

Långtidseffekter av Internetbaserad KBT vid social fobi

Lise Bergman



Linköpings universitet
Institutionen för Beteendevetenskap
Psykologprogrammet



Psykologprogrammet omfattar 200 poäng över 5 år. Vid Linköpings universitet har programmet funnits sedan 1995. Utbildningen är upplagd så att studierna från början är inriktade på den tillämpade psykologins problem och möjligheter och så mycket som möjligt liknar psykologens yrkessituation. Bland annat omfattar utbildningen fyra praktikperioder om sammanlagt 16 heltidsveckor. Studierna sker med hjälp av problembaserat lärande (PBL) och är organiserade i fem block, efter en introduktion: (I) kognitiv och biologisk psykologi, 27 poäng; (II) utvecklingspsykologi och pedagogisk psykologi, 36 poäng; (III) samhälle, organisations- och grupppsykologi, 56 poäng; (IV) personlighetspsykologi och psykologisk behandling, 47 poäng; (V) forskningsmetod och examensarbete, 27 poäng. Parallellt med blocken löper ”strimmor” som fokuseras på träning i forskningsmetodik, psykometri och testkunskap samt samtalskonst.

Den här rapporten är en psykologexamensuppsats, värderad till 20 poäng, höstterminen 2006. Handledare har varit docent Per Carlbring.

Institutionen för Beteendevetenskap
Linköpings universitet
581 83 Linköping

Telefon 013-28 10 00
Fax 013-28 21 45

	Avdelning, Institution Institutionen för beteendevetenskap 581 83 LINKÖPING	Datum 2006-12-21
---	--	----------------------------

Språk <input checked="" type="checkbox"/> Svenska/Swedish <input type="checkbox"/> Engelska/English	Rapporttyp <input type="checkbox"/> Licentiatavhandling <input type="checkbox"/> Examensarbete <input type="checkbox"/> C-uppsats <input checked="" type="checkbox"/> D-uppsats <input type="checkbox"/> Övrig rapport	ISBN	
		ISRN LIU-IBV/PY-D-06/150--SE	
URL för elektronisk version		Serietitel och serienummer	ISSN

Titel Långtidseffekter av Internetbaserad KBT vid social fobi Title Long-term effects from internet administrated CBT for social Phobia Författare Lise Bergman
--

Sammanfattning Social fobi är en av de vanligaste ångestsjukdomarna. Rädsla och oro i sociala situationer och prestationsrelaterade dito är utmärkande för dessa individer. Social fobi tenderar, om den inte behandlas, att bli kronisk och det finns indikatorer på att tillståndet förvärras över tid. Idag finns behandlingar som ger goda utfall direkt efter avslut, men huruvida behandlingseffekterna håller i sig över längre tid är mer höljt i dunkel. Internetadministrerade självhjälpsbehandlingar har en möjlighet att öka tillgängligheten för denna klientgrupp och det är då av vikt att den är av god kvalitet. Syftet med föreliggande studie var att undersöka behandlingseffekterna 30 månader efter avslutad Internetadministrerad KBT inom ramen för SOFIE (SOcial Fobi behandling via Internet i kombination med Exponering) projektet (n = 54), samt att undersöka om det fanns någon skillnad mellan att få tillägget telefonkontakt (n = 28) med sin terapeut eller ej (n = 26). Via internet genomfördes uppföljningsmätningar med SPSQ (Social Phobia Scale Questionnaire), SPS (Social Phobia Scale), SIAS (Social Interaction Anxiety Scale), LSAS-SR (Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Rated), QOLI (Quality of Life Inventory), MADR-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale), BAI (Beck Anxiety Inventory), samt att en telefonadministrerad SCID-intervju (Structured Clinical Interview for DSM-IV) för att fastställa diagnos och samtidig CGI-skattning (Clinical Global Improvement) genomfördes. Data beräknades med upprepade ANOVA och efterföljande t-test. Samtliga resultat baserades på intention-to-treat värden. Medelvärden av inomgruppseffektstorlekarna för samtliga utfallsmått är stora, med telefonkontakt (SOFIE 2), $d = 0.93$, utan telefonkontakt (SOFIE 2.5), $d = 1.52$, vid jämförelsen mellan förmätning och 30-månadersmätning. Direkt efter avslutad behandling i SOFIE 2.5 uppfyllde 31 % av deltagarna inte längre diagnosen social fobi, för SOFIE 2 var andelen 38 %. I föreliggande mätning uppfyller 56% inte längre diagnosen social fobi enligt DSM-IV, om beräkning sker konservativt (annars 84%). CGI visade att procentandelen som förbättrats stort sedan behandlingens påbörjande var 66.7% för SOFIE med telefonkontakt, respektive 70% för SOFIE utan telefonkontakt. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna, men SPSQ visade på en fördel för gruppen som inte erhöll telefonkontakt med sin terapeut. Slutsatsen blir att deltagarnas förbättring håller i sig över tid samt att de fortsatt att förbättras oavsett grupp.

Nyckelord Långtidsuppföljning, social fobi, Internetadministrerad kognitiv beteendeterapi, KBT
--

Tack!

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare *Per Carlbring* som stöttat och sporrat mig genom hela arbetet på ett ovärderligt sätt. Tack också till min biträdande handledare *Gerhard Andersson* för viktiga och värdefulla kommentarer på textmaterialet.

Jag vill också tacka *alla deltagare* som ställt upp för forskningen, utan annan ersättning än den genomgångna behandlingen, och delat med sig av sin tid och sina unika erfarenheter.

Tack också *Jonas* för att du stått ut med en frånvarande sambo och papper överallt...

Sammanfattning

Social fobi är en av de vanligaste ångestsjukdomarna. Rädsla och oro i sociala situationer och prestationsrelaterade dito är utmärkande för dessa individer. Social fobi tenderar, om den inte behandlas, att bli kronisk och det finns indikatorer på att tillståndet förvärras över tid. Idag finns behandlingar som ger goda utfall direkt efter avslut, men huruvida behandlingseffekterna håller i sig över längre tid är mer höljt i dunkel. Internetadministrerade självhjälpsbehandlingar har en möjlighet att öka tillgängligheten för denna klientgrupp och det är då av vikt att den är av god kvalitet. Syftet med föreliggande studie var att undersöka behandlingseffekterna 30 månader efter avslutad Internetadministrerad KBT inom ramen för SOFIE (SOcial Fobi behandling via Internet i kombination med Exponering) projektet ($n = 54$), samt att undersöka om det fanns någon skillnad mellan att få tillägget telefonkontakt ($n = 28$) med sin terapeut eller ej ($n = 26$). Via internet genomfördes uppföljningsmätningar med SPSQ (Social Phobia Scale Questionnaire), SPS (Social Phobia Scale), SIAS (Social Interaction Anxiety Scale), LSAS-SR (Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Rated), QOLI (Quality of Life Inventory), MADR-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale), BAI (Beck Anxiety Inventory), samt att en telefonadministrerad SCID-intervju (Structured Clinical Interview for DSM-IV) för att fastställa diagnos och samtidig CGI-skattning (Clinical Global Improvement) genomfördes. Data beräknades med upprepade ANOVA och efterföljande t-test. Samtliga resultat baserades på intention-to-treat värden.

Medelvärdet av inomgruppseffektstorlekarna för samtliga utfallsmått är stor, med telefonkontakt (SOFIE 2), $d = 0.93$, utan telefonkontakt (SOFIE 2.5), $d = 1.52$, vid jämförelsen mellan förmätning och 30-månadersmätning. Direkt efter avslutad behandling i SOFIE 2.5 uppfyllde, 31 % av deltagarna inte längre diagnosen social fobi, för SOFIE 2 var andelen 38 %. I föreliggande mätning uppfyller 56% inte längre diagnosen social fobi enligt DSM-IV, om beräkning sker konservativt (annars 84%). CGI visade att procentandelen som förbättrats stort sedan behandlingens påbörjande var 66.7% för SOFIE med telefonkontakt, respektive 70% för SOFIE utan telefonkontakt. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna, men SPSQ visade på en fördel för gruppen som inte erhöll telefonkontakt med sin terapeut. Slutsatsen blir att deltagarnas förbättring håller i sig över tid samt att de fortsatt att förbättras oavsett grupp.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
SOCIAL FOBI – PRESENTATION AV DIAGNOSEN	1
<i>Demografiskakarakteristika</i>	3
<i>Morbiditet och komorbiditet</i>	2
ETIOLOGI SAMT MÖJLIGA FÖRKLARINGSMODELLER	3
<i>Genetiska faktorer</i>	3
<i>Miljöfaktorer</i>	3
<i>Temperament</i>	3
<i>Neurobiologiska korrelat</i>	3
<i>Beteendeteoretiskt synsätt</i>	3
<i>Kognitiv förklaringsmodell</i>	4
TIDIGARE FORSKNING	4
SJÄLVHJÄLP	4
INTERNETADMINISTRERADE BEHANDLINGAR	5
METAANALYSER	5
<i>Jämförelser mellan psykologisk och farmakologisk behandling</i>	5
LÅNGTIDSUPPFÖLJNINGAR	6
SOFIE-PROJEKTET	7
BEHANDLINGENS UTFORMNING	8
REKRYTERING OCH INKLUSION AV DELTAGARE TILL DEN ANDRA SOFIESTUDIEN	9
SOFIE 2 OCH 2.5	12
<i>SOFIE 2</i>	12
<i>SOFIE 2.5</i>	13
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
FRÅGESTÄLLNINGAR	13
HYPOTESER	13
METOD	14
DESIGN	14
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	14
DELTAGARE	14
<i>Inklusionskriterier</i>	14

MÄTINSTRUMENT	15
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>	<i>15</i>
<i>Clinical Global Improvement</i>	<i>15</i>
<i>Social Phobia Scale Questionnaire</i>	<i>15</i>
<i>Social Phobia Scale och Social Interaction Anxiety Scale</i>	<i>15</i>
<i>Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Rated</i>	<i>16</i>
<i>Quality of Life Inventory</i>	<i>16</i>
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale</i>	<i>16</i>
<i>Beck Anxiety Inventory</i>	<i>16</i>
PROCEDUR	16
30-månadersmätning	21
BORTFALL	17
RESULTAT	18
SJÄLVSKATTNINGSFÖRMULÄREN	18
EFFEKTSTORLEKAR	21
DIAGNOS	22
DISKUSSION	23
METOD- OCH RESULTATDISKUSSION	24
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	26
SLUTSATSER	26

Inledning

Social fobi – Presentation av diagnosen

Begreppet social fobi grundlades så sent som 1966 (i Hofmann, Heinrichs & Moscovitch, 2004) då Marks och Gelder beskrev ett tillstånd vid vilken en individ blir orolig och ångestfylld när den utsätts för bedömning av andra under tiden som denne skall utföra en specifik uppgift. Rädslan och oron i sociala situationer, som att äta, skriva eller tala (American Psychiatric Association, 1994) är utmärkande för dessa individer. Exponering för den fruktade situationen framkallar stark ångest då individen är rädd för att göra bort sig, bli hånad eller förnedrad (Turk, Heimberg & Hope, 2001). Detta brukar benämnas att individen är rädd för att bli *negativt värderad* (Hofmann & Barlow, 2002) av andra. En rädsla för att avslöja ångestsymtom, såsom rodnad skakningar eller svettningar är också vanligt. Brunello et al. (2000) menar att individer med social fobi till skillnad från individer med panikstörning inte primärt undviker sociala situationer för att de oroar sig för en panikattack, utan just för den rädsla de känner inför andras bedömning. Social fobi resulterar således ofta i stora inskränkningar i socialt fungerande. Turk et al. (2001) beskriver att för att det skall vara social fobi krävs att individen inte upplever några problem med att utföra beteendet utan åskådare, privat.

