denna teori postulerar att det för flertalet personer med social fobi funnes ett traumatiskt tillfälle att återopa då man i ett socialt sammanhang skulle ha blivit bortgjord eller förödmjukad. Genom negativ förstärkning i form av flykt och undvikande,

operant betingning, vidmakthålls den sociala ångesten som en respons på betingande stimuli, dvs. sociala situationer (Figur 1¹). En svaghet hos denna förklaringsmodell är dock att många personer med social fobi inte kan dra sig till minnes någon traumatisk upplevelse som skulle kunna förklara uppkomsten av fobin (Furmark, 2000).



Figur 1. Beteendeteoretisk modell av uppkomst och vidmakthållande av social fobi.

Neurobiologiska faktorer

Det finns inte något tydligt biologiskt särdrag som är utmärkande för social fobi (Bell et al., 1999). Beträffande skillnader i hjärnans neurala aktivitet mellan personer med och utan social fobi förefaller det dock som om det hos den förra gruppen finns en högre grad av aktivitet främst i amygdala och hippocampus vid exponering för en social situation (Tillfors, 2001). Detta verkar rimligt eftersom då man reagerar kvickt och kraftfullt vid ett akut hot, verkligt eller inbillat, så kommer impulsen till det autonoma och motoriska pådraget från amygdala (Eriksson, 2001). Hippocampus har förknippats med vissa former av minne samt emotionell bearbetning och för att rädslominnen ska lagras verkar det krävas ett samarbete mellan hippocampus och amygdala (Nyberg, 2002).

De huvudsakliga neurotransmittoriska system som är involverade vid social ångest utgörs av det serotonerga och det dopaminerga systemet. Exakt hur dessa system inverkar på social fobi är inte klarlagt, men det faktum att farmaka som MAO-hämmare² (monoaminoxidas) och SSRI-preparat³ (selektiv serotoninåterupptagshämmare) är effektiva behandlingsalternativ talar för att de spelar en central roll (Bell et al., 1999).

Kognitiva förklaringsmodeller

Det finns ett antal kognitiva förklaringsmodeller till uppkomsten av social fobi. De gemensamma nämnarna för dessa är att individen responderar med rädsla på sociala stimuli pga. en övertolkning av stimulits hotfullhet. Dessa orealistiska tolkningar kvarstår eftersom individen använder sig av kognitiva och beteendemässiga strategier som syftar till att förhindra den fruktade händelsen från att inträffa (Clark & Fairburn, 2001). I denna studie har vi valt att fokusera på en specifik förklaringsmodell, nämligen Clark & Wells (1995).

¹ US= obetingat stimuli, UR= obetingad respons, CS= betingat stimuli

CR= betingat respons, SD= diskriminativt stimuli, OR= operant respons, SR= negativ förstärkning

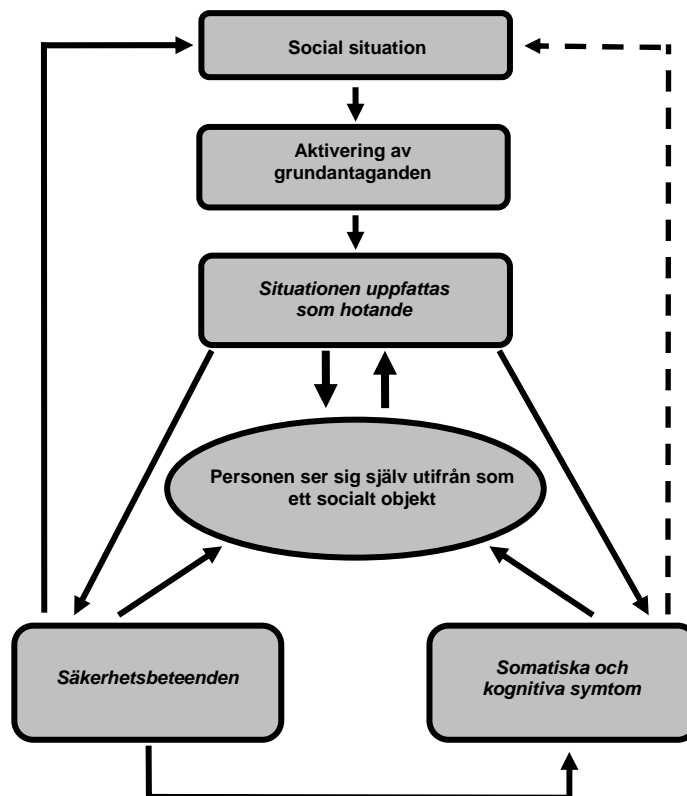
² Dessa mediciner balanserar särskilda kemiska substanser i hjärnan som kallas neurotransmittorer genom att minska mängden monoaminoxidas, som bryter ned neurotransmittorer. När dessa kemiska substanser är i balans, dämpas depressionssymptomen.

³ En typ av läkemedel för att behandla främst depression. Fungerar genom att hämma de serotonerga återupptagspumparna, vilket leder till mer serotonin i synapsklyftan.

Clark och Wells kognitiva modell för social fobi

Modellen har som utgångspunkt att på basis av tidiga erfarenheter utvecklar personer med social fobi en serie grundantaganden om sig själva och omvärlden, t. ex. ”jag är inte bra nog för att accepteras av andra.” Dessa antaganden innebär att de tolkar normala sociala interaktioner på ett negativt sätt och upplever dem som hotfulla. En gäspning tas som intäkt för att man är tråkig, vilket sätter igång ett ångestprogram som kan delas upp i tre komponenter. Den första är de somatiska och kognitiva ångestsymtom som reflexmässigt utlöses av upplevelsen av fara. Detta innefattar koncentrationssvårigheter, skakningar, rodnad, svettningar och dessa symtom kan bli ytterligare en källa till oro, vilket skapar en ond cirkel som vidmakthåller ångesten.

Den andra komponenten är de säkerhetsbeteenden som används för att förhindra det fruktade utfallet från att äga rum. Detta kan vara att bara fylla glaset till en tredjedel för att förhindra att man spiller, undvika ögonkontakt, miniutös förberedelse inför muntlig presentation, m.m. Den tredje komponenten är en skiftning i uppmärksamhet från omgivningen till det egna jaget vid tillfällen då man tror sig riskera att bli negativt bedömd. Självfokuseringen leder till att en alltför stor vikt läggs vid egna fysiologiska symtom. Personen är ofta helt övertygad om att andra lägger märke till och gör en negativ bedömning av ångestsymtomen. Problemet är att informationen uteslutande hämtas från personen själv, vilket gör bedömningen väldigt subjektiv. På basis av detta skapas sedan en bild av hur man tror sig uppfattas av omgivningen. En beskrivning av hur de olika komponenterna samspelar i en social situation ges i figur 2. Kombinationen av rädsla för negativ utvärdering och självfokusering resulterar i minskade möjligheter till diskonfirmation av antagandet att man ska bli kritiserad eller avvisad, eftersom kontraindicerande information inte uppmärksammas (Clark & Fairburn, 2001).



Figur 2. En kognitiv modell för social fobi (Clark & Wells, 1995).

Vidmakthållande faktorer

Genom att de negativa antagandena inte motbevisas håller personer med social fobi fast vid uppfattningen om att de är udda eller konstiga. För många kommer ångesten till uttryck inte enbart i den sociala situationen utan finns där långt före och efter en inplanerad social aktivitet. Innan man går in i den sociala situationen kartläggs i detalj vad man tror kommer att hända och man drar sig till minnes tidigare misslyckanden, vilket skapar oro och förväntansångest. Detta i sin tur leder ofta till att situationen undviks helt och hållet eller så uthärdar man situationen med säkerhetsbeteenden och selektiv uppmärksamhet för det negativa och undgår därmed att se tecken på andras uppskattning och acceptans. Trots att syftet med säkerhetsbeteenden är att förhindra uppkomsten av "sociala katastrofer" bidrar de istället till att vidmakthålla rädslan. Detta eftersom användandet av säkerhetsbeteenden omöjliggör en diskonfirning av personens farhågor eller konsekvenserna därav. Dessutom bidrar de till att öka graden av självfokusering vilket i sin tur kan ge ett tillbakadraget eller reserverat intryck.

Efter den sociala aktivitetens slut fortsätter ofta grubblerierna kring det egna uppträdandet långt efteråt, s.k. post mortem. Eftersom personen varit ångestfylld och främst uppmärksammat negativ information i själva situationen, präglas också minnena av situationen av känslor av misslyckande. Troligtvis förklarar detta varför personer med social fobi ofta känner skam långt efter att den sociala ångesten har klingat av och i retrospekt framstår situationen som värre än den faktiskt var. Ofta fortsätter man längre tillbaka i tiden än det senaste tillfället och blir då smärtsamt påmind om tidigare sociala misslyckanden där man handlat och känt ungefär likadant. Det senaste misslyckandet läggs på så vis till den långa raden av tidigare sociala katastrofer (ibid.).

Empiriskt stöd för modellen

En mängd forskningsfynd stödjer Clark & Wells kognitiva modell. I en studie av Stopa och Clark (1993) visade man att deltagare med social fobi underskattar sin egen prestation i en social situation jämfört med andra ångestpatienter och en kontrollgrupp bestående av personer utan ångest. Forskning har också demonstrerat att personer med social fobi överskattar hur ångestfyllda de framstår för andra människor (Bruch et al., 1989). Det finns även forskningsstöd för att säkerhetsbeteenden spelar en viktig roll för vidmakthållande av social fobi (Wells et al., 1995).

Den kritik som kan riktas mot modellen gäller framförallt de kausala relationer som föreslås mellan de olika delarna. Ytterligare en svaghet är att modellen bygger på existensen av grundantaganden, som i modellen antas vara statiska. Depressionsforskning har dock visat att sådana fluktuerar, beroende på huruvida en person är deprimerad eller ej (Giles & Shaw, 1987).

Behandling

Social fobi behandlas idag huvudsakligen på *farmakologisk* och/eller *psykologisk* väg.

Farmakologisk behandling

Sedan slutet av 1970-talet har intresset för farmakologisk behandling av social ångest ökat markant. Pga. metodologiska brister visade tidigare studier endast måttliga resultat, men på senare år har en rad studier visat att flera olika preparat är effektiva i behandlingen av social fobi (Rodebaugh et al., 2004). Preparat som ofta använts i behandlingen av social fobi är mediciner som tidigare förskrivits främst vid depressioner. Till dessa hör MAO-hämmare, som fram till för några år sedan betraktades som förstahandsvalet, men på senare år har SSRI-

preparat, såsom paroxetin och sertralin, blivit alltmer populära vid behandling av social fobi (Greist et al., 1996). Benzodiazepiner lindrar snabbt stark ångest, men dess effekt på längre tid har inte studerats tillräckligt (Montgomery, 1999). Dessutom medför bruk av benzodiazepiner risk för tillvänjning och missbruk (Furmark, 2000). För de personer som lider av specifik social fobi finns lindring att få med hjälp av betablockerare (t. ex. Inderal, Seloken och Tenormin) som tillfälligt dämpar kroppsliga nervositetssymtom (Greist et al., 1996). I en nyligen genomförd metaanalys⁴, visade det sig att ingen signifikant skillnad beträffande effekt vid behandling av social fobi kunde hittas mellan de olika preparattyperna benzodiazepiner, antikvulsanter, MAO-hämmare och SSRI (Blanco et al., 2001). Mot denna bakgrund bör SSRI-preparat betraktas som förstahandsvalet, eftersom biverkningarna av dessa preparat anses vara färre (ibid.).

Som vid farmakologisk terapi av många andra ångeststörningar verkar dock effekten vara endast så länge som medicinering pågår och vid avslutad behandling är återfall snarare regel än undantag (Greist et al., 1996). Uppföljningsdata redovisas dock sällan vid medicinska studier, varför det ej kan uteslutas att medicinen delvis har psykologiska effekter som gör att personen vågar mer, självexponerar sig och bryter undvikanden, vilket kan leda till långvariga inlärningseffekter.

Psykologisk behandling

Den psykologiska behandling som idag är mest utvärderad vid social fobi utgörs av olika former av kognitiv beteendeterapi (KBT) (Heimberg, 2002)⁵. KBT är en tidsbegränsad, inlärningsteoretiskt baserad terapi som är fokuserad på nuet och strävar efter att uppnå konkreta behandlingsmål. Metaanalyser som gjorts på behandling av social fobi har visat att stöd finns för interventioner som utgår från KBT och det mest effektiva verkar vara en kombination av kognitiv omstrukturering och exponering (Federoff & Taylor, 2001; Gould et al., 1997; Taylor, 1996; Feske & Chambless, 1995). Vid uppföljningsmätningarna fann man lika stora inomgruppseffektstorlekar som direkt efter avslutad behandling, vilket tyder på att förbättringarna vidmakthålls över tid. Det finns även indikationer på fortsatt förbättring efter avslutad behandling, då effektstorlekarna i vissa studier var större vid uppföljning än vid behandlingens slut (Taylor, 1996).

Behandlingen för social fobi grundar sig på fyra övergripande komponenter, nämligen terapiinledning, utvecklingen av copingstrategier, gradvis exponering och återfallsprevention (Overholser, 2002).

Terapiinledande fas

Denna fas innefattar skapandet av en terapeutisk allians, psykoedukation, en noggrann kartläggning av klientens problem och ingjutandet av hopp om att en förbättring är möjlig. Det är viktigt att skapa en trygg och förtroendeingivande terapeutisk miljö, eftersom rädslan för att bli kritiskt granskad annars riskerar att utmärka även relationen till terapeuten.

⁴ Ett slags kvantitativ litteraturöversikt.

⁵ Andra psykologiska behandlingar för social ångest utgörs bl a av olika former av psykodynamisk terapi och interpersonell psykoterapi. Endast en kontrollerad behandlingsstudie har dock utförts inom dessa terapiinriktningar (Knijnik, Kapczinski, Chachamovich, Margis & Eizirik, 2004)

Komponenten psykoedukation kan hjälpa klienter att bli motiverade för den mer aktiva delen av behandlingen. Denna del består av t. ex. att informera klienten om hur vanligt tillståndet är i den generella befolkningen och rent konkret vad som händer i kroppen vid ångest, samt presentation av förklaringsmodeller för uppkomst och vidmakthållande av social fobi.

Utveckling av copingstrategier

Copingstrategier, eller adekvata sätt att hantera ångestfyllda situationer, syftar till att underlätta för klienten att senare under terapin utsätta sig för fruktade sociala situationer. Sådana strategier utgörs av t. ex. kognitiv omstrukturering och avslappningsträning. Kognitiv omstrukturering syftar till att ändra på dysfunktionella antaganden som personen håller om sig själv och sitt beteende i sociala situationer, genom att ifrågasätta negativa automatiska tankar (NAT). NAT kännetecknas av att de kommer plötsligt, inte är viljestyrda, ofta är omedvetna och förmedlar ett pessimistiskt budskap, som ofta "köps" av individen trots att de sällan återspeglar verkligheten. Avslappningsträning är också ett vanligt redskap inför exponeringen och syftar till reducera de fysiologiska ångestsymptomen och att öka känslan av kontroll hos klienten. För vissa personer med social fobi kan social färdighetsträning vara en användbar behandlingskomponent. Träningen kan bestå av konversationsövning, icke-verbal kommunikationsträning och övningar i att hävda sin rätt. Viktigt att poängtera är dock att många personer med social fobi besitter tillräcklig social kompetens, och beskrivs därför bäst som hämmade av sin ångest.

Gradvis exponering

Som tidigare beskrivits är det vanligt vid social fobi att situationer som framkallar ångest helt undviks eller uthärdas under intensiv plåga. Vid behandlingen av tillståndet är det viktigt att klienten tränar på att utsätta sig för de fruktade situationerna på ett gradvis och kontrollerat sätt, som ingjuter en känsla av säkerhet och behärskan. Detta kallas exponering och bygger på principerna utsläckning och habituering. Utsläckning sker då ett betingat stimuli är närvarande utan att det paras ihop med det obetingade stimuli, dvs. om man blivit utskrattad vid en klassrumspresentation och utvecklat en rädsla för att utsätta sig för sådana situationer, sker utsläckning om man fortsätter att hålla presentationer utan att bli utskrattad. Habituering kallas den process genom vilken ett stimulus förmåga att framkalla starka responser minskar med upprepad exponering (Baldwin & Baldwin, 1998).

Återfallsprevention

Återfallsprevention syftar till att vidmakthålla resultaten av behandlingen och innefattar ofta identifiering av högrisksituationer för att förhindra att man faller tillbaka i gamla mönster, information om skillnaden mellan ett bakslag och ett återfall, samt utvecklingen av copingstrategier för att hantera eventuella bakslag.

Kognitiv Beteendeterapi i grupp vs. individuellt

Det finns ett antal olika KBT-varianter som erbjuds i gruppformat, däribland Butlers Anxiety Management Training (AMT), Mattick & Peters kombinerade exponering och kognitiv omstrukturering och Heimbergs Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT) (Clark & Fairburn, 2001). Av dessa anses CBGT vara förstahandsvalet vid behandling av social fobi (Stangier et al., 2003) och flera studier har visat på CBGT:s effektivitet (Heimberg, 2002).

Det har föreslagits att gruppbehandling vid social fobi är särskilt fördelaktigt, vilket ter sig rimligt med tanke på att gruppformatet i sig erbjuder exponering för det fobiska objektet. Möjliga fördelar med gruppbehandling är stöd från andra gruppmedlemmar, bättre dynamik

samt möjligheter till modellinläring (Stangier et al., 2003). Det har gjorts få studier som jämfört individuell KBT med KBT i grupp vid social fobi och de som har gjorts har inte kunnat visa på gruppformatets överlägsenhet. Däremot har en studie demonstrerat att individuell terapi ger bättre resultat än gruppbehandling på en rad parametrar. Bland annat fann man att hälften av dem i individualterapi uppnådde kliniskt signifikant förbättring att jämföra med 13.6 procent av deltagarna i gruppvarianten (ibid.). Det kan finnas flera förklaringar till individualterapiens relativa effektivitet i behandlingen av social fobi, t. ex. att en större grad av individuell anpassning är möjlig i individualterapi och att gruppformatet kan upplevas som alltför hotfullt för vissa klienter och därmed ha en hämmande effekt på engagemanget i gruppen, vilket kan ta sig uttryck i tillbakadragenhet, självmonitorering och användning av säkerhetsbeteenden i terapissessioner.

