



UPPSALA UNIVERSITET  
Institutionen för psykologi  
Psykologexamensuppsats, 20 p  
Höstterminen 2005

## SOFIE 5

En kontrollerad studie av tre format av kognitiv-beteendeterapeutisk  
självhjälpsbehandling vid social fobi

Anneli Eriksson och Agneta Hållén

Handledare: Tomas Furmark  
Biträdande handledare: Per Carlbring  
Examinator: Lennart Melin

## Ett stort tack till...

Våra handledare Tomas och Per för stöd, hjälp och enormt engagemang, alltid tillgängliga på mailen

Vår co-terapeut Mandus för gott samarbete

Ulla-Britt för ovärderlig hjälp med våra fredagsutskick

Och naturligtvis alla våra fantastiska deltagare för deras tålamod och goda insats

## SAMMANFATTNING

I föreliggande studie undersöktes effekten av kognitiv beteendeterapeutisk självhjälsbehandling för social fobi, i tre olika format. Den gemensamma komponenten i de tre formaten var en självhjälsmanual som administrerades antingen i bokform eller över Internet. Diagnostisering skedde med en telefonadministrerad, förkortad version av Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID). De 86 deltagarna som inkluderades i studien randomiserades till tre behandlingsgrupper: Internetadministrerad självhjälsmanual med terapeutstöd och diskussionsforum (n=29), biblioterapi med diskussionsforum (n=28) och enbart biblioterapi (n=29). Resultaten jämfördes även med en historisk väntelistekontrollgrupp (n=40). Utöver för- och eftermätningar uppmanades samtliga deltagare att, varje vecka, fylla i självskattningsformuläret Liebowitz Social Anxiety Scale. Statistiska beräkningar enligt intention-to-treat principen visade att samtliga behandlingsgrupper förbättrades signifikant på samtliga beroendemått i jämförelse med kontrollgruppen. Inga signifikanta skillnader mellan de tre behandlingsformaten påvisades. Genomsnittlig inomgruppseffektstorlek för primära utfallsmått (socialfobiskalor) var för Internetgruppen Cohens  $d=1.20$ , biblioterapi med forum  $d=1.30$  och för biblioterapi  $d=0.92$ . Motsvarande mellangruppseffektstorlekar vid jämförelse med kontrollgrupp var  $d=0.90$ ,  $0.86$  respektive  $0.92$ . Klinisk signifikant förbättring på minst ett primärt utfallsmått erhöles för 61% av deltagarna i Internetgruppen, 76% i biblioterapi med forum och hos 72% av deltagarna i biblioterapigruppen. Efter behandlingen uppfyllde 11 deltagare (38-39%) i vardera behandlingsgrupp inte längre diagnoskriterierna för social fobi. Resultaten indikerar att terapeutstöd och tillgång till diskussionsforum inte tillför behandlingseffekt utöver självhjälsmanualen och att de tre behandlingsformaten är effektiva vid behandling av social fobi. I jämförelse med traditionell KBT-behandling av social fobi står sig resultaten väl och utgör ett kostnadseffektivt och lättadministrerat behandlingsalternativ.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	4
<b>Definition av social fobi</b> .....	<b>4</b>
<b>Epidemiologi</b> .....	<b>5</b>
<b>Komorbiditet</b> .....	<b>5</b>
<b>Etiologi</b> .....	<b>5</b>
Genetiska faktorer .....	5
Temperament och personlighetsdrag .....	6
Uppväxtmiljö.....	6
Inlärningsteoretiska förklaringsmodeller .....	6
Neurobiologiska faktorer.....	7
Kognitiva faktorer .....	7
<b>Behandling av social fobi</b> .....	<b>9</b>
Farmakologisk behandling .....	9
Psykologisk behandling.....	9
Självadministrerad psykologisk behandling.....	12
Självhjälpsbehandling via Internet.....	13
SOFIE-projektet vid Uppsala Universitet .....	14
<b>Föreliggande studie</b> .....	<b>16</b>
Syfte .....	16
Hypoteser/frågeställningar .....	16
METOD.....	17
<b>Deltagare</b> .....	<b>17</b>
Rekrytering.....	17
Urval.....	17
Screening och diagnosticering .....	19
Diagnostisering av undergrupper .....	19
Komorbiditet .....	20
Deskriptiva data.....	20
Etiska överväganden .....	20
<b>Material</b> .....	<b>20</b>
Intervjuinstrument .....	20
Självskattningsformulär – primära utfallsmått .....	21
Självskattningsformulär – sekundära utfallsmått .....	22
Utvärdering.....	23
Trovärdighetsbedömning .....	23
Självhjälpsmaterial .....	23
Diskussionsforum.....	25
<b>Design</b> .....	<b>25</b>
<b>Procedur</b> .....	<b>25</b>
Hemsida.....	25
Anmälan/diagnostisering.....	25
Förmätning .....	25
Randomisering .....	26
Behandling .....	26
Veckomätningar .....	26
Eftermätning.....	26
Statistiska analyser .....	27
RESULTAT .....	28

<b>Skillnader före behandlingsstart</b> .....	28
<b>Trovärdighetsbedömning</b> .....	28
<b>Primära utfallsmått</b> .....	28
<b>Sekundära utfallsmått</b> .....	29
<b>Veckomätningar</b> .....	31
<b>Klinisk signifikant förbättring</b> .....	31
<b>Diagnos före och efter behandling samt diagnosundergrupper</b> .....	33
<b>Inlägg i diskussionsforum</b> .....	33
<b>Behandlingsföljsamhet</b> .....	33
<b>Bortfall</b> .....	34
<b>Behandlingsutvärdering</b> .....	34
<b>DISKUSSION</b> .....	36
<b>Tolkning av resultat</b> .....	36
<b>Behandlingsutvärdering</b> .....	37
<b>Jämförelser med tidigare SOFIE-studier</b> .....	37
Effektstorlek .....	37
Klinisk signifikant förbättring, diagnosförekomst och behandlingsföljsamhet .....	38
Slutsatser av jämförelser med tidigare studier .....	39
<b>Jämförelser med andra behandlingsstudier</b> .....	39
<b>Metoddiskussion</b> .....	40
Intern validitet .....	40
Extern validitet .....	40
<b>Framtida SOFIE-forskning</b> .....	41
<b>Slutord</b> .....	42
<b>REFERENSER</b> .....	43
<b>BILAGOR</b> .....	49
<b>Bilaga 1: Diagnoskriterier för social fobi enligt DSM-IV</b> .....	49
<b>Bilaga 2: Information om SOFIE-projektet på hemsidan</b> .....	50

## INLEDNING

### Definition av social fobi

Att känna sig obehaglig till mods inför en muntlig presentation eller tycka att det är jobbigt att vara i centrum för uppmärksamhet är inget ovanligt, tvärtom något som många upplever. För en person med social fobi går obehaget och ångesten inte över efter ett tag som för de flesta andra, och i många fall undviks den ångestfyllda situationen helt och hållet (Tillfors, 2001).

Huvudkriteriet för diagnosen social fobi, även kallat socialt ångestsyndrom, utgörs enligt 4:e upplagan av Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV) 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" (American Psychiatric Association [APA], 1994). Detta grundar sig i sin tur i en rädsla att visa symptom på ångest (ex. rodnad, svettningar, skakningar) eller bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt (ibid.). I de diagnostiska kriterierna (se bilaga 1) ingår även att den fruktade situationen helt undviks eller uthärdas under stark ångest, samt att personen lider påtagligt av att ha fobin eller inte kan fungera normalt i vardags- och/eller yrkeslivet.

Exempel på fruktade situationer för en person med social fobi är: tala offentligt; äta, dricka skriva eller spela ett instrument inför andra. Dessa situationer benämns *prestationssituationer*, eftersom det handlar om att utföra en aktivitet inför andras åsyn (Furmark, 2000). Denna grupp särskiljs från så kallade *interaktionssituationer*, som kan vara att gå på fest, delta i möten eller träffa nya människor (Furmark, 2000). Den vanligast förekommande problemsituationen, både hos normalpopulationen och hos personer med social fobi, är att tala inför grupp (Furmark, 2000.). DSM-IV uppmanar i sina diagnoskriterier användaren att specificera om den sociala fobin är generaliserad. Med generaliserad social fobi menas att "rädslan innefattar de flesta sociala situationer (t ex att inleda eller upprätthålla konversation, delta i smågrupper, ha en träff med någon, tala med auktoritetspersoner, gå på fest)" (APA, 1994). Om det handlar om rädsla för endast en typ av social situation, främst en prestationssituation som t. ex. att tala inför en grupp eller äta i andras åsyn, talar man om icke generaliserad eller specifik social fobi.

Axel II-diagnosen fobisk personlighetsstörning i DSM-IV betraktas av vissa som en svårare form av social fobi. Diskussioner förs om huruvida fobisk personlighetsstörning och social fobi borde betraktas som två skilda diagnoser eller som gradskillnader av en och samma diagnos (Hofmann, Heinrichs, & Moscovitch, 2004). Tillfors (2001) har visat att det innebär en två till tre gånger ökad risk att drabbas av social fobi eller fobisk personlighetsstörning om man har en nära anhörig med hög grad av social ångest. Detta faktum indikerar att de två diagnoserna representerar olika dimensioner av samma syndrom snarare än kvalitativt skilda störningar (ibid.), något som även vunnit stöd i en studie av van Velzen, Emmelkamp och Scholing (2000). Blyghet är ytterligare ett begrepp som ofta dyker upp i samma sammanhang som social fobi. Blyghet, som inte är en psykiatrisk diagnos, används ofta i en vidare bemärkelse som en beskrivande egenskap, men överlappar till viss del begreppen social ångest och social fobi (Furmark, 2000). I en studie av Heiser et al. (2003) fann man dock att de flesta blyga personer inte har social fobi. En del menar att diagnosen social fobi befinner sig på ett kontinuum av social ångest; ett kontinuum som börjar med total avsaknad av social

ångest, via blyghet och mildare social ångest i vissa situationer till svår social fobi och slutligen fobisk personlighetsstörning (Tillfors, 2001; Rapee & Spence, 2004). Begreppen överlappar varandra och gränserna är flytande.

## **Epidemiologi**

I en undersökning av förekomsten av social fobi i Europa uppskattades livstidprevalensen (medianvärdet i olika befolkningsstudier) till 6.65 %, med en högre förekomst hos yngre personer och kvinnor (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005). I Sverige har punktprevalensen uppskattats till 15.6 %, men med en variation mellan 1.9 och 20.4 % då olika grad av ångest och handikapp vägdes in i diagnosen (Furmark, 2000). Antalet fall minskar med högre svårighetsgrad. Icke generaliserad social fobi är alltså något vanligare än generaliserad social fobi (ibid.) Problemen börjar vanligtvis i de yngre tonåren medan det är mycket ovanligt med debut i vuxen ålder (Rapee & Spence, 2004). Social fobi betraktas generellt som ett kroniskt tillstånd utan stora möjligheter till spontan förbättring (Fehm et al., 2005). Mycket tyder på att chanserna till förbättring är lägre för personer med svårare grad av social ångest, d.v.s. för dem som befinner sig närmare fobisk personlighetsstörning på det kontinuum av social ångest som nämnts (Rapee & Spence, 2004).

## **Komorbidity**

Social fobi samexisterar ofta med andra psykiatriska störningar. Den högsta graden av komorbidity med social fobi uppvisar andra ångeststörningar som specifika fobier, agorafobi, paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom, sedan följer förstämningssyndrom och substansrelaterade störningar (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996). Flera studier visar på komorbiditytetal på upp till 89% för den generaliserade typen av social fobi och axel II-diagnosen fobisk personlighetsstörning (Furmark, 2000); ett faktum som också bidragit till diskussionen om de egentligen borde betraktas som olika svårighetsgrader av samma diagnos. Över hälften av alla personer med social fobi uppvisar parallellt en annan psykiatrisk diagnos någon gång under sin livstid (Chartier, Walker, & Stein, 2003), och allra vanligast är det för patienter med generaliserad social fobi (Moutier & Stein, 1999). Det är också vanligt förekommande att social fobi föregår andra komorbida tillstånd i tid (Chartier et al., 2003). Vidare bidrar social fobi ofta till en lägre livskvalitet och medför ofta negativa konsekvenser vad gäller utbildning och yrkesliv, samt en högre suicidrisk (Fehm et al., 2005).

## **Etiologi**

De etiologiska faktorerna bakom social fobi är ännu relativt okända, trots att forskningen inom området ökat markant under de senaste åren (Tillfors, 2001). Flera olika faktorer i kombination med varandra antas bidra till utvecklandet av social ångest och social fobi. Exempel på bidragande faktorer är: genetiska faktorer, familje- och uppväxtförhållanden, temperament, betingning och associativ inlärning, kognitiva faktorer, samt neurobiologiska faktorer (ibid.).

### **Genetiska faktorer**

Genetiska faktorer antas bidra till utvecklandet av social fobi och genom tvillingstudier har ärftligheten uppskattats till omkring 30% (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992). Det är dock relativt oklart om det finns genetiska faktorer på molekylnivå som är specifikt

kopplade till utvecklandet av social fobi eller om de är desamma också för andra psykiatriska störningar (ibid.).

### **Temperament och personlighetsdrag**

En faktor som skulle kunna ha betydelse för utvecklandet av social fobi är temperament. Vanligtvis talar man i dessa sammanhang om begreppet beteendehinhibition, en temperamentsegenskap som studerats hos barn (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman, & Garcia-Coll, 1984). Beteendehinhiberade barn är tillbakadragna och blyga i nya situationer, karaktäristika som för en del visat sig vara stabila fram till åtta års ålder (Kagan, 1989). Longitudinella studier har visat att barn som uppvisar stabila mönster av beteendehinhibition löper större risk att utveckla social fobi än andra (Furmark, 2000).

I en studie gjord av Stemberger, Beidel och Calhoun (1995) visade det sig att personer med generaliserad social fobi hade en högre grad av personlighetsdraget neuroticism och lägre grad av extroversion, vid mätningar med EPI (Eysenck Personality Inventory), än de med icke generaliserad social fobi. I samma studie kom man fram till att personer med den generaliserade formen av social fobi oftare varit blyga som barn än de med icke generaliserad social fobi.

### **Uppväxtmiljö**

Sannolikt spelar miljöfaktorer en stor roll i hur en generell genetisk benägenhet till ångest kanaliseras mot mer specifika ångeststörningar (Tillfors, 2001). Forskningsresultat visar att överbeskyddande föräldrar generellt kan räknas som en bidragande faktor vid utvecklandet av ångeststörningar, men kan uppvisa en starkare koppling till just social ångest (Rapee & Spence, 2004). Retrospektiva rapporter från vuxna personer med social fobi ger stöd för bilden av en familjemiljö präglad av hög grad av kontroll och lite värme (ibid.). Flera forskare förespråkar teoretiskt sett en reciprok modell för interaktionen mellan föräldrar och barn (Hudson & Rapee, 2004). En sådan modell skulle innebära att ett tillbakadraget barn utlöser ett beskyddande beteende hos föräldern (särskilt om föräldern är ängslig och ångestfylld), och att detta beteende i sin tur förstärker barnets tillbakadragande (ibid.). Föräldrar som själva lider av social ångest kan också genom modellinläring och genom att hindra barnet från att exponeras för sociala situationer överföra rädslor och undvikandebeteenden på barnet (Tillfors, 2001). Förutom familjemiljön finns andra miljöfaktorer under uppväxten som kan vara av betydelse, t.ex. att vara utsatt för social isolering eller mobbning (ibid.).

### **Inlärningsteoretiska förklaringsmodeller**

Teorin om klassisk betingning kan förklara, även om det är omdiskuterat, varför fobiker reagerar med kroppsliga och andra symtom på rädsla och ångest då de utsätts för den fruktade situationen (Tillfors, 2001). Personen kan ha blivit förödmjukad eller utskrattad i en social situation, en situation som därefter kommit att förknippas med starkt obehag (Furmark, 2000). Fobin vidmakthålls sedan genom operant betingning då personen lär sig att ångesten minskar genom att det fobiska stimuli undviks, och undvikandebeteenden utvecklas som en del av fobin (Tillfors, 2001). I en studie av Stemberger et al. (1995) uppgav 56% av personerna med icke generaliserad social fobi att deras problem hade sitt ursprung i en traumatisk händelse, medan siffran för dem med generaliserad social fobi var 40%. Andra studier visar att många individer med social fobi inte kan minnas någon specifik utlösande traumatisk händelse, varför teorin kritiserats (Furmark, 2000).

Personer med social fobi bär ofta på en historia av negativa interpersonella erfarenheter som formar deras bild av sig själva och andra (Alden & Taylor, 2004). En studie av Taylor och



Alden (2005) ger stöd för de kognitiva modeller av social fobi som menar att hur en person bearbetar social information påverkas av personens inlärningshistoria. Det verkar i synnerhet som om interpersonella inlärningserfarenheter har en inverkan på hur personer med social fobi tolkar andra människors beteenden.

### **Neurobiologiska faktorer**

Neurobiologiska studier genom positronemissionstomografi (PET) visar att social fobi involverar ett mycket känsligt "rädslonätverk" som har sitt centrum i amygdala-hippocampusregionen (Tillfors, 2001). Detta neuroanatomiska nätverk hör till ett fylogenetiskt äldre "alarmsystem" med uppgift att upptäcka faror. Forskningsresultat visar att personer med social fobi har ett ökat cerebralt blodflöde i dessa regioner jämfört med en kontrollgrupp då de utsätts för en fruktad situation som att tala inför en grupp. Vidare verkar det som om det huvudsakligen är de serotonerga och dopaminerga neurotransmittoriska systemen som är involverade vid social ångest, även om det ännu är oklart exakt hur de inverkar (ibid.). PET-studier har visat att social fobi karaktäriseras av en dysfunktionell serotoninmetabolism i vissa delar av hjärnan (främst temporallobscortex) (Furmark, 2000).