Diagnosen har sedan mitten av 1980-talet fått ökat fokus. Den dök upp första gången i Diagnostic and Statistical manual for Mental disorders tredje edition, DSM-III (APA, 1980), och var då klassad som "phobic disorder". År 1987, i och med utformandet av DSM III-R (APA, 1987), gjordes tillägget "generaliserad" för att beskriva de individer som fruktade *de flesta* sociala situationer, här kunde en diagnos sättas även om individen samtidigt var diagnosticerad med fobisk personlighetsstörning, något som tidigare var omöjligt. Det förekommer att individer med generaliserad social fobi har en fobisk personlighetsstörning, något som inte är så konstigt med tanke på att sex av de sju diagnoskriterierna i DSM-III-R innehåller komponenter på social interaktion. Vid utformandet av DSM:s fjärde utgåva (DSM-IV, APA, 1994) togs ett av kriterierna för fobisk personlighetsstörning, som kunde räknas som utan social komponent bort, vilket lett till en ännu större överlappning mellan diagnoserna. Detta har föranlett en diskussion kring om fobisk personlighetsstörning och svår generaliserad social fobi (GSP) verkligen är två distinkt skilda diagnoser, eller snarare två punkter på samma kontinuum (Hofmann et al., 2004; Rapee & Spence, 2004).

Social fobi tenderar också, enligt Hofmann och Barlow (2002), att bli kroniskt om det förblir obehandlat, det vill säga att de menar att obehandlad social fobi inte minskar över tid. Hildago, Barnett och Davidson (2001) menar till och med att tillståndet förvärras över tid.

Demografiska karaktäristika. Social fobi har en livstidsprevalens på 6-13% (Hofmann & Barlow, 2002; Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005). Fehm och medarbetare (2005) anger att medellivstidsprevalensen i Europa uppgår till 6.65% och att prevalensen för en 12 månadersperiod är 2%. Anledningen till att siffran för livstidsprevalensen varierar anger Furmark (2002) vara att olika forskare använt sig av olika gränsvärden för vad som ska räknas som social fobi. Tillståndet är i epidemiologiska studier vanligare hos kvinnor än hos män (Hofmann & Barlow, 2004; Fehm et al., 2005). Hofmann och Barlow (2004) menar att kvoten är 3:2. Vid studier av kliniska populationer är det dock lika många män som kvinnor, om inte fler män (Rapee & Spence, 2004). Kåver (1999) skriver

att social fobi är en av de vanligaste kontaktorsakerna vid svenska öppenvårdsmottagningar. Furmark (1999) har undersökt punktprevalensen för social fobi i Sverige och kommit fram till att den ligger på drygt 15%.

Social fobi har en relativt låg debutålder. Rapee och Spence (2004) har undersökt flera studier och kommit fram till att medelåldern för diagnosdebut är mellan 10 till 13 år och att det verkar vara så att den svårare, generaliserade, formen är den som bryter ut tidigast. I vuxen ålder är däremot sjukdomsdebut ovanlig, 2-4 per 1000 per år enligt Rapee och Spence (2004), och oftast en sekundär diagnos.

Furmark (2002) beskriver att de demografiska faktorer som individer med social fobi ofta förknippas med är att de är ogifta, har en lägre utbildningsgrad (se även Brunello et al., 2000; Fehm et al., 2005), är underbetalda samt saknar socialt skyddsnät. Den demografiska faktor som är mest robust dock, menar författaren, är den att vara kvinna. Brunello et al. (2000) redogör för siffror som visar att ungefär 22% av populationen med social fobi i USA lever på bidrag. Fehm och medarbetare (2005) tar upp att detta är vanligare bland social fobiker i Europa också, relativt normalpopulationen. En annan siffra som redovisas är att 90% av gruppen rapporterar att deras ångest påverkar deras funktionsnivå på arbetet och att 85% rapporterar påverkan på studier. Patel, Knapp, Henderson och Baldwin (2002) visar på att i deras studie så var personer med social fobi mindre sannolika att återfinna i det högsta socioekonomiska skiktet, de hade lägre anställningsgrad och hushållens inkomst var också lägre i förhållande till en kontrollgrupp utan psykiatrisk diagnos. Enligt Patel et al. (2002) var denna patientgrupp också mer drogberoende och använde receptbelagda läkemedel i högre grad. De vill också påvisa att socialfobipatienter hade ett högre uttag av sjukvård (health services).

Den vanligaste rädslan vid social fobi är den att hålla tal inför en grupp (Furmark, 2002). Han menar vidare att epidemiologiska rapporter indikerar att den generaliserade formen av social fobi inte utgör den vanligaste formen, detta tvärtemot vad granskning av kliniska populationer ger. Andra författare (t ex Hofmann et al., 2004) menar dock att mer än hälften av alla med social fobi har den generaliserade formen.

Morbiditet och komorbiditet. Hildago et al. (2001) skriver att suicidförsöken hos patienter med icke generaliserad social fobi inte är fler än hos en kontrollgrupp utan diagnosen. Dock menar författarna att det fanns en signifikant ökning av suicidförsöken hos individer med social fobi med samtidig tilläggsdiagnos. Komorbiditet med andra psykiatriska diagnoser är, enligt Fehm et al. (2005), regel snarare än undantag, och då åsyftas inte bara fobisk personlighetsstörning, och den varierar mellan 69 till 92%. Enligt en studie av Magee från 1996, (i Rapee & Spence, 2004), visar den amerikanska National Comorbidity Survey att 81% av de personer som har diagnosen social fobi har ytterligare diagnoser. Detta skall betraktas i ljuset av att social fobi har en så tidig debutålder, varav kausalitet för utvecklandet av ytterligare störning inte kan fastställas. Patienter med social fobi uppvisar ofta, mellan 18 till 80% beroende på diagnos, andra ångeststörningar (agorafobi, specifik fobi, tvångssyndrom), dysthymi, egentlig depression, substansberoende samt bipolär sjukdom (Hildago et al., 2001; Brunello et al., 2000).

Etiologi samt möjliga förklaringsmodeller

Det finns idag ingen klar bild av de mekanismer som ligger till grund för utvecklandet av och vidmakthållandet av social fobi. Snarare än att tro att det finns en faktor menar många forskare (t ex Heimberg et al., 1995; Rapee & Spence, 2004) inom området istället att det är en kombination av evolutionära och genetiska predispositioner, miljöfaktorer och vidmakthållande beteenden och kognitiva processer.

Genetiska faktorer. Rapee och Spence (2004) redogör i en metaanalys av tvillingstudier utförd 2002 av Beatty et al., vilken estimerar att heritabiliteten för social fobi är signifikant, men moderat, och har en effektstorlek runt 0.65. I samma artikel redogörs dock för studier vilka inte visat på samma resultat, vilket gör att författarna drar slutsatsen att det inte finns mer än en moderat hereditet. Det är av vikt att fundera över till vilken grad som ärftligheten är specifika för social fobi, eller om det snarare är så att man ärver en generell predisposition för att utveckla någon form av ångestrelaterad problematik.

Miljöfaktorer. Den tidiga miljön innehåller sociala interaktioner mellan familjemedlemmar och jämnåriga, föräldrarnas uppfostringsstil likväl som aversiva livshändelser. Enligt Hudson och Rapee (2000) så beskriver individer med social fobi att deras föräldrar varit överbeskyddande, mer kritiska, visade mindre värme och var mindre benägna att uppmuntra till utmaningar. Även Moore, Whaley och Sigman (2004) redogör för att mödrar till oroliga/ångestfyllda barn var mindre varma mot dem och gav dem mindre autonomi, något som gör att författarna beskriver dem som överkontrollerande och att detta i sin tur kan leda till att barnet genom modellinlärning tror att omvärlden är potentiellt farlig (se även Turk et al., 2001). Enligt en studie av Chartier och medarbetare från 2001 (i Mörtberg, 2006) så är dysfunktionella föräldrar, avsaknad av en nära relation med en vuxen, samt att misslyckas med skolprestationer alla riskfaktorer under barndomen för utvecklandet av social fobi. Mörtberg (2006) redogör också för en studie av Hackman et. al från 2000 vilken påvisar att negativa livshändelser senare i livet, såsom kritik, mobbning, förskjutning, förnedring eller utfrysning associeras med utvecklandet av social fobi.

Temperament. Furmark (2000) menar att det finns en möjlig koppling mellan temperamentsegenskapen beteendehinhibition och social fobi – att beteendehinhibitionen är en föregångare till social fobi. Beteendehinhibierade barn är mer rädda för att utforska sin miljö och också mer socialt tillbakadragna. Rapee & Spence (2004) redovisar också longitudinella studier vilka indikerar att barn med stabila beteendehinhibierade mönster har en högre risk att utveckla social fobi.

Neurobiologiska korrelat. Möjligen finns det bevis för att social fobi kan kopplas samman med avvikelser i neurotransmittorer (Brunello et al., 2000; Hildago et al., 2001) såsom 5-HT, dopamin, norephidrine, och/eller GABA. Avbildningar av hjärnan i form av MRI och fMRI indikerar möjliga funktionsförändringar i amygdala och andra subkortikala (e g. caudate) och kortikala regioner. Dock är bevisen inexakta och preliminära.

Beteendeteoretiskt synsätt. Hofmann och Barlow (2002) beskriver en modell i vilken de antar att relativt små negativa livshändelser vilka inkluderar sociala interaktioner eller prestationer kan leda till ångest, särskilt om ett larm är kopplat till dessa sociala tilldragelser. Det är dessa faktorer, menar Hoffman och Barlow, som bildar plattformen

utifrån falska och sanna alarm utvecklas. Sårbara individer vilka oväntat utsätts för en kort men intensiv rädsla (eller panik) senare utvecklar ångest över möjligheten att detta kan hända igen, på ett okontrollerbart sätt. Därav att en person som tidigare inte lidit av social fobi kan utveckla en sådan efter att ha utsatts för ett eller flera utlösande händelser (triggering events) i vilka denne upplevde en situationsbunden panikattack i en social situation (Hoffman et al., 2004). Med larm menar författarna att ett yttre stimuli betingats till att innebära ett hot (eller ett alarm) på vilket hjärnan och kroppen reagerar med att förbereda sig för flykt eller kamp. Detta sker genom vad Pavlov kallar klassisk betingning vid vilket ett tidigare obetingat stimuli nu betingas med en känsla (i detta fall rädsla) om det uppträder i samband med en biologiskt signifikant händelse. Detta kan senare generaliseras till liknande stimuli.

Kognitiv förklaringsmodell. Clark och Wells (1995) har utvecklat en förklaringsmodell för social fobi som innehåller kognitioner, beteenden och fysiologi och vilken beskriver vad som sker när en person med social fobi hamnar i en hotande situation. Att personen med social fobi tvivlar på sin förmåga att agera socialt vilket leder till att många sociala situationer upplevs hotande. De har också ofta högt ställda krav på hur de ska bete sig i dessa situationer, och om de inte lever upp till sina standards, så tror de att detta får katastrofala följder (Kåver, 1999).

Enligt Clark och Wells (1995) så aktiverar en hotfull situation individens grundantaganden. Grundantaganden innehåller individens samlade livserfarenhet, och dennes antaganden om sig själv och sin kontext. Tolkningen av dessa sätter sedan igång en rad negativa automatiska tankar, vilka blir ”verkliga” då individen ser på sig själv och sitt agerande ur ett observatörsperspektiv. Detta gör att individens självfokus ökar samtidigt som en ångestreaktion startar. Ångestreaktionen ger både kognitiva, somatiska och beteendemässiga symtom och individen försöker att hantera denna genom att använda sig av säkerhetsbeteenden. Säkerhetsbeteenden är beteenden som individen använder för att dölja sin rädsla och skapa en känsla av trygghet i situationen. Dessa minskar ångesten kortsiktigt, men leder också till ökat fokus inåt, vilket i sin tur leder till att situationen framstår som än mer hotfull. De skapar alltså en falsk säkerhet. Individer med social fobi ägnar också mycket tid till att fundera på och i vissa fall helt undvika kommande sociala situationer, samt att i detalj granska sin prestation i efterhand, så kallade post mortem tankar. Granskningen grundar sig på negativa känslor och leder oftast till att individen ser sin prestation som misslyckad och oduglig. Denna bias till att bara se det negativa vid utvärderingen av sin sociala prestation, post mortem tankarna, säkerhetsbeteendena och undvikandet av sociala situationer leder till att problemen vidmakthålls.