Kognitiv beteendeterapi vs. farmakologisk behandling

Många studier har undersökt effekten av KBT vs. kontrollgrupp respektive farmakoterapi vs. kontrollgrupp vid behandling av social fobi. Endast ett fåtal studier har dock direkt jämfört de olika behandlingstyperna med varandra och ännu färre har jämfört kombinationsbehandlingar (KBT + farmaka) mot renodlade behandlingar. En trend man har funnit är att farmaka uppnår effekt snabbare än KBT på kort sikt, men att alternativen är jämbördiga mot slutet av behandlingen (Davidson et al., 2004; Otto et al., 2000). På lång sikt förefaller KBT vara fördelaktigt eftersom farmaka ofta har biverkningar såsom illamående, sömnsvårigheter och sexualdysfunktion samt avtagande behandlingseffekt då läkemedlet sätts ut. Resultaten pekar alltså på en eventuellt snabbare effekt av farmakologisk behandling men att KBT verkar skydda bättre mot återfall (Otto et al., 2000). Det är dock svårt att uttala sig om effekten av farmakoterapi på mycket lång sikt eftersom medicinska studier oftast inte rapporterar några uppföljningsdata (Federoff & Taylor, 2001).

Det fåtal studier som undersökt kombinationen av KBT och farmaka mot de olika behandlingsformerna var för sig ger inget tydligt stöd för att kombinationsbehandling skulle ge bättre utfall (Davidson, 2004; Furmark, 2000).

Självhjälpsbehandling via Internet

Självhjälpsbehandling kan anta många former beroende på i vilket sammanhang det används. Terapeutens grad av involvering i behandlingen varierar från att vara i stort sett obefintlig till att vara ett regelbundet inslag (Newman, Erickson, Przeworski, & Dzus, 2003). Självhjälpsbehandlingar kan bedrivas genom en rad olika medier, såsom böcker, audio- och videoband, Internet eller Virtual Reality⁶ (Krijn, Emmelkamp, Olafsson, & Biemond, 2004). Eftersom KBT bygger på att klienten i stor utsträckning får ansvara för den egna behandlingen, bl. a. genom in vivo exponering och hemuppgifter, kan steget mellan sedvanlig individualterapi och självhjälpsbehandling tänkas vara mindre vid denna behandlingsinriktning än vad det skulle vara för andra jämförbara psykoterapier.

Forskningsstödet för användandet av självhjälp i psykologisk behandling är utbrett. Metaanalyser har visat att självhjälp är en effektiv behandlingsform vid en rad olika psykologiska problem som t. ex. rädsla/ångest, depression, huvudvärk och sömnstörningar

⁶ Datorgenererad miljö som användaren tar till sig i realtid. Syftet med VR är att skapa en upplevelse hos användaren som motsvarar praktisk erfarenhet.

(Mains et al., 2003; Marrs, 1995; Gould & Clum, 1993). Självhjälpsbehandling för fobitillstånd har genomförts och visat att det är en effektiv behandlingsform vid flera olika typer av fobier, bl a för agorafobi (Ghosh & Marks, 1987); och specifika fobier (Newman et al., 2003).

Vid Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, har man sedan slutet av 1990-talet arbetat med att utveckla Internetbaserade självhjälpsprogram. Tillstånd som hittills behandlats med Internetbaserad självhjälpsbehandling är, förutom social fobi, huvudvärk (Ström, Pettersson & Andersson, 2000), paniksyndrom (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius och Andersson, 2001), tinnitus (Andersson, Strömgren, Ström & Lyttkens, 2002), stress (Zetterqvist, Maanmies, Ström & Andersson, 2003), smärta (Buhrman & Fältenhag, 2001), depression (Andersson et al., in press), specifik fobi (Andersson, Jonsson, Malmeus, Carlbring, Waara, & Öst, 2004), och insomni (Ström et al., 2004).

För- och nackdelar med Internetbaserad självhjälpsbehandling

Eftersom KBT-skolade terapeuter fortfarande är en bristvara i Sverige (Nordgren, 2004), har ett syfte med satsningen på Internetbaserade behandlingar varit att försöka öka tillgängligheten för terapiformen och samtidigt höja kostnadseffektiviteten för psykologiska behandlingar. Tillgängligheten ökar på två sätt; dels genom att fler människor kan få behandling eftersom varje terapeut kan ta sig an flera klienter, dels genom att behandlingsformen är geografiskt obunden. Framförallt mindre orter utan legitimerade psykologer eller psykoterapeuter kan vinna mycket då de på detta sätt kan ta del av KBT-behandling. Vidare är arbetssättet friare både för klient och terapeut. För båda gäller att de inte behöver vara bundna till en särskild tid eller plats och kan sköta sin korrespondens och hemuppgifter vid den tid på dygnet då det passar dem bäst. Det är också troligt att klienten upplever ett större mått av kontroll och ansvar med denna behandlingsform (Marks et al., 1998).

Klienten kan också själv bestämma grad av anonymitet vid en Internetbaserad behandling, och behöver dessutom inte oroa sig för att bli ”upptäckt” av bekanta vid vistelse på psykologmottagning och riskera stigmatisering. Slutligen har en studie av Erwin och kollegor (2004) visat att en undergrupp av personer med social fobi som i låg utsträckning söker hjälp är särskilt bekväma med att interagera med andra via Internet, vilket innebär att man genom Internetbaserad terapi når en målgrupp som kanske inte skulle vara aktuell för sedvanlig behandling.

Det finns också flera nackdelar med en Internetbaserad självhjälpsbehandling. En av dessa är svårigheter rörande diagnosticering av klientens problem eftersom man går miste om visuella ledtrådar, kroppsspråk och möjligheten till en aktiv dialog. Det är dessutom omöjligt att använda vissa terapeutiska tekniker som rollspel och modellering. Vidare innebär anonymiteten att behandlaren har bristande uppsikt över klientens genomförande av behandlingen och att kraftiga försämringar av klientens hälsotillstånd, som skulle behöva ytterligare behandling, kan vara svåra att upptäcka (Rosen, Glasgow & Moore, 2003). Slutligen är en nackdel de olika former av tekniska problem som kan uppstå, t. ex. opålitlig Internetuppkoppling, borttappade lösenord och brister i säkerheten vid överförande av känslig information.

Internetbaserad självhjälp vs. traditionell individualterapi

För att utröna huruvida Internetbaserad självhjälpsbehandling kan uppnå resultat liknande de som erhålls vid en KBT-inriktad individualterapi, gjordes en studie av Carlbring et al. (in press)

med deltagare med paniksyndrom. Deltagarna slumpades på två betingelser, antingen tio sessioner sedvanlig individualterapi eller ett Internetbaserat självhjälpsprogram bestående av tio behandlingsmoduler med minimal terapeutkontakt via e-post. Resultaten tyder på att Internetadministrerad självhjälp, vid behandling av paniksyndrom., överlag är lika effektivt som traditionell individualterapi. Ännu har ingen studie av samma karaktär gjorts vid social fobi och dessa resultat kan inte per automatik antas gälla för detta område trots att behandlingskomponenterna är förhållandevis lika⁷, men rönen är principiellt viktiga då de visar på att Internetbaserad självhjälp kan vara ett fullgott alternativ.

SOFIE-projektet

Kontrollerade studier har även genomförts i avsikt att undersöka effekten av självhjälpsbehandling vid social fobi. Det s.k. SOFIE⁸-projektet har pågått vid Institutionen för psykologi sedan 2003 och har hittills utmynnat i fyra stycken psykologexamensuppsatser (Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Steczkó, 2004; Eriksson & Spak, 2004). Samtliga studier har använt sig av ett självhjälpsprogram, baserat på Clark och Wells förklaringsmodell, som deltagarna haft tillgång till via Internet. Självhjälpsprogrammet har bestått av nio moduler och behandlingen har därutöver innehållit begränsad e-postkontakt mellan terapeut och deltagare. Därutöver har ett diskussionsforum funnits tillgängligt i samtliga studier, i vilket deltagare fritt och anonymt kunnat stötta varandra och dela med sig av sina erfarenheter.

Den första studien, SOFIE-1, hade som syfte att undersöka effekten av ett Internetadministrerat självhjälpsprogram i kombination med gruppträffar för deltagare med social fobi. I denna studie visade behandlingsgruppen lägre genomsnittlig grad av ångest och undvikande av sociala prestations- och interaktionssituationer, en lägre grad av nedstämdhet samt en högre grad av livskvalitet i förhållande till kontrollgruppen (Holmström & Sparthan, 2003). Flera studier har visat att livskvaliteten hos personer med social fobi är signifikant lägre än hos normalpopulationen (Simon et al., 2002), varför livskvalitetshöjningen hos behandlingsgruppen i SOFIE-1 är ett viktigt fynd.

I SOFIE-2 ville författarna utforska effekten av ett modifierat behandlingsupplägg genom att lägga till telefonkontakt och ta bort gruppträffarna. I övrigt var behandlingsinnehållet nära på identiskt. Resultaten från studien visade på en signifikant förbättring hos behandlingsgruppen på mätskalorna social ångest, depression och generell ångest (Gunnarsdóttir & Hedensjö 2004). Dessa båda studier har alltså visat på att självhjälpsbehandling för personer med social fobi via Internet är verksamt och den senare att detta gäller även utan någon som helst öga-mot-öga kontakt mellan terapeut och deltagare.

Nyligen har en uppföljande studie till SOFIE-2, kallad SOFIE-2b, visat att goda resultat kan uppnås utan vare sig telefonstöd från terapeut eller gruppträffar (Steczko, 2004). I den nyligen avslutade SOFIE-3-studien undersökte författarna exponeringssessioners relativa effekt genom att randomisera deltagarna på de två betingelserna självhjälpsprogram + exponering i grupp och enbart självhjälpsprogram (Spak & Eriksson, 2005). Resultaten visade att båda grupperna förbättrades signifikant på samtliga socialfobimått, och frånvaron av skillnader mellan behandlingsgrupperna talar för att den utökade exponeringen i form av gruppträffar inte ökar behandlingens effektivitet. Detta är i enlighet med den kritik som getts ovan till

⁷ Gemensamma behandlingskomponenter är psykoedukation, kognitiv omstrukturering, exponering, ”assertivness-träning” och återfallsprevention.

⁸ SOFIE = SOcial Fobibehandling via Internet i kombination med Exponering.

gruppbehandling av social fobi. Hög frånvaro vid gruppträffarna innebär dock att resultaten bör tolkas med försiktighet. Tabell 1 visar en kort översikt av tidigare SOFIE-studier.

SOFIE	Grpträffar	Telkontakt	E-poststöd	Disk.forum	Resultat ⁹	Population
1	X		X	X	1.10	Hela riket, ingen särskild yrkesgrupp
2		X	X	X	1.08	Hela riket, ingen särskild yrkesgrupp
2b			X	X	1.00	Hela riket, ingen särskild yrkesgrupp
3	X ¹⁰		X	X	0.83 & 0.97	Studenter i Örebro

Tabell 1. *Beskrivning av resultat och huvudsaklig variation mellan tidigare studier i SOFIE-projektet.*

Den aktuella studien

Sammanfattningsvis har Internetbaserad självhjälp visat sig vara en effektiv behandlingsmetod för en rad psykiatriska störningar. SOFIE-projektet har visat att behandlingsformen även fungerar vid social fobi och att den är robust då goda resultat kunnat påvisas över flera studier med varierande grad och typ av terapeutkontakt samt på olika populationer.

Behandlingsrespons över tid

Viktigt att poängtera är dock att Internetterapien ännu befinner sig i sin linda och att endast ett blygsamt antal studier ännu genomförts. Vid en jämförelse med sedvanlig individualterapi framstår självhjälpsbehandling via Internet som väldigt överblickbar, sett från terapeutens perspektiv. Terapeuten träffar aldrig sin klient och vet därmed inte hur denne ser ut, har inte möjlighet att läsa kroppsspråk och har mycket begränsade kunskaper om hur klientens miljö ser ut. Terapeuten kanske inte ens har hört talas om orten klienten bor och verkar i, än mindre besökt den. Korta skrivna svar på veckans hemuppgift utgör den enda kontakten och vad som händer mellan första och sista e-post kontakten är mycket svårt att uttyda för behandlaren. Det tidigare SOFIE-studier visat är att efter behandlingens slut så tenderar klienten att må betydligt bättre än före, men vilket mönster denna förändringsprocess följer är fortfarande så gott som okänt. Därav kom idén till att föreliggande studie skulle kartlägga deltagarnas behandlingsrespons veckovis, under den nio veckor långa interventionen.

Varför är det då av värde att veta hur klientens respons på behandlingen utvecklas över tid? Till att börja med kan det vara ett viktigt terapeutiskt verktyg för att skapa adekvata förväntningar hos klienten vad gäller behandlingens effekt (Penava et al., 1998). En vanligt förekommande anledning till att klienter avbryter behandling i förtid är upplevelsen av utebliven förbättring (Rickels et al., 2004) och skulle man då som behandlare veta att förbättringen vanligtvis dröjer kan detta tjäna som motivationshöjare för denna grupp klienter. Även ett fynd som visar på motsatsen, att förbättring vanligtvis kommer tidigt, kan tänkas vara användbart som motivationshöjare för klienter som tvekar att påbörja behandling på grund av bristande tilltro till den egna förmågan att hantera utebliven initial förbättring. I vissa randomiserade kontrollerade studier, erbjuds de som hamnar i kontrollgruppen att senare få tillgång till samma behandling som de som hamnar i behandlingsgruppen vid lottning. Vid ett sådant upplägg skulle sistnämnda fynd kunna tjäna till att motivera de som hamnar i kontrollgruppen att fullfölja studien. Att följa respons över tid för KBT är också intressant

⁹ Genomsnittlig inomgrupp-effektstorlek på alla utfallsmått. För SOFIE 3 gäller den första siffran Internetbehandlingen och den andra gruppbehandlingen.

¹⁰ Två behandlingsgrupper, varav den ena erhöll gruppträffar

grundforskning och skillnader/likheter gentemot farmaka är information som är av intresse för behandlare inom psykiatri. Man kan också tänkas använda den veckovisa informationen för att predicera behandlingsutfall direkt efter behandling och vid uppföljning, och för att se om ”responders”¹¹ respektive ”non-responders” skiljer sig åt redan tidigt i behandlingen.

Ytterligare en faktor som spelade in i valet av studiens inriktning var möjligheten att vid behandling av social fobi utforska fenomenet *plötslig förbättring* (sudden gain), som på senare år tilldragits stor uppmärksamhet inom främst depressionsforskningen. Detta begrepp innebär att deltagare plötsligt uppnår en stor förbättring i symtomatologi, exempelvis en minskning med sju poäng på Beck Depression Inventory (BDI)¹² mellan två konsekutiva behandlingssessioner (Kelly, Roberts & Ciesla, 2005). Flera studier har visat att deltagare som erfar plötslig förbättring under behandlingen inte bara vidmakthåller dessa utan också totalt sett uppnår större förbättringar än deltagare utan sudden gains (Tang & de Rubeis, 2005; Stiles et al., 2003). Vilka mekanismer som ligger bakom plötslig förbättring och varför de tycks vara viktiga för slutresultatet är fortfarande okänt, men det finns visst empiriskt stöd för att en förändring av kognitiv stil, dvs. en minskning av negativa tankemönster, inträffar strax före plötslig förbättring (Kelly et al., 2005). Det har föreslagits att klientens insikt om att kognitiva tekniker kan användas för att handskas mer effektivt med livsproblem till del kan förklara fenomenet (Hollon, 1999). Författarna känner dock inte till någon studie som undersökt plötslig förbättring vid behandling av social fobi.

Ett antal studier har dock mätt behandlingsrespons under pågående terapi, vanligtvis med fyraveckors intervaller, vid KBT-behandling för social fobi. I vissa fall har KBT-behandling jämförts med farmakabehandling avseende respons över tid. Dessa har rapporterat att farmakabehandling ofta ger snabbare resultat initialt, men att KBT hinner ikapp och att vid slutet av behandlingsperioden är alternativen likvärdiga. Exempelvis fann Heimberg och kollegor att 52 procent av deltagarna i farmakagrupperna klassificerades som ”responders” efter sex veckor, jämfört med 28 procent av KBT-gruppen. Efter tolv veckor var dock motsvarande siffror 77 respektive 75 procent (Heimberg et al., 1998). Liknande resultat har även rapporterats av Davidson och kollegor, men då vid vecka fyra respektive 14 (Davidson et al., 2004). Det tycks vara så att behandlingsresponsen, både vad gäller KBT och farmaka, är jämn utan alltför stora trösklar. Detta är dock en osäker slutsats med tanke på att intervallerna med vilka man mäter respons ofta är fyra veckor eller längre, vilket kan tänkas maskera plötsliga förändringar. Vid ettårsuppföljning kvarstår vanligtvis resultaten av KBT-behandlingen i större utsträckning än av farmakabehandlingen (Blomhoff et al., 2001).

Syfte

Föreliggande studie är en replikation och vidareutveckling av tidigare SOFIE-studier (Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Steczkó, 2004; Eriksson & Spak, 2004). I den aktuella studien (SOFIE-4) jämförs en 9 veckor lång Internetbaserad KBT-behandling mot väntlistekontroll där deltagarnas respons mäts veckovis under behandlingsperioden.

Det primära syftet är att vinna ökade kunskaper om deltagarnas behandlingsrespons över tid i ett Internetadministrerat självhjälsprogram för social fobi. Då veckovisa mätningar i sig, applicerat på en beprövad behandlingsmetod, inte tillåter att långtgående slutsatser om

¹¹ Med detta menas att de uppvisar säkra tecken på att svara på behandlingen.

¹² Ett självadministrerat formulär som mäter depressiva symtom (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

kauslighet dras, ska föreliggande studie betraktas som explorativ i sitt syfte. Intentionen är alltså att skapa ett underlag för att generera hypoteser om verksamma mekanismer i denna typ av självhjälpsbehandling via Internet och stimulera till framtida forskning. Som en del av detta ingår att undersöka förekomsten av plötslig förbättring och responsutvecklingen över tid för gruppen kliniskt signifikant förbättrade.

Det sekundära syftet är att undersöka effekten av ett Internetadministrerat självhjälpsprogram för social fobi inklusive e-postbaserad terapeutkontakt på deltagarnas symtom och jämföra behandlingsutfall mot tidigare SOFIE-studier. Som en del av detta ingår dessutom att undersöka hur uppfyllandet av diagnostiska kriterier förändras över tid samt hur behandlingsgruppsdeltagarna uppfattar behandlingen.

Studien har godkänts av Forskningsetiska kommittén vid Uppsala universitet (dnr 03-636).

Hypoteser/frågeställningar

I enlighet med det primära syftet:

1. Hur fluktuerar behandlings- och kontrollgruppens sociala ångest veckovis under behandlingsperioden, mätt med självskattningsversionen av Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR; Liebowitz, 1987; Baker et al., 2000)?

I enlighet med det sekundära syftet förväntas behandlingsgruppen, i jämförelse med kontrollgruppen, att:

2. Minska rädsla och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer, mätt med LSAS-SR.

3. Minska symtom på social fobi i sociala prestations- och interaktionssituationer, mätt med Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ; Furmark et al., 1999), Social Phobia Scale (SPS; Mattick & Clarke, 1998) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clarke, 1998).