### **Kognitiva faktorer**

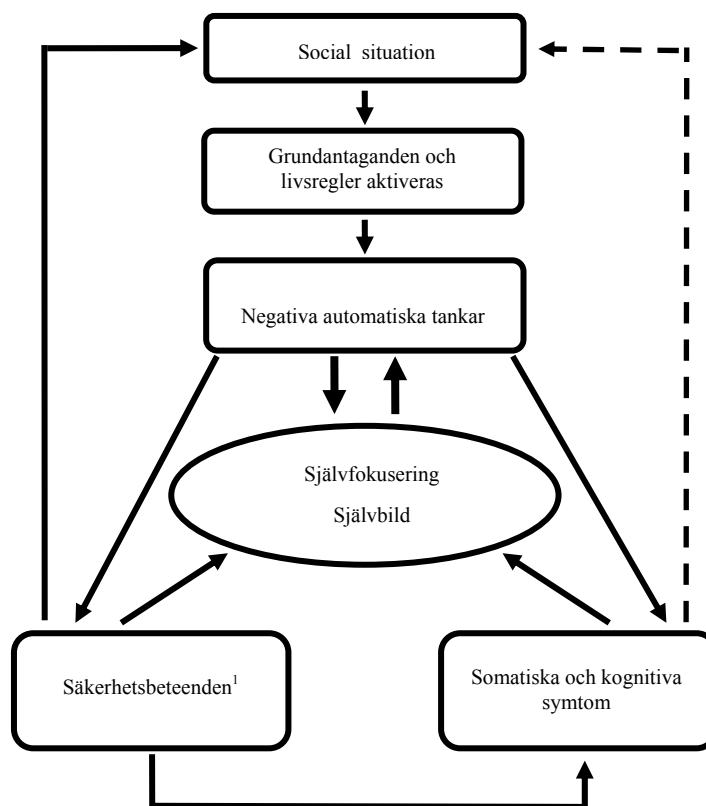
Det är ännu oklart om kognitiva faktorer utgör orsak eller verkan vad gäller social fobi, och möjligtvis är det så att de bidrar till vidmakthållande av fobin då den väl utvecklats (Tillfors, 2001). Hirsch och Clark (2004) klarlägger i en review att informationsprocessbias utgör ett viktigt element i social fobi. Studier har visat att patienter med social fobi uppskattar sannolikheten för att en social händelse ska få ett negativt utfall som högre än vad en kontrollgrupp gör. Resultat från en studie av Hofmann (2005) antyder att sociala situationer med en upplevd hög risk för negativt utfall är ångestframkallande delvis därför att individer med social fobi upplever ångestsymtomen som okontrollerbara. Man har även funnit att personer med social fobi tolkar egna prestationer mer kritiskt än oberoende observatörer, och att de har svårigheter med att bearbeta positiv social feedback (Hirsch & Clark, 2004). Vidare visualiserar personer med social fobi ofta negativa bilder av sig själva i misslyckade sociala situationer. Bögels och Mansell (2004) har genom en metaanalys funnit empiriskt stöd för att uppmärksamhetsprocesser, som självfokuserad uppmärksamhet samt överdriven försiktighet och undvikande av potentiellt hotfulla stimuli, fungerar som möjliga vidmakthållande faktorer för social ångest.

Flera kognitiva modeller har utvecklats för att förklara uppkomst och vidmakthållande av social fobi (t.ex. Clark & Wells, 1995; Leary & Kowalski, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). En kognitiv förklaringsmodell för social fobi som ofta citeras och som idag torde vara den mest spridda är den som utarbetats av Clark och Wells (1995).

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

Clark och Wells kognitiva modell för social fobi (se figur 1) integrerar kognitiva faktorer, beteendefaktorer och fysiologiska faktorer. Den kan kort sammanfattas som att olika sociala situationer aktiverar grundantaganden och livsregler som gör att en social situation uppfattas och tolkas som hotfull. Tolkningen utlöser en rad negativa automatiska tankar och en ökad grad av självfokusering. Personen ser sig själv utifrån som ett socialt objekt, s.k. observatörsperspektiv, och självbilden förvrängs, vilket i sin tur förstärker de negativa automatiska tankarna. Samtidigt startar en ångestreaktion med somatiska och kognitiva

symtom. Personen försöker dölja ångestsymtomen genom säkerhetsbeteenden<sup>1</sup>, något som leder till ökad självfokusering och förvärrade symtom – en ond cirkel av social ångest.



**Figur 1.** Kognitiv modell för social fobi enligt Clark och Wells (1995).

Förutom det som händer under den sociala aktiviteten är det mycket vanligt med s.k. förväntansångest. Det innebär att personen går igenom och kartlägger den fruktade sociala situationen i förväg, tänker på tidigare misslyckanden och visualiserar katastrofscenarier. Förväntansångesten leder i vissa fall till att den fruktade situationen helt undviks. Det är också vanligt med s.k. post mortem där personen i efterhand i detalj går igenom och granskar den sociala situationen. Minnena präglas av negativa tankar och känslor, tidigare misslyckanden gör sig påmind och bilden av sig själv som en socialt oduglig person förstärks. Post mortem, säkerhetsbeteenden och undvikandebeteende bidrar till vidmakthållande av problemen (Clark & Wells, 1995).

Modellen har kritiserats dels på grund av de kausala relationerna som antas existera mellan begreppen men som inte är vedertagna, dels på grund av att begrepp som *grundantaganden* och *negativa automatiska tankar* är svåra att operationalisera och mäta (Bouton, Mineka & Barlow, 2001). Depressionsforskning visar också att grundantaganden inte är statiska, som modellen utgår ifrån, utan förändras beroende på personens sinnesstämning (Giles & Shaw, 1987).

<sup>1</sup> Med begreppet säkerhetsbeteenden avses alla de beteenden personen utför i syfte att dölja ångestsymtom och lättare klara av en social situation, t.ex. undvika ögonkontakt, sminka sig så rodnad inte ska synas eller alltid ha lugnande tabletter till hands.

## Behandling av social fobi

De behandlingsformer för social fobi som i dagsläget har starkt forskningsstöd är farmakologisk behandling och psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2005)

### Farmakologisk behandling

Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat) har visat sig effektiva vid behandling av social fobi. SSRI-preparat utvecklades ursprungligen för behandling av depression men visade sig även ha ångstdämpande effekt. Preparaten har i kontrollerade studier visat sig ha god effekt vid flera typer av ångeststörningar. SBU-rapporten (2005) redovisar port att det finns starkt forskningsstöd för korttidseffekt av preparaten fluvoxamin, sertralin, paroxetin, vefloxin och escitalopram. Jämfört med andra mediciner har SSRI-preparat fördelar när det gäller säkerhet, toleransutveckling, risk för beroende och effekt på komorbida störningar (Furmark, 2000). Idag anses SSRI-preparat vara förstahandsval vid farmakologisk behandling av social fobi (Blanco et al, 2003). De flesta SSRI-preparat kan dock ge biverkningar som initial oro, nervositet, diarré, huvudvärk, viktuppgång, och sexuell dysfunktion (Rivas-Vazquez, 2001) Vid snabb utsättning av SSRI-preparat drabbas även vissa patienter av svåra utsättningsymtom (Vaswani, Linda & Ramesh, 2003).

Andra psykofarmaka som används vid behandling av social fobi är bensodiazepiner och beta-blockerare (Furmark, 2000). Bensodiazepiner är preparat som ger snabb ångestlindrande effekt. I en studie av Otto et al (2000) jämfördes ett bensodiazepin-preparat med kognitiv beteendeterapi i gruppformat (KBGT). Behandlingarna gav likvärdiga resultat. Enligt SBU rapporten har effekten av behandling med bensodiazepinpreparat måttligt forskningsstöd. Bensodiazepiner är starkt beroendeframkallande och medför risk för missbruk. Av den anledningen rekommenderas de inte som förstahandsval vid farmakologisk behandling (Furmark, 2000). Beta-blockerare är preparat som tillfälligt dämpar kroppsliga ångestsymtom och kan användas vid behov av personer med specifik social fobi som scenskräck eller stark rädsla för att tala inför en grupp människor. Studier visar dock att betablockerare inte är effektiva för personer med generaliserad form av social fobi (ibid.).

Det saknas studier där man jämfört de bäst dokumenterade läkemedlen med psykologisk behandling, men i en metaanalys av Federoff & Taylor (2001) fann man att farmakologisk behandling med SSRI-preparat och bensodiazepiner gav bättre behandlingsresultat än kognitiv beteendeterapi (KBT) på kort sikt. Det finns dock metodologiska skillnader mellan farmakologiska studier och psykoterapistudier som försvårar jämförelser av behandlingsresultat. Farmakologiska studier har oftast en placebokontroll medan psykoterapistudierna har väntelistekontroller och uppföljningsdata saknas ofta i farmakologiska studier till skillnad från psykoterapistudierna som oftast har långtidsuppföljningar. I de få studier som genomförts har kombinationsbehandling med farmaka och psykoterapi inte gett några vinster jämfört med vardera behandlingen för sig (SBU, 2005)

### Psykologisk behandling

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den psykologiska behandlingsform som har starkast forskningsstöd vid behandling av social fobi (Rodebaugh, Holoway & Heimberg, 2004). KBT är ett samlingsnamn för flera behandlingsinterventioner. Gemensamt för dessa är att de har

sitt ursprung i inlärningsteori och/eller kognitiv teori. De enskilda interventioner som utvärderats mest i studier när det gäller social fobi är exponering, kognitiv omstrukturering, avslappningsträning och social färdighetsträning (Heimberg, 2002). I SBU-rapporten (2005) framhåller man KBT som den psykologiska behandlingsform som rekommenderas behandling av social fobi.

#### *Vanliga interventioner i kognitiv beteendeterapi*

Exponering innebär att klienter utan hjälpmedel och distraktion utsätter sig för ångestfyllda sociala situationer och stannar i situationerna tills ångesten minskat (Rodebaugh et al., 2004). Exponering kan ske både direkt i en ångestfylld situation (in vivo) eller i rollspel, videoinspelning virtual reality eller i fantasin. Tekniken har sitt ursprung i beteendeterapeutiska principer om habituering och utsläckning (extinktion) av ångest (Furmark, 2000) Syftet är att bryta undvikandebeteenden och att minska ångestnivån i fruktade sociala situationer.

Kognitiv omstrukturering är en intervention som har sin grund i kognitiva teorier om social fobi. Gemensamt för dessa teorier är att man utgår ifrån att dysfunktionella tankar spelar en central roll för både uppkomst och vidmakthållande av problemen. Syftet med kognitiv omstrukturering är att lära klienten tekniker för att ifrågasätta dysfunktionella antaganden och ersätta dem med mer realistiska och funktionella antaganden. Vanligtvis kombineras kognitiv omstrukturering med exponering vid behandling av social fobi (Rodebaugh et al., 2004). Kognitiv omstrukturering har även använts som enskild intervention och visat bättre effekt än placebobehandling och kontrollgrupp (Fedoroff & Taylor, 2001).

Avslappningsträning kan användas som en av flera copingtekniker i ett behandlingspaket inom KBT eller som enskild intervention. Syftet är att minska och kontrollera kroppsliga ångestsymtom. Tillämpad avslappning (TA) är en behandlingsmetod som helt bygger på avslappningsteknik och som tillämpats med framgång bl.a. för patienter med paniksyndrom (Öst, 2001). Stödet för avslappningsträning som enskild behandlingsmetod vid social fobi är dock bristfälligt (Rodebaugh et al., 2004).

Social färdighetsträning är ett samlingsnamn på flera olika tekniker som syftar till att öka klientens beteendepertoar i sociala situationer och öva upp kommunikationsfärdigheter som ögonkontakt, röststyrka och kroppsspråk. Studier som undersökt social färdighetsträning som enskild behandlingsmetod visar på motsägelsefulla resultat. I en metaanalys av Taylor (1996) visade social färdighetsträning vid social fobi bättre resultat än placebo och kontroll. Många av teknikerna innefattar dock exponering för fruktade sociala situationer vilket gör det svårt att analysera effekten av enbart färdighetsträningen (Rodebaugh et al., 2004).

I de flesta kognitiva beteendeterapier integreras olika interventioner till ett behandlingspaket (Furmark, 2000). Vanligtvis ingår exponering och kognitiv omstrukturering vid behandling av social fobi, men även andra behandlingskomponenter kan ingå.

#### *Metaanalyser*

Det har gjorts fyra metaanalyser med fokus på behandling av social fobi (Fedoroff & Taylor, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Yap, 1997; Feske & Chambless, 1995; Taylor, 1996). Samtliga analyser har visat att olika former av KBT-interventioner ger bättre inomgrupps- och mellangrupps effekter jämfört med kontrollgrupp. Bäst effekt uppnås med exponering i kombination med kognitiv omstrukturering och exponering som enskild intervention. Uppföljningsdata visar också att behandlingseffekterna står sig över tid

(Federoff & Taylor, 2001; Taylor, 1996). Taylor (1996) redovisar även resultat som tyder på att behandlingseffekterna kan öka efter avslutad behandling då vissa studier påvisat större effektstorlekar vid uppföljning. I den senaste metaanalysen av Federoff & Taylor (2001) fann man även att farmakologisk behandling med SSRI-preparat och bensodiazepiner gav bättre behandlingsresultat än KBT på kort sikt. Uppföljningsdata saknas dock ofta i de farmakologiska studierna.

#### *Kognitiv beteendeterapi individuellt eller i grupp*

Kognitiv beteendeterapi ges både i gruppformat (KBGT) och som individualterapi. KBGT har ansetts vara förstahandsval när det gäller psykologisk behandling för social fobi (Heimberg, 2002). En form av KBGT utvecklad av Heimberg är den empiriskt mest utprovade och har i ett flertal studier visat sig bättre än placebo och kontroll (Otto et al, 2000; Eng, Coles Heimberg & Safren, 2004). Det saknas dock forskningsstöd för att KBT i gruppformat är effektivare än individualterapi (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003). Stangier och kollegor (2003) genomförde en studie där man jämförde en form av kognitiv beteendeterapi utvecklad efter Clark & Wells (1995) kognitiva modell av social fobi dels i gruppformat och dels som individualterapi. Resultaten visade att båda behandlingsformerna gav signifikant förbättring direkt efter behandling och vid uppföljning, individualterapi visade dock bättre resultat än gruppterapi vid båda mättillfällena.

#### *Intensivbehandling med Kognitiv beteendeterapi i grupp*

En nackdel med att administrera KBT i gruppformat är att det kan ta tid att få ihop en grupp samt att hitta tider för sessioner som passar alla deltagare. Detta kan leda till långa väntetider och till att deltagares närvaro blir lägre än vid individualterapi (Stangier et al., 2003) I en kontrollerad studie av Mörtberg, Karlsson, Fyring och Sundin (2005) undersöktes effekten av 2 veckors intensivbehandling i grupp. Behandlingen bestod av 2 veckor med dagliga sessioner separerade av en vecka då deltagarna gjorde övningar i hemmiljön. Resultaten visade signifikanta förbättringar på de flesta social fobimått. Effektstorleken direkt efter avslutad behandling var 0.56 men förbättrades sedan vid 3 respektive 6 månaders uppföljning. Ett år efter avslutad behandling var effektstorleken 0.81, vilket antyder att även en mycket kortvarig intervention kan vara tillräckligt för att uppnå signifikanta behandlingseffekter (Mörtberg et al, 2005).

#### *Hur effektiv är kognitiv beteendeterapi vid behandling av social fobi i klinisk rutinvård*

Det finns ett ökat intresse för att undersöka hur väl resultat från kontrollerade studier står sig när behandlingen ges i klinisk rutinvård. Westbrook & Kirk (2004) samlade in data från 1276 klienter som behandlats för social fobi vid en psykiatrisk öppenvårdsklinik. Resultaten visade att ca 50 % av klienterna blev signifikant förbättrade. En tredjedel blev fullständigt förbättrade och uppfyllde inte längre diagnoskriterierna för social fobi efter behandlingen. Denna studie har ett antal begränsningar och brister. Det saknas t.ex. kontrollgrupp och man hade låg kontroll över exakt vilka interventioner som användes av de olika terapeuterna. Studien ger dock en indikation om att KBT är en relativt effektiv behandling även i klinisk rutinvård (Westbrook & Kirk, 2004).

I en annan "effectivenessstudie" vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Jönköping (Dahlgren, 2002) fick 28 klienter genomgå gruppbehandling för social fobi. Resultaten jämfördes sedan med 4 kontrollerade studier som valts ut enligt vissa på förhand bestämda kriterier. Resultaten av jämförelsen visade att KBGT för social fobi i klinisk rutinvård kan ge likvärdiga behandlingsresultat som i kontrollerade studier (ibid.).

### **Självadministrerad psykologisk behandling**

Självhjälpsbehandling innebär att klienten själv ansvarar för att tillgodogöra sig ett psykologiskt behandlingsmaterial. Självhjälp kan administreras i bokform, genom ljudband/video/datoriserade program eller över Internet. Begreppet självhjälp är brett och kan innefatta allt från att klienten genomgår ett behandlingsprogram helt på egen hand till att man träffar en terapeut varje vecka och däremellan tillämpar de strategier som tagits upp under terapisessionen. För att kallas självhjälp bör en behandling vara så detaljerat beskriven i ett självhjälpsmaterial att man inte behöver professionell hjälp för att kunna genomföra den. Böcker eller annat material som enbart ger generell information ska därför inte klassas som självhjälpsmaterial (Cuijpers, 1997) Biblioterapi är självhjälp administrerad i bokform. Det är en typ av självhjälp som blivit populär och används allt mer som ett komplement till traditionell psykoterapibehandling (Campbell & Smith, 2003).

#### *Fördelar och nackdelar*

Fördelarna med självhjälpsbehandling är att man kan nå klienter som av geografiska, ekonomiska eller andra anledningar är förhindrade att delta i en traditionell terapeutledd terapi. Det är också kostnadseffektivt och enkelt att administrera (Ellis, 1993; Williams, 2001). Självhjälpsbehandling ökar också urvalet av interventioner som är tillgängliga vilket ökar sannolikheten att en patient får tillgång till en intervention som passar just honom/henne. Klienter har också större möjligheter att individualisera behandlingen genom att anpassa arbetstakten samt efter behov arbeta mer eller mindre med olika delar av behandlingen (Ellis, 1993).