Tidigare forskning

Självhjälp

I en reviewartikel av Barlow, Ellard, Hainsworth, Jones och Fisher från 2005 framförs resultat vilka indikerar att det finns bevis för att självhjälpsbehandlingar är effektiva när det kommer till symtomlindring och psykiskt välmående i jämförelse med standard omvårdnad, väntelista eller avslappning. Kortare interventioner och databaserade interventioner var effektiva för de flesta av deltagarna. Den Boer, Wiersma och van den Bosch (2004) har gjort en metaanalys av självhjälpsbehandlingars effektivitet, och då mestadels biblioterapier, för individer med ångest

eller depression. Den Boer et al. (2004) kommer fram till att biblioterapi (terapi utförd utifrån en bok) för dessa diagnoser är mer effektivt än väntelista eller ingen behandling, de redogör för en mellangrupsmedeleffektstorlek på $d = 0.84$.

Internetadministrerade behandlingar

I en review utförd av Andersson, Bergström, Carlbring och Lindefors (2005) av Internetadministrerade självhjälpsbehandlingar, eller snarare minimalkontaktbehandlingar (då viss kontakt förekommer, oftast via e-post), vilka är baserade på kognitiva beteendeteoretiska behandlingsmetoder för ångestproblematik, så menar författarna att det finns lovande resultat för detta behandlingssätt. Dock är studierna få och små, men Andersson et al. (2005) menar att det heller inte finns forskning som indikerar att det skulle vara skadligt. Andersson et al. (2005) menar att Internetadministrerad behandling bör ses som en berikare i ett "stepped-care" perspektiv, där man börjar med en mindre vårdinsats och sedan vid behov successivt växlar upp insatserna för patienten. Ritterband et al. (2003) undersöker empiriskt testade Internetadministrerade interventioner och vill ge en översikt över dessa. Ritterband och medarbetare (2003) skriver att det framförallt beteendeorienterade interventioner med symtomreduktion och beteendeförändringar som mål, vilka "översatts" till Internet. De visar sammantaget på tendenser till fördel för de Internetadministrerade behandlingarna jämfört med framförallt väntelista, eller att patienterna erhållit kortare informationsmaterial.

Metaanalyser

Taylor's metaanalys från 1996 räknar på effektstorlekar (Cohen's d) för olika psykologiska behandlingar av social fobi. Han jämförde sex olika förutsättningar; en kontrollgrupp på väntelista, placebo, exponering - både under sessionen men också som hemuppgift (EXP), kognitiv omstrukturering utan exponering (CT), kognitiv omstrukturering med exponering (CT+EXP), samt social färdighetsträning (SST). Taylor räknar på behandlingseffekt efter behandling, men också på 3 månadersuppföljning. Taylor får då fram stora effektstorlekar efter behandling för CT+EXP (1.06), EXP (0.82), SST (0.65) samt CT (0.63). Placebo får en effektstorlek på 0.48 och väntelistan har en negativ effekt på -0.13 vid samma mätning. Vid eftertest framkom att det bara var CT+EXP som hade en större effektstorlek än placebo ($p \leq 0.05$).

Hidalgo, Barnett och Davidsson (2001) har sammanfattat två decenniers utveckling av behandling av Social Anxiety Disorder (SAD), framförallt farmakologisk. Författarna har räknat effektstorlekar (Cohen's d) på farmakologisk behandling i placebokontrollerade studier. Hidalgo et al. (2001) presenterar höga effektstorlekar för monoamine oxidase inhibitorer, MAOI (0.98); selective serotonin reuptake inhibitorer, SSRI (0.68); benzodiazepiner, BZ (1.22). Moderata effektstorlekar redovisas för anticonvulsanter, AC (0.46) och reversible inhibitors of monoamine oxidase, RIMA (0.42), samt små för andra preparat, det vill i detta fall säga betablockerare (0.14). Samtliga studier som Hidalgo et al. (2001) tagit med i beräkningen är relativt korta, de längsta är 12 veckor långa.

Jämförelser mellan psykologisk och farmakologisk behandling. Relativt få studier finns att tillgå gällande farmakologisk behandling i jämförelse med psykologisk. Bland annat så beskriver Hollon, Stewart och Strunk (2006) en studie vid vilken det visade sig

att samtidigt användande av benzodiazepiner vid exponering ökade graden av återfall. Vid en 12 månadersuppföljning genomförd av Liebowitz et al. (1999) jämförs behandling med KBT i gruppformat (KBGT) med Phenelzine. Sammanfattningsvis så visar deras studie att de medicinerade patienterna var mer förbättrade när de inträdde i den behandlingsfria fasen jämfört med KBGT patienterna, de hade också en snabbare startverkan av behandlingen. Dock visar det sig vid ettårsuppföljningen att återfallen är fler bland Phenelzinegruppen, medan KBGT gruppen var fortsatt förbättrad. Det finns också forskning (Hollon et al., 2006) som indikerar att individuell KBT har en kvarstående effekt som inte återfinns vid farmakologisk behandling.

Turner, Beidel och Jacob (1994) har jämfört beteendeterapi (flooding), med en betablockerare (atenolol) och en placebo-grupp. Där framkommer att atenolol inte var statistiskt säkerställt bättre än vare sig beteendeterapi eller placebo. Däremot så var beteendeterapi mer verksamt än de båda andra efter behandling. Turner et al. (1994) har genomfört en 6 månadersuppföljning. Dock är det ett stort bortfall, där 9 av 21 i atenololgruppen och 6 av 21 i floodinggruppen saknades vid uppföljningen. Detta leder till att studien blir svårare att tolka. De visar på en trend, alltså inga signifikanta resultat, att de medicinerade patienterna snarare hade försämrats något i jämförelse med sina resultat efter behandling. Detta till skillnad från dem som erhållit beteendeterapi, vilka hade fortsatt att förbättras efter avslutad terapi.

Långtidsuppföljningar

Sutherland, Tupler, Colket, och Davidson, (1996) undersökte långtidseffekterna av farmakologisk behandling för social fobi. Två år efter att deltagarna avslutat en kort behandling, 10 veckor, med clonazepam eller placebo mättes deras upplevda symtom åter. Sutherland et al. (1996) uppvisar siffror på att av dem som deltog i uppföljningen, vilket var 56 av 75 personer, så rapporterade 45% att de inte upplevde några symtom för hälften av tiden sedan behandlingsavslutet. Fördelningen för respektive grupp var; clonazepam 64%, placebo 22%. Brunello et al. (2000) redogör för långtidsuppföljningar av patienter som medicinerar under längre tid. De uppvisar siffror på att om patienten tar medicinerna kvarstår behandlingseffekten, men om medicineringen upphör återkommer symtomen

Vad gäller KBT behandling finns det några få studier gjorda på behandlingseffekter över längre tid, alla dras dock med ett stort bortfall. Heimberg, Salzman, Holt och Blendell (1993) presenterar en femårsuppföljning på KBT i grupp (KBGT), ställt mot stödsamtal i grupp. De redovisar att KBGT deltagarna efter behandling, uppvisade en kliniskt signifikant förbättring till 75%, mot 40% i stödgruppen. Vid femårsuppföljningen uppvisar 88.9% i KBGT gruppen och 44.4% i stödgruppen att de är signifikant förbättrade. Barrett, Duffy, Dadds och Rapee (2001) har genomfört en sexårsuppföljning på barn och ungdomar med ångeststörningar. Av deras urval var det 10 av 49 (20.4%) som var diagnosticerade med social fobi. Enligt Barret et al. (2001) beräkningar så fanns dock inga skillnader för behandlingsutfallet gällande diagnostillhörighet. Vid mätningarna sex år efter behandling, med antingen KBT eller KBT i kombination med familjeinsatser, så var 85.7% inte längre aktuella för diagnos. Barrett et al. (2001) har även siffror från en ettårsuppföljning, och där var siffran för dem som inte längre uppfyllde diagnoskriterierna 79.6%. Andelen som inte längre svarade upp till en social fobi diagnos vid sexårsuppföljningen hade alltså ökat sedan detta mättillfälle. I deras undersökning framkommer att de båda behandlingarna är likvärdiga.

Garcia-Lopez et al. (2006) har genomfört en femårsuppföljning på ungdomar vilka behandlats för social fobi med endera KBT i gruppformat utformat för ungdomar (CBGT-A); Social Effectiveness Therapy for Adolescents - spanish version (SET-Asv); eller Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS). Författarna har dock ett stort bortfall ($n = 23$ av $n = 59$ i ursprungs studien). Deras beräkningar visar att individernas framsteg kvarstår över tid och vid uppföljningsmätningen så är andelen friska, de som inte har social fobi enligt DSM-IV, för respektive grupp; 43% SET-Asv; 12.5% CBGT-A; samt 25% IAFS.

Yonkers, Bruce, Dyck och Keller (2003) visar data på ett stort sample (558 individer) vilka hämtats från Harvard/Brown Anxiety Research Program (HARP). Av dessa 558 personer hade 162 social fobi. De gör en naturalistisk longitudinell studie med mätningar var 12:e månad under åtta år. De samlar data om tillfrisknande och återfall för gruppen och kontrollerar inte för vilken typ av behandling individen erhållit, eller om behandling erhållits över huvud taget. Dock presenteras att 80% åter mediciner, framför allt benzodiazepiner. I deras studie framkommer att om patienten tillfrisknade helt var det mest sannolikt att detta skedde under de två första åren. Efter åtta år hade 31% av social fobi patienterna tillfrisknat. Gällande återfall så menar Yonkers et al. (2003) att dessa också var vanligast under de första två åren. Från samma population (HARP) har Keller (2006) gjort ytterligare en longitudinell uppföljningsstudie, efter 10 år, då dessa individer fortsatt mätningarna som tidigare. Han beskriver att individer med social fobi, eller social anxiety disorder (SAD) som han väljer att benämna diagnosen, bara till 35% tillfrisknar på egen hand över tid, samt att om de återhämtar sig helt (d v s inte går att diagnostisera med SAD) så har de en återfallsfrekvens på 34%, vilket är mindre än till exempel generaliserat ångestsyndrom eller panikattacker. Keller (2006) menar att dessa individer utgör en eftersatt grupp och att man måste ha en långtidsbehandlings inriktning för dessa för att öka deras chanser till tillfrisknande.

Många av de behandlingsformer som undersöks för social fobi är gruppadministrerade. Foa (2006) menar att det finns bevis för att behandlingseffekterna blir större om behandlingen i stället administreras individuellt. SOFIE-projektet är en sådan individuell behandling, administrerad över internet.

SOFIE-projektet

År 1999 påbörjades vid Uppsala universitet ett forskningsarbete för att möjliggöra självhjälpsbehandling över Internet. År 2003 startades projektet "Social Fobi behandling via Internet i kombination med Exponering" (SOFIE) vid samma universitet för att administrera Kognitiv Beteendeterapi via Internet till hjälp för personer med diagnosen social fobi. Behandlingslängden var nio veckor. Som namnet antyder så innehöll den första behandlingsomgången, en randomiserad kontrollerad studie, (Andersson et al., 2006) terapeutkontakt via e-post för individuella hemuppgifter, men även två exponeringssessioner i gruppformat där deltagarna träffades tillsammans med två terapeuter per session. Utfallet av denna behandling visade sig ligga i paritet med traditionellt genomförd KBT behandling, med en mellangruppsseffektstorlek (Cohens d) på 0.74 och en inomgruppsdito på 0.91 (Andersson et al., 2006).