4. Minska sin grad av depression, mätt med självskattningsversionen av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994).

5. Minska sin ångestnivå, mätt med Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1998).

6. Öka sin livskvalitet, mätt med Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva & Retslaff, 1992).

METOD

Deltagare

Rekrytering

Deltagarna rekryterades delvis genom en väntelista, bestående av personer som sökt till tidigare SOFIE-studier, och delvis genom en Internetannons på sökmotorn Google i form av en länk till studiens hemsida. SOFIE-projektet har också fått uppmärksamhet i flera andra dagstidningar, bl a Göteborgstidningen och Upsala Nya Tidning, vilket sannolikt bidragit till att presumtiva deltagare fått kännedom om studien. Ingen ersättning utgick och de eventuella kostnader studien medfört deltagarna var begränsade till Internetuppkoppling samt utskrifter.

Urval

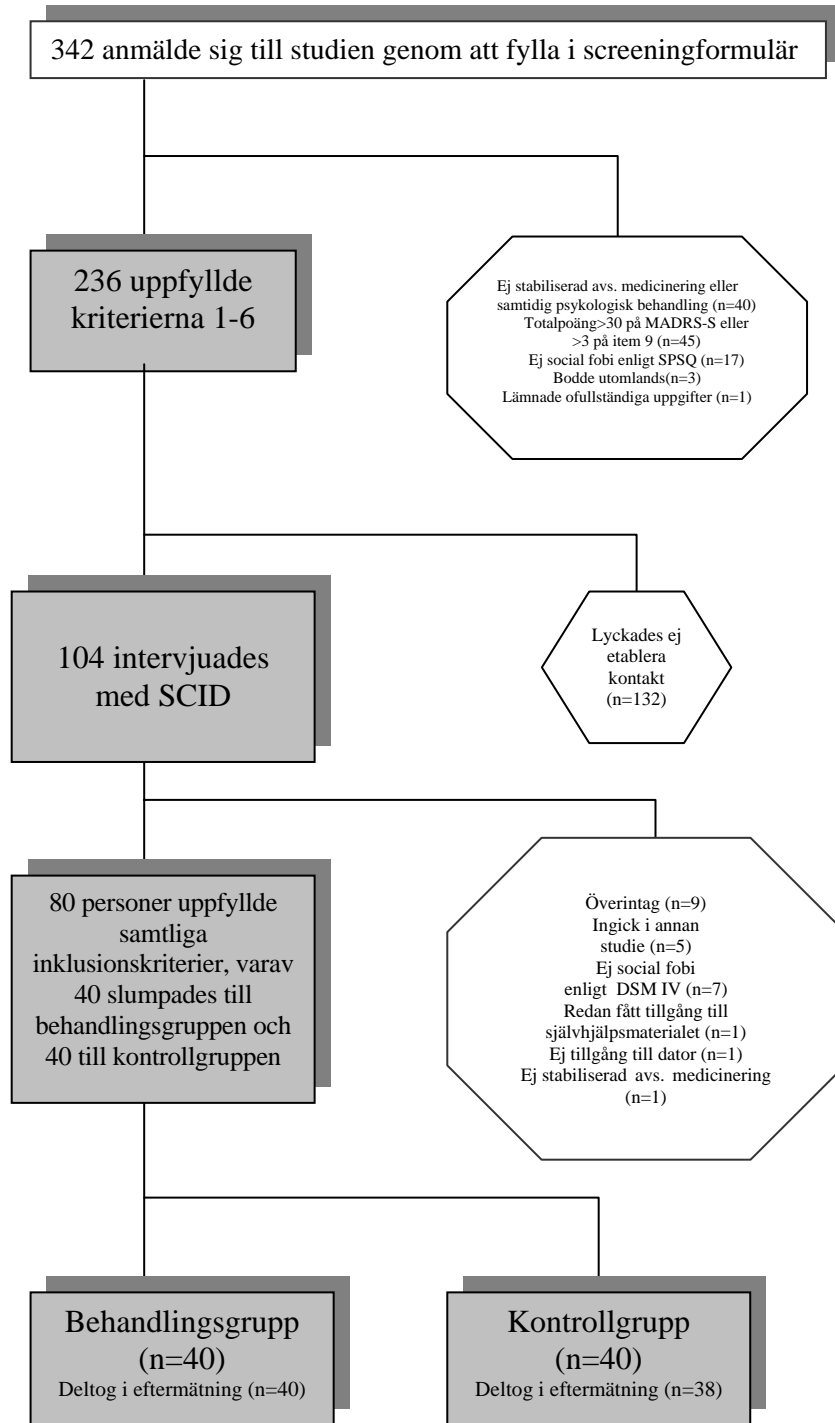
För att inkluderas i studien krävdes att potentiella deltagare:

1. Uppfyllde DSM-IV-kriterier för social fobi enligt SPSQ.
2. Hade en total nedstämdhetspoäng på <31 och <4 på livslustfrågan på MADRS-S.
3. Inte genomgick samtidig psykologisk behandling.
4. Var stabiliserade avseende medicinering (oförändrad medicindos sedan minst tre månader före behandlingsstart samt under studiens genomförande).
5. Hade tillgång till dator med Internetanslutning samt möjlighet att skriva ut PDF-dokument.
6. Var lägst 18 år.
7. Enligt SCID¹³-intervju hade social fobi som primärt problem.
8. Inte hade pågående alkohol- eller drogmissbruk enligt SCID.
9. Gav skriftligt samtycke enligt Personuppgiftslagen för lagring av personuppgifter.

Antalet personer som anmälde intresse för att delta i studien och fyllde i obligatoriska screeningsformulär på Internet var 342. Av dessa uppfyllde 226 inklusionskriterierna 1-6. En telefonadministrerad SCID-intervju genomfördes på 104 personer. Av de 104 som intervjuades bedömdes 97 ha social fobi som primärt psykiskt problem. Av de 97 slumpades 80 till två betingelser, 40 till Internetbaserad självhjälpsterapi och 40 till kontrollgrupp. Kontrollgruppsdeltagarna meddelades att de skulle få tillgång till behandlingsmaterialet direkt efter att Internetgruppen avslutat sin behandling. En närmare beskrivning av de olika urvalsstegen samt anledningarna till varför personer föll bort under rekryteringsförfarandet återfinns i figur 3¹⁴.

¹³ Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders är en semistrukturerad diagnostisk intervju som är utformad för att hjälpa kliniker och forskare att ställa reliabla DSM-IV diagnoser. SCID-I används för att ställa Axial I diagnoser och SCID-II för att ställa Axial II dito (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998).

¹⁴ Den aktuella studien delade kontrollgrupp med en parallell SOFIE-studie (SOFIE-4b), till vilken 40 deltagare randomiserades.



Figur 3. Flödesschema av urvalsförfarande med exkluderingsorsaker beskrivna i textrutor utan skugga.

Diagnosticering

Deltagare som anmälde sig till studien fick besvara frågor rörande personuppgifter, eventuell tidigare och pågående psykologisk behandling och medicinering samt fylla i ovannämnda

SIAS, SPS, SPSQ, LSAS-SR, BAI, MADRS-S och QOLI via Internet¹⁵. De deltagare som visade sig uppfylla inklusionskriterier 1-6 blev uppringda av författarna för att genomföra en telefonadministrerad kortversion av SCID. Denna innehöll de delar av SCID-I-RV och II som bedömdes vara relevanta, nämligen avsnitten rörande social fobi och fobisk personlighetsstörning. De deltagare som diagnosticerades som personer med social fobi inkluderades i studien. Även de deltagare som samtidigt uppfyllde kriterierna för fobisk personlighetsstörning inkluderades, eftersom de höga komorbiditetstalen mellan social fobi och fobisk personlighetsstörning talar för att det snarare rör sig om en grad- än artskillnad. (van Velzen, Emmelkamp & Scholing, 2000).

Diagnostisering av undergrupper

Med hjälp av fråga 1 på SPSQ, diagnosticerades samtliga deltagare med avseende på om den sociala fobin var generaliserad eller icke-generaliserad¹⁶. Som nämnts ovan, användes vid intervjun ett utdrag ur SCID-II, med vilket författarna fastslog huruvida deltagarna uppfyllde kriterierna för fobisk personlighetsstörning eller ej. Slutligen tillfrågades deltagarna vid SCID- intervjun vid vilken ålder deras sociala fobi debuterade. I tabell 2 nedan redovisas ovanstående subgrupper¹⁷ samt debutålder, fördelade på behandlings- respektive kontrollgrupp. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna förelåg före behandlingsstart, vilket oberoende t-test (debutålder) ($t_{(78)}=.31$, $p=.90$) och χ^2 -test (övriga variabler) ($\chi^2_{(1)}<0.61$, $p>.70$) visade.

Tabell 2. Subgrupper (andel), förekomst av fobisk personlighetsstörning (andel) samt år sedan debut (standardavvikelse) för respektive grupp före behandlingens start.

	Behandling (n = 40)	Kontroll (n = 40)	Totalt (n = 80)
Icke-generaliserad social fobi	9 (22.5%)	13 (32.5%)	22 (27.5%)
Generaliserad social fobi	31 (77.5%)	27 (67.5%)	58 (72.5%)
Fobisk personlighetsstörning	12 (15.0%)	12 (15.0%)	24 (15.0%)
Debutålder	16.2 (11.8)	16.6 (8.8)	16.4 (10.4)

Demografiska data

Vid den inledande screeningen på Internet ställdes en rad frågor rörande deltagarnas demografiska egenskaper, som skulle kunna påverka utfallsmåtten. Hur dessa egenskaper fördelades på behandlings- respektive kontrollgrupp redovisas i tabell 3. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna förelåg på någon variabel före behandlingens start. Kön ($\chi^2_{(1)} = 1.53$, $p=.22$), ålder ($t_{(78)}=.32$, $p=.75$), sysselsättning ($\chi^2_{(6)}=4.06$, $p=.54$), datorvana (Fisher exact probability test, $p>.99$), behandlingshistorik ($\chi^2_{(1)}=.05$, $p=.82$), Civilstånd ($\chi^2_{(5)}=12.90$, $p=.12$).

¹⁵ Dessa formulär beskrivs utförligt nedan under rubriken *Material*.

¹⁶ Kriterier för generaliserad social fobi är en totalpoäng >29 eller minst 5 situationer med skattningar på lägst 3.

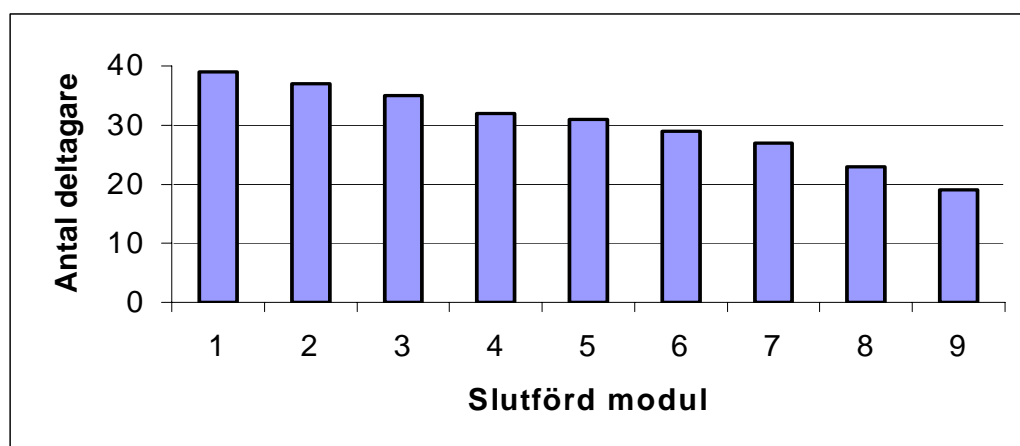
¹⁷ Fobisk personlighetsstörning är ingen officiell subgrupp, men tycks ej vara distinkt åtskild från social fobi. Se avsnittet "komorbiditet".

Tabell 3. Demografisk beskrivning av deltagarna (procentuell andel eller standardavvikelse inom parentes).

		Behandling (n = 40)	Kontroll (n = 40)	Totalt (n = 80)
Kön	Kvinna	31 (77.5%)	26 (65.0%)	57 (71.3%)
	Man	9 (22.5%)	14 (35.0%)	23 (28.8%)
Ålder	Medelålder (standardavvikelse)	35.0 (10.2)	35.7 (10.8)	35.3 (10.4)
	Min-Max	19-69	21-65	19-69
Civilstånd	Gift/sambo	22 (55.0%)	25 (62.5%)	47 (58.8%)
	Särbo	3 (7.5%)	4 (10.0%)	7 (8.8%)
	Ensamstående	12 (30.0%)	7 (17.5%)	19 (23.8%)
	Änka/änkling	1 (2.5%)	0 (0.0%)	1 (1.3%)
	Ej känt	2 (5.0%)	4 (10.0%)	6 (7.5%)
Sysselsättning	Förvärvsarbetande	19 (47.5%)	22 (55.0%)	41 (51.3%)
	Arbetslös	4 (10.0%)	4 (10.0%)	8 (10.0%)
	Student	14 (35.0%)	8 (20.0%)	22 (27.5%)
	Sjukskriven	2 (5.0%)	3 (7.5%)	5 (6.3%)
	Sjukpensionär	0 (0.0%)	2 (5.0%)	2 (2.5%)
	Ålderspensionär	1 (2.5%)	1 (2.5%)	2 (2.5%)
Behandlings-historik	Tidigare genomgått psykologisk behandling	16 (40.0%)	15 (37.5%)	31 (38.8%)
Datorvana	Mycket stor	16 (40.0%)	16 (40.0%)	32 (40.0%)
	Ganska stor	12 (30.0%)	10 (25.0%)	22 (27.5%)
	Medelstor	10 (25.0%)	13 (32.5%)	23 (28.8%)
	Ganska liten	2 (5.0%)	1 (2.5%)	3 (3.8%)
	Mycket liten	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Bortfall

Behandlingen bestod av nio moduler, som var avsedda att avhandlas i takten en per vecka. Figur 4 redovisar hur många av de 40 deltagarna i behandlingsgruppen som slutförde respektive behandlingsmodul inom de utsatta nio veckorna.



Figur 4. Antal deltagare som slutfört respektive modul i tid under behandlingens gång.

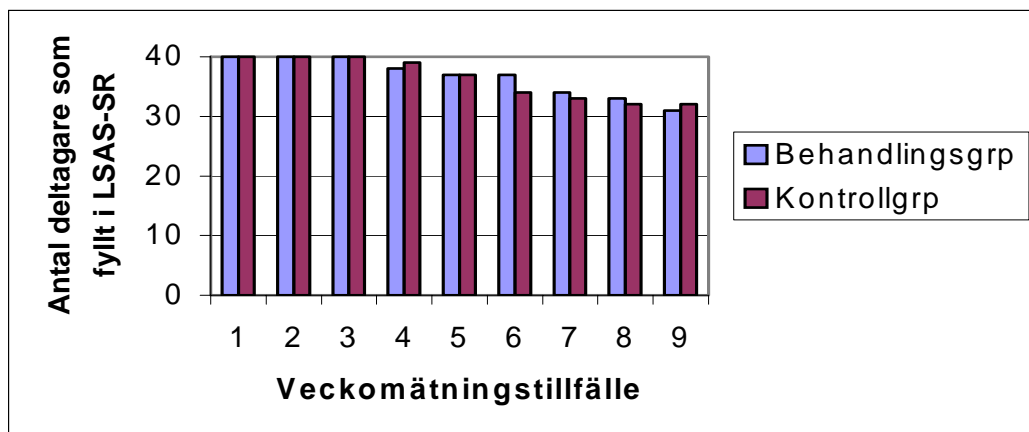
Av samtliga 40 deltagare slutförde 19 personer behandlingen inom avsatt tid. Under de nio veckor som behandlingen pågick var det totalt 21 personer som inte slutförde den sista behandlingsmodulen. Dock begärde endast fyra personer (10 %) i behandlingsgruppen att få hoppa av studien. Som orsak till avbrotten angavs familjeproblem (n=2) eller bristande tid (n=2). I kontrollgruppen hoppade en deltagare (2.5 %) av, eftersom denne påbörjat annan behandling. Sammanlagt var således andelen avhopp 6.3 procent. Resten hoppade alltså inte formellt av, men följde inte den avsedda takten.

När den officiella behandlingstiden var över hade deltagarna slutfört i genomsnitt 6.8 av nio moduler (SD = 2.8). Av de 21 personer som inte slutförde modul 9 avbröt en person under modul 1, två personer efter modul 1, två personer efter modul 2, tre personer efter modul 3, en person efter modul 4, två personer efter modul 5, två personer efter modul 6, fyra personer efter modul 7 och fyra personer efter modul 8.

Samtliga deltagare, alltså även de som hoppat av eller inte tagit del av alla moduler, ombads göra eftermätningarna. Av 80 deltagare svarade 78 på eftermätningarna, 40 ur behandlingsgruppen och 38 ur kontrollgruppen, vilket ger en bortfallsfrekvens på 2.5 procent. Då analysmetoden *intention-to-treat* (Nich & Carroll, 2002) tillämpades användes i dessa fall förmätningensvärdena även som eftermätningensvärden. Ett forskningsupplägg baserat på intention-to-treat principen kräver att deltagare analyseras i de grupper de slumpades till oavsett deras följsamhet beträffande behandlingen de erbjudits. Detta eftersom en analys baserad på följsamhet riskerar att snedvrider resultaten då grupper som definieras av följsamhet inte längre kan anses vara randomiserade. Konsekvensen av detta blir att en sådan grupp inte representerar den praktiska innebörden av behandlingen. Intention-to-treat syftar alltså till att skydda data från vilken man kan dra slutsatser, varför metoden ofta förespråkas av statistiker (Wright & Sim, 2003).

En deltagare i behandlingsgruppen svarade visserligen på eftermätningen, men hade under studiens gång påbörjat SSRI-behandling. Då det är omöjligt att avgöra i vilken utsträckning dennes förbättring kan tillskrivas självhjälpsbehandlingen respektive psykofarmaka användes även i detta fall förmätningensvärden som eftermätningensvärden.

Samtliga deltagare förväntades fylla i Internetbaserade veckomätningar vid ett fast tillfälle varje vecka i nio veckor. Frågorna bestod av LSAS-SR samt item 9 (livslust) ur MADRS-S. I både kontroll- och behandlingsgruppen fanns det dock deltagare som inte gjorde veckomätningen vid samtliga mättillfällen. De fyra som hoppat av studien hörde till denna grupp. Dock ombads de deltagare i behandlingsgruppen som inte följde avsedd takt ändå att göra samtliga veckomätningar. I de fall en deltagare inte gjort veckomätningen användes den senast genomförda i den statistiska analysen, en metod som kallas *last observation carried forward* (Mallinckrodt et al., 2003). Svansfrekvensen avseende veckomätningarna redovisas i figur 5.