Nackdelar med självhjälpsmaterial är dels att det för närvarande inte finns någon generell kvalitetskontroll och att en stor andel av det material som finns är undermåligt och har som främsta syfte att ge intäkter (ibid.). Andra brister med självhjälpsbehandling kan vara svårighet att ställa rättvisande diagnos och matcha material med patient, bristande kontroll över hur behandlingen genomförs samt minskade möjligheter till uppföljning. Ett sätt att minimera dessa problem och öka tillgängligheten för psykologisk behandling är att administrera evidensbaserad psykologisk självhjälp via sjukvårdens organisation och även komplettera självhjälpsmaterial med minimalt terapeutstöd (Scogin, Hanson & Welsh, 2003).

#### *”Stepped care”*

Terapeutledd psykologisk behandling är idag endast tillgängligt för ett fåtal patienter. Det är därför av största vikt att man använder de resurser som finns inom sjukvården på bästa sätt. En möjlighet att effektivisera psykologisk behandling i klinisk rutinvård är att organisera den enligt principen om ”stepped care”. I denna modell erbjuder man först en enklare och billigare behandlingsform som självhjälp om detta ej fungerar för patienten erbjuder man mer påkostad behandling (Scogin et al., 2003; Bowe & Gilbody, 2005). Modellen behöver utvärderas mer men har potential att ge fler människor möjlighet att ta del av effektiva psykologiska behandlingsmetoder.

#### *Självhjälpsbehandling vid olika psykiatriska tillstånd*

En metaanalys av 40 studier visade att självhjälpsbehandling har effekt på ett antal psykiatriska problem som depression, sömnlöshet, ångeststörningar och sexuella dysfunktioner. Man fann inga signifikanta skillnader mellan självhjälpsbehandling och traditionell KBT-behandling i grupp eller individuellt (Gould & Clum, 1993).

En metaanalys av 29 studier där man studerat effekten av kognitiv biblioterapi vid depression (Gregory, Schewer Canning, Lee & Wise, 2004) visade att biblioterapi gav genomsnittlig

effektstorlek på 0.77 vilket är jämförbart med olika former av terapeutledd behandling. I en utvärdering av självhjälpsböcker för behandling av depression fann man att relativt få böcker utvärderats empirisk, men att de som använts i kliniska studier gett effektstorlekar jämförbara med terapeutledd behandling (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003).

Självhjälpsbehandling har även fått stöd vid behandling av agorafobi (Gosh & Marks, 1987), specifika fobier (Newman, Erickson, Przewoski & Dzus, 2003) och vissa fall av spindelfobi (Öst & Hellström, 1995).

I en studie av Febraro (2004) jämfördes tre former av behandling för paniksyndrom: biblioterapi (BT), biblioterapi med minimal terapeutkontakt i form av telefonstöd (BT+TS) samt enbart telefonstöd (TS). Resultaten visade att båda biblioterapigrupperna förbättrades signifikant mellan pre och post-test när det gäller paniktankar och rädsla för att få panikattack. Gruppen som fick BT+TS visade till skillnad från BT även signifikanta förbättringar när det gäller paniksymtom och undvikande. Resultaten tyder på att minimalt terapeutstöd via telefon tillför behandlingseffekt jämfört med enbart biblioterapi.

### **Självhjälpsbehandling via Internet**

Internet når allt fler användare och under de senaste åren har intresset för och utvecklingen av Internetbaserade självhjälpsbehandling ökat. Sammantaget finns ett relativt omfattande forskningsstöd för självhjälpsbehandling via Internet vid en mängd psykiatriska besvär men det behövs mer forskning inom området (Carlbring & Andersson, in press).

Vid institutionen för psykologi vid Uppsala Universitet pågår sedan 1999 utveckling och utvärdering av Internetbaserade självhjälpsprogram. Självhjälpsprogrammen består dels av ett skriftligt självhjälpsmaterial med övningar samt terapeutstöd via e-post eller i vissa fall över telefon. Kontrollerade studier har gjorts när det gäller behandling av huvudvärk (Ström, Pettersson & Andersson, 2000), paniksyndrom (Carlbring et al, 2005), tinnitus (Andersson, Ström, Ström & Lyttkens, 2003), smärta (Buhrman & Fältenhag, 2001), depression (Bergström & Holländare, 2002), stress (Zetterqvist, Maanmies, Ström & Andersson, 2003), sömnsvårigheter (Ström, Pettersson & Andersson, 2004) och social fobi (Carlbring, Furmark, Steczko, Ekselius & Andersson, 2005).

#### *Internetadministrerad behandling i klinisk rutinvård*

Marks och kollegor (2003) genomförde en icke-kontrollerad studie av Internetadministrerad självhjälp för depression och ångeststörningar i klinisk rutinvård. Man startade en Internetbaserad självhjälpsklinik inom primärvården och behandlade 266 personer under en period av ett år. Resultaten antyder att behandlingseffekten var jämförbar med traditionell terapeutledd terapi. Man hann dessutom behandla betydligt fler patienter per terapeut jämfört med traditionell behandling (Marks et al., 2003).

#### *Fördelar och nackdelar med Internetadministrerad självhjälp*

Fördelarna med Internetadministrerad självhjälp överlappar delvis de generella fördelarna med självhjälp som ökad tillgänglighet, förenklad administrering, möjlighet för patienter att genomföra behandlingen i sin egen takt samt kostnadseffektivitet. Behandling via Internet har dessutom fördelen att terapeuter via e-postkontakt med patienter kan övervaka hur behandlingen genomförs samt svara på frågor från klienterna. Terapeuten kan också avsätta mindre tid för varje patient jämfört med traditionell terapi, vilket gör att man kan erbjuda fler patienter behandling (Marks et al., 2003). En annan fördel med att administrera självhjälpsmaterial via Internet jämfört med material i bokform är att Internetadministrerat

material vid behov kan uppdateras både enklare och snabbare än böcker. De senaste behandlingsteknikerna kan på så sätt snabbare nå ut till behövande patienter (Marks et al, 1998). En nackdel med Internetadministrerad behandling jämfört med t.ex. biblioterapi är att den endast kan användas av personer med tillgång till dator och Internetuppkoppling. Detta problem minskar dock i takt med att Internetanvändandet ökar. Enligt en undersökning från Statistiska central byrån (SCB) använde 77% av svenskarna mellan 16-64 år Internet under 2003 och 73% hade till tillgång till Internet i hemmet (Statens institut för kommunikationsanalys; SIKA, 2004). Det finns även andra möjligheter att få tillgång till Internet som genom bibliotek eller Internetcaféer.

### *Självhjälpsbehandling för personer med social fobi*

För personer med generaliserad form av social fobi kan fobin i sig vara ett hinder för att söka hjälp. Man kan därför spekulera kring om det är möjligt att man genom att erbjuda behandling över Internet kan nå en patientgrupp som annars sällan söker hjälp. En forskargrupp (Erwin, Turk, Heimberg, Fresco & Hantula, 2003) ville ta reda på vilka som söker information om och hjälp för social fobi på Internet. Man inhämtade data om 434 personer som svarat på en Internetbaserad undersökning om social fobi kopplad till en websida för en specialistklinik för ångeststörningar. Man fann att dessa personer rapporterade fler och allvarligare symtom samt större funktionsnedsättning kopplat till social ångest jämfört med personer som sökt hjälp på kliniken. Trots detta hade bara en tredjedel av dem som deltog i Internetundersökningen fått psykologisk behandling för sina problem och ungefär lika många hade fått medicin för sina besvär (ibid.).

### **SOFIE-projektet vid Uppsala Universitet**

Det har hittills gjorts få kontrollerade studier på självhjälpsbehandling vid social fobi. Vid institutionen för psykologi vid Uppsala Universitet pågår dock sedan några år SOFIE-projektet<sup>2</sup> där man i ett flertal kontrollerade studier utvecklat och testat en Internetbaserad KBT-behandling för social fobi. Grunden i behandlingen utgörs av ett självhjälpsmaterial baserat på traditionella KBT interventioner som utvecklats av Holmström & Spartan (2003). Materialet är fördelat på nio moduler. Varje modul ska genomföras på en vecka och behandlingen sträcker sig över nio veckor. I slutet av varje modul finns uppgifter för deltagarna att genomföra. Svaren på dessa e-postas till en Internetterapeut som ger uppmuntran och feedback samt svarar på frågor. Deltagarna har också tillgång till ett diskussionsforum över Internet, där de har möjlighet att kommunicera med varandra och läsa varandras kommunikation.

I den första studien (Holmström & Spartan, 2003) kompletterades ovanstående upplägg med ett antal gruppträffar där deltagarna tillsammans med en terapeut fick öva exponering. Resultaten visade hög genomsnittlig inomgruppseffektstorlek samt måttlig effektstorlek vid jämförelse med väntelistekontroll. Dessa resultat har upprepats i flera senare studier. Behandlingsupplägg för föregående SOFIE-studier presenteras kortfattat i tabell 1. I den andra studien ersatte man gruppträffar med telefonkontakt med terapeut (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004). Den tredje studien undersökte behandlingseffekten då all terapeutkontakt skedde via e-post (Steczkó, 2004). I den fjärde studien undersöktes åter den relativa effekten av gruppträffar för exponering genom att man jämförde två behandlingsgrupper (Eriksson & Spak, 2004) Resultaten av ovanstående studier visade att gruppträffar och telefonkontakt med terapeut inte tillförde någon ytterligare behandlingstvinst. I den femte studien ville man undersöka deltagarnas behandlingsrespons över de nio behandlingsveckorna. Resultaten

---

<sup>2</sup> SOFIE = SOcial Fobibehandling via Internet i kombination med Exponering



visade en signifikant skillnad på de socialfobimått som användes mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp i slutet av den sjätte behandlingsveckan (Hedman & Sonnenstein, 2005) En senare studie har utvärderat hur materialet bokform fungerat som ren biblioterapi utan vare sig e-poststöd eller diskussionsforum. Denna studie gav likvärdiga resultat som tidigare upplägg (Clevberger, 2005). Den senaste studien i SOFIE-projektet jämförde en grupp som fick behandling som ren individualterapi (inget diskussionsforum) med en grupp som fick behandlingen i ett gruppformat där all e-post korrespondens kunde läsas av samtliga i behandlingsgruppen. Inga signifikanta skillnader kunde påvisas mellan de båda grupperna. Man undersökte även den relativa effekten av diskussionsforum och fann inga signifikanta skillnader.

**Tabell 1.** Översikt över föregående SOFIE-studiers behandlingsupplägg

Studie	Beskrivning
SOFIE-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SOFIE-manualen administrerad via Internet + e-postterapeut + diskussionsforum + gruppträffar för exponering</li> <li>– Väntelistekontroll</li> </ul>
SOFIE-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SOFIE-manualen administrerad via Internet + e-postterapeut + diskussionsforum + telefonkontakt 1 gång/vecka</li> <li>– Väntelistekontroll</li> </ul>
SOFIE-2 (b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SOFIE-manualen administrerad via Internet + e-postterapeut + diskussionsforum</li> <li>– Historisk kontrollgrupp</li> </ul>
SOFIE-3 (Studentpop.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SOFIE-manualen administrerad via Internet + e-postterapeut + diskussionsforum + gruppträffar för exponering</li> <li>– SOFIE-manualen administrerad via Internet + e-postterapeut + diskussionsforum</li> <li>– Historisk kontrollgrupp</li> </ul>
SOFIE-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SOFIE-manualen administrerad via Internet + e-postterapeut + diskussionsforum (undersökte behandlingsrespons över tid)</li> <li>– Väntelistekontroll</li> </ul>
SOFIE-4 (b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SOFIE-manualen administrerad som självhjälpbok (biblioterapi)</li> <li>– Väntelistekontroll</li> </ul>
SOFIE-4 (c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SOFIE-manualen administrerad via Internet + e-postterapeut</li> <li>– SOFIE-manualen administrerad via Internet + e-postterapeut, all e-postkontakt synlig via hemsida + diskussionsforum.</li> <li>– Historisk kontroll</li> </ul>

## Föreliggande studie

### Syfte

Föreliggande studie ingår som en del i SOFIE-projektet och är delvis en replikering av tidigare studier. Studien avsåg att jämföra tre behandlingsgrupper där en grupp fick Internetadministrerad KBT-behandling med minimalt terapeutstöd via e-post och tillgång till diskussionsforum, en andra grupp fick biblioterapi med samma material i bokform med tillgång till diskussionsforum, samt en tredje grupp fick ren biblioterapi och arbetade helt på egen hand med materialet.

Syftet var att undersöka om ett Internetupplägg med terapeutstöd och diskussionsforum ger bättre behandlingseffekt än två former av biblioterapi, samt om tillgång till ett diskussionsforum med veckovisa generellt stödjande och uppmuntrande meddelanden från Internetterapeut tillför behandlingseffekt vid biblioterapi. De tre behandlingsgrupperna jämfördes även med en historisk väntelistekontrollgrupp från SOFIE-4 (Hedman & Sonnenstein, 2005).

Ett andra syfte var att undersöka hur deltagarnas ångestnivå fluktuerar över behandlingsperioden genom veckovisa mätningar med LSAS-SR.

### Hypoteser/frågeställningar

Studien avsåg att undersöka huruvida det finns skillnader mellan Internetgruppen och biblioterapigrupperna med respektive utan diskussionsforum när det gäller deltagarnas benägenhet att:

1. Minska rädsla och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer, mätt med Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR; Liebowitz, 1987; 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).

3. Minska sin grad av depression, mätt med självskattningsversionen av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994), minska sin ångestnivå, mätt med Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1998) samt öka sin livskvalitet, mätt med Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva & Retslaff, 1992).

De tre behandlingsgrupperna jämfördes även med en historisk kontrollgrupp från SOFIE-4 (Hedman & Sonnenstein, 2005).

Dessutom undersöktes hur deltagarnas ångestnivå fluktuerar under behandlingsperioden mätt med LSAS-SR (Liebowitz, 1987) efter varje avslutad modul i de fyra grupperna.

## METOD

### Deltagare

#### Rekrytering

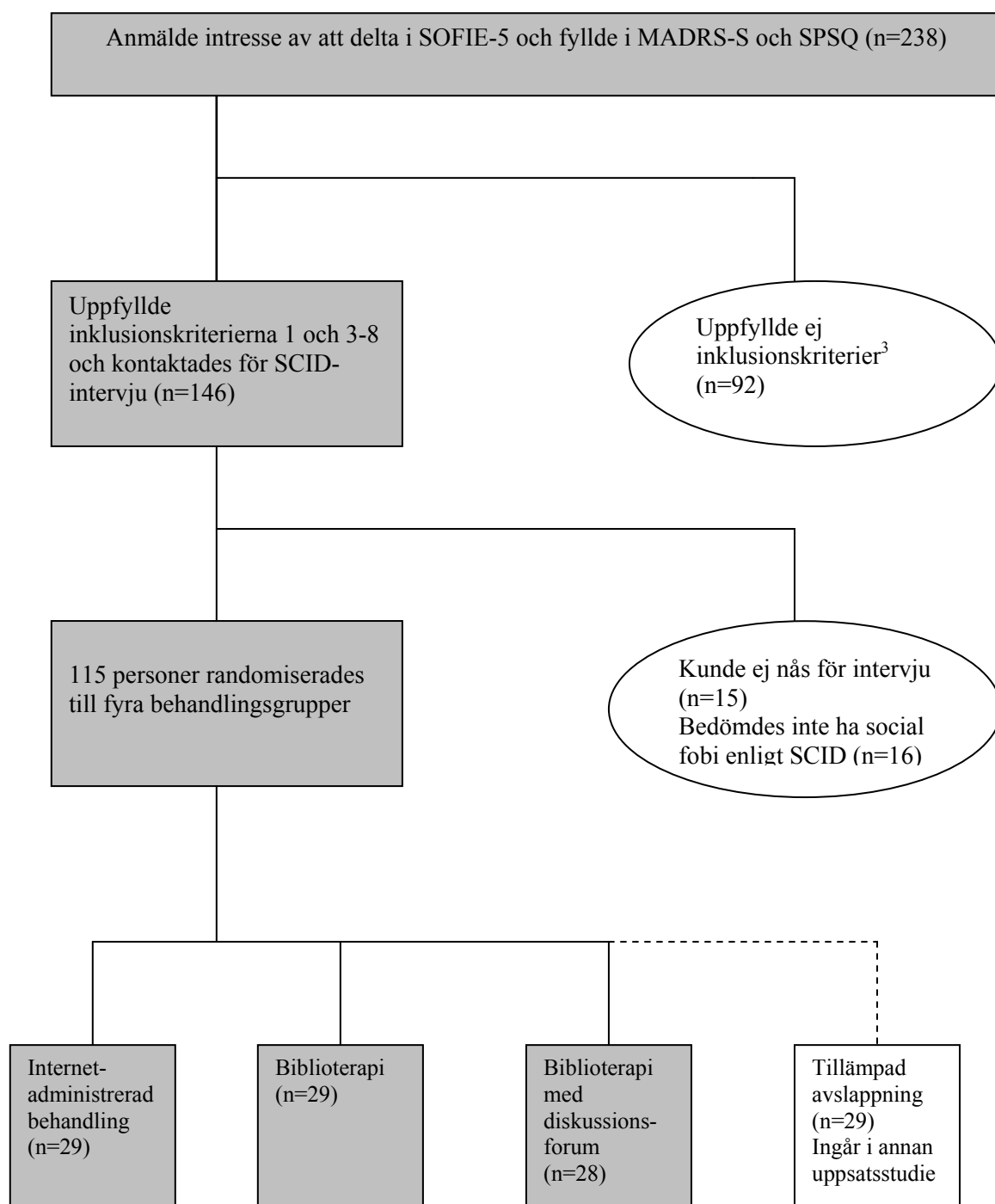
De 86 deltagarna, 30 män och 56 kvinnor rekryterades genom SOFIE-projektets väntelista bestående av personer som sökt till tidigare SOFIE-studier via en hemsida på Internet ([www.studie.nu](http://www.studie.nu), se bilaga 2). Ingen ersättning utgick till deltagarna och det kostade inte heller något att delta, utöver kostnad för Internetanvändning.