Den första omgången kom att kallas SOFIE 1, och det är deltagarna i två av efterföljarna till denna, SOFIE 2 och 2.5, på vilka jag genomfört uppföljningsmätningar. Variationen från den första studien ligger i att SOFIE 2 deltagarna fick, utöver e-post kontakt, telefonsamtal med

sin terapeut en gång per vecka, medan deltagarna i SOFIE 2.5 bara hade e-post kontakt. Ytterligare en skillnad mellan 2 och 2.5 är att deltagarna i 2.5 agerade kontrollgrupp åt SOFIE 2, vilket leder till att 2.5 saknar kontrollgrupp. Ytterligare presentation av dessa studier genomförs nedan.

Behandlingens utformning

Behandlingen för samtliga SOFIE studier består av ett nio veckors självhjälsprogram baserat på etablerade KBT metoder beskrivna i självhjälsböcker (Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring, & Andersson, 2006) vilken omarbetats för administrering över Internet. Det består av nio moduler, om totalt 186 sidor, vilka skall avverkas med en hastighet av en per vecka. Varje vecka får deltagaren en uppgift som skall genomföras och e-postas till en terapeut. Deltagaren får efter godkännande från terapeuten ett lösenord skickat till sig för att kunna gå vidare till nästa modul. Deltagaren skall också göra minst ett inlägg per modul i ett diskussionsforum.

Modul 1 – Introduktion och psykoedukation. Innehöll en kort introduktion till behandlingsprogrammets innehåll och upplägg, samt en genomgång av begreppet social ångest. Vidare gavs en översikt av vanliga symtom samt orsaker och behandling vid social fobi. Modulen avslutades med fakta om KBT och grundprinciperna bakom exponeringsbehandling.

Modul 2 – Clark och Wells kognitiva modell för social fobi. Inleddes med ett avsnitt om automatiska tankar, grundantaganden och livsregler. Därefter följde teoretiska och praktiska övningar för identifiering och registrering av negativa automatiska tankar. Modulen avslutades med en presentation av Clark och Wells (1995) kognitiva modell för social fobi

Modul 3 – Kognitiv omstrukturering I. En grundlig genomgång av tankefällor och olika strategier för ifrågasättande och förändring av tankemönster.

Modul 4 – Kognitiv omstrukturering II. Ytterligare strategier presenterades för att ifrågasätta och utmana negativa automatiska tankar, samt vanliga problem och svårigheter som kan uppstå i samband med detta arbete. Introduktion av begreppet beteendexperiment, och deltagaren fick i uppgift att sätta upp egna mål för behandlingen.

Modul 5 – Exponering I. Uteslutande exponering. Efter inledande psykoedukation kring principerna bakom exponering och gradvist närmande fick deltagaren instruktioner i upprättandet av ångesthierarki/er.

Modul 6 – Skifta fokus. Med utgångspunkt i Clark och Wells kognitiva modell (ibid.) fick deltagaren läsa om självfokusering, och hur detta bidrar till vidmakthållandet av social fobi. Tekniker och strategier för att skifta fokus i syfte att minska graden av självfokusering och social ångest presenterades. Modulen avslutades med en repetition av begreppet säkerhetsbeteenden och en genomgång av kopplingen mellan säkerhetsbeteenden, självfokus och ångestsymtom.

Modul 7- Exponering II. I denna modul tillhandahölls lösningar på problem och svårigheter som ofta uppstår i samband med exponering. Då bristen på lämpliga

övningstillfällena är ett vanligt problem för denna patientgrupp, presenterades förslag på lämpliga exponeringssituationer.

Modul 8 – Sociala färdigheter. Modulen ägnades åt olika aspekter av kommunikation och sociala färdigheter. Begreppet ”assertivness” (på svenska ofta översatt med sunt självhävande) och tekniker för detta introducerades.

Modul 9 – Återfallsprevention. Avsnittet inleddes med en genomgång av begreppen perfektionism och självförtroende och den roll dessa problemområden spelar i relation till social ångest. Återstoden av modulen ägnades åt återfallsprevention, där deltagaren fick i uppgift att skapa en åtgärdsplan i avsikt att förebygga och hantera bakslag.

Varje modul avslutades med ett antal hemuppgifter bestående av frågor som deltagaren skulle besvara och e-posta till sin Internetterapeut. Deltagaren uppmanades vidare att skicka in arbetsblad med resultat från de praktiska övningar som genomförts under behandlingsveckan. För att uppgraderas till nästföljande vecka krävdes dessutom korrekt rapportering av ”veckans lösenord”. Lösenordet erhöles genom att deltagaren svarade rätt på samtliga frågor i respektive moduls avslutande kunskapstest. Kunskapstestet baserades på texten i den aktuella modulen och utgjordes av tio frågor med vardera tre svarsalternativ. Syftet med hemuppgifterna var dels att gynna inlärning genom att ge personen möjlighet att reflektera över och tillämpa sina kunskaper, dels att Internetterapeuten skulle se att deltagaren tillgodogjort sig innehållet i modulen. Som stående inslag i varje veckas hemuppgifter ingick dessutom att kommentera ett i förväg bestämt ämne genom att skriva ett inlägg i diskussionsforumet.

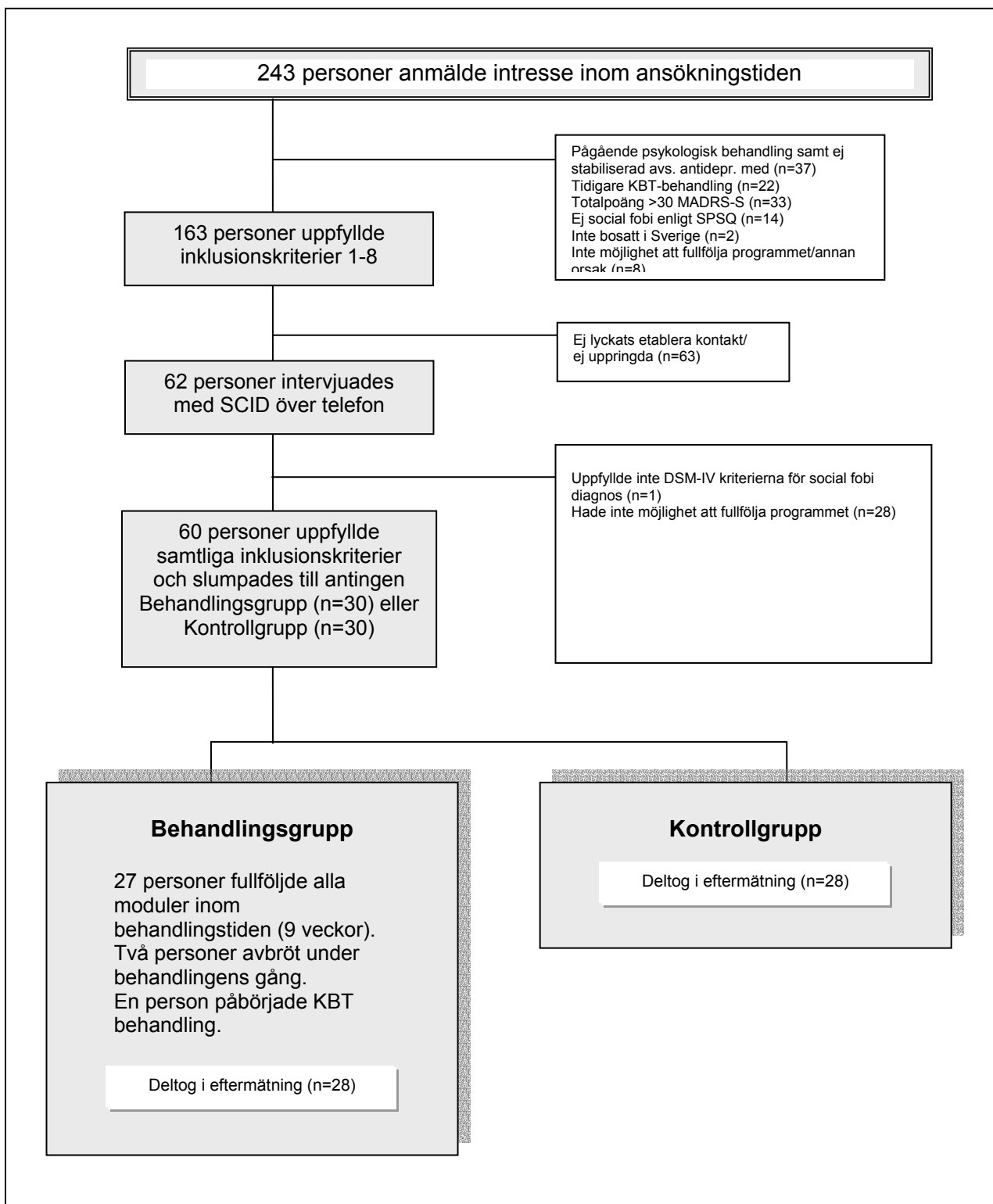
Rekrutering och inklusion av deltagare till den andra SOFIE-studien

Deltagarna till både SOFIE 2 och 2.5 rekryterades vid samma tillfälle, i och med starten för SOFIE 2, under hösten 2003. Deltagarna som sedermera ingick i SOFIE 2.5 agerade kontrollgrupp för SOFIE 2 studien genom att dessa inte påbörjade sin behandling förrän den tidigare studien var genomförd. Då SOFIE 2.5 startades gjordes en ny förmätning på de tilltänkta deltagarna (Carlbring et al., 2006).

Individer rekryterades att delta genom annonser i dagspress, samt genom en betald internetlänk på sökmotorn Google. Rekruteringen genererade 243 intresseanmälningar (Carlbring et al., in press) och av dessa uppfyllde 127 personer de åtta första inklusionskriterierna. I figur 1 presenteras hela förfarandet vid inklusionsprocessen, däri finns också anledningarna till exkludering från studien samt hur många individer som föll ut på grund av dessa.

Inklusionskriterierna var: (1) att individen uppfyllde DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) kriterierna för social fobi mätt med SPSQ; (2) hade en totalpoäng på MADRS-S på mindre än 31 poäng och mindre än 4 på suicid frågan; (3) inte deltog i någon form av psykoterapi samtidigt som projektet. Tidigare behandling skulle ha avslutats sex månader innan deltagandet i studien. Tidigare behandling fick inte vara KBT; (4) inte ha påbörjat medicinering eller ändrat dos de senaste tre månaderna. Individen fick också gå med på att inte förändra dosen under studiens gång; (5) ha tillgång till dator med internetuppkoppling; (6) vara minst 18 år; (7) bo i Sverige; (8) ha möjlighet att tala i telefon med terapeuten på veckobasis; (9) ha social fobi som primär diagnos enligt den telefonadministrerade SCID-intervjun (First et al., 1997); (10) inte vid inklusionen uppfylla

kriterierna för psykos eller missbruk av alkohol eller narkotika. Anledningen till att individer exkluderas från studien redogörs för i figur 1. Som denna visar så är en stor andel ($n = 65$) av dem som exkluderats från de 127 som uppfyllde inklusionskriterierna att de inte gick att etablera någon kontakt med. SCID intervju bokades med 62 personer över telefon och av dessa försvann en person på grund av att denna inte uppfyllde socialfobidiagnos enligt DSM-IV, och en för att denne inte kunde fullfölja programmet.



Figur 1. Flödesschema för inkludering i andra SOFIE studien.

I screeningen ingick, som första steg, inhämtandet av bakgrundsinformation om deltagarna (se tabell 1). Det fanns inga skillnader mellan grupperna före behandlingen ($t_{(62)} = 0.08 - 0.76$, $p = .94 - .45$) (Carlbring et al., in press). Antalet individer i respektive grupp baseras på att i SOFIE 2 så exkluderades den individ ($n = 1$) som påbörjat KBT behandling. För SOFIE 2.5 så exkluderades två personer då en inte ville delta och den andra påbörjat KBT behandling.

Tabell 1. Demografiska karaktäristika (Carlbring et al., in press).