Figur 5. Beskrivning av antalet deltagare som gjorde respektive veckomätning.

Material

Screening

Första delen av screeningförfarandet utgjordes av ett formulär för intresseanmälan bestående av diverse bakgrundsfrågor, såsom namn, kön, födelsedatum, bostadsadress, telefonnummer, e-postadress, eventuell psykologisk behandling samt pågående medicinering. Dessutom ombads de presumtiva deltagarna fylla i frågeformulären SPSQ och MADRS-S.

Den andra screeningsdelen bestod av en telefonintervju baserad på utvalda delar av SCID (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999).

Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

SCID är ett semistrukturerat intervjuinstrument, speciellt framtaget för att fastställa psykiatriska diagnoser enligt fjärde upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; APA, 1995). Instrumentet finns i olika versioner. Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998) kartlägger axel I diagnoser samt ger stöd i multiaxial diagnostik. SCID-I förekommer dels i en klinisk version (SCID-I CV), dels i en forskningsversion (SCID-I RV; First et al., 1999). Versionerna är uppbyggda på likartat sätt med den huvudsakliga skillnaden att den kliniska varianten är kortare och mindre detaljerad för att vara mer tillämpbar i kliniskt rutinarbete. I sin helhet innehåller den kliniska versionen av SCID-I sex olika moduler (A-F), där varje modul avser täcka ett syndrom/område.

SCID-I i sin heltäckande form är avsedd att behandla de olika modulerna i bokstavsordning, men det är upp till intervjuaren att ändra ordningsföljd eller välja ut enskilda delar beroende på vad som kan antas vara relevant i sammanhanget (First et al., 1998). Avsnitten som användes i telefonintervjun i föreliggande studie var ur modul F (ångestsyndrom) och rörde diagnosticering av social fobi (sida 11-15).

SCID-II (First et al., 1998) utgörs av intervjustöd för att ställa diagnos avseende personlighetsstörningar på axel II. Sällan används SCID-II i sin helhet och precis som i SCID-

I är det möjligt för intervjuaren att välja enbart de avsnitt som är av speciellt intresse. I föreliggande studie användes avsnitt rörande fobisk personlighetsstörning (sida 3-4). Administrering av de aktuella delarna av SCID via telefon har tidigare gjorts i SOFIE-studierna 2, 2b och 3.

Gemensamt för samtliga versioner av SCID är att det är intervjuarens kliniska bedömning av diagnoskriterierna som ska återges i koden och inte nödvändigtvis patientens svar på frågorna. Den intervjuade kan t. ex. förneka förekomsten av symtom men ändå erhålla en diagnos om intervjuaren gör bedömningen att kriteriet är uppfyllt.

SCID har visat sig vara ett reliabelt instrument för att fastställa axel I och axel II diagnoser (Segal, Hersen & Van Hasselt, 1994). Vid SCID-användning inbegriper förfarandet fortlöpande kliniska bedömningar och avgöranden från intervjuarens sida vilket dock medför att reliabiliteten påverkas av det sätt på vilket instrumentet används. Ett antal studier, där man fokuserat på interbedömarreliabilitet för särskilda diagnoskriterier, har gett Cohens kappavärden från 0.70 till 1.00 (First et al., 1998).

Självskattningsformulär

Formulär som mäter social fobi

Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)

SPSQ är ett självskattningsinstrument, utarbetat vid Institutionen för Psykologi i Uppsala, som används för att diagnosticera social fobi och fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV (APA, 1995). Formuläret mäter graden av obehag i totalt 14 sociala prestations- eller interaktionssituationer (fråga 1). Varje situation skattas på en skala från 0 (inte alls obehagligt) till 4 (våldigt obehagligt). För att erhålla diagnosen social fobi krävs att personen:

- a) Skattar obehaget som mer än eller lika med 3 på åtminstone en av de 14 situationerna på fråga 1.
- b) Uppvisar ett konsistent svarsmönster på DSM-IV-kriterierna A-D (fråga 2-7).
- c) Hämmas i åtminstone en av tre livsdomäner (minst ett "ja") på E-kriteriet (fråga 8). F-kriteriet var i den föreliggande studien automatiskt uppfyllt eftersom samtliga deltagare var över 18 år. För att erhålla diagnosen generaliserad social fobi ska personen ha skattat minst 5 situationer som lägst 3 på fråga 1 och/eller ha en totalpoäng på lägst 30.

För att även täcka in diagnosen fobisk personlighetsstörning, innehåller SPSQ sju påståenden (fråga 10) från DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire (DIP-Q; Ekselius, 1999).

Formuläret visar på en god samtidig validitet och höga korrelationer med frågeformulären SPS ($r = 0.77$) och SIAS ($r = 0.79$). Cronbachs alfa = 0.90 för de 14 sociala obehagsituationerna visar på en hög intern konsistens (Furmark et al., 1999). Då en preliminär utvärdering gjordes av självskattningsformulärets psykometriska egenskaper (ibid.) identifierades samtliga av 35 personer med social fobi och 19 av 20 personer utan social fobi med SPSQ, vilket gav en sensitivitet på 100 procent och en specificitet på 95 procent. Referensgruppen utgjordes av personer som tidigare genomgått intervju enligt SCID.

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

LSAS är ett instrument som syftar till att bedöma rädsla och undvikande i sociala situationer. Formuläret innehåller 24 situationer, som antas vara obehagliga för en person med social fobi, varav 13 utgörs av prestationssituationer och elva av interaktionssituationer. För varje situation skattas, på en Likertskala som sträcker sig från 0 till 3, graden av rädsla/ångest (0 = ingen; 3 = stark) respektive undvikande (0 = aldrig; 3 = vanligtvis). Totalpoäng kan beräknas både för rädsla/ångest och för undvikande i prestations- respektive interaktionssituationer. Sammanlagt är det alltså möjligt beräkna sex olika delskalor. Genom att summera totalpoängen för rädsla/ångest och undvikande kan man dessutom erhålla en sammanlagd totalpoäng för hela skalan. LSAS är ursprungligen ett klinikeradministrerat instrument, men finns också i en självskattningsversion (LSAS-SR), vilken använts i föreliggande studie.

LSAS-SR har, i likhet med den kliniskt administrerade versionen, en hög intern konsistens med alfavärden på 0.95 för hela skalan och från 0.79 till 0.92 för övriga delskalor (Baker, Heinrichs, Kim & Hofmann, 2002). Test-retestrelabiliteten efter tolv veckor för totalpoängen har uppmätts till $r = 0.83$. Överensstämmelsen mellan självskattningsversionen och den kliniskt administrerade versionen av LSAS har också visat sig vara god med korrelationer som sträcker sig från 0.81 till 0.85. LSAS-SR har också en god konvergent och diskriminativ validitet, då formuläret korrelerar högre med andra självskattningsformulär för social ångest än med formulär som mäter depression, (Fresco et al., 2001). Skalan har vidare den fördelen att den är känslig för förändring, varför den använts flitigt i flertalet behandlingsstudier (Baker et al., 2002).

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

SPS avser mäta ångest i 20 stycken prestationssituationer medan SIAS mäter affektiva, beteendemässiga och kognitiva reaktioner i 20 interaktionssituationer. De båda självskattningsskalorna är framtagna av Mattick och Clarke (1998). Skalorna har fem skalsteg som spänner mellan 0 (stämmer inte alls på mig) och 4 (stämmer precis på mig) och är av Likerttyp. Både SPS och SIAS har en god test-retestrelabilitet med korrelationer som varierar från 0.66 till 0.93 för SPS och från 0.86 till 0.92 för SIAS (Mattick & Clarke, 1998). Vidare har SPS en hög intern konsistens med alfavärden på 0.89, vilket också gäller för SIAS där det motsvarande värdet är 0.93. De båda måtten har en god diskriminativ validitet, vilket visar sig genom att personer med social fobi ger högre skattningar än personer med andra ångeststörningar.

Formulär som mäter depression, ångest och livskvalitet

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

MADRS är en skattningsskala som används för att upptäcka förändringar i grad av depression. Svanborg och Åsberg har senare utarbetat en självskattningsversion av skattningsskalan (MADRS-S), som använts i föreliggande studie (Svanborg & Åsberg, 1994). MADRS-S består av nio items som avser mäta symtomen (1) Sinnesstämning, (2) Oroskänslor, (3) Sömn, (4) Matlust, (5) Koncentrationsförmåga, (6) Initiativförmåga, (7) Känslomässigt engagemang, (8) Pessimism samt (9) Livslust. Varje symptom skattas enligt en sjugradig skala med fyra definierade och tre mellanliggande icke-definierade skalsteg.

Höga korrelationer mellan MADRS och MADRS-S (från $r = 0.80$ till 0.94) visar på en god samstämmighet mellan de olika versionerna (Svanborg & Åsberg, 1994). Test-

retestreliabiliteten för MADRS-S har uppskattats till mellan 0.80 och 0.94 (ibid.). Svanborg och Åsberg (2001) visade i en jämförande studie mellan Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) och MADRS att de båda skattningsskalorna var högt korrelerade ($r = 0.87$).

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI är ett självskattningsformulär som utarbetats med avsikt att mäta generell ångestnivå (Beck et al., 1988). Instrumentet utgörs av 21 ångestsymtom, vilka skattas på en fyrgradig Likertskala där 0 = aldrig och 3 = nästan hela tiden. BAI har en hög intern konsistens (alfa = 0.92) och test-retestreliabiliteten för en vecka är $r = 0.75$ (ibid.). BAI har också fördelen att väl kunna skilja ångest från depression, dvs. god diskriminativ validitet.

Quality of Life Inventory (QOLI)

QOLI är ett instrument som mäter livskvalitet, såsom respondenten uppfattar den (Frisch et al., 1992). Formuläret är baserat på antagandet att en individs övergripande livstillfredsställelse består av summan av tillfredsställelsen inom följande 16 områden: (1) hälsa, (2) självrespekt, (3) mål och värderingar, (4) ekonomi, (5) arbete, (6) fritid, (7) inlärning, (8) kreativitet, (9) hjälpsamhet gentemot andra, (10) kärlek, (11) vänner, (12) barn, (13) anhöriga, (14) hem, (15) grannskapet, (16) samhället. Vart och ett av dessa områden skattas både på en tregradig skala (0 till 2) utifrån hur *viktigt* man tycker att området är, och på en sexgradig skala utan 0-alternativ (-3 till 3) utifrån hur *nöjd* man är med området. Poängen för varje område utgörs sedan av produkten av de två skattningarna (exempelvis $2 \times (-3) = -6$). Genom detta beräkningssätt får graden av tillfredsställelse inom ett område som skattats som mycket viktigt en större betydelse för den totala livskvaliteten, än områden som bedöms som mindre viktiga men har samma grad av tillfredsställelse.

QOLI har mycket goda psykometriska egenskaper med hög intern konsistens, god test-retestreliabilitet (0.92) (Carlbring et al., 2004), samt god samtidig respektive diskriminativ validitet (Frisch et al., 1992).

Behandlingsutvärdering

Deltagarna i behandlingsgruppen fick utvärdera behandlingen med hjälp av ett frågeformulär med både kvantitativa och kvalitativa frågor (se bilaga 1). Formuläret är ursprungligen konstruerat av Carlbring (1999) för utvärdering av Panikprojektet och har sedan omarbetats av författarna till SOFIE-1 (Holmström & Sparthan, 2003) för studier inom SOFIE-projektet.

Självhjälpsmaterial

Huvudkomponenten i behandlingsprogrammet utgjordes av ett självhjälpsmaterial, som deltagarna i behandlingsgruppen fick ta del av både i elektroniskt- och pappersformat. Materialet har utarbetats av uppsatsförfattarna till SOFIE-1 och består av nio behandlingsmoduler med sammanlagt 189 sidor text (Holmström & Sparthan, 2003). Texten bygger på beprövade kognitiva beteendeterapeutiska interventioner och inspiration till självhjälpsmaterialet (ibid.) har bl a hämtats från Clark och Wells (1995) och från böckerna: *Social Fobi – Att känna sig granskad och bortgjord* (Kåver, 1999) samt från självhjälpsmanualerna som ingick i Panikprojektet (Carlbring, 1999). Inför den föreliggande

studien gjordes smärre ändringar av självhjälpsmaterialet, framförallt rörande avsnitt om gruppträffar, som ju inte förekom i den aktuella studien.

Modulinnehåll

Modul 1 – Introduktion och psykoedukation

Första modulen innehåller en genomgång av begreppet social fobi, beskrivning av orsaker till, symtom och behandling av tillståndet samt fakta om KBT och principerna bakom exponeringsbehandling.

Modul 2 – Clark och Wells kognitiva modell för social fobi

I och med andra modulen introduceras Clark och Wells (1995) kognitiva modell för social fobi med beskrivning av automatiska tankar, grundantaganden och livsregler. Övningar för arbetet med att identifiera och registrera negativa automatiska tankar ges.

Modul 3 – Kognitiv omstrukturering I

Modul 3 vigs åt en genomgång av tankefällor och olika strategier för ifrågasättande och förändring av tankemönster. Deltagaren får även i uppgift att formulera egna mål för behandlingen.

Modul 4 – Kognitiv omstrukturering II

Fjärde modulen introducerar ytterligare strategier för att ifrågasätta och utmana negativa automatiska tankar, t. ex. beteendexperiment, och berör vanliga problem som kan uppstå i samband med detta arbete.

Modul 5 – Exponering I

Denna modul ägnas uteslutande åt exponering. Efter inledande upplysning kring principerna bakom exponering och successivt närmande får deltagaren stegvisa instruktioner i skapandet av ångesthierarki/er.

Modul 6 – Skifta fokus

Med utgångspunkt i Clark och Wells kognitiva modell (ibid.) får deltagaren läsa om självfokusering och hur denna företeelse bidrar till vidmakthållandet av social fobi och hur man kan göra för att skifta fokus. Modulen avslutas med en repetition av begreppet säkerhetsbeteenden och en genomgång av kopplingen mellan säkerhetsbeteenden, självfokus och ångestsymtom.

Modul 7- Exponering II

Denna modul ägnas till del åt problemlösning av svårigheter som ofta uppstår i samband med exponering. Detta kan vara t. ex. brist på exponeringstillfällen, återkommande rädsla mellan exponeringar och bristande planering.

Modul 8 – Sociala färdigheter

Olika aspekter av kommunikation och sociala färdigheter är i fokus i denna modul. Begreppet ”assertivness” introduceras samt ett antal tekniker för att hävda sin rätt och leverera ”jag-budskap”.

Modul 9 - Återfallsprevention

Avsnittet innehåller en beskrivning av begreppen perfektionism och självförtroende och den roll dessa problemområden spelar i relation till social ångest. I avsikt att förebygga och

hantera bakslag avhandlas återfallsprevention och deltagaren får i uppgift att skapa en åtgärdsplan.

Tabell 4. Huvudkomponent i behandlingen för respektive modul.

Modul	Innehåll	Antal A4-sidor
1	Introduktion och psykoedukation	19
2	Clark & Wells kognitiva modell för social fobi	20
3	Kognitiv omstrukturering I	30
4	Kognitiv omstrukturering II	23
5	Exponering I	21
6	Skifta fokus	19
7	Exponering II	17
8	Sociala färdigheter	19
9	Återfallsprevention	21
	Totalt antal sidor	189

Samtliga moduler avslutas med ett antal hemuppgifter relaterade till den aktuella modulen. Svaren på dessa skulle deltagaren i den aktuella studien e-posta till sin Internetterapeut för kommentarer. För att få ta del av nästkommande modul krävdes dessutom korrekt rapportering av ”veckans lösenord”, vilket erhöles genom att deltagaren svarade rätt på samtliga frågor i respektive moduls avslutande kunskapskontrolltest med flervalsalternativ på Internet.

Diskussionsforum

Ett diskussionsforum upprättades på Internet, genom vilket deltagarna anonymt kunde dela med sig av tips och erfarenheter, erbjuda varandra stöd och ta upp problem. Genom forumet kunde även terapeuterna på ett snabbt och smidigt sätt meddela samtliga deltagare i behandlingsgruppen om eventuella förändringar eller klargöranden. För varje deltagare var det obligatoriskt att göra minst ett inlägg i veckan i forumet om ett i förväg bestämt ämne, t. ex. ”Hur går det med exponeringarna?”

Design

Designen utgörs av en experimentell split-plot faktoriell behandlingsstudie. Oberoende variabler utgörs av en mellangrupsvariabel, (behandlingsgrupp), med två lägen, behandling-kontroll, och en inomgrupsvariabel (tid) med elva lägen (för LSAS-SR), dvs. en förmätning, nio veckovisa mätningar under behandlingsperioden och en eftermätning. Kontrollgruppen stod på väntlista och erbjöds ta del av självhjälpsmaterialet vid slutet av de nio behandlingsveckorna. Beroendevariabler utgörs av resultat på skattningsformulären SPSQ, LSAS-SR, SIAS, SPS BAI, MADRS-S och QOLI. LSAS-SR och användes vid för- och eftermätningar, samt i slutet av varje behandlingsvecka. MADRS-S användes i sin helhet vid för- och eftermätningar och dess item 9 i slutet av varje behandlingsvecka. De övriga formulären nyttjades endast vid för- och eftermätning.

Procedur

Hemsida

Under perioden 21-30 november, 2004 var en hemsida för SOFIE-4 projektet öppen för allmänheten (www.kbt.nu/sofie4). På denna sida presenterades KBT-behandling av social fobi, information om studiens genomförande, en kort beskrivning av de som arbetade med projektet och humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer. På sidan fanns även en blankett för nedladdning och utskrift, som rörde godkännande av behandling av personuppgifter. Denna var man tvungen att skriva under och skicka in för att inkluderas i studien. På hemsidan fanns också information om hur intresseanmälan kunde göras.

Anmälan/diagnosticering

På Internet kunde potentiella deltagare göra en intresseanmälan och fick i samband med detta fylla i SPSQ och MADRS-S samt delge uppgifter om eventuell medicinering eller psykologisk behandling. Nästa steg i selektionsprocessen bestod av en telefonbaserad SCID-intervju som genomfördes av författarna. För att genomgå en sådan krävdes av deltagarna att de uppfyllde inklusionskriterierna 1-6 (se *Urval*). Vid varje steg i rekryteringsförfarandet skickades exkluderingsmail till de som inte bedömdes vara lämpliga deltagare i studien. Detta gjordes särskilt skyndsamt i de fall då det bedömdes att personen ifråga var i behov av akut läkarhjälp pga. suicidrisk. I exkluderingsmailen gavs, förutom förklaring till att personen inte fick delta, förslag på tillvägagångssätt för att få hjälp på annat håll samt tips om självhjälpstlitteratur.