#### Urval

För att inkluderas i studien krävdes att deltagarna:

1. Uppfyllde kriterierna för social fobi enligt DSM-IV mätt med SPSQ.
2. Uppfyllde kriterierna för social fobi enligt en kortversion av Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders (SCID-I RV; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999) administrerad per telefon.
3. Hade en totalpoäng på mindre än 31 och mindre än fyra poäng på fråga nio (livslustfrågan) på MADRS-S.
4. Inte deltog i någon form av psykoterapi samtidigt som projektet.
5. Var medicinfräa eller stabiliserad avseende medicinering med psykofarmaka (oförändrad medicindos sedan minst tre månader före behandlingsstart samt under studiens genomförande).
6. Var över 18 år.
7. Var bosatta i Sverige
8. Uppgav sig vara beredda att jobba med självhjälpsprogrammet flera timmar i veckan.
9. Inte missbrukade alkohol och/eller narkotika.

Efter att information om SOFIE-5 skickats ut till väntelistan anmälde 238 personer intresse för att delta i studien. Etthundratrettioen av dessa uppfyllde inklusionskriterier 1 samt 3-8 och kontaktades för SCID-intervju. Genom SCID-intervjun fastställdes diagnosen social fobi och inklusionskriterium 9. Efter SCID-intervjun exkluderades 16 p.g.a. att de ej uppfyllde de diagnostiska kriterierna. De återstående 115 personerna genomförde en förmätning. Åttiosex personer av dessa randomiserades till Internetadministrerad behandling (Internet), biblioterapi (Biblio) eller biblioterapi med diskussionsforum (Biblio + forum). Tjugonio personer randomiserades för att ingå i en annan parallellt pågående uppsatsstudie inom SOFIE-projektet.



**Figur 2.** Flödesschema över urval, exkludering och bortfall i SOFIE-5.

<sup>3</sup> MADRS-S totalpoäng över 30 och/eller item 9 över 3 (n=36)

Förändrad eller påbörjad medicinering inom 3 månader och/eller pågående psykologisk behandling (n=34)

Uppfyller ej diagnos enligt SPSQ (n=16)

Annan orsak ex. utlandsboende, tidsbrist (n=6)

### Screening och diagnosticering

De personer som anmält sitt intresse fick besvara frågor rörande personuppgifter samt eventuell tidigare och pågående psykologisk behandling och medicinering. De fick också fylla i ovannämnda MADRS-S och SPSQ via Internet. De deltagare som uppfyllde inklusionskriterier 1-6 blev uppringda av författarna för en telefonadministrerad SCID-intervju bestående av diagnosfrågorna för social fobi i forskningsversionen SCID-I-RV (First et al., 1999) De deltagare som diagnostiserades som personer med social fobi inkluderades i studien.

### Diagnostisering av undergrupper

För att erhålla diagnosen generaliserad social fobi skall personen enligt självskattningsformuläret SPSQ skatta minst 5 situationer som lägst 3 på fråga 1 och/eller ha en totalpoäng på lägst 30.

**Tabell 2.** Deltagarnas kön, ålder, civilstånd, sysselsättning, diagnosundergrupper, tidigare psykologisk behandling och datorvana (n = antal).

		Biblio (n = 29)	Biblio + forum (n = 28)	Internet (n = 29)	Totalt (n = 86)
Kön	Man	10 (34%)	10 (36 %)	10 (34%)	30 (35 %)
	Kvinna	19 (66%)	18 (64%)	19 (66 %)	56 (65%)
Ålder	Medelålder (standardavvikelse)	32,5 (8,52)	35,0 (10,4)	34,9 (8,4)	34,1 (9,11)
	Min-Max	20 - 51	21 - 55	21 - 58	20 - 58
Civilstånd	Gift/ sambo	16 (57%)	18 (62%)	14 (48%)	48 (56%)
	Särbo	1 (4%)	1 (3%)	3 (10%)	5 (6%)
	Ensamstående	10 (36%)	7 (24%)	12 (41%)	29 (34%)
	Bor hemma hos förälder	1 (3%)	2 (7%)	-	3 (4%)
	Annat boende	1 (3%)	-	-	1 (1%)
Sysselsättning	Förvärvsarbetande	15 (52%)	17 (61%)	17 (59%)	49 (57%)
	Arbetslös	1 (3%)	4 (14%)	4 (14%)	9 (10%)
	Studerande	12 (41%)	6 (21%)	6 (21%)	24 (28%)
	Föräldraledig	1 (3%)	-	-	1 (1%)
	Sjukskriven	-	1 (4%)	1 (3%)	2 (2%)
	Sjukpensionär	-	-	1 (3%)	1 (1%)
Diagnosundergrupper	Generaliserad social fobi	19 (66%)	23 (82%)	18 (62%)	60 (70%)
	Icke generaliserad social fobi	10 (34%)	5 (18%)	11 (38%)	26 (30%)
Genomgått tidigare psykologisk behandling		13 (45%)	9 (32%)	14 (48%)	36 (42%)
Datorvana	Mycket stor	12 (41%)	11 (39%)	15 (52%)	38 (44%)
	Ganska stor	10 (35%)	10 (36%)	6 (21%)	26 (30%)
	Medelstor	6 (21%)	7 (25%)	8 (28 %)	21 (24%)
	Ganska liten	-	-	-	-
	Mycket liten	1 (3%)	-	-	1 (1%)

### **Komorbiditet**

Vad gäller eventuella komorbida psykiatriska diagnoser fanns gränsvärden endast för depression. Som nämns i urvalskriterierna exkluderades personer med en totalpoäng över 30 på MADRS-S eller en poäng högre än 3 på item 9 (avseende livslust).

### **Deskriptiva data**

För deskriptiva data se tabell 2. Inga skillnader mellan grupperna (behandlingsgrupperna och kontrollgruppen från SOFIE-4) påvisades för variablerna kön ( $\chi^2_{(3)}=0.01$ , i.s.), ålder ( $F_{(3,122)}=0.66$ , i.s.) och diagnosundergrupper ( $\chi^2_{(3)}=3.12$ , i.s.) vid signifikanstestning.

### **Etiska överväganden**

Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala (Dnr 2005:187) och följer humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer. Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta när som helst. De fick även information om sekretess och tystnadsplikt, något som särskilt berör studiens e-post- och Internetanvändande. Vidare informerades de om att svaren sammanställs statistiskt i oidentifierad form och presenteras på gruppnivå, samt att de som önskar kan få en sammanställning av studiens resultat. Deltagarna fick också skriva under ett samtycke om behandling av personuppgifter enligt personuppgiftslagen (PUL).

Personer som exkluderats enligt ovan nämnda kriterier (MADRS-S totalpoäng >30 eller poäng >3 på item 9) erhöll adekvat information om hur och var de kunde söka alternativ behandling.

## **Material**

Deltagande i studien krävde att deltagarna hade tillgång till en dator med Internetanslutning.

### **Intervjuinstrument**

#### *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*

SCID är ett semistrukturerat intervjuinstrument, framtaget för att fastställa psykiatriska diagnoser enligt fjärde upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; APA, 1994). Instrumentet finns i olika versioner. Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I; First et al. 1999) 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). I sin helhet innehåller den kliniska versionen av SCID-I sex olika moduler (A-F), där varje modul avser täcka ett syndrom/område. I föreliggande studie användes avsnitten som var ur modul F (ångestsyndrom) och rörde diagnostisering av social fobi.

SCID-I har visat sig vara ett reliabelt instrument för att fastställa axel I diagnoser (Segal, Hersen & Van Hasselt, 1994). SCID-användning innebär fortlöpande kliniska bedömningar och avgöranden från intervjuarens sida vilket 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 kappvärden från 0.70 till 1.00 (First et al., 1998).

### **Självskattningsformulär – primära utfallsmått**

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

SPSQ är ett självskattningsinstrument utarbetat vid Institutionen för Psykologi i Uppsala (Furmark et al., 1999). Det används för att diagnosticera social fobi och fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV (APA, 1995). Formuläret mäter graden av obehag i 14 sociala prestations- eller interaktionssituationer (fråga 1). För att erhålla diagnosen social fobi krävs att personen:

1. Skattar obehaget som mer än eller lika med 3 på åtminstone en av de 14 situationerna på fråga 1. Varje situation skattas på en skala från 0 (inte alls obehagligt) till 4 (väldigt obehagligt).
2. Uppvisar ett konsistent svarsmönster på DSM-IV-kriterierna A-D (fråga 2-7). Kriterierna A-D anses vara uppfyllda om den situation som skattats som högre än eller lika med 3 på fråga 1 även kryssats för vid A-kriteriet (fråga 3 eller 4), B-kriteriet (fråga 2 eller 5), C-kriteriet (fråga 6) samt D-kriteriet (fråga 2 eller 7).
3. Hämmas i åtminstone en av tre livsdomäner (minst ett ”ja”) på E-kriteriet (fråga 8). F-kriteriet var automatiskt uppfyllt i den föreliggande studien eftersom samtliga deltagare var över 18 år. Kriterierna G och H är inte möjliga att kontrollera med detta självskattningsformulär. För att erhålla diagnosen generaliserad social fobi skall personen skatta minst 5 situationer som lägst 3 på fråga 1 och/eller ha en totalpoäng på lägst 30.

Formuläret visar på en god samtidig validitet och höga korrelationer med frågeformulären SPS ( $r = 0.77$ ) och SIAS ( $r = 0.79$ ). De 14 sociala obehagssituationerna visar även på en hög intern konsistens ( $\alpha = 0.90$ ) (Furmark et al., 1999). Vid en preliminär utvärdering av självskattningsformulärets psykometriska egenskaper 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 (ibid.). Referensgruppen utgjordes av personer som tidigare genomgått intervju enligt SCID.

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

LSAS-SR är en självskattningsversion av det klinikeradministrerade instrumentet LSAS (Liebowitz, 1987), som syftar till att bedöma rädsla och undvikande i sociala situationer. Formuläret består av 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, grad av rädsla/ångest (0 = ingen; 3 = stark) respektive undvikande (0 = aldrig; 3 = vanligtvis). Totalpoäng kan beräknas separat för rädsla/ångest och för undvikande i prestations- respektive interaktionssituationer. Sammanlagt är det alltså möjligt beräkna sex olika delskalor. En sammanlagd totalpoäng för hela skalan kan erhållas genom att summera totalpoängen för rädsla/ångest och undvikande.

LSAS-SR uppvisar god reliabilitet och validitet (Fresco et al., 2001). Formuläret korrelerar högre med andra självskattningsformulär för social ångest än med formulär som mäter depression, vilket tyder på god konvergent och diskriminativ validitet (ibid.). Alfavärden på

0.95 för hela skalan och från 0.79 till 0.92 för övriga delskalor visar på en hög intern konsistens (Baker, Heinrichs, Kim & Hofmann, 2002).

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

SPS och SIAS är självskattningsskalor framtagna av Mattick och Clarke (1998). SPS avser att mäta ångest i 20 stycken prestationssituationer medan SIAS mäter affektiva, beteendemässiga och kognitiva reaktioner i 20 interaktionssituationer. Skalorna är av Likerttyp med fem skalsteg som spänner mellan 0 (stämmer inte alls på mig) och 4 (stämmer precis på mig). Både SPS och SIAS visar på en hög intern konsistens med alfavärden på 0.89 för SPS och 0.93 för SIAS (ibid.). Både SPS och SIAS har en god test-retestreliabilitet med korrelationer som varierar från 0.66 till 0.93 för SPS och från 0.86 till 0.92 för SIAS (ibid.). SPS korrelerar högt med andra instrument som mäter rädsla i prestationssituationer och SIAS korrelerar högt med motsvarande mått för social interaktion (Brown et al., 1997).

### **Självskattningsformulär – sekundära utfallsmått**

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

BAI är ett självskattningsinstrument som utarbetats med avsikt att mäta generell ångestnivå hos kliniska populationer (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Formuläret består av 21 ångestsymtom, som skattas på en fyrgradig Likertskala där 0 = aldrig och 3 = nästan hela tiden. BAI har hög intern konsistens (alfa = 0.92) och god test-retestreliabilitet ( $r = 0.75$ ) (ibid.). Instrumentet uppvisar god diskriminativ validitet med god förmåga att skilja ångest från depression (Beck et al., 1988).

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

MADRS är en skattningsskala som utarbetades av Montgomery och Åsberg (1979) för att upptäcka förändringar i grad av depression. I föreliggande studie används en självskattningsversion av skattningsskalan (MADRS-S) som utvecklats av Svanborg och 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 symtom skattas enligt en sjugradig skala med fyra definierade och tre mellanliggande icke-definierade skalsteg.

MADRS uppvisar god reliabilitet (Montgomery & Åsberg, 1979), och korrelationer från  $r = 0.80$  till  $r = 0.94$  med självskattningsversionen MADRS-S (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) och MADRS att de båda skattningsskalorna var högt korrelerade ( $r = 0.87$ ).

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

QOLI är ett självskattningsinstrument utarbetat av Frisch, Cornell, Villanueva och Retzlaff (1992), som mäter subjektivt uppfattad livskvalitet. Formuläret mäter livskvalitet utifrån följande 16 områden: (1) hälsa, (2) självrespekt, (3) mål och värderingar, (4) ekonomi, (5) arbete, (6) fritid, (7) inläring, (8) kreativitet, (9) hjälpsamhet gentemot andra, (10) kärlek, (11) vänner, (12) barn, (13) anhöriga, (14) hem, (15) grannskapet, (16) samhället. Varje område



skattas både utifrån hur *viktigt* man tycker att området är, och utifrån hur *nöjd* man är med området.

QOLI har mycket goda psykometriska egenskaper med hög intern konsistens (från  $\alpha = 0.77$  till  $\alpha = 0.89$ ), god test-retestreliabilitet (från  $r = 0.80$  till  $r = 0.89$ ) samt god samtidig respektive diskriminativ validitet (Frisch et al., 1992).

### **Utvärdering**

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

### **Trovärdighetsbedömning**

För att bedöma trovärdigheten i de olika behandlingsformaten fick deltagarna fylla i ett frågeformulär efter den första behandlingsveckan.

### **Självhjälpsmaterial**

Behandlingens huvudkomponent utgjordes av en självhjälpsmanual som från början utarbetats av författarna till SOFIE-1 (Holmström & Sparthan, 2003). Manualen (189 s.) består av nio moduler, en för varje behandlingsvecka, och är baserad på empiriskt testade KBT-interventioner. Det kliniska material som Holmström och Sparthan (2003) använt sig av för utformningen av textmaterialet utgörs huvudsakligen av följande källor: Clark & Wells (1995), Antony & Swinson (2000), Rapee (1998), Butler (2001) och Kåver (1999). Manualen har till viss del modifierats för att passa denna studie, bl.a. togs delar avseende gruppträffar bort då de inte förekommer här.

*Modul 1 – Introduktion och psykoedukation:* I den första modulen förklaras begreppen social ångest och social fobi, orsaker, symtom och behandling. Här presenteras även fakta om kognitiv beteendeterapi samt principerna bakom exponeringsbehandling.

*Modul 2 – Clark & Wells kognitiva modell för social fobi:* Modulen tar upp begreppen *negativa automatiska tankar, grundantaganden och livsregler*. Övningar ges för hur man identifierar och registrerar sina negativa automatiska tankar. Clark & Wells (1995) kognitiva modell för social fobi presenteras.

*Modul 3 – Kognitiv omstrukturering I:* Den tredje modulen ägnas åt en genomgång av tankefällor och olika strategier för att ifrågasätta och förändra dysfunktionella tankemönster. Att formulera egna mål för behandlingen ingår som hemuppgift.

*Modul 4 – Kognitiv omstrukturering II:* I modul 4 presenteras strategier för att ifrågasätta och utmana negativa automatiska tankar, samt vanliga problem och svårigheter som kan förekomma i samband med detta arbete. Beteendexperiment introduceras.

*Modul 5 – Exponering I:* Modul 5 handlar om exponering. Deltagarna får lära sig principerna bakom exponering och vad forskningen visar kring detta. De får även själva gradvis närma sig fruktade situationer utifrån skapandet av ångesthierarkier.

*Modul 6 – Skifta fokus:* I den sjätte modulen får deltagarna läsa om självfokusering och hur denna företeelse bidrar till vidmakthållandet av den sociala fobin. Tekniker och strategier för att minska graden av självfokusering presenteras. Modulen avslutas med en genomgång av kopplingen mellan säkerhetsbeteenden, självfokus och ångestsymtom.

*Modul 7 – Exponering II:* Problem och svårigheter uppstår ofta i exponeringsarbetet, och i denna modul tillhandahålls lösningar på dessa, t.ex. förslag på övningssituationer. Modulen behandlar även hur man bör gå tillväga för att konfronteras med sina värsta rädslor.

*Modul 8 – Sociala färdigheter:* Modul 8 ägnas åt olika aspekter av kommunikation och vad man kan göra för att utveckla förmågan att lyssna på och konversera med andra människor. Begreppet ”assertivness” introduceras tillsammans med ett antal tekniker för att bl.a. hävda sin rätt.

*Modul 9 – Återfallsprevention:* Den sista modulen inleds med en genomgång av begreppen *perfektionism* och *självförtroende* och den roll dessa spelar i relation till social ångest. Modulen behandlar även återfallsprevention och vad som kan göras för att förebygga och hantera bakslag.

Varje modul innehåller hemuppgifter som deltagaren skall utföra på egen hand. För varje vecka finns även ett kunskapstest på Internet där deltagarna får testa sina teoretiska kunskaper.

**Tabell 3.** Modulernas innehåll och omfång.

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

## Diskussionsforum

Deltagarna som randomiserats till Internetadministrerad behandling och till den ena av biblioterapigrupperna fick tillgång till ett diskussionsforum som upprättats på Internet. Varje grupp hade endast tillgång till den egna gruppens diskussionsinlägg. Varje vecka skrev terapeuterna ett kort stödande ”peppningsinlägg” som lades ut på forumet för biblioterapigruppen.