		SOFIE 2 (n=29)	SOFIE 2.5 (n=28)	Totalt (n =57)
Kön	Kvinna	17 (56.8%)	20 (71.4%)	37 (64.9%)
	Man	12 (41.4%)	8 (28.6%)	20 (35.1%)
Ålder	Medelålder (sd)	32.4 (9.1)	32.9 (9.2)	32.7 (9.1)
	Min-max	19-52	22-51	19-52
Civilstånd	Gift/Sambo, med barn	5 (17.2%)	4 (14.3%)	9 (15.8%)
	Gift/Sambo	11 (37.9%)	13 (46.4%)	24 (42.1%)
	Särbo, med barn	1 (3.4%)	0	1 (1.8%)
	Särbo	2 (6.9%)	2 (7.1%)	4 (7.0%)
	Singel, med barn	1 (3.4%)	0	1 (1.8%)
	Singel	9 (31.0%)	9 (32.1%)	18 (31.6%)
Utbildningsgrad	Grundskola	2 (6.9%)	2 (7.1%)	4 (7.0%)
	Gymnasium, oavslutat	0	1 (3.6%)	1 (1.8%)
	Gymnasium, avslutat	8 (27.6%)	5 (17.9%)	13 (22.8%)
	Komvux	1 (3.4%)	1 (3.6%)	2 (3.5%)
	Universitet, oavslutat	10 (34.5%)	10 (35.7%)	20 (35.1%)
	Universitet, avslutat	8 (27.6%)	9 (32.1%)	17 (29.8%)
Dataerfarenhet (självskattad)	Mkt över genomsnittet	10 (34.5%)	9 (32.1%)	19 (33.3%)
	Över genomsnittet	7 (24.1%)	6 (21.4%)	13 (22.8%)
	Genomsnittlig	10 (34.5%)	9 (32.1%)	19 (33.3%)
	Under genomsnittet	2 (6.9%)	4 (14.3%)	6 (10.1%)

SOFIE 2 och 2.5

För SOFIE 2 så ingick telefonkontakt varje vecka med en terapeut, för SOFIE 2.5 var all kontakt med terapeuten över Internet, via e-post.

SOFIE 2. SOFIE 2 (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Carlbring et al, in press) är en randomiserad kontrollerad studie med 60 deltagare, vilken jämför effekterna av en nioveckors Internet baserad/administrerad kognitiv beteendeterapi (KBT) med minimal terapeutkontakt, i form av telefonsamtal under i genomsnitt 10.5 minuter ($sd = 3.6$) per deltagare och vecka, mot en grupp på väntelista. Resultaten visar att behandling med Internetbaserad KBT och minimal terapeutkontakt ledde till en minskning av symtomen på alla skattningsskalor i jämförelse med väntlistegruppen. 93% av de som påbörjade behandlingen fullföljde den. Behandlingseffekten var betydande (Cohens $d = 0.95$). Andelen kliniskt signifikant förbättrade (Ogles, Lunnen & Bonesteel, 2001), det vill säga att individen efter behandling befinner sig inom två standardavvikelser från normalpopulationens medelvärde på minst tre beroendemått, uppgick till 44.8%.

Ett år efter avslutad behandling genomförde Carlbring et al. (in press) en uppföljningsstudie, dock utan kontrollgrupp då denna vid tidpunkten erhållit behandling inom ramen för SOFIE 2.5. Den visar att behandlingen generellt sett var stabil, och beräkningar visar på signifikant förbättring vid uppföljningen i jämförelse med mätningarna före behandling, dock inte för alla skalor.

SOFIE 2.5. SOFIE 2.5 (Steczkó, 2004; Carlbring et al., 2006) innefattar de personer som agerat väntelista för SOFIE 2. Denna undersökning har ingen kontrollgrupp att jämföra mot, utan alla resultat är beräkningar på skillnader inom gruppen. För att kontrollera att deltagarna inte spontant tillfrisknat under tiden de väntat genomfördes en extra mätning före behandling. Samma Internetadministrerade självhjälpsmoduler användes som i SOFIE 2. Skillnaden mellan dessa båda studier är att i denna behandling ingick bara kontakt över Internet. Deltagarna e-postade sina hemuppgifter och fick feedback från sin terapeut via e-post.

En sexmånadersuppföljning (Carlbring et al., 2006) i form av att SOFIE 2.5 deltagarna har fyllt i de formulären som använts vid screening har genomförts. Samtliga deltagare från originalstudien deltog. Även i denna studie framkom att resultaten av behandlingen var stabila över tid, och även i denna uppföljning var det endast QOLI som signifikant hade förbättrats sedan mätningen efter behandling. Ingen diagnosintervju genomfördes vid eftermätningstillfället. Diagnosintervju genomfördes dock två månader efter avslutad behandling på samtliga deltagare. Resultatet av denna var att 12 deltagare (46.2%) inte längre uppfyllde diagnoskriterierna (Carlbring et al., 2006). Andelen kliniskt signifikant förbättrade på minst tre beroendemått var 42.3%. Jämfört med efter behandling så var medel inomgrupps-effektstorleken (Cohens *d*), 0.88 efter behandling, och 1.31 vid uppföljningen.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka huruvida behandlingseffekterna hos de 57 deltagarna som togs fram för att delta i den andra SOFIE studien höll i sig över tid, samt om det fanns någon skillnad mellan att få tillägget telefonkontakt med sin terapeut eller ej. I första hand undersöktes deltagarnas symtomnivå samt huruvida de hade social fobi diagnos eller ej. I andra hand undersöktes mätningarna av livskvalitet och nedstämdhet.

Frågeställningar

- Vilka effekter finns vid långtidsuppföljningen för respektive självskattningsformulär.
- Står sig behandlingseffekterna över tid?
- Är behandlingseffekten vid långtidsuppföljningen olika för de olika behandlingsgrupperna?

Hypoteser

Att behandlingsresultatet var stabilt över tid, samt att grupperna hade fortsatt att förbättras.

Metod

Design

Statistisk bearbetning. Variansanalys i form av upprepad mätning med ANOVA på deltagarnas för- och uppföljningsmätningar vid 30-månader, samt påföljande eftertest i form av t-test med Bonferronikorrigerade p-värden. Effektstorlekar (Cohens *d*) beräknades med poolade standardavvikelser, med cut off värden för låg, medel och hög effektstorlek satta till; 0.20, 0.50 och 0.80 respektive (Clark-Carter, 2004), dels mellan grupperna för resultaten efter behandling mellan SOFIE 2 och 2.5, dels inom grupperna; vilken effekt fanns av behandlingen, jämfört med före behandling (för deltagarna i SOFIE 2.5 gäller den andra förmätningen).

Alla värden som räknats ut i 30-månadersuppföljningen har, för att även inkludera de som fallit bort, inte svarat, räknats utifrån "intention-to-treat" (Mazumdar et al., 2002) där det senast kända värdet har lagts in som mätvärde utefter principen "last observation carried forward". Detta är ett mer konservativt sätt att beräkna och ger att tendensen inte blir att det blir slagsida åt det negativa hållet i den grupp som valt att besvara frågeformulären vid 30-månadersmätningen.

Etiska ställningstaganden

Gunarsdóttir och Hedensjö (2004) beskriver de etiska ställningstagandena inför inklusion och screening inför den andra SOFIE studien. De tar bland annat upp att de personer vilka exkluderats från studien på grund av depression och/eller benägenhet att suicidera, gavs information om hur och var de kunde söka hjälp för sina problem. Hela studien är också godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Uppsala.

De etiska ställningstaganden som jag gjort är framförallt att deltagarna gavs information om att uppföljningsstudien var frivillig. Jag har även varit noga med att kontrollera vem som svarat när jag ringt upp, presenterat mig med fullt namn samt att jag ringt från Linköpings universitet. All post har skickats i kuvert med universitetets logotype.

Deltagare

Deltagarna slumpades till endera 2 eller 2.5 vid starten för SOFIE 2 (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Carlbring et al., 2006).

Inklusionskriterier. Deltagarna till denna uppföljningsstudie var samtliga deltagare i SOFIE 2 (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004) och SOFIE 2,5 (Steczkó, 2004). Varvid deras inklusionskriterier var de gällande. Antalet deltagare uppgick till 57 stycken.

Screening (genomförd av författarna till SOFIE 2 och 2.5)

Del 1: Självskattningsformulär bestående av SPSQ, MADRS samt ett formulär för att undersöka bakgrundsvariabler som; ålder, utbildningsnivå, kön, tidigare vårdkontakt, medicinering, annan behandling, samt datorvana.

Del 2: En del, modul F vilken täcker av ångestsyndrom, sidorna 11-15, vilka rör diagnosen social fobi av SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV; First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) administrerad via telefon.

Självskattningsformulär

- Social Phobia Scale Questionnaire (SPSQ; Furmark et al., 1999)
- Social Phobia Scale (SPS; Mattick & Clark, 1998)
- Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clark, 1998)
- Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR; Liebowitz, 1987)
- Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch et al., 1992)
- Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADR-S; Montgomery & Åsberg, 1979; Svanborg & Åsberg, 1994)
- Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988)

Mätinstrument

Förmätningar av deltagarna inför SOFIE studierna, i form av självskattningsformulär och SCID-I intervju, samt 30-månadersmätning med identiska instrument.

Samtliga formulär ifylldes datoriserade, på internet. De psykometriska egenskaperna för testerna påverkas inte av detta (Carlbring et al., in press). Carlbring och medarbetare redogör för resultat från tidigare studier som givit att formulär administrerade över internet gör att individer tenderar att sätta en högre poäng, beskriva större svårigheter, något som författarna inte fann i sin studie.

Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I; First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) är en strukturerad intervju vilken syftar till att fastställa diagnos i enlighet med DSM-IV (APA, 1994). Som helhet innehåller intervjun sex moduler, men det är upp till bedömare att välja ut delar och ändra ordningen beroende på vad som kan antas vara relevant (First et al., 1997). För denna studie användes endast modul F vilken täcker av ångestsyndrom, och ur denna administrerades sidorna 11-15, vilka rör diagnosen social fobi. Att genomföra den per telefon har visat sig ge samma resultat som då den administreras på traditionellt sätt (Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1997).

Clinical Global Improvement (CGI) är en fyrgradig skala som sträcker sig från inte alls förbättrad (0), till mycket förbättrad (3) och är en klinisk bedömning utifrån individens berättelse och diagnosintervju.

Social Phobia Scale Questionnaire (SPSQ; Furmark et al., 1999). Är ett självskattningsformulär som mäter graden av obehag i 14 situationer vilka kan antas vara fobiska. Fem av dessa är prestationssituationer och övriga är interaktionssituationer, vilka alla skattas från 0 (inte alls obehagligt) till 4 (väldigt obehagligt). Formuläret bygger på kriterierna A-E i DSM-IV. SPSQ korrelerar högt med SPS och SIAS, $r = .77$ respektive $r = .79$. Furmark et al. (1999) visar på en alpha koefficient för de 14 situationerna på $\alpha = .90$, vilket indikerar en hög intern konsistens.

Social Phobia Scale (SPS; Mattick & Clark, 1998) och *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS; Mattick & Clark, 1998). Dessa båda skalor används ofta tillsammans för att bedöma social fobi. SPS består av 20 påståenden vilka undersöker graden av obehag/rädsla personen känner i situationer där denne kan bli granskad av andra (t ex äta, dricka, skriva).

SIAS innehåller också den 20 påståenden, och mäter rädslan i mer generella sociala interaktioner. Båda formulären poängsätts från 0-4, där ett högt värde indikerar högt obehag, den interna konsistensen är hög för dem båda (Mattick & Clark, 1998)

Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Rated (LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Mäter graden av rädsla och undvikande i 24 sociala situationer, både prestationsrelaterade (13) och interaktionssituationer (11). Formuläret möjliggör beräkning av delskalor för rädsla och undvikande såväl som totalpoäng för de båda. Baker et al., (2000) redovisar alpha-värden på .95 för hela skalan och mellan .79 och .85 på delskalorna. Formuläret är känsligt för förändringar.

Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch et al., 1992). Syftar till att få en skattning av en individs livskvalitet, ett högt värde indikerar hög tillfredsställelse. Formuläret berör 16 olika livsområden och hur viktiga de är för individen. Det finns också en fråga kopplat till varje livsområde vilken mäter hur nöjd individen med området vid mättillfället. Frisch et al. (1992) beskriver att det har en hög intern konsistens ($\alpha = .77-.89$), och en test-retest reliabilitet som ligger mellan $r = .80$ och $.91$

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADR-S; Montgomery & Åsberg, 1979; Svanborg & Åsberg, 1994). Är en skala med nio frågeställningar, vilken är framtagen för att mäta gradskillnader vid förändring av depression rörande sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang och livslust. Höga poäng visar på fler depressionssymtom. Detta formulär korrelerar högt med Beck Depression Inventory, BDI ($r = .87$) och instrumenten är likvärdiga när det gäller att differentiera mellan olika axel I diagnoser samt känslighet under behandling med antidepressiva.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988). Består av 21 påståenden vilka skattas på en fyrgradig skala och avser mäta graden av ångest, högt värde innebär mycket ångest. Självskattningsformuläret skiljer ut ångestdiagnoser från andra diagnoser, som till exempel depression. Beck et al. (1988) redovisar en hög intern konsistens ($\alpha = .92$) och en god test-retest reliabilitet ($r = .75$).

Procedur

30-månadersmätning. Genomförande av frågeformulären i del 1 (SPSQ och MADR-S), den kortade SCID-I intervjun (del 2), samt alla självskattningsformulär (SPS, SIAS, LSAS-SR, QOLI, BAI). Intervjuaren var blind för om deltagaren varit med i SOFIE 2 eller 2.5.

CGI-skattning (Clinical Global Improvement) utfördes av bedömaren vid telefonintervjun om hur mycket deltagaren har förbättrats sedan behandlingsstarten på en fyrgradig skala från inget alls(0) till mycket stor(3) förändring sedan behandlingsstart.

Under juni 2006 skapades ett e-post konto samt att en bild och presentation av intervjuaren/bedömaren lades ut på SOFIE-projektets hemsida. Via e-post, under juni 2006, ombads deltagarna att medverka i uppföljningen. I detta e-post erhöll deltagaren ett lösenord för att kunna fylla i självskattningarna, samt en vädjan om att dessa skulle fyllas i så snart möjlighet fanns. Inom en vecka skickades ytterligare e-post till deltagarna om att de skulle bli

uppringda för en intervju liknande den de genomgått för att få delta från början, samt länken till presentationen av intervjuaren på internet. I detta e-post skickades en förfrågan om vilket telefonnummer de önskade bli uppringda på, och till dem som inte fyllt i formulären skickades en påminnelse. Till de deltagare som e-postadressen var inaktuell skickades förfrågan och påminnelser per brev med bifogade svarskuvert, efter att adress kontrollerats via internetsidorna www.hitta.se och www.eniro.se. Två påminnelser via e-post/brev genomfördes, och därefter påbörjades SCID-I intervjuerna och CGI-skattningarna telefonledes. Dessa tog totalt cirka 10 minuter per deltagare att genomföra. Vid denna skedde en muntlig påminnelse till de deltagare som ännu inte fyllt i formulären, att göra detta så snart som möjligt. De deltagare som ännu inte hade sänt in svar fick ytterligare två påminnelser med e-post/brev. Utöver detta har påminnelser och formulär sänts till deltagarna brevledes till samtliga som inte besvarat frågorna vid ett visst datum, med bifogat svarskuvert. Tre formulär har inkommit i pappersform och dessa har sedan förts in på internetsidan med hjälp av deltagarens kod.

Ingen ekonomisk ersättning betalades ut till deltagarna, dock var behandlingen kostnadsfri.

Bortfall

Vid den första kontakten svarade tre (5.3%) personer att de inte ville delta i uppföljningsstudien. Ytterligare fyra (7%) besvarade självskattningsformulären, men ville inte delta i telefonintervju. Detta gav att sex (10.5%) individer avsåg sig att delta i telefonintervjun.

Totalt har 44 av 57 (77.2%) svarat på Internetformulären och 38 av 57 (66.7%) har genomgått telefonbedömningen.

Resultat

Totalt var antalet som svarade på Internetformulären 44 av 57 (77.2%), 38 av 57 (66.7%) har genomgått telefonbedömningen. Då tre personer valt att helt avsäga sig att vara med vid 30-månadersmätningen sattes ett nytt antal deltagare till 54 ($n = 54$). Det är med detta som utgångspunkt som värdena beräknats. Antalet för vardera grupp beräknas på $n = 28$ för SOFIE 2, och $n = 26$ för SOFIE 2.5.

Alla beräkningar har gjorts utifrån mätvärdena före behandling och de uppmätta värdena 30-månader efter avslutad behandling.

Självskattningsformulären

Direkt efter avslutad behandling inom SOFIE 2 och 2.5 skattade deltagarna en signifikant lägre grad av ångest på samtliga social fobi skalor (Carlbring et al., in press; Carlbring et al., 2006). Mätningen vid 30-månadersuppföljningen visar att denna håller i sig jämfört med förmätningen. Eftermätningen visar också att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan att ingå i SOFIE 2 eller 2.5. Det fanns heller inga signifikanta skillnader mellan grupperna som helhet mellan före och 30-månadersmätningen (alla $p > .34$, alla $t < .97$). Dock fanns det en signifikant tendens till fördel för SOFIE 2.5 på SPSQ (tabell 2), varvid det beslutades att genomföra eftertesterna för SOFIE 2 och SOFIE 2.5 var för sig.

En av socialfobiskalorna (de primära utfallsmåtten), nämligen SPSQ (figur 2), visade en signifikant interaktion mellan förbättring och grupptillhörighet. Det fanns också en tendens på SPS då poängen mäts mellan före- och 30-månadersmätningen. Denna höll dock inte i sig vid eftertest med Bonferronikorrigerat p-värde ($p = .10$).

Tabell 2. Primära utfallsmått. Medelvärde (standardavvikelse), huvud och interaktionseffekt, poolad effekt storlek (Cohen's d) inom och mellan grupperna på socialfobi självskattningsskalorna.

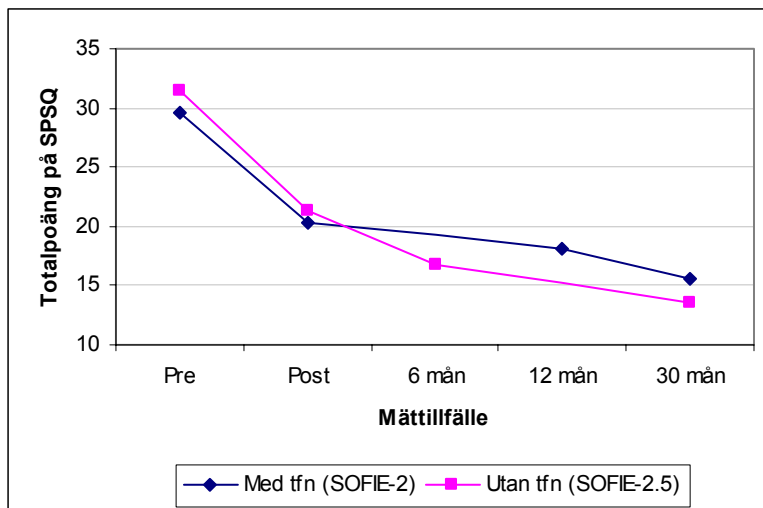
Instrument	Grupp	Pre	30-månaders mätning	Huvudeffekt		Interaktion Tid x Grupp $F_{(1,52)}$	Effekt storlek	
				Tid $F_{(1,52)}$	Grupp $F_{(1,52)}$		Inom	Mellan
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)								
Totalpoäng	SOFIE 2	72.4 (23.6)	43,2 (30.0)	115.01***	1.68	1.47	1.03	0.46
	SOFIE 2.5	68.0 (21.0)	32.0 (18.0)				1.84	
Social Phobia Scale (SPS)								
Totalpoäng	SOFIE 2	36.2 (15.2)	21.0 (17.2)	91.94***	0.63	3.67	0.92	0.50
	SOFIE 2.5	38.4 (16.8)	14.1 (9.6)				1.82	
Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)								
Totalpoäng	SOFIE 2	41.3 (13.2)	28.7 (17.1)	67.01***	0.24	1.99	0.83	0.31
	SOFIE 2.5	43.7 (14.5)	24.4 (11.2)				1.59	
Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)								
Totalpoäng	SOFIE 2	30.1 (7.6)	17.3 (11.9)	151.87***	0.29	4.08*	1.55	0.24
	SOFIE 2.5	31.4 (9.8)	13.5 (7.1)				2.15	

* $p < .005$; *** $p < .001$

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR). Beräkningarna visade ingen interaktion för tid gånger grupp, men huvudeffekt av tid. Planerade eftertest visade signifikant skillnad mellan förmätning och 30-månadersmätning för SOFIE 2 ($t_{(27)} = 6.54$, $p < .001$), och för SOFIE 2.5 ($t_{(25)} = 8.77$, $p < .001$). Mellangruppsseffektstorleken för mätpunkterna före och 30 månader efter behandling (se tabell 2) var liten.

Social Phobia Scale (SPS). Beräkningarna visade ingen interaktion för tid gånger grupp, men huvudeffekt av tid. Planerade eftertest visade signifikant skillnad mellan förmätning och 30-månadersmätning för SOFIE 2 ($t_{(27)} = 5.76$, $p < .001$), och för SOFIE 2.5 ($t_{(25)} = 7.67$, $p < .001$). Mellangruppsseffektstorleken för mätpunkterna före och 30 månader efter behandling (se tabell 2) var medelstor.

Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). Beräkningarna visade ingen interaktion för tid gånger grupp, men huvudeffekt av tid. Planerade eftertest visade signifikant skillnad mellan förmätning och 30-månadersmätning för SOFIE 2 ($t_{(27)} = 4.31$, $p < .001$), och för SOFIE 2.5 ($t_{(25)} = 8.00$, $p < .001$). Mellangruppsseffektstorleken för mätpunkterna före och 30 månader efter behandling (se tabell 2) var liten.



Figur 2. Totalpoängen på SPSQ, uppdelat på respektive grupp vid följande måttillfälle.

Phobia Screening Questionnaire (SPSQ). SPSQ uppvisade en interaktion mellan tid och grupptillhörighet vid 30-månadersmätningen (figur 2). Denna höll dock inte i sig vid eftertest med Bonferronikorrigerat p-värde ($p > .10$). Planerade eftertest visade signifikant skillnad mellan förmätning och 30-månadersmätning för SOFIE 2 ($t_{(27)} = 10.63$, $p < .001$), och för SOFIE 2.5 ($t_{(25)} = 7.04$, $p < .001$). Mellangruppsseffektstorleken för mätningarna före och 30 månader efter behandling (se tabell 2) var liten.

Tabell 3. Sekundära utfallsmått. Medelvärde (standardavvikelse), huvud och interaktionseffekt, poolad effekt storlek (Cohen's *d*) inom och mellan varje grupp på skalorna vilka mäter grad av depression, ångest och livskvalitet.

Instrument	Grupp	Pre	30-månaders mätning	Huvud effekt		Interaktion Tid x Grupp $F_{(1,52)}$	Effekt storlek	
				Tid $F_{(1,52)}$	Grupp $F_{(1,52)}$		Inom	Mellan
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)								
Totalpoäng	SOFIE 2	13.4 (8.5)	9.1 (8.9)	25.65***	0.37	0.43	0.49	0.23
	SOFIE 2.5	13.5 (6.0)	7.4 (5.8)				1.04	
Beck Anxiety Inventory (BAI)								
Totalpoäng	SOFIE 2	14.5 (8.1)	8.2 (7.9)	91.53***	0.06	0.81	0.98	0.19
	SOFIE 2.5	15.1 (8.8)	14.5 (9.0)				1.27	
Quality of Life Inventory (QOLI)								
Totalpoäng QOLI ^A	SOFIE 2	0.7 (2.0)	1.4 (1.8)	39.45***	0.28	0.19	0.72	-0.08
	SOFIE 2.5	0.5 (1.7)	0.7 (1.8)				0.94	

^A en högre poäng indikerar en högre grad av livskvalitet
*** $p < .001$

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S). Beräkningarna visade inte på någon interaktion, men en huvudeffekt av tid. Eftertest med t-test visade signifikant skillnad mellan förmätning och 30-månadersmätning för SOFIE 2.5 ($t_{(25)} = 5.441$, $p < .001$), men inte för SOFIE 2 ($t_{(27)} = 2.656$, $p < .013$). Mellangruppsseffektstorleken för mätpunkterna före och 30 månader efter behandling (tabell 3) var liten.