SCID-intervju

Författarna förberedde sig inför SCID-intervjuerna genom att delta i en föreläsning vid Institutionen för psykologi om SCID-användning, i vilken övningar i att administrera SCID ingick. Vidare lästes SCID-manualen (First et al., 1998) av författarna och flera testintervjuer genomfördes på kollegor. Författarna läste också noggrant in sig på kriterierna för social fobi enligt DSM –IV. Som nämnts ovan administrerades SCID- intervjuerna per telefon och den del som användes av SCID-I var ur modul F och gällde diagnosticering av social fobi och av SCID –II användes avsnittet rörande fobisk personlighetsstörning.

Förmätning

Potentiella deltagare som uppfyllt inklusionskriterierna och enligt SCID- intervju bedömdes ha social fobi som primärt psykiskt problem uppmanades delta i förmätningar via Internet veckan före behandlingsstart, dvs. vecka ett, 2005. Förmätningen utgjordes av självskattningsformulären SPSQ, LSAS-SR, SIAS, SPS, BAI, QOLI, och MADRS-S.

Randomisering

Av de 89 personer som gjort förmätningarna randomiserades 80 till en av två betingelser, nämligen 40 till behandlingsgrupp och 40 till kontrollgrupp. Ytterligare en randomisering gjordes för att fördela deltagarna i behandlingsgruppen på de fem Internetterapeuterna, varav uppsatsförfattarna fick 13 var, två co-terapeuter fick fem var och en co-terapeut fick fyra.

Randomiseringen gjordes på en webbsida (<http://www.random.org>) som tillhandahåller en randomiseringstjänst baserad på atmosfäriskt brus, vilket garanterar sann randomisering.

Kort efter randomiseringarna genomförts meddelades deltagarna om vilken grupp de hamnat i. De som slumpats till behandlingsgruppen fick reda på vem som skulle vara deras Internetterapeut under behandlingstiden samt upplystes om de lösenord som behövdes för att få tillgång till diskussionsforumet och behandlingsmodulerna via Internet. De som slumpats till kontrollgruppen informerades om när de skulle få tillgång till självhjälpsmaterialet. Samtliga deltagare fick information om hur de skulle gå tillväga för att göra veckomätningarna.

Behandling

Terapeuter

Utöver författarna deltog tre legitimerade psykologer (Annelie Holmström, Elisabeth Sparthan och Maria Tillfors) med tidigare erfarenhet av Internetbehandling som co-terapeuter.

Självhjälpsprogram

Behandlingsperioden var nio veckor lång (10 jan-13 mars, 2005). Deltagarna förväntades tillgodogöra sig en behandlingsmodul per vecka. Varje modul innehöll ett antal hemuppgifter som deltagarna skulle skicka till sin Internetterapeut senast midnatt varje söndag. Hemuppgifterna möjliggjorde en bedömning av huruvida klienterna tillgodogjort sig materialet och gav deltagarna ett tillfälle att ta upp eventuella svårigheter. Förutom korrespondens kring hemuppgifterna, hade deltagarna möjlighet att när som helst ställa frågor rörande behandlingen. Samtliga terapeuter utom en gav löfte om att kommentera hemuppgifter och besvara all annan e-post från klienter inom 24 timmar. All korrespondens mellan klient och terapeut skedde per e-post.

Självhjälpsmaterialet skickades ut i pappersform varje fredag, vilket gjorde att behandlingsgruppsdeltagarna hade materialet tillhanda varje måndag. De som inför utskicket av nästa modul låg mer än en modul efter den avsedda takten, fick inte nästa modul förrän de hunnit ikapp. Beträffande tillgången till självhjälpsmaterialet via Internet, ansvarade varje terapeut för uppgraderingen av sina klienter till nästa modul, vilket tidigast skedde måndag morgon varje vecka under behandlingstiden. Det var således inte möjligt att avverka modulerna i snabbare takt än en per vecka.

Veckomätning

Varje söndag under behandlingens gång förväntades samtliga deltagare att fylla i veckomätningen (LSAS-SR och MADRS-S item 9) på Internet. Påminnelser skickades ut varje söndag kl 06.00 via SMS¹⁸. Om deltagaren inte fyllt i veckomätningen senast måndag morgon, skickades en e-postpåminnelse. Hade de fortfarande inte fyllt i veckomätningen på måndag kväll, inleddes på tisdagen försök att nå dessa deltagare per telefon för att påminna om detta.

¹⁸ SMS=Short Message Service, textmeddelande via mobiltelefon.

Resultaten av veckomätningarna monitorerades noggrant för att upptäcka eventuell suicidrisk bland deltagare. I de fall då någon fick en poäng som översteg 3 på MADRS-S item 9, blev denna person uppringd och uppmanad att söka läkarhjälp om behovet av detta ansågs vara akut.

Diskussionsforum

En del av behandlingen bestod av ett diskussionsforum på Internet där deltagare i behandlingsgruppen kunde mötas anonymt och diskutera insikter och behandlingen samt ge varandra stöd och råd. I varje moduls hemuppgifter ingick att göra ett inlägg om ett aktuellt ämne. Inläggen granskades dagligen och möjlighet fanns att ta bort olämpliga inlägg. Detta behövde dock aldrig göras. Diskussionsforumet finns kvar i ett år efter avslutad behandling.

Eftermätning

Två veckor före behandlingens slut skickades ett brev per e-post till samtliga deltagare i vilket information gavs om hur de skulle gå till väga för att göra eftermätningarna på Internet. Tre dagar före behandlingsslutet skickades dessutom en påminnelse. Deltagarna uppmanades att göra eftermätningarna mellan den 14 och 24 mars 2005. De deltagare som inte gjort mätningar under denna period fick ytterligare påminnelser i form av e-post och telefonsamtal. Eftermätningen utgjordes av samma självskattningsformulär som vid förmätningen.

Statistiska analyser

För att kontrollera huruvida deltagare i behandlings- och kontrollgruppen signifikant skilde sig åt beträffande ålder och debutålder för social fobi användes oberoende t-test. Eventuell skillnad mellan grupperna före behandling avseende demografiska data på nominalskalenivå och subgrupp av social fobi prövades med χ^2 -test och Fisher's Exact Probability Test. För- och eftermätningens värden analyserades med tvåvägs split-plot ANOVA med upprepad mätning. Analys med ANCOVA gjordes på deltagare med och utan plötslig förbättring då grupperna skilde sig åt vid förmätningen. Eftertestning gjordes med Scheffés test (LSAS-SR veckomätningar) och t-test med Bonferronikorrigerade p-värden (övriga utfallsmått). Analys av skillnad inom behandlingsgruppens veckovisa mätningar skedde med beroende t-test. Samtliga effektstorlekar (Cohens d) har beräknats på den poolade standaravvikelsen.

Resultat

Skillnader före behandlingsstart

Inga signifikanta skillnader förelåg mellan behandlings- och kontrollgrupp före behandlingens start på något av utfallsmåtten ($t_{(78)}=0.01-1.29$, $p=0.20-0.99$).

Utfallsmått relaterade till social fobi

Tabell 5. Resultat av variansanalys på utfallsmåtten LSAS-SR, SPS, SIAS och SPSQ samt effektstorlekar.

Instrument	Grupp	Före m (SD)	Efter m (SD)	Huvudeffekt		Interaktions effekt Tid x Grupp $F_{(1,78)}$	Effektstorlek		
				Tid $F_{(1,78)}$	Grupp $F_{(1,78)}$		Inom	Mellan	
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)									
Total	Behand.	71.30 (22.49)	51.70 (21.95)	15.66**	2.34	14.29**	0.88	0.75	
	Kontroll	71.28 (24.93)	70.30 (27.23)				0.04		
Rädsla/ångest	Behand.	36.55 (11.49)	27.13 (10.61)	19.53**	3.2	19.12**	0.85	0.74	
	Kontroll	36.33 (12.42)	36.28 (13.76)				0.00		
Undvikande	Behand.	34.75 (11.74)	24.23 (11.48)	34.63**	3.51	23.20**	0.91	0.75	
	Kontroll	34.95 (12.90)	33.90 (14.05)				0.08		
Social Phobia Scale (SPS)									
Total	Behand.	39.15 (15.35)	26.65 (13.30)	33.77**	0.88	26.56**	0.87	0.60	
	Kontroll	36.35 (17.10)	35.60 (16.16)				0.05		
Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)									
Total	Behand.	44.13 (11.24)	34.38 (11.65)	21.76**	0.17	24.36**	0.85	0.44	
	Kontroll	40.30 (15.02)	40.58 (16.26)				0.02		
Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)									
Total Item 1	Behand.	32.18 (7.16)	22.85 (9.11)	31.18**	1.56	24.62**	1.15	0.65	
	Kontroll	30.28 (10.33)	29.73 (11.83)				0.05		

** $p < .001$

LSAS-SR

Totalt för hela skalan fanns en signifikant huvudeffekt av tid och en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Figur 8, Tabell 5). Eftertest visade att behandlingsgruppen var mer förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut ($t_{(78)}=3.36$, $p < .01$). Mellangruppseffektstorleken (Tabell 5) var medelstor på gränsen till stor.

För delskalan rädsla/ångest fanns en signifikant huvudeffekt av tid och en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Tabell 5). Eftertest visade att behandlingsgruppen var mer förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut ($p < .01$). För delskalan undvikande fanns en signifikant huvudeffekt av tid och en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Tabell 5). Eftertest visade att behandlingsgruppen var mer förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut ($p < .01$).

SPS

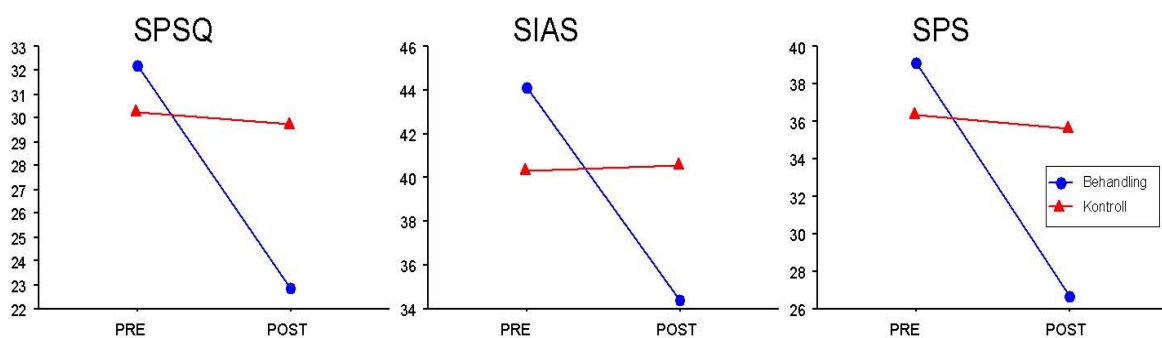
För SPS fanns en signifikant huvudeffekt av tid och en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Figur 6, Tabell 5). Eftertest visade att behandlingsgruppen var mer förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut ($t_{(78)} = 2.70$, $p < .01$). Mellangruppsseffektstorleken (Tabell 5) var medelstor.

SIAS

För SIAS fanns en signifikant huvudeffekt av tid och en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Figur 6, Tabell 5). Eftertest visade att behandlingsgruppen ej var signifikant mer förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut, men att en trend fanns ($t_{(78)} = 1.96$, $p = .053$). Mellangruppsseffektstorleken (Tabell 5) var måttlig.

SPSQ

För SPSQ fanns en signifikant huvudeffekt av tid och en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Figur 6, Tabell 5). Eftertest visade att behandlingsgruppen var mer förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut ($t_{(78)} = 2.91$, $p < .01$). Mellangruppsseffektstorleken (Tabell 5) var medelstor.



Figur 6. Förändring under behandlingstiden på utfallsmåtten SPSQ, SIAS och SPS. OBS! Axlar ej genom origo.

Utfallsmått relaterade till depression, ångest och livskvalitet

I tabell 6 nedan redovisas resultat från variansanalysen av utfallsmåtten MADRS-S, BAI och QOLI.

Tabell 6. Resultat av variansanalys på utfallsmåtten MADRS-S, BAI och QOLI samt effektstorlekar.

Instrument	Grupp	Före m (SD)	Efter m (SD)	Huvudeffekt		Interaktion Tid x Grupp $F_{(1,78)}$	Effektstorlek	
				Tid $F_{(1,78)}$	Grupp $F_{(1,78)}$		Inom	Mellan
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)								
Total	Behand.	14.88 (7.78)	11.10 (6.87)	6.16*	2.63	8.93*	0.52	0.58
	Kontroll	15.73 (9.28)	16.08 (10.13)				0.04	
Beck Anxiety Inventory (BAI)								
Total	Behand.	16.10 (7.36)	10.53 (6.56)	16.09**	2.11	8.87*	0.80	0.60
	Kontroll	16.15 (9.55)	15.33 (9.27)				0.09	
Quality of Life Inventory (QOLI)								
Total ^A	Behand.	0.78 (1.94)	1.24 (2.00)	1.02	1.53	4.80*	0.23	0.44
	Kontroll	0.60 (1.90)	0.44 (1.64)				0.09	

^A Högre värde indikerar högre upplevd livskvalitet

* $p < .05$, ** $p < .001$

MADRS-S

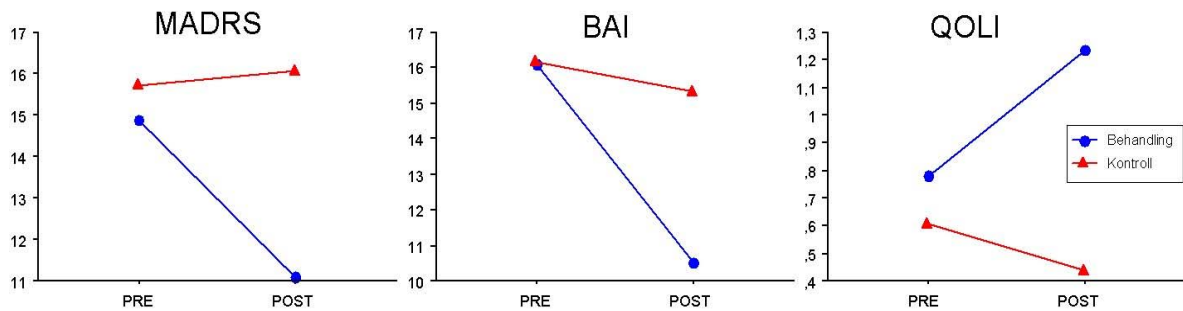
För MADRS-S fanns en signifikant huvudeffekt av tid och en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Figur 7, Tabell 6). Eftertest visade att behandlingsgruppen var mer förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut ($t_{(78)}=2.57$, $p=.01$). Mellangruppsseffektstorleken (Tabell 6) var medelstor.

BAI

För BAI fanns en signifikant huvudeffekt av tid och en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Figur 7, Tabell 6). Eftertest visade att behandlingsgruppen var mer förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut ($t_{(78)}=2.67$, $p=.01$). Mellangruppsseffektstorleken (Tabell 6) var medelstor.

QOLI

För QOLI fanns en signifikant interaktionseffekt tid x grupp (Figur 7, Tabell 6). Eftertest visade att behandlingsgruppen ej var mer signifikant förbättrad än kontrollgruppen vid behandlingens slut, men att en trend fanns ($t_{(78)}=1.96$, $p=.054$). Mellangruppsseffektstorleken (Tabell 6) var måttlig.



Figur 7. Förändring under behandlingstiden på utfallsmåtten MADRS-S, BAI och QOLI. OBS! Axlar ej genom origo.

Övriga analyser av behandlingseffekt

Klinisk signifikant förbättring

I föreliggande studie definieras klinisk signifikant förbättring utifrån två kriterier. Det första av dessa är att deltagarens eftermättningspoäng ska ligga inom två standardavvikelser från normalpopulationens medelvärde. Det andra är att en s.k. *reliable change* ska ha ägt rum under behandlingen, en förändring vars storlek bestäms av samplets initiala standardavvikelse och det aktuella måttets reliabilitet. Deltagaren ska alltså ha genomgått en tillräckligt stor förändring för att förändringen ej ska kunna tillskrivas mätinstrumentets otillförlitlighet (Jacobson & Truax, 1991). Signifikansnivån i den aktuella studien sattes till $p < .05$.

Tabell 7. Antal deltagare (andel i %) i behandlings- och kontrollgrupp, fördelade på hur många av fyra social fobiskolor de förbättrats kliniskt signifikant på.

Antal mått	Behandlingsgrupp	Kontroll
0	16 (40.0%)	35 (87.5%)
1	5 (12.5%)	4 (10.0%)
2	7 (17.5%)	0 (0.0%)
3	9 (22.5%)	0 (0.0%)
4	3 (7.5%)	1 (2.5%)

Tjugofyra deltagare i behandlingsgruppen (60.0%) förbättrades på minst ett social fobimått, jämfört med fem deltagare i kontrollgruppen (12.5%). Nitton behandlingsgruppdeltagare (47.5%) förbättrades på minst två mått, tolv (30.0%) på minst tre mått och tre (7.5%) på samtliga mått. Det social fobimått på vilket flest deltagare i behandlingsgruppen förbättrades var SPSQ (45.0%). Se tabell 8 för hur deltagarförbättring fördelar sig på övriga mått.

Tabell 8. Antal deltagare (andel i %) i behandlings- och kontrollgrupp som förbättrats kliniskt signifikant på respektive social fobimått.

Mått	Behandlingsgrupp	Kontroll
SPSQ	18 (45.0%)	1 (2.5%)
LSAS-SR	11 (27.5%)	1 (2.5%)
SIAS	14 (35.0%)	3 (7.5%)
SPS	15 (37.5%)	3 (7.5%)

Diagnos efter behandling

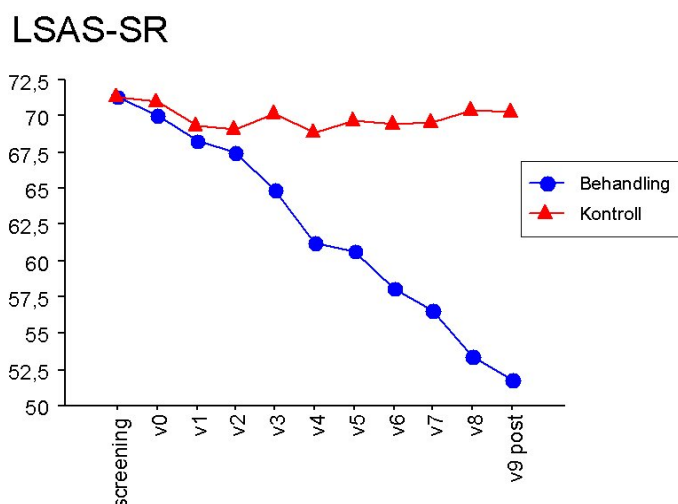
Ett naturligt mått på behandlingseffekt är, förutom klinisk signifikant förbättring, andelen deltagare som efter terapin inte längre uppfyller kriterierna för social fobi. Mätt med SPSQ uppfyllde sex personer (15.0%) i behandlingsgruppen inte längre diagnoskriterierna, att jämföra med noll i kontrollgruppen (se Tabell 9). Fisher exact probability test visade att skillnaden mellan grupperna avseende diagnos är signifikant ($p=.03$). Utöver förekomst av diagnos kan förbättring också mätas i förändring av subgruppsfördelning. Som nämnts förelåg ingen skillnad mellan grupperna avseende typ av social fobi före behandling, men χ^2 -test visar att en signifikant skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupp avseende subtyp finns efter behandlingens slut ($\chi^2_{(1)}=5.64, p=.02$).