## Design

Studien är en kontrollerad behandlingsstudie med randomisering till tre betingelser. En behandlingsgrupp fick Internetadministrerad behandling där behandlingsmaterialet skickades ut veckovis kompletterat med terapeutstöd via e-post och tillgång till diskussionsforum (Internet), en behandlingsgrupp fick materialet utskickat i bokform samt tillgång till diskussionsforum (Biblio+forum) och den tredje gruppen fick enbart materialet i bokform och arbetade helt på egen hand (Biblio). Kvasiexperimentella jämförelser gjordes också med en historisk väntelistekontrollgrupp från SOFIE-4 (Hedman & Sonnenstein, 2005) Oberoende variabler var då dels en mellangrupsvariabel (Grupp) i fyra lägen (Internet, Biblio+forum, Biblio, Väntlistekontroll) och dels en inomgruppsvariabel (Tid) i två lägen (före och efter behandling). Beroende variabler i studien utgjordes av resultaten på självskattningsinstrumenten SPSQ, SPS, SIAS, LSAS-SR, BAI, MADRS-S och QOLI.

## Procedur

### Hemsida

En hemsida för SOFIE-projektet ([www.kbt.nu/sofie5](http://www.kbt.nu/sofie5)) var öppen under några veckor i augusti 2005. Deltagarna på väntelistan informerades kort om studien via ett e-postmeddelande som innehöll en länk till hemsidan. Hemsidan innehöll information om KBT-behandling vid social fobi, information om studiens upplägg och genomförande, humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer, sekretess och tystnadsplikt och en kort presentation av de personer som arbetade med SOFIE-5-projektet. Det fanns även en blankett för godkännande av hantering av personuppgifter som kunde laddas ner och skrivas ut.

### Anmälan/diagnostisering

Intresseanmälan för att delta i studien gjordes på hemsidan. I samband med anmälan fick deltagarna fylla i självskattningsformulären SPSQ och MADRS-S samt besvara frågor om eventuell pågående eller avslutad psykologisk eller farmakologisk behandling. De personer som uppfyllde inklusionskriterierna (se sidan 17) efter den första screeningen kontaktades via telefon och fick genomgå en kortversion av SCID-intervjun för att fastställa social fobi diagnos. De personer som exkluderades fick via e-postmeddelande en förklaring till varför de exkluderats samt rekommendation om hur och var de kunde söka annan behandling. För att få delta i studien måste deltagarna även godkänna hantering av personuppgifter genom att skriva under och skicka in ovan nämnda blankett.

### Förmätning

De deltagare som efter SCID-intervjun bedömdes ha social fobi fick fylla i självskattningsformulären MADRS-S, SIAS, SPS, LSAS-SR, BAI och QOLI på Internet.

## Randomisering

SOFIE-5 är uppdelat på två uppsatser så de 115 personer som inkluderades i studien randomiserades till fyra behandlingsgrupper (Internet, Biblio+forum, Biblio samt TA). Genom randomisering tilldelades även deltagarna i Internetgruppen och TA-gruppen en av tre e-postterapeuter. E-postterapeuterna var författarna samt ytterligare en steg-1 utbildad psykologkandidat. Randomiseringen gjordes på en webbsida som tillhandahåller en randomiseringstjänst (<http://www.random.org>). Kort efter randomiseringen informerades deltagarna via e-post om vilken behandlingsgrupp de hamnat i samt fick information om behandlingsupplägg för den aktuella gruppen. De som tilldelats e-postterapeut fick även namn och e-postadress till denna.

## Behandling

### *Administrering*

Varje behandlingsgrupp hade tillgång till en egen hemsida med länkar till mätningar, blanketter och eventuellt diskussionsforum. De som tilldelats e-postterapeut fick via e-post namn på denna och de som fått tillgång till diskussionsforum (Internet och Biblio+forum) fick information om forumet. Hela självhjälpsmanualen skickades ut till de båda biblioterapigrupperna samtidigt som Internetgruppen fick tillgång till behandlingens första modul via Internet och som papperskopia hem i brevlådan. De nya modulerna var tillgängliga för Internetgruppen varje måndag.

### *Terapeuter och e-postkommunikation*

Genom randomisering tilldelades deltagarna i Internetgruppen och TA-gruppen en av tre e-postterapeuter. E-postterapeuter var författarna samt ytterligare en steg-1 utbildad psykologstuderande. Deltagarna i Internetgruppen skickade svaren på hemuppgifterna via e-post till respektive terapeut som gav feedback inom ett dygn (vardagar).

### *Diskussionsforum*

Deltagarna i Internetgruppen och Biblio+forum hade tillgång till separata diskussionsforum på Internet där de inom varje behandlingsgrupp kunde utbyta erfarenheter och tankar kring social fobi samt diskutera olika frågor och ge varandra tips och stöd. Efter varje modul uppmanades deltagarna att göra ett inlägg på forumet rörande det som tagits upp i materialet.

Biblioterapigruppen som hade forum fick varje vecka ett generellt stödjande och uppmuntrande meddelande från projektets Internetterapeuter. Båda forumen övervakades dagligen av terapeuterna som också hade befogenhet att ta bort eventuella olämpliga inlägg. Det var dock aldrig nödvändigt att ta bort något inlägg.

## Veckomätningar

Varje vecka uppmanades deltagarna att via en länk på respektive hemsida fylla i LSAS-SR. Söndagar rekommenderades eftersom Internetgruppen fick tillgång till sina nya moduler varje måndag. Deltagare som inte fyllt i veckomätningen måndag kväll påmindes om mätningen genom e-postmeddelande och röstmeddelande via mobiltelefon.

## Eftermätning

I slutet av den sista behandlingsveckan fick deltagarna ett e-postmeddelande där de ombads att via en länk gå in på en hemsida och fylla i eftermätningsformulären SPSQ, MADRS-S,

SIAS, SPS, LSAS-SR, BAI och QOLI samt ett antal frågor där de ombads utvärdera behandlingen. Till de deltagare som inte fyllt i eftermätningen inom ett par dagar skickades påminnelse i form av röstmeddelande via mobiltelefon och e-postmeddelande.

### **Statistiska analyser**

För att undersöka initiala skillnader mellan behandlingsgrupperna avseende demografiska data och förmättningsvärden utfördes  $\chi^2$ -analyser, oberoende t-test samt envägsvariansanalys (ANOVA). För att undersöka eventuella skillnader i behandlingarnas trovärdighet gjordes en envägsvariansanalys (ANOVA).

För- och eftermättningsvärden (behandlingseffekt) analyserades med kovariansanalys (ANCOVA) samt eftertestades med Bonferronikorrigerade parvisa jämförelser i SPSS 12.0.1 (SPSS Inc., 2004). Resultaten för de veckovisa mätningarna analyserades med tvåvägs-ANOVA för upprepad mätning samt eftertestades med Scheffés test. Bonferronikorrigerade beroende t-test användes för att undersöka vid vilket mättillfälle poängskillnaden (LSAS-SR) inom varje grupp blev signifikanta i jämförelse med förmättningsvärdet. Skillnader mellan behandlingsgrupperna vad gäller andelen klinisk signifikant förbättrade deltagare analyserades med  $\chi^2$ -test. För att undersöka samband mellan antal inlägg i diskussionsforum och behandlingseffekt genomfördes korrelationsberäkningar för samtliga utfallsmått. Alla beräkningar utom ANCOVA/parvisa jämförelser gjordes med StatView 5.0 (SAS Institute Inc., 1998)

Samtliga effektstorlekar (Cohens d) beräknades med den poolade standardavvikelsen. Mellangruppeffektstorlekarna tolkades enligt rekommendation som små om de översteg 0.20, som måttliga om de översteg 0.50 samt höga om de översteg 0.80. (Clark-Carter, 2004). Data analyserades enligt principen "intention to treat" samt "last observation carried forward".

## RESULTAT

### Skillnader före behandlingsstart

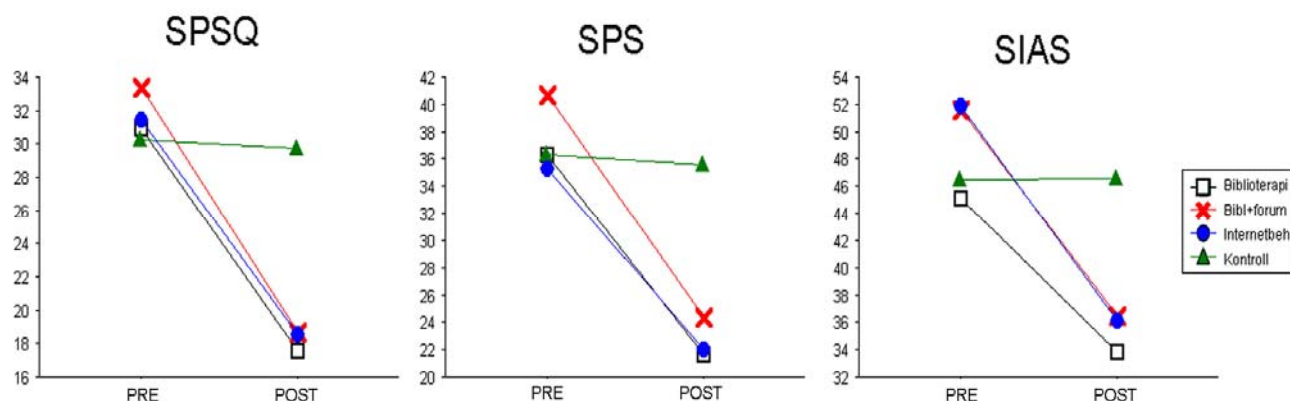
Envägs-ANOVA påvisade inga signifikanta skillnader för primära och sekundära utfallsmått mellan grupperna vid förmätningen [SIAS ( $F_{(3,119)}=1.05$ , i.s.); SPS ( $F_{(3,119)}=0.52$ , i.s.); SPSQ ( $F_{(3,119)}=0.67$ , i.s.); LSAS-SR ( $F_{(3,119)}=1.30$ , i.s.); MADRS-S ( $F_{(3,119)}=1.12$ , i.s.); BAI ( $F_{(3,119)}=0.95$ , i.s.); QOLI ( $F_{(3,119)}=1.85$ , i.s.)].

### Trovärdighetsbedömning

Envägs-ANOVA påvisade inga signifikanta skillnader mellan de aktiva behandlingsgrupperna vad gäller bedömning av trovärdighet för respektive behandling ( $F_{(2,81)}=0.02$ , i.s.)

### Primära utfallsmått

Resultaten för behandlingsgrupperna och väntelistekontrollgruppen analyserades med ANCOVA varvid en signifikant huvudeffekt för grupp påvisades för samtliga primära utfallsmått (se tabell 4 samt figur 3 och 5). Bonferronikorrigerade parvisa jämförelser visade signifikant förbättring för samtliga behandlingsgrupper (Biblio, Biblio+forum och Internet) jämfört med kontrollgruppen på de primära utfallsmåtten ( $p<.001$  för alla behandlingsgrupper). Inga signifikanta skillnader förelåg mellan behandlingsgrupperna på något av dessa mått. Genomsnittlig inomgruppseffektstorlek för de primära måtten var för Biblioterapi  $d=0.92$ , Biblioterapi plus forum  $d=1.30$  och Internet  $d=1.20$ . Genomsnittlig mellangruppseffektstorlek var för Biblio  $d=0.92$ , Biblio+forum  $d=0.86$  och Internet  $d=0.90$ .



**Figur 3.** Genomsnittlig förändring i poäng från förmätning till eftermätning på primära utfallsmått.

**Tabell 4.** Deskriptiv statistik (medelvärden, standardavvikelse), F-värden (ANCOVA) samt effektstorlekar för primära utfallsmått.

Primära utfallsmått	Grupp	Före m (SD)	Efter m (SD)	Huvudeffekt	Effektstorlek	
				Grupp $F_{(3,121)}$	Inom	Mellan
<i>Social Phobia Scale (SPS)</i>						
	Biblio	36.28 (15.21)	21.66 (10.87)	15.04****	1.11	1.01
	Biblio+forum	40.68 (16.53)	24.39 (13.58)		1.08	0.75
	Internet	35.34 (17.04)	22.00 (16.07)		0.81	0.84
	Kontroll	36.35 (17.10)	35.60 (16.16)		0.05	
<i>Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)</i>						
	Biblio	45.14 (17.41)	33.83 (17.57)	15.35****	0.65	0.71
	Biblio+forum	51.54 (14.26)	36.54 (14.15)		1.06	0.61
	Internet	51.93 (14.43)	36.14 (16.06)		1.03	0.60
	Kontroll	46.45 (17.90)	46.58 (18.45)		0.01	
<i>Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)</i>						
	Biblio	30.93 (9.32)	17.55 (12.69)	18.18****	1.20	0.99
	Biblio+forum	33.43 (8.96)	18.68 (9.19)		1.63	1.04
	Internet	31.41 (7.79)	18.52 (8.51)		1.58	1.09
	Kontroll	30.28 (10.33)	29.73 (11.83)		0.05	
<i>Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)</i>						
	Biblio	62.90 (26.8)	42.55 (30.26)	23.28****	0.71	0.96
	Biblio+forum	75.75 (22.08)	43.89 (22.83)		1.42	1.05
	Internet	74.14 (22.80)	44.41 (21.35)		1.35	1.06
	Kontroll	71.25 (24.93)	70.30 (27.23)		0.04	

\*\*\*\* p<.001

## Sekundära utfallsmått

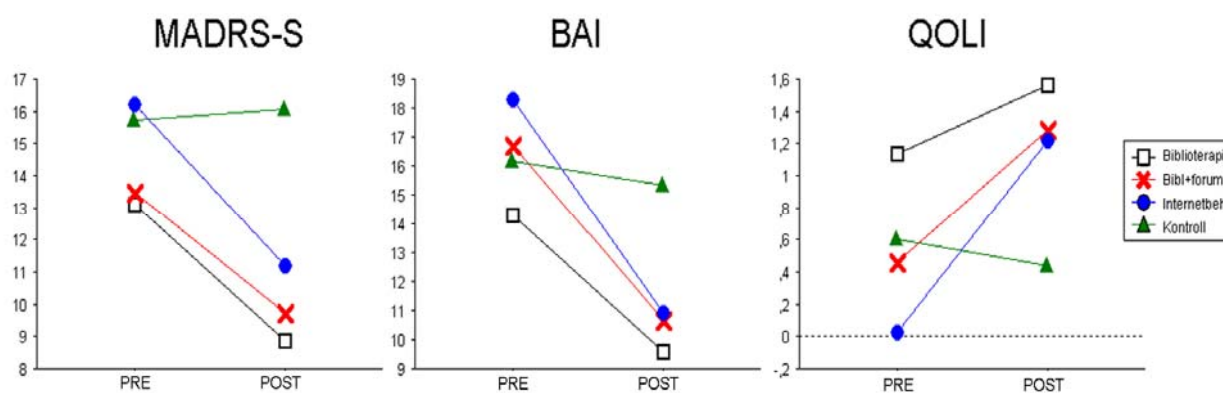
Resultaten, d.v.s. post-värden, för behandlingsgrupperna och väntlistekontrollgruppen analyserades med ANCOVA med pre-värden som kovariat, varvid en signifikant huvudeffekt för grupp påvisades för samtliga sekundära utfallsmått (se tabell 5 och figur 4). Bonferronikorrigerade parvisa jämförelser visade signifikant förbättring för samtliga behandlingsgrupper (Biblio, Biblio+forum och Internet) jämfört med kontrollgrupp på MADRS-S: p=.002, p=.010, respektive p=.002 och BAI p=.015, p=.007 respektive p=.001. Signifikanta skillnader påvisades på QOLI för Biblio+forum p=.009 och Internet p=.001 men inte för Biblio p=.069. Inga signifikanta skillnader förelåg mellan behandlingsgrupperna på

något av dessa mått ( $p > .10$ ). Genomsnittlig inomgruppseffektstorlek var för Biblioterapi  $d=0.51$ , Biblioterapi plus forum  $d=0.59$  och Internet  $d=0.72$ . Genomsnittlig mellangruppseffektstorlek var för Biblio  $d=0.72$ , Biblio+forum  $d=0.60$  och Internet  $d=0.50$ .

**Tabell 5.** Deskriptiv statistik (medelvärden, standardavvikelse),  $F$ -värden (ANCOVA) samt effektstorlekar för sekundära utfallsmått.

Sekundära utfallsmått	Grupp	Före m (SD)	Efter m (SD)	Huvudeffekt Grupp $F_{(3,121)}$	Effektstorlek	
					Inom	Mellan
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)</i>						
	Biblio	13.10 (5.82)	8.86 (6.59)	6.92****	0.68	0.84
	Biblio+forum	13.46 (7.14)	9.71 (7.17)		0.52	0.73
	Internet	16.21 (8.00)	11.17 (7.97)		0.63	0.54
	Kontroll	15.73 (9.28)	16.08 (10.13)		0.04	
<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>						
	Biblio	14.31 (7.83)	9.59 (8.06)	6.61****	0.59	0.66
	Biblio+forum	16.71 (8.48)	10.68 (6.96)		0.78	0.57
	Internet	18.28 (8.98)	10.90 (7.86)		0.87	0.52
	Kontroll	16.15 (9.55)	15.33 (9.27)		0.09	
<i>Quality of Life Inventory (QOLI)</i>						
	Biblio	1.13 (1.54)	1.56 (1.81)	6.56****	0.26	0.65
	Biblio+forum	0.46 (1.91)	1.29 (1.67)		0.46	0.51
	Internet	0.03 (1.74)	1.22 (1.87)		0.66	0.44
	Kontroll	0.60 (1.90)	0.44 (1.64)		0.09	

\*\*\*\*  $p < .001$

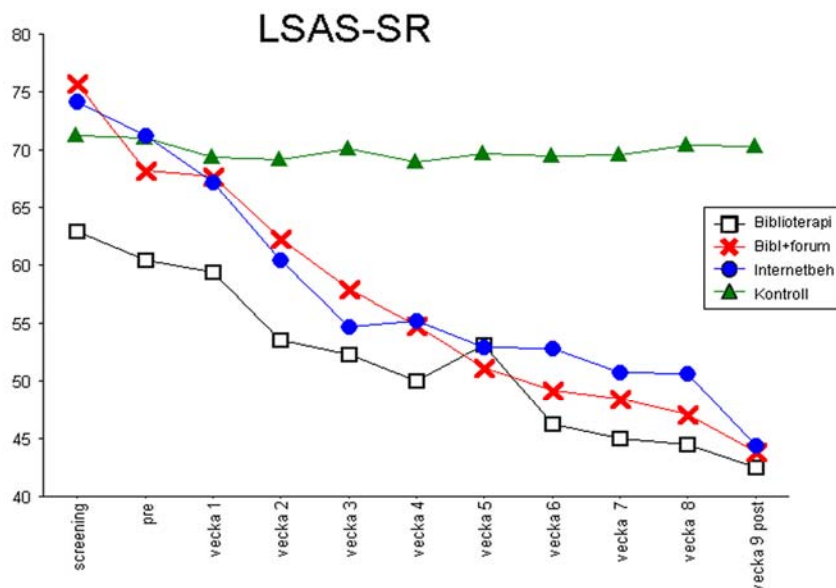


**Figur 4.** Genomsnittlig förändring i poäng från förmätning till eftermätning på sekundära utfallsmått.



## Veckomätningar

Resultaten för de veckovisa mätningarna med LSAS-SR (se figur 5), analyserade med tvåvägs-ANOVA med upprepade mätningar. Analysen påvisade signifikanta huvudeffekter för tid ( $F_{(10,122)}=60.58$ ,  $p<.0001$ ) respektive grupp ( $F_{(3,122)}=3.74$ ,  $p=.013$ ) samt signifikant interaktionseffekt för grupp x tid ( $F_{(30,122)}=8.53$ ,  $p<.0001$ ).