Beck Anxiety Inventory (BAI). Beräkningarna visade ingen interaktion, men en huvudeffekt av tid. Eftertest med t-test visade signifikant skillnad mellan förmätning och 30-månadersmätning; SOFIE 2 ($t_{(27)} = 6.847$, $p < .001$), och för SOFIE 2.5 ($t_{(25)} = 6.687$, $p < .001$). Mellangruppsseffektstorleken för mätpunkterna före och 30 månader efter behandling (tabell 3) var liten.

Quality of Life Inventory (QOLI). Beräkningarna visade ingen interaktion, men en huvudeffekt av tid. Eftertest med t-test visade signifikant skillnad mellan förmätning och 30-månadersmätning; SOFIE 2 ($t_{(27)} = -4.097$, $p < .001$), och för SOFIE 2.5 ($t_{(25)} = -4.815$, $p < .001$). Mellangruppsseffektstorleken för mätpunkterna före och 30 månader efter behandling (tabell 3) var liten.

Effektstorlekar

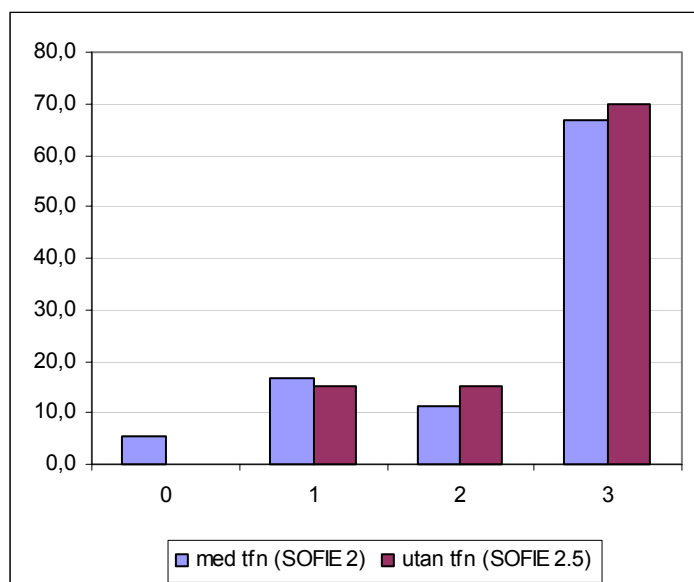
Som framgår av tabell 2 så är inomgruppseffektstorleken för respektive formulär på de primära utfallsmåtten hög ($d = 0.83 - 2.15$). För de sekundära utfallsmåtten (se tabell 3) är effektstorleken inom gruppen mellan måttlig och hög ($d = 0.49 - 1.27$).

Medelvärde av inomgruppseffektstorleken för samtliga utfallsmått är stor (SOFIE 2, $d = 0.93$; SOFIE 2.5, $d = 1.52$) vid jämförelsen mellan förmätning och 30-månadersmätning. Mellangruppseffektstorleken för samtliga utfallsmått är $d = 0.26$.

Diagnos

Vid 30-månadersuppföljningen uppgick andelen som inte uppfyllde diagnoskriterierna, räknat på telefonintervjudeltagarna, till 84%. Räknar man i stället konservativt och förutsätter att bortfallet för intervjun inte förbättrats utan fortfarande uppfyllde kriterierna för en social fobi diagnos, så ger detta att 56% inte längre uppfyllde kriterierna för social fobi diagnos. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna ($\chi^2(2) = 0.47$; $p > .10$).

Intervjuarens CGI-skattning visade inte på några signifikanta skillnader mellan grupperna gällande klinisk förbättring sedan påbörjad behandling ($\chi^2(3) = 1.25$; $p > .10$). Procentandelen som förbättrats stort sedan behandlingens påbörjande, det vill säga som bedömare skattat med en trea, var 66.7% för SOFIE 2, respektive 70% för SOFIE 2.5 (se figur 3).



Figur 3. CGI för respektive grupp. Procentandel av totala antalet/grupp.

Fem (8.7%) individer svarade att de erhållit annan hjälp efter avslutad SOFIE-behandling. Av dessa var det tre som gått i samtalsbehandling och två som ändrat eller fått medicinering för sina symtom.

Diskussion

Direkt efter avslutad nioveckorsbehandling inom SOFIE 2.5 (Steczkó, 2004) uppfyllde, 31 % av deltagarna inte längre diagnosen social fobi. För Gunnarsdóttir och Hedensjö (2004) studie var andelen som inte uppfyllde diagnos efter behandlingens nio veckor 38 %. Andelen som i föreliggande mätning inte längre uppfyller diagnoskriterierna är 56%, alltså fler än hälften som genomgått denna nio veckor långa behandling hade vid eftermätningstillfället inte kvar diagnosen social fobi. Den kliniska skattningen av förbättring hos deltagarna sedan de påbörjade behandlingen (CGI) visade att procentandelen som förbättrats stort sedan behandlingens påbörjande, det vill säga som bedömaren skattat med en trea, var 66.7% för SOFIE 2, respektive 70% för SOFIE 2.5.

Att dessa nio veckor som SOFIE behandlingen pågick har effekt kan tyckas vara en kort tidssekvens. Detta ligger dock i linje med exempelvis Barlow och medarbetares (2005) forskning vilken stödjer att kortare datastödda självhjälpsinterventioner har effekt. Såsom tidigare forskning indikerat (exempelvis Heimberg et al., 1993; Barret et al. 2001;), så håller effekten för behandling baserad på interventioner utifrån kognitiv beteendeterapi i sig över tid. Det verkar som om internetadministrerad KBT kan innebära en förändring för personer med social fobi. Så förändrad att en stor del av deltagarna i föreliggande studie (56%), inte längre uppfyller kriterierna för social fobi diagnos enligt DSM-IV. I testbatteriet framgick att det bara var fem individer som erhållit annan behandling efter avslutad projektdeltagande. Detta gör att jag anser att det var behandlingen som varit verksam i förhållande till nuvarande diagnostillhörighet. Detta stödjer tanken om denna behandling som ett långsiktigt lärande, som inte ändrar i och med behandlingsavslut.

Det är också intressant, även om det inte finns några statistiska skillnader mellan grupperna, att det finns en tendens till fördel för SOFIE 2.5. Det vill säga att det kan vara så att de som erhåller behandling via internet enbart, blir minst lika bra, och kanske till och med bättre än de som faktiskt fick tala med behandlaren "live". Kan det vara så att det inte behövs telefonsamtal? Den Internetbaserade KBT behandlingen är som tidigare nämnts en individuell behandling. Kanske kan det vara så att när telefontillägget tagits bort så blir den än mer individuell så till vida att deltagaren verkligen får bevisa för sig själv att den kan klara sig på egen hand. Man kan fundera kring huruvida det är så att om individen har genomgått behandlingen mer på egen hand kan detta ha lett till att denna känner en större tilltro till sin egen förmåga. Individens bedömning av sin egen självförmåga (self-efficacy) utgör, menar Bandura (2001), själva fundamentet för mänsklig verksamhet. Källorna till självförmågan stammar från erfarenheter av att hantera liknande situationer, ställföreträdande erfarenheter, social övertygelse (vilket ger individen en övertygelse om att den har det som krävs samt att det arrangerar händelser så optimalt som möjligt), samt fysiskt och emotionellt tillstånd. Det finns också kognitiva komponenter gällande vilken information individen sorterar ut och dess förmåga att processa informationen. Här kan man tänka sig att behandlingen givit, dels ny information från liknande situationer genom exponeringsinslaget i behandlingen, dels en social övertygelse som är starkare om man fått lösa behandlingen utan telefonstöd. Att lösa situationen själv torde alltså kunna ha skapat en starkare tilltro. Risken att klienten knyter sin framgång till terapeuten är också minimal, utan individen kan mer självklart attribuera sin framgång till sig själv och sin egen förmåga, snarare än terapeuten.

Att dra slutsatser om huruvida telefonkontakt kan uteslutas eller inte utifrån denna studie är inte möjligt, men om det är så att tendensen är den samma vid långtidsuppföljningar av

liknande slag, så skulle detta innebära en minskad kostnad för behandling administrerad över Internet, vilket i sin tur kan ge att fler kan få tillgång till den.

Den kostnad som Internetadministrerad självhjälpsbehandling, om det är så att telefonsamtalet är egalt, skulle få bli i så fall; utformandet av sidan, arbetstid till den som besvarar e-posten, initial bedömning av lämplighet för att ta del av behandling på detta sätt, samt utdelning av lösenord. Detta skulle kunna ske samma dag, eller åtminstone i nära anslutning, som patienten söker mottagningen för sina problem. Då får personen tillgång till självhjälpsbehandlingen direkt och kan under en period (inom SOFIE-projektet nio veckor) genomföra den, och om inte den fungerar så går man vidare i vårdstegen och erhåller traditionell behandling. Den högre kostnaden som samhället har för denna grupps större grad av arbetslöshet, bidragsberoende, användande av receptbelagd medicin et cetera, gör att samhället skulle kunna spara in kostnader på att denna grupp får hjälp snabbt. Det skulle också kunna minska kostnaderna om det gör att det finns individer som behandlar sig själv och inte behöver bokas upp av terapeut. Då kan de som inte drar fördel av självhjälpsbehandling också snabbare erhålla hjälp, då köerna eventuellt kortas. Det kan också vara så att om det finns möjlighet till självhjälpsbehandling via internet så skulle kanske denna grupp av patienter, vilka annars är generellt obenägna att söka hjälp, skulle kunna tänka sig att ta steget till behandling. Detta skulle kunna vara steget för denna patientgrupps möjligheter till ökad livskvalitet.

I Sverige lämnar Läkemedelsverket ut behandlingsrekommendationer för olika diagnoser. I *Information från Läkemedelsverket* (2006), rekommenderas som behandling för social fobi med ”påtagligt lidande och försämrad funktionsförmåga” (s. 15), farmakologisk behandling i form av SSRI (selektiv serotoninåterupptagshämning) eller SNRI (Serotonin- och noradrenalin återupptagningshämmare), och icke-farmakologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi, antingen enskilt eller i grupp. Här kan vara av intresse att notera att i en nyligen publicerad artikel av Foa (2006), så visar hon på forskningsresultat vilka indikerar att individuell terapi är mer verksamt än gruppadministrerad för patienter med social fobi.

Läkemedelsverkets rekommendationer grundar sig på Statens beredning för medicinsk utvärderings (SBU, von Knorring et al.) rapport från 2005, *Behandling av Ångestsyndrom*, volym 1 och 2, där de dragit slutsatserna att det bara är dessa behandlingsmetoder som har rekommendationsgrad A och evidensstyrka 1 (baserat på; NHS Research and development, 1999). Läkemedelsverket (2006) skriver också att kombinationsbehandling inte har visat sig ge ytterligare fördelar jämfört med behandlingarna var för sig. Kanske kan rekommendationen i framtiden innehålla även självhjälpsbehandlingar administrerade via internet.

Metod- och resultatdiskussion

Att söka upp människor mer än två år efter avslutad behandling innebär onekligen en del problem. Deltagarna hade i många fall flyttat, bytt telefonnummer och e-post adresser. Totalt hade 22 av 57 deltagare (38.6%) ändrat någon av dessa uppgifter. Då det inom ramen för SOFIE projektet inte samlats in personnummer tog letandet efter deltagarna längre tid och skapade fler hinder än nödvändigt.