Tabell 9. Förekomst av social fobi samt subgruppsfördelning efter behandlingens slut.

Grupp	Ej social fobi	Generaliserad social fobi	Icke- generaliserad social fobi	Totalt
Behandling	6	11	23	40
Kontroll	0	24	16	40
Totalt	6	35	39	80

Veckovis behandlingsrespons

I föreliggande studie var LSAS-SR det primära utfallsmåttet, som användes totalt elva gånger, i kartläggningen av deltagarnas behandlingsrespons över tid. De övriga måtten användes vid endast två tillfällen, för- och eftermätning.

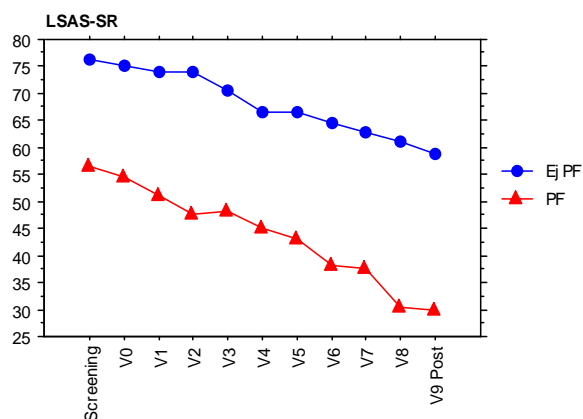


Figur 8. Förändring under behandlingstiden på utfallsmåttet LSAS-SR.

I figur 8 redovisas deltagarnas resultat på LSAS-SR, fördelade på behandlings- och kontrollgrupp. Varje mättillfälle ägde rum dagen innan en ny behandlingsvecka påbörjades, vilket innebär att mättillfälle V0 (vecka 0) var dagen före behandlingsstart. Beroende t-test visar att signifikanta skillnader inom behandlingsgruppen uppnås i och med fullbordandet av behandlingsvecka tre ($t_{(39)} = 2.38$, $p = .02$). Scheffés eftertest uppvisar signifikant skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupp i och med slutet av behandlingsvecka 6 ($p = .04$).

Plötslig förbättring (sudden gains)

I föreliggande studie var kriteriet för en *plötslig förbättring* (PF) en förbättring med 25 procent på LSAS-SR sedan föregående mätning. Tang och DeRubeis (1999) har föreslagit att en förbättring på 25 procent på BDI bör vara ett kriterium för ett plötslig förbättring. Dessutom har de ett kriterium uttryckt i absoluta termer, nämligen att förbättringen måste vara minst sju poäng på BDI mellan två sessioner. Då LSAS-SR och BDI har olika psykometriska egenskaper låter sig ej detta absoluta kriterium översättas till LSAS-SR rakt av, varför detta kriterium uteslöts i den aktuella studien.



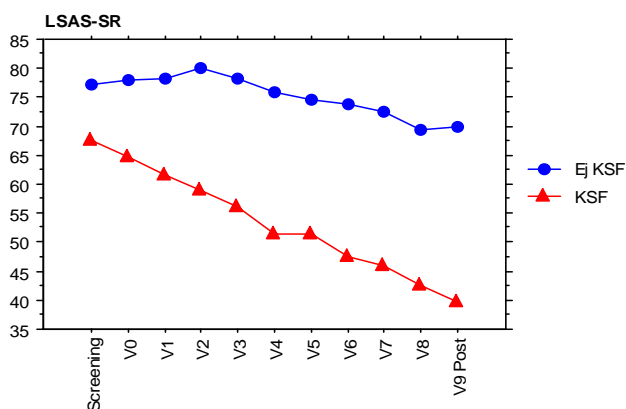
Figur 9. Veckovis behandlingsrespons på LSAS-SR för deltagare med ($n=10$) och utan ($n=25$) plötslig förbättring.

I behandlingsgruppen uppmättes plötslig förbättring hos tio deltagare (25.0%). I kontrollgruppen var motsvarande antal noll. För sju av dessa tio inträffade förbättringen under den sista tredjedelen av behandlingen, för en i mitten och för två i början. Sudden gains var förknippat med en större minskning på LSAS-SR från för- till eftermätning. För deltagare med sudden gains var minskningen 26.5 poäng (46.9%) jämfört med 17.3 (22.6%) för de utan sudden gains. För att klassificera en s.k. responder använde sudden gainsforskaren Kelly (2005) kriteriet förbättring på minst 50 procent. När detta tillämpas på behandlingsgruppsdeltagare i den aktuella studien visar det sig att en stor andel av de som klassats som responders även är "sudden gainers", nämligen sex av tio. χ^2 -test visar att deltagare med plötslig förbättring är mer benägna att vara responders ($\chi^2_{(1)}=8.71, p<.01$). Fishers exact probability test visar också att en signifikant större andel av deltagare som genomgick plötslig förbättring också är kliniskt signifikant förbättrade på minst ett social fobimått ($p=.03$).

Figur 9 visar att deltagare som genomgick sudden gains under behandlingens gång startade på en lägre utgångsnivå på LSAS-SR än de som inte gjorde det. Oberoende t-test visade att denna skillnad var signifikant ($t_{(38)} = 2.67, p=.01$). För att kontrollera för denna skillnad gjordes en ANCOVA, i vilken förmätningens värdena hölls som kovariat, som gav en signifikant huvudeffekt av grupp vid postmätning ($F=11.38, p<.01$). De som genomgick plötslig förbättring blev alltså mer förbättrade på LSAS-SR än de som inte gjorde det. ANCOVA gjordes även på övriga social fobimått i vilka respektive förmätningens värde hölls som kovariat, ($F=.77, p=.39$) för SIAS, ($F=2.51, p=.12$) för SPS och ($F=1.50, p=.23$) för SPSQ. Dessa gav alltså ingen signifikant huvudeffekt för grupp, vilket betyder att PF-deltagare inte förbättrades mer än icke-PF-deltagare på dessa mått.

Responsutveckling för variabeln kliniskt signifikant förbättring

Som tidigare nämnts blev 60 procent av deltagarna i behandlingsgruppen kliniskt signifikant förbättrade (KSF) på minst ett av de fyra social fobimåtten. I figur 10 visas skillnaderna i respons mellan de som blev och de som ej blev kliniskt signifikant förbättrade. Ingen signifikant skillnad förelåg mellan behandlingsgruppsdeltagare med och utan KSF vid förmätningen ($t_{(38)}=1.37, p=.19$). Beroende t-test visar att KSF-deltagare uppnår en signifikant förbättring redan i slutet av första behandlingsveckan ($t_{(23)}=2.54, p=.02$), medan de som ej blev KSF inte vid något tillfälle uppvisar en signifikant inomgruppslig förbättring ($t_{(15)}=.242-1.39, p=.184-.812$). Eftertestning med Scheffés visar att en signifikant skillnad mellan grupperna fanns redan vid slutet av behandlingsvecka ett ($p=.03$).



Figur 10. Veckovis behandlingsrespons uppdelad på deltagare som är respektive inte är kliniskt signifikant förbättrade.

Behandlingsdeltagarutvärdering

Trettio två av 40 deltagare (80%) i behandlingsgruppen fyllde i och skickade in ett utvärderingsformulär innehållandes både kvantitativa och kvalitativa frågor om olika aspekter av den genomgångna behandlingen. I tabell 10 redovisas deltagarnas svar på de kvantitativa frågorna.

Tabell 10. Behandlingsgruppdeltagarnas utvärdering av SOFIE-4 projektet.

Fråga	Antal (andel)
1. Hur nöjd är du totalt sett med din behandling?	
Mycket nöjd	14 (43.75)
Huvudsakligen nöjd	16 (50.00)
Likgiltig eller lätt missnöjd	2 (6.25)
Riktigt missnöjd	0 (0.00)
2. Hur bedömer du kvaliteten på behandlingsmodulerna?	
Utmärkt	25 (78.13)
Bra	6 (18.75)
Hyfsad	1 (3.12)
Dålig	0 (0.00)
3. Hur bedömer du kvaliteten på de kommentarer du fått av din Internetterapeut?	
Utmärkt	17 (53.13)
Bra	12 (37.50)
Hyfsad	3 (9.38)
Dålig	0 (0.00)
4. Hur nöjd är du med behandlingens tempo?	
Tiden var alldeles för kort	9 (28.13)
Tiden var lite för kort	17 (53.13)
Tiden var lagom	5 (15.63)
Tiden var lite för lång	1 (3.12)
Tiden var alldeles för lång	0 (0.00)
5. Har behandlingen hjälpt dig till ett bättre förhållningssätt till dina problem?	
Ja, väldigt mycket	20 (62.50)
Ja, något	10 (31.25)
Nej, inte riktigt	2 (6.25)
Nej, den har förvärrat situationen	0 (0.00)
6. Har din sociala fobi förändrats pga. behandlingen?	
Ja, fobin är inte alls något problem längre	0 (0.00)
Ja, fobin är ett mycket mindre problem idag	6 (18.75)
Ja, fobin är ett mindre problem idag	23 (71.88)
Nej, fobin är som tidigare	3 (9.38)
Ja, fobin är ett större problem idag	0 (0.00)
Ja, fobin är ett mycket större problem idag	0 (0.00)
7. Så mycket var jag beredd att betala för behandlingen innan den startade	M=1503 kr
8. Så mycket, efter att jag genomgått behandlingen, tycker jag att den är värd	M=6331 kr

Diskussion

Det primära syftet med föreliggande studie var att vinna ökade kunskaper om deltagarnas behandlingsrespons över tid i ett Internetadministrerat självhjälsprogram för social fobi. Det sekundära syftet var att undersöka effekten av ett Internetadministrerat självhjälsprogram för social fobi inklusive e-postbaserad terapeutkontakt och jämföra utfall mot tidigare SOFIE-studier.

Resultatsammanfattning

I och med slutet av den sjätte behandlingsveckan fanns en signifikant skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupp på det social fobimått som användes varje vecka, LSAS-SR. Vid inomgruppsjämförelse uppnådde behandlingsgruppen säkerställd förbättring, relativt förmätningvärdet, i slutet av behandlingsvecka tre medan kontrollgruppen inte alls förbättrades under studieperioden.

På tre av fyra social fobimått (LSAS-SR, SPS, SPSQ) fanns en signifikant skillnad mellan grupperna vid behandlingens slut och för SIAS identifierades signifikanta interaktionseffekter tid x grupp varför hypotes två och tre bekräftas. På två av tre övriga mått (BAI, MADRS-S) uppnåddes signifikans mellan grupperna vid behandlingens slut, varför hypoteser fyra och fem bekräftas. För QOLI uppnåddes en signifikant interaktionseffekt tid x grupp, varför även hypotes sex bekräftas. För social fobimåtten var de genomsnittliga mellangrups- och inomgruppseffektstorlekarna $d=0.61$ respektive $d=0.94$, dvs. medelstor respektive stor. För övriga mått var motsvarande effektstorlekar $d=0.54$ respektive $d=0.52$, dvs. medelstora.

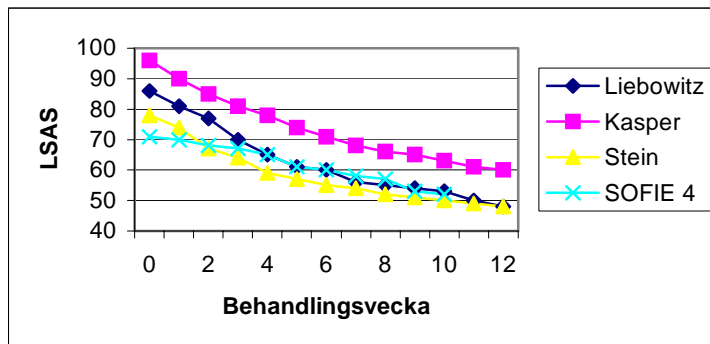
Resultatdiskussion

Veckovis behandlingsrespons

På LSAS-SR, som mäter rädsla och undvikande i sociala interaktions- och prestationssituationer, var behandlingsgruppens utveckling stabilt nedåtgående under hela behandlingsperioden, med små variationer. Vid inget tillfälle stod utvecklingen stilla eller gick åt "fel" håll för behandlingsdeltagare på gruppnivå. För behandlingsgruppen uppnåddes signifikant förbättring, jämfört med förmätningen, redan efter behandlingsvecka tre. Att skillnaden mellan grupperna kom senare berodde delvis på att även kontrollgruppen visade tendenser till att initialt förbättras, men också på att mellangruppstest inte är lika känsliga som inomgrupps dito pga. individuella skillnader, s.k. felvarians. Den nedåtgående trenden för behandlingsgruppen fortsatte mellan behandlingens avslut och eftermätningen, vilket är en utveckling som rapporterats i tidigare behandlingsstudier (Taylor, 1996). Resultaten visar också att deltagare som genomgick Internetbehandlingen minskade sitt undvikande och sin rädsla/ångest i nära på identisk takt.

Tidigare studier av veckovis behandlingsrespons har huvudsakligen varit begränsade till farmakoterapi. Att jämföra SOFIE 4 med dessa är svårt av flera skäl. På grund av att dessa studier vanligtvis använder sig av en kontrollgrupp som får placebo blir mellangruppsjämförelser orättvisa. Dessutom har de ofta betydligt fler deltagare, vilket medför högre power och innebär att redan små mellangruppskillnader tidigt i behandlingen kan bli signifikanta. Säkerställda inomgruppsförändringar är också svåra att jämföra då dessa sällan redovisas. För att ge en jämförande bild redovisas i figur 11 responsutvecklingen i

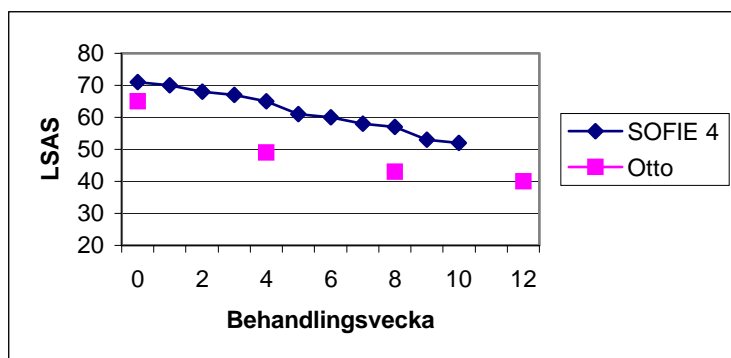
SOFIE 4 och tre farmakastudier, som också använt sig av LSAS som primärt utfallsmått för behandlingen (Kasper et al., 2005; Stein et al., 1998; Liebowitz, 2005). Notera dock att de andra studierna använt sig av LSAS, dvs. det klinikeradministrerade måttet, till skillnad från självrapportversionen LSAS-SR i SOFIE 4.



Figur 11. Behandlingsrespons i SOFIE 4 jämfört med 3 farmakastudier.

Av figur 11 framgår att förmätningvärdena för deltagarna i SOFIE 4 var lägre än för de tre övriga studierna, vilket skulle kunna indikera något lindrigare problematik i Internetstudien. Då behandlingstiden var kortare i SOFIE 4 redovisas färre mättillfällen än för de övriga tre. Den procentuella minskningen på LSAS är större i farmakastudierna än i SOFIE 4, 36.2 i genomsnitt jämfört med 26.8. Av figuren framgår också att utvecklingen tycks vara jämnare i den aktuella studien med en mindre initial minskning och mer linjär kurva jämfört med farmakastudierna där utvecklingen tenderar att vara accelererad under behandlingens första hälft. Detta är i linje med Heimbergs studie (1998) där man jämförde KBT-terapi i grupp mot MAO-hämmaren fenelzin och fann att andelen deltagare som klassades som responders var betydligt högre i farmakagrupperna då halva behandlingsperioden förlöpt, men att respondentandelen var i stort sett lika mellan de två betingelserna vid behandlingens slut. Detta ger möjligtvis stöd för att farmaka bör vara förstahandsvalet vid svåra tillstånd, t. ex. social fobi som förvärrats av samtidig depression, där snabb förbättring är nödvändig.

Ett fåtal studier finns, där man kartlagt behandlingsrespons över tid för KBT-behandlingar av social fobi, vanligtvis med fyra veckors intervaller. Författarna har inte funnit någon annan studie där social fobi behandlats med KBT och mätningar gjorts varje vecka under behandlingsperioden. Otto et al. (2000) undersökte effekten av KBT i grupp i behandlingen av social fobi och gjorde fyra mätningar under den tolv veckor långa behandlingsperioden. I figur 12 jämförs behandlingsresponsen i SOFIE 4 med den i CBGT-studien. Utvecklingen förefaller vara lika i de båda studierna, med en något större initial minskning i gruppterapistudien, även om fluktuationer i denna kan tänkas maskeras av de relativt lågfrekventa mätintervallen.



Figur 12. Behandlingsrespons i SOFIE 4 jämfört med densamma i Otto och kollegors (2000) KBT- studie.

Klinisk signifikant förbättring

Sextio procent av deltagarna i behandlingsgruppen uppnådde klinisk signifikant förbättring på minst ett av de fyra sociala förbimått LSAS-SR, SPS, SPSQ och SIAS. Att döma av utvecklingen på LSAS-SR verkar det som att det på ett tidigt stadium går att avgöra vilka deltagare som kommer att svara på behandlingen. Redan efter behandlingsvecka ett hade KSF-deltagare uppnått inomgruppslig förbättring och grupperna skiljde sig signifikant åt redan vid slutet av behandlingsvecka ett. Dessutom uppvisade icke-KSF-deltagare en negativ utvecklingskurva, dvs. LSAS-SR poängen steg vid varje mättillfälle under de första fyra veckorna.