**Figur 5.** Genomsnittlig poäng för veckovisa mätningar med LSAS-SR för respektive grupp.

För att eftertesta vid vilket mättillfälle som respektive behandlingsgrupps poäng på LSAS-SR skilde sig signifikant från kontrollgruppens poäng användes Scheffé testet. För Internetgruppen påvisades en signifikant skillnad vid vecka 7 ( $p<.05$ ), för Bibliogruppen vid vecka 3 ( $p<.05$ ) samt för Biblio+forumgruppen vid vecka 6 ( $p<.05$ ). Dessa mellangruppsjämförelser påverkades dock av skillnader i ingångsvärde. Bonferronikorrigerade beroende t-test gjordes därför för att även undersöka vid vilket mättillfälle poängskillnaden (LSAS-SR) inom varje grupp blev signifikant i jämförelse med förmätningens värde (pre). Den korrigerade signifikansnivån sattes till  $p<.006$ . Jämfört med förmätningens värde var skillnaden för Internetgruppen signifikant vid vecka 2 ( $t_{(28)}=4.49$ ,  $p<.0001$ ), för Bibliogruppen vid vecka 2 ( $t_{(28)}=3.35$ ,  $p=.0024$ ) samt för Biblio+forumgruppen vid vecka 3 ( $t_{(27)}=3.08$ ,  $p=.0047$ ).

## Klinisk signifikant förbättring

Klinisk signifikant förbättring definieras här enligt två kriterier. Deltagarens eftermätningens poäng ska ligga inom två standardavvikelser från normalpopulationens medelvärde och förändringen ska vara tillräckligt stor för att inte kunna hänföras till mätinstrumentets otillförlitlighet (s.k. *reliable change*, där måttets reliabilitet och samplets initiala standardavvikelse vägs in). Tjugoen deltagare (72%) i Bibliogruppen 17 deltagare (61%) i Biblio+forumgruppen och 22 deltagare (76%) i Internetgruppen förbättrades kliniskt

signifikant på minst ett av de primära utfallsmåtten. Tabell 6 visar hur många deltagare som blivit kliniskt signifikant förbättrade i de olika behandlingsgrupperna.

**Tabell 6.** Antal kliniskt signifikant förbättrade deltagare (andel i %), och hur många utfallsmått de förbättrats på, i behandlingsgrupper och väntelistekontrollgrupp från SOFIE-4.

Antal primära utfallsmått	Biblio (n=29)	Biblio+forum (n=28)	Internet (n=29)	Total (n=86)	Kontroll (n=40)
0	8 (28%)	11 (39%)	7 (24%)	26 (30%)	35 (88%)
1	8 (28%)	5 (18%)	7 (24%)	20 (23%)	4 (10%)
2	4 (14%)	5 (18%)	10 (34%)	19 (22%)	0 (0%)
3	6 (21%)	3 (11%)	3 (10%)	12 (14%)	0 (0%)
4	3 (10%)	4 (14%)	2 (7%)	9 (10%)	1 (2%)

$\chi^2$ -analyser för vart och ett av de primära utfallsmåtten visade inga signifikanta skillnader mellan behandlingsgrupperna vad gäller andel deltagare som blivit kliniskt signifikant förbättrade [SIAS ( $\chi^2_{(2)}=1.39$ ,  $p=.50$ ), SPS ( $\chi^2_{(2)}=1.79$ ,  $p=.41$ ), SPSQ ( $\chi^2_{(2)}=1.90$ ,  $p=.39$ ), LSAS-SR ( $\chi^2_{(2)}=0.31$ ,  $p=.86$ )]. Nio av samtliga deltagare i behandlingsgrupperna (10%) förbättrades kliniskt signifikant på samtliga primära utfallsmått. SPSQ var det utfallsmått där flest deltagare (60%) förbättrats kliniskt signifikant. Tabell 7 visar hur deltagarnas förbättring fördelar sig på övriga primära utfallsmått.

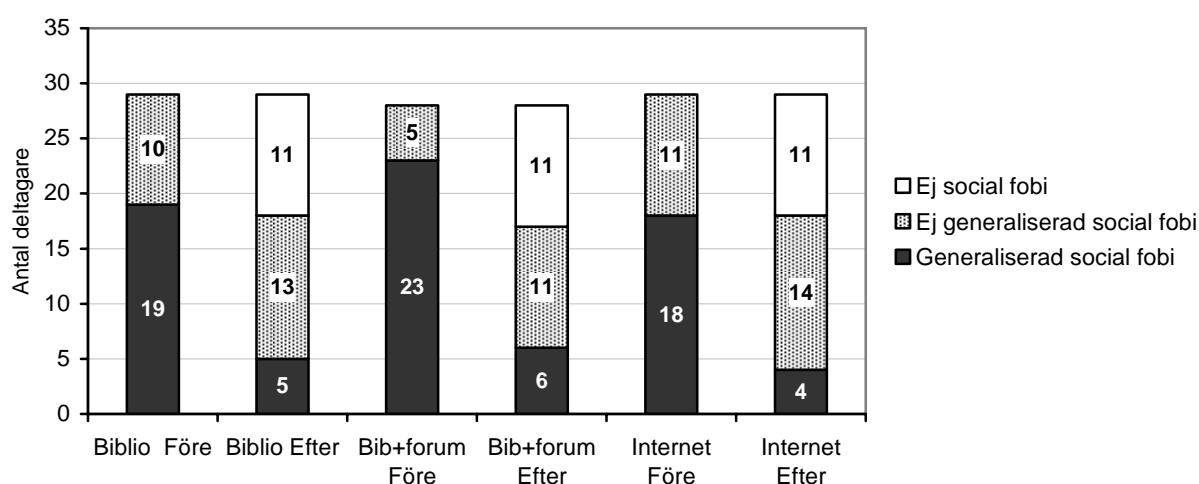
**Tabell 7.** Antal kliniskt signifikant förbättrade deltagare (andel i %) för respektive utfallsmått i behandlingsgrupper och väntelistekontrollgrupp från SOFIE-4.

Primära utfallsmått	Biblio (n=29)	Biblio+forum (n=28)	Internet (n=29)	Total (n=86)	Kontroll (n=40)
SPSQ	19 (66%)	14 (50%)	19 (66%)	52 (60%)	1 (3%)
SPS	7 (24%)	10 (36%)	6 (21%)	23 (27%)	3 (8%)
SIAS	8 (28%)	5 (18%)	9 (31%)	22 (26%)	3 (8%)
LSAS-SR	12 (41%)	11 (39%)	10 (34%)	33 (38%)	1 (3%)

## Diagnos före och efter behandling samt diagnosundergrupper

Efter behandlingen uppfyllde 11 personer (38%) i bibliogruppen inte längre diagnoskriterierna för social fobi enligt SPSQ. Motsvarande siffra för biblio+forum var 11 personer (39%) samt för Internetgruppen 11 personer (38%). Ingen i kontrollgruppen var diagnosfri efter nio veckor på väntelista.

Förbättring kan även beskrivas som en förflyttning mellan diagnosundergrupper, d.v.s. från generaliserad social fobi till icke generaliserad social fobi. Figur 6 visar denna förflyttning för de olika behandlingsgrupperna. För vänteliste-kontrollen var antalet deltagare med generaliserad social fobi 27 (68%) och icke generaliserad social fobi 13 (32%) vid förmätningen, motsvarande siffror vid eftermätningen var 24 (60%) och 16 (40%).



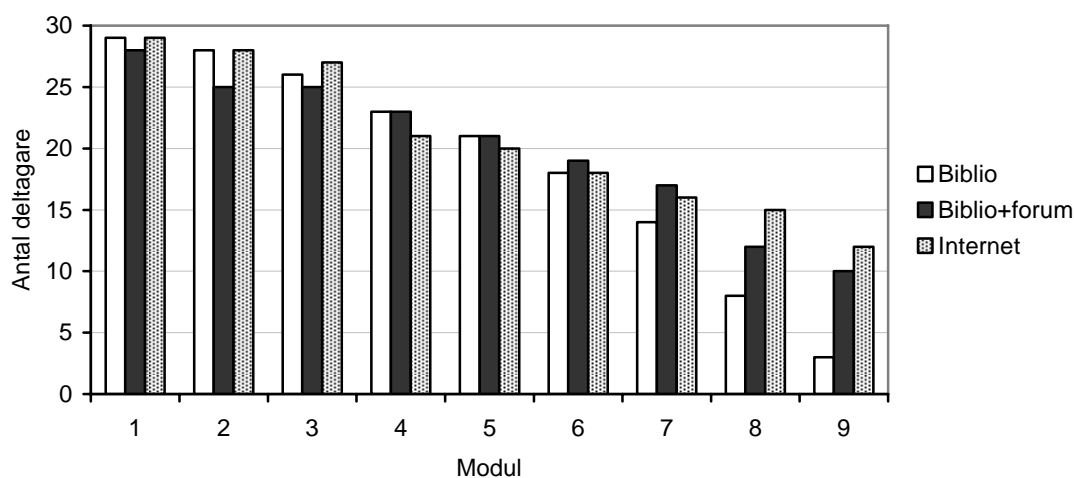
**Figur 6.** *Fördelning av diagnos samt diagnosundergrupper före och efter behandling för respektive behandlingsgrupp.*

## Inlägg i diskussionsforum

Inget signifikant samband kunde påvisas mellan antal diskussionsinlägg och förbättring (differens pre-post) på något av utfallsmåtten ( $r < 0.18$ , i.s.).

## Behandlingsföljsamhet

Totalt 25 deltagare (29%) slutförde alla nio moduler. Av dessa hörde 3 till bibliogruppen, 10 till biblio+forum och 12 till Internet. Genomsnittligt antal slutförda moduler var för bibliogruppen 5.9 (SD=2.3), för biblio+forum 6.4 (SD=2.7) och för Internet 6.4 (SD=2.8). Envägs-ANOVA visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna ( $F_{(2,83)}=0.44$ , i.s.) i detta avseende. Figur 7 visar hur många deltagare i de olika behandlingsgrupperna som slutfört respektive modul.



**Figur 7.** Antal deltagare som slutfört respektive modul fördelat på behandlingsgrupper.

## Bortfall

Fyra deltagare i Internetgruppen meddelade att de inte ville fullfölja behandlingen. En deltagare angav tidsbrist som anledning, en deltagare påbörjade aldrig behandlingen p.g.a. sjukdom och en orkade inte fortsätta behandlingen p.g.a. privata omständigheter. För biblioterapigrupperna finns inga motsvarande data utöver självrapporteringsdata för slutförda moduler (se avsnittet om behandlingsföljsamhet ovan). Samtliga deltagare (100%) genomförde dock eftermätningen. För veckomätningarna tillämpades metoden ”last observation carried forward” för uteblivna mätresultat, d.v.s. det senaste mätvärdet flyttades fram.

## Behandlingsutvärdering

Samtliga deltagare fyllde i utvärderingsformuläret, som innehöll både kvantitativa och kvalitativa frågor. Resultaten på de kvantitativa frågorna redovisas i tabell 8.

**Tabell 8.** Deltagarnas utvärdering av SOFIE-5 projektet sammanställt för respektive behandlingsgrupp samt totalt för samtliga behandlingsgrupper.

Fråga	Biblio (n=29)	Biblio+ forum (n=28)	Internet (n=29)	Total (n=86)
<b>1. Hur nöjd är du totalt sett med din behandling?</b>				
Mycket nöjd	2 (7%)	5 (18%)	8 (28%)	15 (17%)
Huvudsakligen nöjd	20 (70%)	15 (54%)	17 (59%)	52 (61%)
Likgiltig eller lätt missnöjd	6 (20%)	8 (29%)	4 (14%)	18 (21%)
Riktigt missnöjd	1 (3%)	-	-	1 (1%)
<b>2. Hur bedömer du kvaliteten på behandlingstexterna?</b>				
Utmärkt	12 (41%)	14 (50%)	17 (59%)	43 (50%)
Bra	14 (48%)	12 (43%)	11 (38%)	37 (43%)
Hyfsad	3 (10%)	2 (7%)	1 (4%)	6 (7%)
Dålig	-	-	-	-
<b>4. Hur nöjd är du med behandlingens tempo?</b>				
Tiden var alldeles för kort	11 (38%)	11 (39%)	10 (35%)	32 (37%)
Tiden var lite för kort	9 (31%)	11 (39%)	13 (45%)	33 (38%)
Tiden var lagom	8 (28%)	6 (21%)	5 (17%)	19 (22%)
Tiden var lite för lång	1 (3%)	-	1 (3%)	2 (2%)
Tiden var alldeles för lång	-	-	-	-
<b>5. Har behandlingen hjälpt dig till ett bättre förhållningssätt till dina problem?</b>				
Ja, väldigt mycket	4 (14%)	8 (29%)	13 (45%)	25 (29%)
Ja, något	22 (76%)	15 (54%)	12 (41%)	49 (57%)
Nej, inte riktigt	3 (10%)	5 (18%)	3 (10%)	11 (13%)
Nej, den har förvärrat situationen	-	-	-	-
<b>6. Har din sociala ångest förändrats pga. behandlingen?</b>				
Ja, Inte längre problem	-	-	-	-
Ja, mycket mindre problem idag	2 (7%)	4 (14%)	8 (27%)	14 (16%)
Ja, mindre problem idag	19 (66%)	17 (61%)	15 (52%)	51 (59%)
Nej, ingen skillnad	8 (28%)	7 (25%)	6 (21%)	21(24%)
Ja, större problem idag	-	-	-	-
Ja, mycket större problem idag	-	-	-	-
<b>7. Innan jag började skulle jag kunna tänka mig att betala ____kr.</b>				
	m=1317	m=2648	m=2519	m=2161
<b>8. Nu efteråt kan jag tänka mig att betala</b>				
	m=1770	m=5111	m=4033	m=3638

## DISKUSSION

Syftet med föreliggande studie var att utvärdera behandlingseffekten av Internetadministrerad KBT (med e-post terapeutstöd och diskussionsforum) vid social fobi jämfört med två former av biblioterapi. Ett andra syfte var att undersöka hur deltagarnas ångestnivå fluktuerade över behandlingsperioden genom veckovisa mätningar med självskattningsformuläret LSAS-SR. De tre behandlingsgrupperna jämfördes även med en historisk väntelistekontrollgrupp från SOFIE-4 (Hedman & Sonnenstein, 2005). Alla behandlingsgrupper förbättrades på primära och sekundära utfallsmått, men inga signifikanta skillnader kunde påvisas mellan de tre behandlingsgrupperna. För de primära utfallsmåtten varierade inomgruppseffektstorlekarna mellan  $d=0.66$  och  $d=1.63$ , och för de sekundära utfallsmåtten från  $d=0.26$  till  $d=0.87$ . Vid jämförelse med kontrollgrupp hade samtliga behandlingsgrupper förbättrats signifikant. Mellangruppseffektstorlekarna varierade från  $d=0.60$  till  $d=1.09$  för de primära utfallsmåtten och från  $d=0.44$  till  $d=0.84$  för de sekundära utfallsmåtten. Resultaten för veckomätningarna på LSAS-SR visade att poängskillnaden inom varje grupp blev signifikant i jämförelse med förmätningvärdet vid vecka 1 (Internet) respektive vecka 2 (Biblio samt Biblio+forum). Bibliogruppernas poäng skilde sig signifikant från kontrollgruppens vid vecka 3, Biblio+forum vid vecka 6 och Internetgruppens vid vecka 7.

### Tolkning av resultat

Inga signifikanta skillnader kunde påvisas mellan de olika behandlingsformaten på vare sig primära eller sekundära utfallsmått, och jämfört med den obehandlade väntelistekontrollgruppen hade samtliga behandlingsgrupper förbättrats. Den gemensamma nämnaren för de tre grupperna var självhjälpsmanualen som alla deltagare arbetade utifrån. Skillnaden vad gäller administrering av manualen var att Internetgruppen fick tillgång till en modul per vecka, medan biblioterapigrupperna fick hela manualen (nio moduler) på en gång. Bibliogrupperna hade inga krav på sig att skicka in hemuppgifter och arbetade helt i sin egen takt utan yttre krav på prestation. Terapeutkontakt är tänkt att fungera som ett stöd i behandlingsarbetet. Frågan är om det för en del kan leda till prestationsångest att behöva redovisa svar på hemuppgifter varje vecka, och att detta förfarande leder till negativa känslor istället för att utgöra den tillgång som det är tänkt. Resultaten tyder på att terapeutstöd via e-post inte medför en ökad förbättringsgrad jämfört med att arbeta helt på egen hand med självhjälpsmanualen. Det verkar inte heller som om tillgång till ett diskussionsforum på Internet, med möjlighet för deltagarna att ventilera problem och ge stöd till varandra, inverkar på behandlingsutfallet. En tolkning av resultaten är att det är just tillgången till SOFIE-manualens innehåll som leder till förbättring oavsett hur den administreras.