Andra problem med en långtidsuppföljning kan vara att de individer som genomgått behandlingen känner att de lagt den bakom sig. Detta framkom som en av anledningarna till att man inte ville bli kontaktad inför denna mätning ($n = 2$, som inte ville delta alls, $n = 6$, som

inte ville delta i telefonintervjun). Ytterligare ett problem att adressera är att det kan vara de som känner att behandlingen hjälpt dem som väljer att svara. De som fortfarande lider av sin sociala fobi kommer troligen att tycka att telefonintervjun är en ytterst obehaglig situation. För att försöka få med även denna grupp som väljer att inte delta så har all statistik beräknad för 30 månadersuppföljningen baserat sig på "intention-to-treat", det vill säga att man flyttar med de resultat som finns för populationen i den senast gjorda mätningen.

Medelvärden av inomgruppseffektstorleken (Cohens d) för samtliga utfallsmått är stora (SOFIE 2, $d = 0.93$; SOFIE 2.5, $d = 1.52$) vid jämförelsen mellan förmätning och 30-månadersmätning. Resultaten visar att individerna fortfarande är förbättrade efter 30 månader. Detta ligger i linje med tidigare presenterade långtidsuppföljningar (t ex Heimberg, 1993; Barret et al., 2001) vilka gjorts på KBT interventioner administrerade inom ramen för "vanlig" behandling, med fysiska möten.

Efter avslutad behandling inom SOFIE 2 och 2.5 skattade deltagarna en signifikant lägre grad av ångest på samtliga sociala fobi skalor (Carlbring et al., in press; Carlbring et al., 2006). Mätningen vid 30-månadersuppföljningen visar att denna håller i sig jämfört med förmätningen. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna som helhet mellan för och 30-månadersmätningen, men med en medeleffektstorlek mellan grupperna på $d = 0.26$ (alla $p > .34$, alla $t < .97$) så finns det ändå en skillnad som är större än liten ($d = 0.20$). Det skulle alltså kunna vara så att grupptillhörigheten hade viss betydelse för förbättringen, och detta föreslås att undersöka vidare i fortsatta studier.

Reliabilitet syftar på i vilken utsträckning ett mätinstrument producerar samma resultat vid flera olika tillfällen (Clark-Carter, 2004). De frågeformulär som använts i föreliggande studie uppfyller dessa krav (Orsillo, 2001). För den kliniska intervjun har bedömare förbereda sig läst handboken (First et al., 1997) och fått handledning i intervjuformen av expertis på området, vilken bland annat har erfarenhet från att ha genomfört fempoängskurser i diagnostik medelst SCID vid ett flertal tillfällen, och som undervisar vid både Uppsala och Linköpings universitet. Bedömare har också genomfört intervjun, som övning, på en ickeklinisk population. Det var också en och samma person som genomförde samtliga uppföljningsintervjuer. Detta kan vara bra, då bara en persons bedömningar används för diagnos och klinisk skattning. Detta skulle kunna innebära ett problem om intervjuaren gör "fel" vid samtliga intervjuer, detta har motverkats genom den extensiva handledning och övning bedömare erhållit innan genomförandet. Att uppföljningsstudien använde sig av telefon för att diagnosticera och skatta klinisk förbättring beror på att SOFIE projektet använde sig av detta förfarande vid inklusionen till studien. Således gjordes denna på samma sätt för att intervjuformen inte skulle påverka utfallet.

Validitet är i vilken utsträckning det som mäts är kongruent med det forskaren avsett att mäta (Clark-Carter, 2004). Ett sätt att upprätthålla "face-validity" är att intervjuaren före genomförandet av intervjun inte kommenterade tidigare forskning eller vilka hypoteser som låg till grund för föreliggande studie. Den interna validiteten handlar om huruvida variansen i beroendevariablerna kan förklaras av skillnader mellan lägen i oberoende variabler. Översatt till SOFIE studierna innebär detta i vilken utsträckning förbättringen faktiskt beror på behandlingen och inte på något annat. En åtgärd som vidtagits för att öka denna är den initiala randomiseringen av deltagare till de olika behandlingsgrupperna. Även inklusionskriteriet att de inte samtidigt fick genomgå annan behandling stävjar detta. I eftermätningarna har kontrollerats för om deltagarna efter avslutad behandling fram till 30-månadersmätningen erhållit annan behandling. Den externa validiteten, det vill säga i vilken utsträckning

resultaten från föreliggande studie är generaliserbart till andra populationer och andra omständigheter kan i utformandet av de undersökta SOFIE delarna sägas vara inbyggt hög. Detta då behandlingen exempelvis har skett i hemmiljö samt den tid på dygnet som deltagaren föredrog. Huruvida den undersökta populationen skiljer sig från den kliniska generellt har åtgärder vid inklusionsförfarandet vidtagits för att detta inte skall föreligga (t ex att spannet på MADRS är väl tilltaget, ingen geografisk gräns, tillåtande inklusionskriterier för komorbiditet, ålder etc). Det som jag kan finna på vilket talar emot detta är att deltagarna själva sökt för att få vara med i studien, vilket kanske indikerar att de var mer motiverade till behandling. Dock gäller detta argument i princip vid alla behandlingsstudier, eftersom man inte kan tvinga människor till deltagande.

Förslag till fortsatt forskning

Fler studier på långtidseffekter av självhjälsprogram efterfrågas. Liksom replikering av självhjälsbehandling över nätet, i formen som SOFIE 2.5 antog. Detta för att undersöka om det faktiskt är så att det inte är någon fördel att ha terapeutkontakt mer än via e-post.

Mer forskning behövs också kring vilka individer som kan vara hjälpta av den här typen av behandling, för vem den lämpar sig, och för vem är den inte gör det. Forskning skulle kunna göras på om det finns några prediktorer för hur väl man kan tillgodogöra sig den här typen av självhjälsbehandling. Det är också viktigt att undersöka om det finns individer för vilka den här typen av behandling kan vara skadlig.

Slutsatser

Undersökningen ger stöd för hypotesen att resultaten efter avslutad behandling håller i sig över tid, samt att effekterna av behandlingen i vissa fall till och med blivit större. Alla utfallsmått påvisar signifikanta förbättringar mellan den mätning som genomfördes vid behandlingsstart och mätningen 30-månader efter behandlingens avslutande. Det finns en tendens att det kan vara bättre att erhålla behandlingen utan inslaget av telefonkontakt med sin terapeut.

Referenser

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical Manual for mental disorders* (3rd ed). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical Manual for mental disorders* (3rd ed- revised). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical Manual for mental disorders* (4th ed- revised). Washington DC: American Psychiatric Association.

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M., & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 677-686.

Andersson, G., Bergström, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current opinion in Psychiatry, 18*, 73-77.

Baker, S. L., Heinrich, N., Kim, H.- J., & Hoffman, S. G. (2000). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 701-715.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology, 52*, 1-26.

Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 135-141.

Barlow, J. H., Ellard, D. R., Hainsworth, J. M., Jones, F. R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 111*, 272-285.

Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N, & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.

Brunello, N., den Boer, J. A., Judd, L. L., Kasper, S., Kelsey, J. E., Lader, M., Lecrubier, Y., Lepine, J. P., Lydiard, R. B., Mendlewicz, J., Montgomery, S. A., Racagni, G., Stein, M. B., & Wittchen, H. - U. (2000). Social Phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders, 60*, 61-74.

den Boer, P. C. A. M., Wiersma, D., & Van den Bosch, R. J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta analysis. *Psychological Medicine, 34*, 959-971.

Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-post for social phobia. *Clinical Psychologist, 10*, 30-38.

Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L-G., & Andersson, G. (in press). Internet vs. Paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*.

Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (in press). Treatment of social phobia from a distance: A randomized trial of Internet delivered cognitive behaviour therapy and telephone support. *British Journal of Psychiatry*.

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. diagnoses, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York, NY: Guilford Press.

Clark-Carter, D.(2004). *Quantitative psychological research. A student's handbook*. New York, NY: Taylor & Francis Group.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen H. U. (2005). Size and burden of social phobia i Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC:American Psychiatric Press.

Foa, E. B. (2006). Social anxiety disorder treatments: psychosocial therapies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 27-30.

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

Furmark, T., Tillfors, M., Evertz, P. O., Marteinsdóttir, I., Gefvert, O., & Fredriksson, M. (1999). Social Phobia in the general population: Prevalence and socioadomographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.

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

Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). *Social fobi - Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber.

Garcia-Lopez, L-J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A-M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, 20, 175-191.

Gunnarsdóttir, M., & Hedensjö, L. (2004). *SOFIE II. An internet-based self-help programme with telephone support for the treatment of social phobia*. Psykologexamensuppsats; Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet: Uppsala.

Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.

Hidalgo, R. B., Barnett, S. D., & Davidsson, R. T. (2001). Social anxiety disorder in review: two decades of progress. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4, 279-298.

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.

Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2004). Social Phobia (Social Anxiety Disorder). I D.H. Barlow (Ed) *Anxiety and Its Disorders*. (2nd ed., pp 454-476). New York, NY: Guilford Press.

Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring Effects for Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.

Information från Läkemedelsverket (2006). *Farmakoterpi vid ångest – behandlingsrekommendation*. 4, 12-22. Nedladdad den 17 november 2006, från http://www.lakemedelsverket.se/upload/Om%20LV/publikationer/Info%20fr%20LV/Info_2006_4%20webben.pdf

Keller, M. B., (2006). Social Anxiety Disorder Clinical Course and Outcome: Review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) Findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 14-19.

von Knorring, L., Bejerot, S., Björkelund, C., Fahlén, T., Fredriksson, M., Rydelius, P-A., Wahlbeck, K., Ågren, H., Håkanson, I., Alton Lundberg, V., Pettersson, A., Thelander, S., & Törnqvist, H. (2005) *SBU rapport. Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturoversikt (vol 1 & 2)*. Nedladdade den 17 november 2006, från http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/angest_Vol_1.pdf och http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/angest_vol_2.pdf

Kåver, A. (1999). *Social fobi. Att känna sig granskad och bortgjord*. Stockholm: Cura bokförlag.

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

Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S-H., Bruch, M. A., Marshall, R. D., & Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.

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

Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

Moore, P. S., Whaley, S. E & Sigman, M. (2004). interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476.

Mazumdar, S., Houck, P. R., Liu, K. S., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Dew, M. A., et al. (2002). Intent-to-treat analysis for clinical trials: use of data collected after termination of treatment protocol. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 153-164.

Mörtberg, E (2006). *Treatment of social phobia. Development of a method and comparisons of treatments*. Doktorsavhandling. Karolinska institutet: Stockholm.

NHS Research and development, 1999; http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp#levels. Nedladdad den 17 november 2006.

Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical Significance: History, application and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.

Orsillo, S. M. (2001). Measures for social phobia. In M. M. Antony, S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 165-187). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Press.

Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). Research report. The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 68, 221-223.

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

Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W., & Borowitz, S. M. (2003). Internet interventions: in review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practise*. 5, 527-534.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1997). Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1593-1598.

Steczkó, J. (2004). *SOFIE-projektet: Effekten av ett Internet-baserat självhjälpsprogram med e-post stöd vid behandling av social fobi*. Psykologexamensuppsats; Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet: Uppsala.

Sutherland, S. M., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Davidson, J. R. T. (1996). A 2-year follow-up of social phobia: status after a brief medication trial. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184, 731-738.

Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety stats based on the comprehensive psychopathological rating scale. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychology*, 27, 1-9.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). Social Anxiety Disorder In: D. H., Barlow (Ed) *Clinical handbook of psychological disorder* (3 ed, pp.114-153). New York, NY: The Guilford Press.

Turner, S. M, Beidel, D. C., & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 350-358.

Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness – course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety, 17*, 173-179.