En möjlig förklaring är att de som uppnått klinisk signifikant förbättring var friskare från början. Skillnaden mellan grupperna var visserligen inte signifikant ($t_{(38)}=1.34$, $p=.19$), men uppmättes de facto till 9.6 poäng på LSAS-SR vid förmätningen. Möjligtvis har grupper med lindrigare problematik lättare att ta det ansvar som en Internetbehandling av SOFIE-typ förutsätter. Gruppernas olika respons går endast till del att förklara med skillnader i tidiga avhopp, en i KSF mot tre i icke-KSF. Ser man dock till antalet slutförda moduler på grupp-nivå är skillnaden inte särskilt stor, KSF-deltagare i behandlingsgruppen slutförde i snitt 7.4 moduler jämfört med 5.9 för icke KSF-deltagare. Överlag följde alltså deltagarna som inte förbättrades med i behandlingen och gjorde sina hemuppgifter, men responsen uteblev.

Plötslig förbättring

Som första studie någonsin har den föreliggande undersökt fenomenet plötslig förbättring (PF) vid Internetbehandling av social fobi. En fjärdedel av deltagarna i behandlingsgruppen genomgick PF, mätt som 25 procentig förbättring mellan två konsekutiva veckomätningstillfällen (Kelly et al., 2005). Detta är något färre än vad som rapporterats inom depressionsforskningen där siffror på över 40 procent förekommit (Ibid.; Tang, Luborsky & Andrusyna, 2002). I den aktuella studien tycks upplevelsen av PF vara förknippad med en större förbättring generellt sett. PF-deltagare var i större utsträckning kliniskt signifikant förbättrade, klassades i högre grad som responders och ANCOVA visade att det fanns en signifikant skillnad i absolut poängförbättring mellan deltagare med och utan PF på måttet LSAS-SR. Resultaten från studiens PF-undersökning är dock inte helt oproblematiska. Endast ett kriterium användes och detta utgick ifrån *procentuell* förbättring. Då en signifikant skillnad fanns i förmätningvärde mellan deltagare med och utan PF, väcks frågan om inte

indelningen PF och icke-PF i stor utsträckning är beroende av deltagarnas förmättningsvärde. Alltså, om två deltagare genomgick samma förbättring i absoluta poäng skulle den ena kunna klassas som PF-deltagare och den andra som icke-PF-deltagare, beroende på deras respektive initiala poäng. Indelningen skulle alltså kunna kritiseras för att i viss mån spegla lågt respektive högt förmättningsvärde snarare än PF respektive icke-PF.

Som nämnts har PF-forskning framför allt undersökts vid depression och vanligtvis har ett absolut poängförbättringskriterium använt (7 poäng på BDI), vilket kan tänkas reducera betydelsen av förmättningsvärde. För LSAS-SR finns dock ingen vedertagen ekvivalent och hade vi konstruerat en skulle sannolikt skillnader i förmättningsvärde i viss mån kvarstå då PF-deltagare också förbättrades mer i absolut mening. Ytterligare en svaghet gällande de signifikanta sambanden mellan PF och förbättring är att klassificering och utfallsberäkning gjordes på samma mått, LSAS-SR. Detta hade varit mindre av ett problem om ANCOVOR på övriga utfallsmått visat signifikant effekt av grupp, vilket dock inte var fallet. Här finns en viktig uppgift för framtida forskning, att utveckla och förfina beräkningsmetoder för plötslig förbättring vid social fobi.

Vad gäller de säkerställda skillnaderna på LSAS-SR, skulle man omvänt kunna resonera att en förklaring till att PF-deltagare hade ett lägre förmättningsvärde än icke-PF-deltagare, är att man bara är mottaglig för intensivt förändringsarbete, där man själv tvingas ta en mycket aktiv och ansvarfylld roll, upp till en viss nivå av dysfunktion. Alltså skulle det kunna finnas ett tröskelvärde, över vilket plötslig förändring är ytterst osannolik.

För majoriteten av deltagarna inträffar den plötsliga förbättringen i den senare delen av behandlingen. Tang och DeRubeis (1999) hypotes om att det är kognitiv förändring som driver PF skulle kunna appliceras på föreliggande studie, med förbehållet att kognitiv förändring inträffar först efter flera veckors träning på relaterade tekniker. Slutsatser om kausalitet beträffande utlösande orsaker till PF är omöjliga att dra med denna design, men även spekulationer är svåra då PF inträffar så sent i behandlingen. Det finns en möjlighet att samtliga behandlingskomponenter är nödvändiga för att PF ska inträffa.

De komponenter som introduceras närmast före majoriteten av PF i tid i den föreliggande studien är exponering och övningar i att skifta självfokus. En spekulativ förklaring till att PF inträffar i så många fall just efter dessa moment är att klienten genom exponering upptäcker att omvärlden inte är så oförstående och dömande som man hittills föreställt sig. Ett sätt att utreda vilka behandlingskomponenter som har störst effekt på PF är att i framtida studier systematiskt utesluta komponenter och se hur detta påverkar förekomsten av PF.

Jämförelser med tidigare SOFIE-studier

Social fobimått

Tidigare har fyra studier genomförts inom ramen för SOFIE-projektet (Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Steczko, 2004; Eriksson & Spak, 2004). I inledningen redogjordes för hur dessa har skilt sig åt beträffande behandlingskomponenter och populationer. I tabell 11 redovisas effektstorlekar på inomgruppsnivå för beroendemåtten SPSQ, SIAS, SPS och LSAS-SR i de olika studierna.

Tabell 11. Inomgruppseffektstorlekar på social fobimått för studierna i SOFIE-projektet.

	SPSQ	SIAS	SPS	LSAS-SR	Medel
SOFIE1	1.21	1.16	0.96	1.05	1.10
SOFIE2	1.11	1.16	1.07	0.96	1.08
SOFIE2b	1.37	1.06	0.85	0.86	1.04
SOFIE3¹⁹	0.80 & 1.31	0.64 & 0.67	0.94 & 1.09	0.94 & 0.81	0.83 & 0.97
SOFIE4	1.15	0.85	0.87	0.88	0.93

Överlag är skillnaderna i effektstorlekar små mellan de olika SOFIE-studierna. Av tabellen framgår dock att den aktuella studien uppnått något sämre resultat än tidigare SOFIE-studier som rekryterat deltagare ur samma population. Skillnaden mellan SOFIE 4 och de två första studierna är att man i dessa använde sig av gruppträffar respektive telefonsamtal, dvs. former av terapeut-klientkontakt som kan klassificeras som mer intima och personliga, vilket kan tänkas öka behandlingens effekt. Att SOFIE 2b, vars upplägg var identiskt med den aktuella studien förutom veckomätningarna, redovisar en något större genomsnittlig inomgruppseffektstorlek än den aktuella studien är dock svårt att förklara. Studierna har rekryterat deltagare ur samma population, använt samma behandlingsmaterial och inga väsentliga skillnader i förmätningvärden föreligger på någon beroendevariabel. En något större andel deltagare i SOFIE 2b än SOFIE 4 slutförde behandlingen, 61.5 procent jämfört med 47.5 procent, vilket skulle kunna ge skillnader i effekt.

Att den föreliggande studien har något högre inomgruppseffektstorlekar än Internetbehandlingsgruppen i SOFIE 3, vars population utgjordes av universitetsstudenter i Örebro, skulle delvis kunna förklaras av att deltagarna i SOFIE 3 hade betydligt lägre förmätningvärden, något som ger mindre utrymme för förbättring.

Depressionsgrad, generell ångest och livskvalitet

Också på de sekundära utfallsmåtten står sig den aktuella studien väl i jämförelse med tidigare SOFIE-studier. Dock gäller även för dessa att SOFIE 4 har en något lägre genomsnittlig inomgruppseffektstorlek än tidigare SOFIE-studier som rekryterat deltagare ur samma population (se tabell 12). De något större fluktuationerna mellan de komponentlika studierna SOFIE 4 och SOFIE 2b på enskilda mått, exempelvis spannet $d=0.23-0.68$ på QOLI och $d=0.50-0.80$ på BAI, talar för att de sekundära måtten är mer känsliga för andra faktorer än självhjälpsprogrammet.

Tabell 12. Inomgruppseffektstorlekar för samtliga SOFIE-studier på utfallsmåtten MADRS-S, BAI och QOLI.

	MADRS-S	BAI	QOLI	Medel
SOFIE 1	0.75	0.75	0.61	0.70
SOFIE 2	0.69	0.79	0.37	0.62
SOFIE 2b	0.84	0.50	0.68	0.67
SOFIE 3	0.64 & 0.49	0.40 & 0.80	0.39 & 0.21	0.48 & 0.50
SOFIE 4	0.52	0.80	0.23	0.52

¹⁹ Första siffran i varje kolumn anger Internetbehandlingsgruppens effektstorlekar och den andra kombinationsbehandlingsgruppens.

Jämförelse med andra studier

I jämförelse med konventionella KBT-behandlingar av social fobi, som delvis använt samma utfallsmått som SOFIE 4, står sig den föreliggande studien väl. Dahlgren (2002) har jämfört behandlingsresultat från fyra studier av KBT-behandling i grupp (Dahlgren, 2002; Otto et al., 2000; Heimberg et al., 1998; Stangier et al., 2003) och en KBT-behandling med individualterapi (Stangier et al., 2003). Samtliga behandlingar utgick från Heimbergs CBGT och varade i tolv veckor. På SIAS pendlar inomgruppseffektstorlekarna mellan $d=0.15-0.98$ ($m= 0.62$) att jämföra med $d=0.85$ i SOFIE 4. På SPS spänner inomgruppseffektstorlekarna mellan $d=0.11-1.33$ ($m= 0.73$), mot $d=0.87$ i SOFIE 4. Tre av studierna (Dahlgren, 2002; Heimberg et al., 1998; Otto et al., 2000) i Dahlgrens sammanställning har använt sig av LSAS som utfallsmått, dock utan att presentera effektmått för totalskalan. I dessa tre studier har delskalan rädsla/ångest en inomgruppseffektstorlek som spänner mellan $d=0.62- 0.96$ ($m= 0.77$), vilket ska jämföras med $d=0.85$ i den aktuella studien. Delskalan undvikande har en inomgruppseffektstorlek som varierar mellan $d=0.52-0.86$ ($m= 0.71$), att ställa mot $d=0.91$ i den aktuella studien.

Taylor (1996) jämförde i en metaanalys hur väl sedvanlig exponeringsterapi och kognitiv terapi, eller en kombination av de båda står sig i jämförelse med placebo. Den aktuella studien har en genomsnittlig inomgruppseffektstorlek som är strax under exponering + kognitiv terapi i metaanalysen, men högre än både exponeringsterapi och kognitiv terapi var för sig.

Federoff och Taylor (2001) fann i en metaanalys att de vanligaste farmakapreparaten har en genomsnittlig inomgruppseffektstorlek som varierar mellan 1.1 och 2.1, där bensodiazepiner och MAO-hämmare uppvisade bäst effekt. Behandlingen i den föreliggande studien framstår alltså vid en jämförelse som något mindre potent än de bästa farmakologiska preparaten. I metaanalysen rapporteras dock inte uppföljningsdata och som nämnts är återfall vanligt vid avslutad farmakaterapi. Här kan behandlingen i den aktuella studien ha en relativ fördel då ett- respektive halvårsuppföljning av SOFIE 1 (Carlbring et al., in press.) och 2b (Carlbring, Furmark, Steczkó, Ekselius & Andersson, in press.) visar att deltagarnas förbättring vidmakthålls efter avslutad terapi.

Deltagarutvärdering

Deltagarutvärderingen, som behandlingsgruppsdeltagarna fyllde i, visar att en stor majoritet är nöjda med behandlingen (94%). Överlag är deltagarna också nöjda med kvaliteten på behandlingsmodulerna (97%) och Internetterapeutens kommentarer (91%). Dessutom anser så många som 91 procent att den sociala fobin är ett mindre problem efter avslutad behandling än före. Dessa resultat stämmer väl överens med dem som uppvisats i tidigare SOFIE-studier och intressant är att så många är nöjda med terapeutkontakten, trots att den i jämförelse med individualterapi är så begränsad och förhållandevis anonym.

Många ansåg dock att tempot var för högt (81%), vilket även det är i linje med tidigare SOFIE-studier. En diskussion har förts inom SOFIE-projektet angående deltagarnas synpunkt på tempot. Å ena sidan verkar det rimligt att ge mer tid, eftersom det är en återkommande kritik mot studiens upplägg. Å andra sidan finns en risk för att utökad tid endast skulle innebära uppskjutande av arbetet med modulerna, och en tanke har varit att en viss tidspress medför ökad fokusering från deltagarnas sida. Dessutom har möjligheten att jämföra studier inom SOFIE-projektet varit en faktor som talat för bibehållet tempo. Parallellt med SOFIE 4 pågår en biblioterapistudie som undersöker effekten av att få tillgång till hela behandlingsmaterialet på en gång, utan krav på att skicka in hemuppgifter eller tillgång till

terapeutkontakt. Resultaten från denna studie kommer att ge en fingervisning om i vilken takt deltagarna arbetar med materialet vid brist på yttre krav och om detta påverkar utfallet.

Metoddiskussion

Intern validitet

Intern validitet handlar om i vilken utsträckning varians i beroendevariabler kan förklaras av skillnader mellan lägen i oberoende variabler (Clark-Carter, 1997). Applicerat på den aktuella studien innebär det alltså hur säker man kan vara på att deltagarnas förbättringar kan hänföras till behandlingen. Den mest centrala åtgärden som vidtagits i föreliggande studie för att säkra intern validitet är den randomiserade allokeringen av deltagare till behandlings- respektive kontrollgrupp. Genom randomisering neutraliseras effekten av potentiella demografiska variabler som skulle kunna påverka utfallet i beroendevariablerna. Detta betyder också att eventuella *mognads-* och *historiaeffekter*, dvs. interna och externa förändringar oberoende av behandlingen, kontrolleras för genom att de rimligtvis skulle inträffa för kontroll- och behandlingsgruppsdeltagare i samma utsträckning. Dessutom innebär inklusionskravet att deltagarna inte får genomgå samtidig psykologisk behandling eller påbörja alternativt ha en icke-stabiliserad dos medicinering att förändringar som sker under behandlingens gång med större sannolikhet kan attribueras till behandlingen. Ett fall aktualiserades då en deltagare i kontrollgruppen påbörjat SSRI-medicinering kort efter behandlingens start, varför förmätningensvärdena användes som eftermätningensvärden. Detta förfarande i kombination med att värden från deltagare som hoppade av studien analyserades med intention-to-treat innebär att *mortalitetshotet*, dvs. risken att för studien relevanta egenskaper hos avhoppare skulle ge en falsk bild av relationen mellan OBV och BV, reducerades. Då det inte fanns några skillnader mellan grupperna innan behandlingen, torde inte heller differentiell *regression mot medelvärde* ha bidragit till dem som uppstod efter densamma.

Genom att deltagarna aldrig träffade varandra och att diskussionsforumet enbart var tillgängligt för behandlingsgruppsdeltagarna minimerades risken för *kontaminering* mellan grupper, dvs. att kontrollgruppen får kunskap om behandlingen genom behandlingsgruppen. Risken för *demoralisering*, dvs. att deltagarna i kontrollgruppen skulle bli så besvikna över att inte få behandling att de skulle anstränga sig mindre för att hantera sin sociala fobi, minskades genom att de som randomiserades till kontrollgruppen lovades tillgång till självhjälpsmaterialet efter nio veckor.

I och med att deltagarna fick fylla i formuläret LSAS-SR hela elva gånger under en relativt kort period kan en risk för *testing*, dvs. att deltagarna lär sig ett visst svarsmönster som automatiskt repeteras, ha förelegat. Testing kan dock inte förklara de existerande mellangruppskillnaderna eftersom bägge grupperna genomgick lika många mätningar. Vidare skulle en testeffekt troligtvis visat sig genom stora skillnader mellan å ena sidan social fobiformulären som bara användes vid för- och eftermätning, och LSAS-SR å den andra, vilket inte var fallet.

Slutligen kan frågan ställas om skillnaderna mellan grupperna skulle kunna vara resultatet av en *placeboeffekt*. Teoretiskt sett är detta möjligt eftersom SOFIE 4 har utvärderats mot väntlistkontroll och inte psykologisk placebo. Dock är det vanligt att placebobehandling ger lägre effektstorlekar än de som uppnåddes i den aktuella studien. I Taylors (1996) metaanalysstudie var effektstorleken av placebo $d=0.48$.

Extern validitet

Extern validitet handlar om i vilken utsträckning en studies resultat är generaliserbara till att gälla under andra omständigheter och till andra populationer. En behandlingsform av den typ som SOFIE 4 innebar har av flera orsaker en inneboende extern validitet. Till att börja med utför deltagarna behandlingen i sin naturliga hemmiljö, vilket innebär låg risk för icke-generaliserbarhet beträffande *setting*, dvs. att behandlingens effektivitet är bunden till en viss miljö. Deltagarna har även haft möjlighet att själva bestämma vilken tid på dygnet de olika behandlingsmomenten ska genomföras, vilket reducerar risken för att behandlingens effekt skulle vara beroende av genomförande vid en viss tid på dygnet. Ett möjligt hot mot extern validitet är s.k. *terapeuteffekter*, dvs. att risken att förbättring beror på individuella egenskaper hos terapeuten snarare än på programmets innehåll. Denna risk torde av flera skäl inte vara särskilt hög i den aktuella studien. För det första deltog ett stort antal terapeuter (5 stycken), för det andra hade co-terapeuterna erfarenhet från tidigare SOFIE-studier, för det tredje använde uppsatsförfattarna korrespondens från tidigare SOFIE-studier som utgångspunkt i sitt arbete och för det fjärde var skillnaderna i klientresultat mellan terapeuterna mycket små.

Vad gäller generaliserbarheten av deltagarnas egenskaper till en större grupp har åtgärder vidtagits för att de inte nämnvärt ska avvika från den kliniska populationens. Det geografiska upptagningsområdet är hela landet, cut-offgränsen för depression enligt MADRS-S är generöst tilltagen, inklusionskraven är tillåtande beträffande komorbiditet, tidigare psykologisk behandling och medicinering och åldersspannet är brett (19-69 år). Ett möjligt hot mot studiens externa validitet som har att göra med deltagarnas egenskaper är att de sökte sig till studien på egen hand och i vissa fall stod i kö i cirka sex månader. Detta i kombination med att inkluderade deltagare gjort en hel del förarbete i form av t. ex. formulärfyllning innebär att denna grupp kan tänkas vara mer motiverad till behandling än den genomsnittliga personen med social fobi som söker hjälp.

Ett möjligt problem relaterat till extern validitet är samplers representativitet vad gäller datorvana- och tillgänglighet. Av tabell 3 i metoddelen framgår att en mycket liten (3.8%) del av deltagarna anser sig ha liten datorvana. Samplet skulle kunna innehålla en överrepresentation datorkunniga, men överlag är svenskarna ett Internetanvändande folk och en studie av Statistiska Centralbyrån visar att 88 procent av svenskarna i åldrarna 16-74 nyttjade Internet 2004 (SCB, 2004). Detta talar för att behandlingsresultaten, åtminstone i Sverige, inte är begränsade till att gälla för endast en liten del av populationen socialfobiker.