När det gäller veckomätningarna så finns ett oväntat resultat. Bibliogrupperna uppvisade försämrade värden för LSAS-SR vid modul 5, jämfört med föregående moduler. Modul 5 handlar om att exponera sig för de situationer man fruktar. En möjlig tolkning av detta resultat är att det är svårare att på egen hand komma förbi motståndet mot att påbörja exponeringsövningar. Endast tre av bibliogruppernas deltagare rapporterade att de slutfört samtliga moduler, medan motsvarande siffra för Internet och biblio+forum var 12 respektive 10. En möjlig tolkning är bristande motivation till följd av att de inte haft stöd från vare sig terapeut eller andra deltagare. En annan tolkning är att bibliogruppernas deltagare arbetade i sin egen takt och tog det lugnare än de andra. Oavsett hur många moduler som slutförts är behandlingseffekten god för bibliogrupperna, liksom för de övriga grupperna.

## Behandlingsutvärdering

En sammanställning av det utvärderingsformulär som deltagarna fick fylla i efter behandling visar att en övervägande andel hade en positiv upplevelse av behandlingen. Totalt sett var 88% av deltagarna mycket nöjda eller huvudsakligen nöjda med behandlingen. Vad gäller kvaliteten på behandlingstexterna (manualen) ansåg 93% av samtliga deltagare att den var utmärkt eller bra. På frågan om behandlingen bidragit till ett bättre förhållningssätt till problemen gav 86 % ett positivt svar. Majoriteten av deltagarna (75%) tyckte att den sociala ångesten blivit ett mindre problem efter behandlingen.

En vanlig åsikt från tidigare SOFIE-studier är att behandlingens tempo är för högt och att det är svårt att hinna en modul per vecka. I föreliggande studie ansåg 75% av deltagarna att tiden var för kort, 22% tyckte att det var lagom med tid. Det är intressant att uppfattningen om behandlingstempo inte skiljer sig nämnvärt mellan grupperna. Tidsbrist upplevs alltså oavsett om deltagarna haft möjlighet att helt styra sitt eget upplägg (bibliogrupperna) eller om de fått tillgång till materialet stegvis enligt en behandlingsplan (Internetgruppen).

## Jämförelser med tidigare SOFIE-studier

### Effektstorlek

I tabell 9 redovisas effektstorlekar för de primära utfallsmåtten i samtliga SOFIE-studier. Effektstorlekarna för de tre behandlingsuppläggen i föreliggande studie är jämförbara med effektstorlekarna i tidigare SOFIE-studier. Behandlingsgruppen som fått biblioterapi med tillgång till diskussionsforum påvisar den högsta genomsnittliga inomgruppseffektstorleken hittills i SOFIE-projektet. Av detta kan man dra slutsatsen att tillägg så som e-postterapeut, gruppträffar och telefonkontakt troligtvis inte tillför någon behandlingseffekt utöver självhjälp-material och diskussionsforum. Detta har även påvisats i tidigare SOFIE-studier där olika upplägg gett likvärdiga resultat.

**Tabell 9.** Inom-, (mellan-) och genomsnittliga effektstorlekar (Cohens *d*) för primära utfallsmått för samtliga SOFIE-studier.

Studie och behandlingsupplägg	SPS	SIAS	SPSQ	LSAS-SR	Genomsnittlig Effektstorlek Inom (mellan)
Föreliggande					
Biblioterapi	1.11 (1.01)	0.66 (0.71)	1.20 (0.99)	0.71 (0.96)	<b>0.92 (0.92)</b>
Biblioterapi+diskussionsforum	1.08 (0.75)	1.06 (0.61)	1.63 (1.04)	1.42 (1.05)	<b>1.30 (0.86)</b>
Internet <sup>1</sup>	0.82 (0.83)	1.03 (0.60)	1.58 (1.09)	1.35 (1.06)	<b>1.20 (0.90)</b>
SOFIE-1 Grundupplägg <sup>1</sup> +gruppträffar	0.96 (0.67)	1.16 (0.47)	1.21 (1.08)	0.96 (0.73)	<b>1.07 (0.74)</b>
SOFIE-2 Grunduppl. <sup>1</sup> +telefonkontakt	1.07 (1.13)	1.16 (1.31)	1.11 (1.33)	1.05 (0.99)	<b>1.10 (1.19)</b>
SOFIE-2b Grundupplägg <sup>1</sup>	0.85	1.06	1.37	0.86	<b>1.04</b>
SOFIE-3 Grunduppl. <sup>1</sup> +gruppträffar	1.09	0.67	1.31	0.81	<b>0.97</b>
Grundupplägg <sup>1</sup>	0.94	0.64	0.80	0.94	<b>0.83</b>
SOFIE-4 Grundupplägg <sup>1</sup>	0.87 (0.60)	0.85 (0.44)	1.15 (0.65)	0.88 (0.75)	<b>0.94 (0.61)</b>
SOFIE-4b Biblioterapi	0.67 (0.60)	0.65 (0.54)	0.94 (0.72)	0.78 (0.80)	<b>0.76 (0.67)</b>
SOFIE-4c <sup>2</sup> Individformat	1.0 (0.96)	0.50 (0.70)	0.59 (0.86)	0.77 (0.72)	<b>0.72 (0.81)</b>
Gruppformat	0.48 (0.82)	0.18 (0.49)	0.65 (1.07)	0.57 (0.66)	<b>0.47 (0.76)</b>

<sup>1</sup>Grundupplägg med Internetadministrerad manual, e-post stöd och diskussionsforum.

<sup>2</sup>Individformat utan diskussionsforum, gruppformat med diskussionsforum och all e-postkontakt offentlig

Även när det gäller de sekundära utfallsmåtten är resultaten i föreliggande studie jämförbara med tidigare SOFIE-studier. Bibliogrupper har något sämre resultat på måtten BAI och QOLI som mäter generell ångest respektive livskvalitet, men resultaten är inom spannet för vad som tidigare påvisats.

Det finns tendenser i resultaten som antyder att enbart biblioterapi är något sämre än övriga behandlingsupplägg, undantaget SOFIE-4c (Bohman, 2005), där gruppformatet hade låga resultat i jämförelse med alla övriga upplägg. Clevbergers studie (2005) ligger något lägre än övriga studier och biblioterapigruppen i föreliggande studie har något lägre effektstorlekar än Internetgruppen och biblio+forum. I föreliggande studie har dock biblioterapigruppen hög genomsnittlig mellangruppseffektstorlek, vilket skulle kunna påverkas av att denna grupp initialt hade lägre grad av social ångest än Internet och biblio+forum. Dessa skillnader är dock inte signifikanta, men det utesluter inte att det finns faktiska skillnader mellan biblioterapi och övriga upplägg. Det är möjligt att föreliggande studie hade för få deltagare, och därmed för dålig statistisk ”power”, för att påvisa faktiska skillnader.

### **Klinisk signifikant förbättring, diagnosförekomst och behandlingsföljsamhet.**

När det gäller klinisk signifikant förbättring på minst ett primärt utfallsmått så är även dessa resultat jämförbara med tidigare studier. Detta gäller även för diagnosfrihet efter behandling, mätt med SPSQ, där resultaten i föreliggande studie ligger i överkant vid jämförelse.

**Tabell 10.** Andel deltagare med klinisk signifikant förbättring (KSF) på minst ett primärt utfallsmått, andel deltagare utan diagnos efter behandlingen samt andelen deltagare som slutfört alla behandlingsmoduler i samtliga SOFIE-studier.

Studie och behandlingsupplägg	KSF	Diagnosfrihet	Behandlingsföljsamhet
Föreliggande			
Biblioterapi	72%	38%	10% <sup>2</sup>
Biblioterapi+diskussionsforum	61%	39%	36% <sup>2</sup>
Internet <sup>1</sup>	76%	38%	41% <sup>2</sup>
SOFIE-1 Grundupplägg <sup>1</sup> +gruppträffar	-	25%	56%
SOFIE-2 Grundupplägg <sup>1</sup> +telefonkontakt	-	38%	90%
SOFIE2b Grundupplägg <sup>1</sup>	-	31%	62%
SOFIE3 Grundupplägg <sup>1</sup> +gruppträffar Grundupplägg <sup>1</sup>	-	30% <sup>3</sup>	54% <sup>3</sup>
SOFIE-4 Grundupplägg <sup>1</sup>	60%	15%	48%
SOFIE-4b Biblioterapi	70%	25%	85% <sup>4</sup>
SOFIE-4c <sup>5</sup> Individualformat	67%	33%	61%
Gruppformat	53%	26%	16%

<sup>1</sup> Internetadministrerad manual, e-poststöd samt diskussionsforum

<sup>2</sup> Beräknat på självrapportering i eftermätningen

<sup>3</sup> Behandlingsgrupper sammanslagna: en grupp med gruppträffar en grupp med grundupplägg

<sup>4</sup> Följsamhet i denna studie beräknad på alla som ej uttryckligen valde att avbryta behandlingen

<sup>5</sup> Individformat utan diskussionsforum, gruppformat med diskussionsforum och all e-postkontakt offentlig

Skillnader kan noteras när det gäller behandlingsföljsamhet. Behandlingsgrupperna i föreliggande studie har i lägre utsträckning än deltagare i tidigare studier genomfört alla behandlingsmoduler (tabell 10). För biblioterapigruppen är detta särskilt tydligt då endast 3 deltagare (10%) slutförde behandlingen inom den fastlagda tiden. Dessa resultat antyder att när människor själva får styra över behandlingstakten så väljer de att gå långsammare fram.



Detta styrks även av deltagarnas åsikter om behandlingstakt. En stor andel deltagare, i samtliga studier, har uttryckt att de önskade mer tid för varje behandlingsmodul. Trots det relativt låga antalet deltagare som slutförde behandlingen i biblioterapigruppen så är skillnaderna i behandlingseffekt dock relativt små mellan projektets olika behandlingsupplägg.

### **Slutsatser av jämförelser med tidigare studier**

Föreliggande studie bekräftar de tendenser som diskuterats i tidigare uppsatser inom SOFIE-projektet, att grad av terapeutkontakt och behandlingsupplägg i övrigt inte verkar påverka behandlingsresultatet nämnvärt. Frågan blir då vad som ger behandlingseffekt. Det troligaste svaret är att det är innehållet i självhjälpsmaterialet som ger den största behandlingseffekten. Möjligheten finns ju dock att det är några icke identifierade faktorer som påverkat, som deltagarförväntningar eller något annat. För att säkrare kunna uttala sig om effekten av SOFIE-projektets självhjälpsmaterial behövs en studie där jämförelser görs med en psykologisk placebo gärna i form av biblioterapi. Ett annat sätt att undersöka den relativa effekten av SOFIE-behandlingen är att jämföra den med en annan aktiv behandling. I en parallellt pågående uppsatsstudie inom SOFIE-5 görs en sådan jämförelse med Internetadministrerad tillämpad avslappning.

### **Jämförelser med andra behandlingsstudier**

Jämförelser mellan olika behandlingsstudier kan vara problematiska eftersom studierna ofta skiljer sig i fråga om utfallsmått, urvalskriterier, patientdemografi och behandlingstid. Genom att jämföra inomgruppseffektstorlekar kan man, trots allt, få en något förenklad överblick över hur resultaten i föreliggande studie står sig vid jämförelse med andra behandlingsstudier.

Dahlgren (2002) jämförde, i en opublicerad effektivitetsstudie, sin egen studie av social fobi i öppenvården med bl.a. studier av Otto et al (2000) och Heimberg et al (1998). Dessa behandlingar baserades alla på Heimbergs KBGT vilket är en 12 veckors gruppbehandling. Inomgruppseffektstorlekar för utfallsmåttet SIAS i ovan nämnda studier varierade mellan  $d=0.15$  och  $d=0.98$ , och motsvarande effektstorlekar i föreliggande studie var  $d=0.66$  (biblio),  $d=1.06$  (biblio+forum) och  $d=1.03$  (Internet). Effektstorlekarna för SPS varierade mellan  $d=0.11$  och  $d=1.33$ , och motsvarande i föreliggande studie var  $d=1.11$  (biblio),  $d=1.08$  (biblio+forum) samt  $d=0.82$  (Internet).

I en studie av Stangier et al (2003) jämfördes Clark & Wells kognitiva behandling i grupp och individualformat. Effektstorlekarna för SIAS var 0.53 respektive 0.85 och för SPS 0.53 respektive 0.90. En svensk studie (Mörtberg et al, 2005) där man undersökte effekten av en intensiv version av Heimbergs gruppterapi uppnåddes genomsnittlig effektstorlek på 0.56 direkt efter avslutad behandling och 0.81 vid ett års uppföljning.

I en metaanalys av Taylor (1996), som baserades på 11 studier där man kombinerat exponering och kognitiv omstrukturering, var den genomsnittliga effektstorleken 1.06 för tre primära utfallsmått varav två (SIAS och SPS) ingår i föreliggande studie. I Federoff & Taylors metaanalys (2001) var den genomsnittliga effektstorleken 0.84, här baserad på 21 studier. Genomsnittlig effektstorlek för SSRI-preparat var, enligt samma metaanalys, 1.70 (12 studier). Rodebaugh och kollegor (2004) visade i en genomgång av flera metaanalyser att

inomgruppseffektstorlekar för kombinationsbehandling med exponering och kognitiv omstrukturering varierat mellan 0.84 och 1.06.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att effektstorlekarna i föreliggande studie står sig väl i jämförelse och ofta visar sig vara t.o.m. högre än i traditionellt administrerad terapeutledd KBT. Den behandlingsform som verkar ge bäst resultat, åtminstone på kort sikt, är dock farmakologisk behandling.

## Metoddiskussion

Föreliggande studie har en experimentell design, men med ett kvasiexperimentellt inslag i form av jämförelse med en historisk kontrollgrupp. Den experimentella designen innebär kontroll för ovidkommande variabler. Historisk kontrollgrupp har tidigare använts i studier inom SOFIE-projektet, och det fanns ingen anledning att tro att ovidkommande variabler skulle påverka resultaten i föreliggande studie mer än tidigare behandlingsresultat.

### Intern validitet

Med intern validitet menas i vilken utsträckning en studiedesign kan visa att förändring i en beroendevariabel orsakas av förändring i en oberoende variabel (Clark-Carter, 2004). Hot mot den interna validiteten återfinns inom följande områden: *urval, mognadseffekt, historia, mätmetodeffekt, testeffekt, imitation, kompensatorisk rivalitet, demoralisering och regression mot medelvärdet* (ibid.). I föreliggande studie har ett antal åtgärder vidtagits för att förbättra den interna validiteten. Genom att randomisera deltagarna till de tre betingelserna kontrollerades för hot avseende urval, mognadseffekter och historia. Hot mot mätmetodeffekter kontrollerades för genom att samma formulär användes vid för- och eftermätning, samt genom att formulären administrerades via Internet. I och med att formuläret LSAS-SR fylldes i varje vecka kunde det finnas risk för en viss testeffekt, d.v.s. att deltagarna automatiskt upprepar ett visst svarsmönster. Veckomätningar förekom dock i samtliga grupper, vilket innebär att en testeffekt inte kan förklara eventuella skillnader mellan grupperna. Ingen form av imitation kunde förekomma då grupperna inte kunde komma i kontakt med varandra. Det förelåg en viss risk för demoraliseringseffekter, eftersom de deltagare som randomiserats till biblioterapi kunde uppleva att de fått en sämre behandling utan terapeutstöd. Det kan också tänkas att grupperna utan terapeutstöd ansträngde sig mer, s.k. kompensatorisk rivalitet. Risken för regression mot medelvärdet var liten eftersom deltagarna randomiserades och inte fördelades till behandlingsgrupperna utifrån sina förmätningvärden.

### Extern validitet

Extern validitet handlar om i vilken grad resultaten från en studie är generaliserbara till andra förhållanden och populationer. Vad gäller föreliggande studie utfördes behandlingen i deltagarnas hemmiljö, något som bidrar till generaliserbarheten. Deltagarna hade stora möjligheter att utföra hemuppgifter och exponeringsövningar i sin vardagliga miljö under valfria tider.

Generellt sett representerar studiens deltagare ett brett urval av personer med social fobi, då upptagningsområdet var hela landet och inklusionskriterierna tillåtande beträffande ålder, komorbiditet och samtidig medicinering. Resultaten från föreliggande studie kan sägas vara generaliserbara till en klinisk population med diagnosen social fobi, dock med vissa förbehåll.

Deltagarna hade själva sökt sig till studiens hemsida på Internet och vissa stod i kö i flera månader. Forskning har visat att personer med social fobi som söker information på Internet uppvisar en högre svårighetsgrad av sin fobi än personer med social fobi som söker sig till en klinik för hjälp (Erwin et al., 2004). Vid jämförelse visar deltagarna i föreliggande studie initialt högre resultat på utfallsmått som mäter social ångest (SIAS och SPS) jämfört med deltagarna i några av ovan nämnda studier där deltagarna inte sökt hjälp över Internet (Otto et al, 2000, Heimberg et al, 1998 och Mörtberg et al, 2005). Ingångsvärdena är dock likvärdiga för deltagarna i Dahlgrens studie (2002) som var öppenvårdspatienter.

Deltagarna i Internetgruppen randomiserades till en av de tre Internetterapeuterna. Terapeuterna utgick dessutom i sitt arbete från tidigare SOFIE-korrespondens för att säkerställa likvärdighet i behandling, undvika individuella skillnader och minimera risken för s.k. terapeuteffekter.

Replikering av studier är en bra metod för att öka generaliserbarheten och därmed den externa validiteten. Föreliggande studie kan ses som en replikering med mindre variation av tidigare SOFIE-studier. Resultaten är i princip likvärdiga för samtliga studier, där urvalsbasen varit hela landet eller en studentpopulation i Örebro (Eriksson & Spak, 2004).

## **Framtida SOFIE-forskning**

En brist i samtliga SOFIE-studier är att resultaten bygger på självskattningar. Genom att införa någon form av objektiv mätning skulle man kunna öka tillförlitligheten. En möjlighet skulle kunna vara att inhämta fysiologiska mätdata, en annan väg är att ha ett objektivt mått i form av exempelvis videoinspelning av beteendetest som kan bedömas av flera oberoende personer. Detta medför dock stora logistiska problem då deltagarna är geografiskt spridda.

Resultaten i föreliggande studie är inte entydiga när det gäller sambandet mellan behandlingsresultat och antal slutförda moduler. Det vore av intresse att undersöka betydelsen av de olika komponenterna i materialet. Detta skulle kunna göras i en s.k. ”dismantlingstudie” där man exempelvis kunde avlägsna de kognitiva komponenterna, för att se hur mycket av behandlingseffekten som eventuellt försvinner.

Förfarandet med väntelistekontrollgrupp har brister jämfört med studier där man använt någon form av aktiv kontrollgrupp (eller placebo). Tiden på väntelista är en okontrollerad faktor som kan påverka deltagarna både positivt och negativt. Metoden försvårar också jämförelser med farmakologiska studier, där man vanligen använder placebokontroll (SBU, 2005). Det är fortfarande inte säkerställt att det är KBT-komponenterna i SOFIE-manualen som ger behandlingseffekt. Möjligheten finns att det är en form av placeboeffekt som påverkar resultaten. Dock är effektstorlekarna i föreliggande studie högre än vad som har påvisats för placebo (Federoff & Taylor, 2001) . Detta skulle kunna undersökas i en studie där man gör jämförelser med en placebobehandling. Man skulle i så fall kunna utforma en manual som bygger på edukativa och stödjande komponenter och jämföra den med SOFIE-projektets biblioterapi. Det vore vidare av intresse att undersöka hur behandlingsmaterialet fungerar i klinisk rutinvård. De flesta SOFIE-studierna har studerat en population som själva sökt hjälp på Internet. Det vore intressant att ta reda på om och i så fall hur denna grupp skiljer sig från personer som söker hjälp inom klinisk rutinvård när det gäller behandlingseffekt av KBT i form av självhjälp. Det vore också av intresse att försöka ta reda på mer om de personer som

får god respektive dålig effekt av den här typen av självhjälsbehandling. Detta för att kunna matcha rätt behandlingsform med person på ett tidigt stadium.

## Slutord

Resultaten från SOFIE-studierna visar att självhjälp är en effektiv behandlingsform vid social fobi. SOFIE-upplägget står sig bra vid jämförelser med andra studier av mer traditionellt administrerad psykologisk behandling. Liknande självhjälsupplägg skulle så småningom kunna få en viktig roll som en behandlingsinsats inom klinisk rutinvård. Efterfrågan på KBT-behandling är stor och tillgängligheten bristfällig. Istället för att rutinmässigt erbjuda enbart psykofarmaka till personer som söker vård för social fobi, så skulle man kunna erbjuda KBT som självhjälsbehandling, eller en kombination av KBT och psykofarmaka. Psykologisk behandling har dokumenterat goda långtidseffekter vid uppföljning till skillnad från farmakologisk behandling, där uppföljningsdata ofta saknas. Andra faktorer som talar emot rutinmässig farmakologisk behandling av social fobi är de biverkningar som drabbar vissa patienter, samt den osäkerhet som råder när det gäller effekterna av långtidsbehandling. Det finns även många patienter som är negativa till medicinering och man bör därför erbjuda dem någon annan form av behandling. Resultaten i föreliggande studie visar att ett behandlingsupplägg med självhjälsmaterial i bokform och tillgång till ett diskussionsforum kan vara en tillräcklig behandlingsinsats för vissa personer med social fobi. Självhjälp är dessutom en mycket kostnadseffektiv behandlingsform, lätt att administrera och kan göras tillgänglig för en stor grupp patienter. För att öka säkerheten kan man tänka sig att diagnostisering och uppföljning av behandlingsresultatet sker inom ramen för klinisk rutinvård och att man, när behov finns, erbjuder en annan form av behandling för personer där självhjälp visat sig otillräckligt.

Sammanfattningsvis visade denna studie att kognitiv beteendeterapi i självhjälsformat är en effektiv behandling vid social fobi. Resultaten indikerar att terapeutstöd och tillgång till diskussionsforum inte tillför väsentlig behandlingseffekt utöver självhjälsmanualen. I jämförelse med traditionell KBT-behandling av social fobi står sig självhjälsbehandlingen väl och utgör ett kostnadseffektivt och lättadministrerat behandlingsalternativ.

## REFERENSER

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review, 24*, 857-882.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edition*. American Psychiatric Association: Washington DC.
- Andersson, G., Strömngren, 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.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). *The Shyness & social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Baker, S. L., Heinrich, N., Kim, H.-J., & Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 701-715.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Bergström, J., & Holländare, F. (2002). *Självhjälp via Internet för depression-en kontrollerad behandlingsstudie*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Blanco, C., Schneier, F.R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C-R., Marshall, R.D., Sanchez-Lacay, A., & Liebowitz, M.R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression & Anxiety, 18*, 29-40.
- Bohman, B. (2005). Sofie-projektet: *Internetbaserad kognitiv beteendeterapi vid social fobi administrerad individuellt eller i grupp*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Bower, P., & Gilboet, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry, 186*, 11-17.
- Bouton, M. E., Mineka, S., Barlow, D. H. (2001). A learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review, 108*, 2-32.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Scale and the Social Phobia Scale across the Anxiety Disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21-27.
- Buhrman, M., & Fältenhag, S. (2001) *Självhjälp via Internet och telefon för personer med kronisk ryggsmärta*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Butler, G. (2001). *Overcoming social anxiety and shyness – A self-help guide using Cognitive Behavioral Techniques*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review, 24*, 827-856.
- Campbell, L. F., & Smith, T. P. (2003). Integrating self-help books into Psychotherapy. *Psychotherapy in Practice, 59*, 177-186.
- 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., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment: How well can they be combined? *Computers in Human Behavior, 22*, 545-553.

- Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist, 10*, 30-38.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1321-1333.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 728-734.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp.69-93). New York: Guilford.
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research: A student's handbook*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Clevberger, P. (2005). *SOFIE projektet: En kontrollerad studie av biblioterapi vid social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A metaanalysis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 28*, 139-147.
- Dahlgren, S. (2002). *Gruppbehandling av social fobi inom klinisk rutinvård respektive forskning: en "effectiveness" studie*. Opublicerad uppsats inom specialistutbildningen i kognitiv beteendeterapi, Växjö.
- Ellis, A. (1993). The advantages and disadvantages of self-help therapy materials. *Professional Psychology, 24*, 335-339.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 143-156.
- Eriksson, A., & Spak, M. (2004). *SOFIE III: Internetbaserad självhjälpsbehandling för studenter med social fobi: en undersökning av exponeringssessioners relativa effekt*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- 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.
- Febbraro, G. A. R. (2005). An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 763-779.
- Federoff, I. C., & Taylor, S. (2001) Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a metaanalysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 21*, 311-324.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology, 15*, 453-462.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995) Cognitive behavioural versus exposure only treatment for social phobia: A metaanalysis. *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. (1999). Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV. (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press.

- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine* 31, 1025-1035.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for the use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Furmark, T. (2000). Social Phobia. From epidemiology to brain function. Acta Universitatis Upsaliensis. *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.
- Giles, D. E., & Shaw, B. F. (1987). Beck's cognitive theory of depression: convergence of constructs. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 416-427.
- Gosh, A., & Marks, I. M. (1987) Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-16.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13, 169-186.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997) Cognitive-behavioural and pharmacological treatment for social phobia: A metaanalysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Gregory, R. J., Schwer Canning, S., Lee, T. W., & Wise, J. C. (2004). Cognitive bibliotherapy for depression: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 275-280.
- Gunnarsdóttir, M., & Hedensjö, L. (2004). SOFIE-2. An Internet-based Self-help Programme with Telephone Support for the Treatment of Social Phobia. Master's thesis, Department of Psychology, Uppsala University; Uppsala, Sweden.
- Hedman, E., & Sonnenstein, A. (2005). När säger det "klick"? En studie av behandlingsrespons över tid i ett Internetbaserat självhjälpsprogram vid social fobi (SOFIE-4). 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.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 209-221.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 799-825.
- Hofmann, S. G. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 885-895.
- Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, 24, 769-797.
- Holmström, A., & Sparthar, L. (2003). SOFIE- projektet. Ett Internetbaserat självhjälpsprogram i kombination med gruppträffar för personer med social fobi. Master's thesis, Department of Psychology, Uppsala University; Uppsala, Sweden.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp.51-76). New York: Guilford publications Inc.

- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behaviour. *American Psychologist*, 44, 668-674.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child development*, 55, 2212-2225.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kåver, A. (1999). *Social fobi – Att känna sig granskad och bortgjord*. Jyväskylä, Finland: Cura Bokförlag
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). The self-presentation model of social phobia. In: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneider, F. R. (Eds.) *Social Phobia. Diagnoses, assessment and treatment* (69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- 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.
- Marks, I.M., Mataix-Cols, D., Kenwright, K., Cameron, R., Hirsch, S., & Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 36, 455-470.
- McKendree-Smith, N. L., Floyd, M., & Scogin, F. R. (2003). Self-administered treatments for depression: a review. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 275-288.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Moutier, C. Y., Stein, M. B. (1999). The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, suppl 9, 4-8.
- Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., & Sundin, Ö. (In press). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003) Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington III, J. J., McArdele, E. T., Rosenbaum, J. F., & Heimberg, R. G. (2000) A comparison of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.
- Rivas-Vazquez, R. A. (2001). Antidepressants as first-line agents in the current pharmacotherapy of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research & Practice*, 32, 101-104.
- Rapee, R. M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia – a step-by-step guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004) The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- SAS Institute Incorporated. (1998). *Statview for Windows*. Version 5.0.1.



- Scogin, F.R., Hanson, A., & Welsh, D. (2003) Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 341-349.
- 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.
- SPSS Incorporated. (2004). *SPSS for Windows*. Version 12.0.1.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005) *Behandling av ångestsyndrom*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens institut för kommunikationsanalys. (2004) *Fakta om informations- och kommunikationsteknik i Sverige 2004*. Halmstad: Bulls tryckeri.
- Steczkó, J. (2004). SOFIE- projektet. Effekten av ett Internetbaserat självhjälsprogram med e-poststöd vid behandling av social fobi. Master's thesis, Department of Psychology, Uppsala University; Uppsala, Sweden.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- 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: acontrolled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 133-120.
- 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.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64, 203-216.
- Taylor, C. T. & Alden, L. E. (2005). Social interpretation bias and generalized social phobia: the influence of developmental experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 759-777.
- Taylor, S. (1996) Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9
- Tillfors, M. (2001). Social Phobia. The family and the brain. Acta Universitatis Upsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences* 104. Uppsala: Uppsala Universitet, Tryck & Medier.
- van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G., & Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 395-411.
- Vaswani, M., Kadar Linda, F., & Ramesh, S. (2003). Role of selective serotonin reuptake inhibitors in psychiatric disorders: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27, 85-102.
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2004). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*
- Williams, C. (2001). Use of written cognitive-behavioral therapy self-help materials to treat depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 233-240.
- Zetterqvist, K., Maanmies, J., Ström, L., & Andersson, G. (2003). Randomized controlled trial of Internet-based stress management. *Cognitive Behavior Therapy*, 32, 151-16

- Öst, L-G. (2001). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. Uppsala: Universitetsstryckeriet.
- Öst, L-G., & Hellström, K. (1995). One-session therapist directed exposure vs two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Research and Therapy*, 33, 959-965.

## BILAGOR

### Bilaga 1: Diagnoskriterier för social fobi enligt DSM-IV

- A. En uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer som innebär exponering för okända människor eller risk för kritisk granskning av andra. Detta grundar sig i en rädsla för att bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest.
- B. Exponering för den fruktade sociala situationen framkallar så gott som alltid ångest, vilket kan ta sig uttryck i en situationellt betingad eller situationellt predisponerad panikattack.
- C. Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig.
- D. Den fruktade sociala situationen eller prestationssituationen undviks helt, alternativt uthärdas under intensiv ångest eller plåga.
- E. Antingen stör undvikandet, de ångestladdade förväntningarna eller plågan i samband med de fruktade sociala situationerna eller prestationssituationerna i betydande grad ett normalt fungerande i vardagen, i yrkeslivet (eller studier), i sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobin.
- F. Hos personer under arton år ska varaktigheten vara minst sex månader.
- G. Ångesten eller undvikandet beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex paniksyndrom med eller utan agorafobi, separationsångest, dysmorfofobi, en genomgripande störning i utvecklingen eller schizoid personlighetsstörning).
- H. Om det samtidigt föreligger någon somatisk sjukdom/skada eller någon annan psykisk störning eller sjukdom så har inte rädslan enligt kriterium A något samband med denna; t ex rädslan gäller inte talsvårigheter vid stamning, skakningar vid Parkinsons sjukdom eller uppvisande av onormalt ätbeteende vid anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

*Specificera om:*

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

## Bilaga 2: Information om SOFIE-projektet på hemsidan

Du tillfrågas härmed om Du vill delta i ett kostnadsfritt forskningsprojekt som undersöker olika psykologiska behandlingsmetoder för personer som besväras av social ångest (social fobi)

### Introduktion och målsättning

Många människor upplever ångest när de skall tala inför grupp eller på annat sätt stå i fokus för uppmärksamheten. Man kan också känna sig ängslig vid umgänge med främmande människor i olika sociala sammanhang, t.ex. på fester eller i fikarummet. Vid social fobi har ångest i och inför en eller flera sociala situationer blivit ett personligt hinder, t.ex. för yrkeslivet, studier eller relationer. Vid Institutionen för psykologi vid Uppsala universitet pågår sedan flera år en forskningsverksamhet kring psykologisk självhjälpsbehandling via Internet. Syftet med detta arbete är bl a att ta fram effektiva behandlingsmetoder. Studier av Internetbaserade självhjälpsbehandlingar vid paniksyndrom, huvudvärk, tinnitus och depression har tidigare genomförts med goda resultat. Nyligen avslutades också en studie av social fobi i Uppsala där den Internetadministrerade självhjälpen pekar på lovande resultat. Vi vill nu gå vidare och testa tre varianter på detta program i en ny forskningsstudie.

Om du väljer att delta i projektet kommer du att gå igenom ett nio veckor långt självhjälpsprogram baserat på kognitiv beteendeterapi (KBT). I denna studie kommer tre grupper att jämföras. En behandlingsgrupp kommer att få det tidigare använda Internetbaserade behandlingsprogrammet. Den andra gruppen får en variant av programmet i form av en självhjälpsbok som man följer helt på egen hand. Slutligen ingår en tredje grupp som får Internetbaserad behandling som inriktas på avslappning. Varje deltagare kommer att lottas till en av dessa tre grupper.

### Deltagare

Vi söker dig som

- besväras av social ångest i en eller flera situationer, t.ex. dig som är rädd att tala inför grupp
- upplever starkt obehag när du står i fokus för andras uppmärksamhet eller utför något när andra ser på
- känner dig blyg och hämmad i sociala situationer
- undviker sociala situationer eller genomlider dem med ångest och oro
- begränsas i vardagen av din sociala rädsla
- tycker att din sociala rädsla påverkar ditt arbete, dina studier, ditt familjeliv, din fritid eller ditt sociala liv

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

### **Tillvägagångssätt**

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

Kommer du inte att ingå i studien får du tips på relevant självhjälpplitteratur och/eller förslag på vart du kan vända dig för att få hjälp på din hemort. Om du däremot uppfyller kriterierna för deltagande kommer du att med lottens hjälp slumpas till en av tre grupper. Grupperna skiljer sig åt något beroende på vilken terapiteknik som främst betonas. I två av grupperna ingår viss kontakt med en terapeut via Internet. Den tredje gruppen sköter istället hela sin behandling genom en strukturerad självhjälpbok.

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

### **Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid social fobi**

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

I KBT-behandling av social fobi arbetar man med en kombination av kognitiva tekniker och beteendetekniker. Kognitiva tekniker innebär i korthet att man tränar sig i att uppmärksamma och ifrågasätta negativa tankar och därmed lär sig tolka situationer på ett mera realistiskt sätt. Beteendeteknikerna riktar in sig på vad man gör och inte gör i de situationer man stöter på problem. Behandlingen går till stor del ut på att gradvis närma sig de situationer man fruktar samtidigt som man provar nya beteenden och förhållningssätt som erhålls genom terapin. En variant av KBT är s.k. tillämpad avslappning. Denna behandling tar fasta på att nervositet och kroppsliga ångestreaktioner kan motverkas genom avslappning som lärs ut och tränas in på ett systematiskt sätt.

### **Etiska forskningsprinciper**

Denna studie har behandlats av den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala och följer humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer. Detta innebär i korthet att:

\* Ditt deltagande är frivilligt och att du när som helst kan avbryta träningen. Dock förutsätter vi att du vid eventuellt avbrott i programmet meddelar oss detta och fyller i ett avslutande formulär.

\* Dina uppgifter inte kommer att användas kommersiellt eller i ovetenskapliga syften.

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

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

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

### **Sekretess och tystnadsplikt**

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

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

Alla data, t ex svar på frågeformulären, behandlas konfidentiellt och kommer att registreras i oidentifierad form. Detta innebär att försöksdeltagarna inte kan identifieras av obehöriga. Resultaten kommer dessutom att analyseras på gruppnivå.

### **Planering och tidsramar**

Vi räknar för närvarande med att påbörja rekrytering av deltagare inklusive telefonintervjuer sista dagarna i augusti 2005. Behandlingen beräknas påbörjas i mitten/slutet av september 2005 och pågå under nio veckor. Deltagarna kommer också att kontaktas för att fylla i de frågeformulär som ingår i studien ett år efter behandlingen har avslutats.

Är du intresserad?

Gör din anmälan genom att klicka här!