Ett sätt att undersöka extern generaliserbarhet är att upprepa en studie med deltagare rekryterade ur olika populationer och se om resultaten står sig (Clark-Carter, 1997). SOFIE-studier har genomförts både med hela landet som urvalsbas, utan närmare specificering, och med deltagare ur populationen Örebrostudenter. Det faktum att variationen i resultat är mycket liten talar för att den externa validiteten är god.

Framtida forskning

Resultaten från tidigare SOFIE-studier och den föreliggande har visat att behandlingen är verksam även i avskalad form. Tendensen har varit att plocka bort behandlingskomponenter för att se om resultatet står sig. Framtida forskning inom SOFIE-projektet skulle kunna undersöka vad som kan göras för förbättra resultaten ytterligare. Resultaten från den aktuella studien tyder på att det är möjligt att på ett tidigt stadium urskilja non-responders från responders. Detta skulle kunna användas för att sätta in intensivare insatser för dessa individer, vanligtvis kallat *stepped care* (Bower & Gilbody, 2005). Sådana insatser skulle kunna röra sig om telefonkontakt med terapeut eller enstaka konventionella terapiesessioner.

Ett annat intressant, ännu outforskat område, är effekten av SOFIE i kombination med psykofarmakabehandling. Ett möjligt upplägg vore att jämföra SOFIE + SSRI med enbart Internetbehandling respektive SSRI. Motsvarande forskning som genomförts på sedvanlig KBT-behandling ger inga tydliga indikationer på vad utfallet skulle bli.

Som nämnts finns en risk att den aktuella studiens resultat är en placeboeffekt. Framtida SOFIE-studier skulle kunna kontrollera för detta genom att låta kontrollgruppen ta del av någon form av psykologisk placebo. Denna skulle kunna bestå av Internetbaserad basal information om social fobi i kombination med e-postkontakt med en terapeut som huvudsakligen speglar och sammanfattar.

Viktiga lärdomar skulle även kunna dras från en framtida studie med syfte att undersöka prediktorer för ett gott behandlingsutfall. På så vis skulle man få ett hjälpmedel i att avgöra när Internetbehandling är lämplig. Denna typ av studie skulle dock ställa krav på betydligt fler deltagare än den aktuella studien för att kunna säkerställa skillnader mellan små kohorter.

För att undersöka den relativa effekten av självhjälpsprogrammets olika delar skulle framtida forskning kunna tillämpa s.k. *dismantling*. Detta innebär att man tar bort presumtvt verksamma delar av behandlingen och ser hur resultatet påverkas. Dismantling i SOFIE har hittills primärt gällt kommunikationsmetoder (gruppträffar, telefonkontakt, e-postkontakt), men ännu har ingen undersökt konsekvenserna av att ta bort t.ex. exponering eller kognitiv omstrukturering ur kärnmaterialet, dvs. självhjälpsprogrammet.

Ytterligare en intressant aspekt av Internetterapiforskning vore att undersöka huruvida deltagarnas följsamhet ökar om de får betala en symbolisk summa för behandlingen. Om man ser till frågan i deltagarutvärderingen som hade att göra med hur mycket man var beredd att betala före och efter genomgången behandling, finns en indikation på att betalningsviljan ökar efter genomgången behandling. Forskning inom andra områden än Internetterapi har visat att man värderar någonting mindre om det är gratis (Lippa, 1994).

Slutligen skulle det vara intressant att se om standardkommentarer från en terapeut är kapabla att ge ett lika gott resultat som individuellt anpassade sådana. Författarnas intryck från SOFIE 4 är att hemuppgifterna formuleras på ett väldigt snarlikt sätt, vilket också inneburit att svaren mestadels innehållit små variationer. Detta talar för att ett standardvarsförfarande kan vara verksamt och bidra till ökad tids- och kostnadseffektivitet.

Slutsatser

Föreliggande studie har visat att ett nio veckor långt Internetbaserat självhjälpsprogram för social fobi ger en jämn, stabil förbättring från vecka till vecka under behandlingstiden. Studien har också visat att responsutvecklingen för deltagare som blivit kliniskt signifikant förbättrade på ett tidigt stadium skiljer sig från utvecklingen hos de som inte blivit förbättrade. Slutligen har studien visat att Internetbaserad självhjälp utan vare sig gruppträffar eller telefonkontakt är en effektiv behandlingsform för personer med social fobi och bekräftar därmed som femte studie inom SOFIE- projektet självhjälpsprogrammets robusthet.

REFERENSER

American Psychiatric Association (1995). *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV.* (J. Herlofson & M. Landqvist, övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Original publicerat 1994).

Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö-Sandström, V., & Ekselius, L. (In press). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*.

Andersson, G., Jonsson, U., Malmeus, F., Carlbring, P., Waara, J., & Öst, L-G. (2004). Treatment of specific phobia delivered via the Internet vs. one-session exposure treatment. In: *Abstracts from the XXXIV annual conference of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies*, 9-11 september, Manchester, United Kingdom (pp 166). Manchester: EABCT.

Andersson, G., Lundström, P., & Ström, L. (2003). Internet-based treatment of headache: Does telephone contact add anything? *Headache*, 43, 353-361.

Andersson, G., Ström, 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.

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.

Bell, C. J., Malizia, A. L., & Nutt, D. J. (1999). The neurobiology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 11-18.

Blanco, C., Antia, S. X., & Liebowitz, M. R. (2002). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 109-120.

Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P., & Wold, J. E. (2001). Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 179, 23-30.

Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.

Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavior treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.

Bruch, M. A., Gorski, J. M., Collins, M. T., & Berger, P. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 904-915.

Buhrman, M., & Fältenhag, S. (2001). *Självhjälp via Internet och telefon för personer med kronisk ryggsmärta*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Carlbring, P. (1999). *Panikprojektet – en kontrollerad studie av självhjälp vid paniksyndrom plus minimal terapeutkontakt via e-post*. Opublicerad Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.

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.

Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 38, 728-734.

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.

Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: From design to report*. East Sussex, UK: Psychology Press Ltd.

Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., Zhao, N., Connor, K. M., Lynch, T. R., & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, Comprehensive Cognitive Behavioural Therapy and Placebo in Generalised Social Phobia, *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005-1013.

Eriksson, A., & Spak, M. (2004). *SOFIE III: Internetbaserad självhjälsbehandling för studenter med social fobi: en undersökning av exponeringssessioners relativa effekt*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Eriksson, H. (2001). *Neuropsykologi. Normalfunktion, demenser och avgränsade hjärnskador*. (1 ed.) Stockholm, Sverige: Liber.

Erwin, B. A., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., & Hantula, D. A. (2004). The Internet: home to a severe population of individuals with social anxiety disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 629-646.

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. (Original publicerat 1997).

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. (Original publicerat 1996/1997).

Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychology and 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. (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., 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.

Ghosh, A., & Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-16.

Giles, D. E., & Shaw, B. F. (1987). Beck's cognitive theory of depression: convergence of constructs. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 416-427.

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.

Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13, 169-186.

Greist, J. H., Katzelnick, D. J., Jefferson, J. W., & Kobak, K. A. (1996). Treatment of social phobia with SSRIs. *European Neuropsychopharmacology*, 6, S4.

Gunnarsdóttir, M., & Hedensjö, L. (2003). *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.

Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108.

Heimberg, R. G., & Becker R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia – Basic mechanisms and clinical strategies*. New York, N.Y.: Guilford Press

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.

Hollon, S. D. (1999). Rapid Early Response in Cognitive Behaviour Therapy: A Commentary, *Clinical Psychology and Scientific Practice*, 6, 305-309.

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.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalised subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.

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

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Kasper, S., Stein, D. J., Loft, H., & Nil, R. (2005). Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder, *British Journal of Psychiatry*, 186, 222-226.

Kelly, M. A. R., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: when do they occur and do they matter? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-829.

Knijnik, D. Z., Kapczinski, F., Chachamovich, E., Margis, R. & Eizirik, C. L. (2004). Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 77-81.

Krijn, M., Emmelkamp, P. M. G., Olafsson, R. P., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.

Kåver, A. (1999). *Social Fobi - Att känna sig granskad och bortgjord*. Jyväskylä, Finland: Cura Bokförlag.

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

Liebowitz, M. R., Gelenberg, A. J. & Munjack, D. (2005). Venlafaxine Extended Release vs Placebo and Paroxetine in Social Anxiety Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 190-198.

Lippa, R. A. (1994). *Introduction to social psychology* (2 ed.). Belmont, Ca, USA: Brooks/Cole.

Maanmies, J., & Zetterqvist, K. (2000). *Stressprojektet: En kontrollerad studie, ett Internetbaserat självhjälsprogram för stresshantering*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 159-168.
- Mains, J. A., & Scogin, F. R. (2003). The Effectiveness of Self-Administered Treatments: A Practice-Friendly Review of the Research, *Psychotherapy in Practice*, *59*, 237-246.
- Mallinckrodt, C. H., Sanger, T. M., Dubé, S., DeBrot, D. J., Molenberghs, G., Carroll, R. J., Potter, W. Z., & Tollefson, G. D. (2003). Assessing and interpreting treatment effects in longitudinal clinical trials with missing data. *Biological Psychiatry*, *53*, 754-760.
- Marks, I, Shaw, S., & Parkin, R. (1998). Computer-aided treatments of mental health problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 151-170.
- Marrs, R. W. (1995). A meta analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, *23*, 843-870.
- 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.
- Montgomery, S. A. (1999). Social phobia: diagnosis, severity and implications for treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *249*, 1-6.
- 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.
- Nich, C., & Carroll, K. M. (2002). 'Intention-to-treat' meets 'missing data': implications of alternate strategies for analyzing clinical trials data. *Drug and Alcohol Dependence*, *68*, 121-130.
- Nordgren, M. (2004). *Dagens Nyheter: Dålig satsning på efterfrågad terapi*. Hämtad 25 Maj, 2004, från <http://www.dn.se>.
- Nyberg, L. (2002). *Kognitiv neurovetenskap. Studier av sambandet mellan hjärnaktivitet och mentala processer*. (1 ed.). Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington III, J. J., McArdle, E. T., & Rosenbaum, J. F. (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.
- Overholser, J. C. (2002). Cognitive-Behavioral Treatment of Social Phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *32*, 125-144.
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, *68*, 221-233.

- Penava, S. J., Otto, M. W., Maki, K. M., & Pollack, M. H. (1998). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 665-673.
- 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, N.Y.: Guilford Press.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology Review*, *24*, 737-767.
- Rickels, K., Mangano, R., & Khan, A. (2004). A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of a Flexible Dose of Venlafaxine ER in Adult Outpatients With Generalized Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *24*, 488-496.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, *24*, 883-908.
- Rosen, G. M., Glasgow, R. E., & Moore, T. E. (2003). Self-help therapy: The science and business of giving psychology away. In S. O. Lilienfeld & S. J. Lynn (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 399-424). New York, NY, US: Guilford Press.
- Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, *35*, 316-327.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Korbly, N. B., Peters, P. M., Nicolaou, M. S., & Pollack, M. H. (2002). Quality of Life in Social Anxiety Disorder Compared With Panic Disorder and the General Population. *Psychiatric Services*, *53*, 714-718.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 991-1007
- Statistiska Centralbyrån (2004). Privatpersoners användning av datorer och Internet 2004. Hämtad 3 Maj, 2005, från <http://www.scb.se>.
- Steczkó, J. (2004). *SOFIE-projektet: Effekten av ett Internet-baserat självhjälpssystem med e-post stöd vid behandling av social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Stein, M. B., Liebowitz, M. R., Lydiard, B., Pitts, C. D., Bushnell, W., & Gergel, I. (1998). Paroxetine Treatment of Generalized Social Phobia (Social Anxiety Disorder). *JAMA*, *8*, 708-713.
- Stemberger, R. T., Turner, S. N., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: an analysis of possible development factors. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 526-531.
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M., & Hardy, G. E. (2003). Early Sudden Gains in Psychotherapy Under Routine Clinic Conditions: Practice-Based Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 14-21.
- 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.

Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 21-28.

Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 894-904.

Tang, T. Z., Luborsky, L. & Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression, are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 444-447.

Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R. & Pham, T. (2005). Cognitive Changes, Critical Sessions and Sudden Gains in Cognitive Behavioural Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 168-172.

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, Tryck & Medier.

Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 289-298.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). In: D. H. Barlow, (Ed). *Clinical handbook of psychological disorders – A step-by-step treatment manual (3rd ed.)* (s. 114-153). New York, N.Y.: Guilford Press.

van Velzen, M. A., 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.

Wright, C. C., & Sim, J. (2003). Intention-to-treat approach to data from randomized controlled trials: A sensitivity analysis, *Journal of Clinical Epidemiology, 56*, 833-842.

Zetterqvist, K., Maanmies, J., Ström, L., & Andersson, G. (2003). Randomized controlled trial of Internet-based stress management. *Cognitive Behaviour Therapy, 32*, 151-160.

BILAGOR

Bilaga 1

Uppsala 2005-02-26

Utvärdering av SOFIE-projektet

Din självhjälpsbehandling är nu officiellt slut och vi är ivriga att få börja räkna på resultaten. Vi ber dig därför fylla i de formulär som finns med i detta häfte och skicka tillbaka dem i det bifogade portofria svarskuvertet. För att underlätta för dig finns din personliga kod redan ifylld längst ner på detta brev och vi vore tacksamma om du låter denna sida sitta kvar.

För att vi ska kunna dra riktiga slutsatser av studien är det viktigt att alla svarar. Vi ber dig därför att posta dina svar **senast torsdagen den 24 mars**. Även om du ännu inte hunnit igenom alla moduler, eller helt har hoppat av behandlingen, är vi mycket måna om att få dina svar och synpunkter. Så snart vi tagit emot ditt svarshäfte gör vi sedan eventuella återstående moduler tillgängliga för dig.

Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form och presenteras så att enskilda personers uppgifter inte kan spåras.

Vi ser fram emot dina svar och är mycket tacksamma för den tid du lägger ner på detta!

Med vänliga hälsningar

Per Carlbring

Erik Hedman

Annika Sonnenstein

P.S. Om du vill ha en sammanfattning av resultaten när de blir klara så sätt ett kryss i rutan nedan D.S.

Ja tack, jag vill gärna ha en sammanfattning av resultaten

Hjälp oss att förbättra vår verksamhet genom att besvara några frågor om den behandling du har gått igenom. Vi är intresserade av dina åsikter, både positiva och negativa. Läs igenom frågorna och kryssa för det svarsalternativ som du just nu tycker stämmer bäst. Vi välkomnar också andra kommentarer och synpunkter. Skriv gärna extra kommentarer i anslutning till frågan!

1) Hur nöjd är du TOTALT SETT med din behandling?

- Mycket nöjd
- Huvudsakligen nöjd
- Likgiltig eller lätt missnöjd
- Riktigt missnöjd

2) Hur bedömer du kvaliteten på behandlingsmodulerna?

- Utmärkt
- Bra
- Hyfsad
- Dålig

3) Hur bedömer du kvaliteten på de kommentarer du fått av din Internetterapeut?

- Utmärkt
- Bra
- Hyfsad
- Dålig

4) Hur nöjd är du med behandlingens tempo (programmets omfattning i relation till dess längd)?

- 9 veckor var alldeles för kort tid
- 9 veckor var lite för kort tid
- 9 veckor var lagom
- 9 veckor var lite för lång tid
- 9 veckor var alldeles för lång tid

5) Har behandlingen hjälpt dig till ett bättre förhållningssätt till dina problem?

- Ja, den har hjälpt mig väldigt mycket
- Ja, den har hjälpt mig något
- Nej, den har inte riktigt hjälpt mig
- Nej, den verkar snarare ha förvärrat situationen

6) Har din sociala fobi förändrats på grund av programmet?

- Ja, den sociala fobin är *inte längre något problem alls* för mig
- Ja, min sociala fobi är ett *mycket mindre* problem för mig idag
- Ja, min sociala fobi är ett *mindre* problem för mig idag
- Nej, min sociala fobi är *som tidigare*
- Ja, min sociala fobi är *ett större* problem för mig idag
- Ja, min sociala fobi är *ett mycket större* problem för mig idag

ÖVRIGA SYNPUNKTER PÅ DIN BEHANDLING

7) Vad tyckte du om att få hjälp på detta sätt via Internet och e-post? (Praktiskt eller opraktiskt? Tekniskt besvärligt eller enkelt? Ytligt eller personligt? Fritt fram för fördelar och nackdelar!)

.....

.....

.....

8) Vad tyckte du om sättet att arbeta (moduler med övningar och hemuppgifter)?

.....

.....

.....

9) Vad tyckte du om diskussionsforumet?

.....

.....

.....

10) Ungefär hur mycket tid har du lagt ner på SOFIE *per vecka* (dels lästid, dels övningar)?

.....

.....

11) Vad tycker du om modulernas omfattning (För mycket/lite text?)

.....

.....

.....

12) Vad tyckte du om textens läsbarhet (Lätt/svår att förstå?)

.....

.....

.....

13) Hur arbetskrävande och omfattande tycker du att projektet varit för dig?

.....

.....

.....

14) Hur värdefull anser du att denna behandling varit för dig?

.....

.....

.....

15) Ett populärt sätt att mäta värdet på något är att uppskatta det i pengar. Hur mycket skulle du vara villig att betala för att genomgå SOFIE:s självhjälpsprogram? Dels FÖRE du påbörjade programmet, dels EFTER?

15a) *Innan* jag började skulle jag kunna tänka mig att betala _____ kr.

15b) Nu *efter* att jag genomgått modulerna tycker jag det skulle vara värt _____ kr.

Nedan finns början på några meningar som kan beskriva hur man upplever sin behandling. Fullborda dessa meningar med dina egna ord.

16) Det jag är mest nöjd med i min behandling är.....

.....
.....

17) Det jag är särskilt missnöjd med är.....

.....
.....

18) Min Internetterapeut var (*skriv inte namnet, utan beskriv honom/henne*).....

.....
.....

19) Har du de senaste tre månaderna deltagit i någon psykologisk behandling (utöver den du tagit del av genom SOFIE)?

- Ja
 Nej

Om ja:

Vilken typ av psykologisk behandling?

(t.ex. kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk terapi eller annan samtalsterapi?)

.....

20) Har du de senaste tre månaderna ätit någon medicin för din sociala ångest eller andra relaterade problem?

- Ja
 Nej

Om ja:

Vilket preparat (Namn och dos per dygn. Ange även om du ändrat din dos under denna tid)

.....

