



UPPSALA
UNIVERSITET

Uppsala Universitet
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 30 hp
Höstterminen 2008

Betydelsen av subgruppstillhörighet för behandlingsutfall vid Internetbaserad behandling av social fobi (SOFIE 3-6)

Kerstin Larm och Lina Sagerlöv Gunnarsson

Handledare: Tomas Furmark
Biträdande handledare: Per Carlbring och
Gerhard Andersson
Examinator: Mats Fredrikson
Opponent: Per Svensson

Ett stort tack till...

Tomas Furmark, för att du stöttat och hjälpt oss i uppsatsarbetet och alltid har funnits till hands med din kunskap och din tid.

Per Carlbring, för ditt engagemang och din stora insats med det praktiska och tekniska arbetet.

Gerhard Andersson, för kunskapen du har bidragit med.

Christina Bertholds, Sara Hammer, Lisa Lundborg och Ika Wahlgren, för ett gott samarbete och stöd under uppsatsprocessen.

Alla deltagare, för ett fint samarbete.

SAMMANFATTNING

Personer med social fobi är en heterogen grupp med olika symtomprofil. Individer med olika svårighetsgrad kan delas in i subgrupper, vilka kan ha olika karaktäristika som kan påverka förlopp och behandlingsrespons. Syftet med föreliggande uppsatsstudie var att undersöka huruvida subgrupper av social fobi svarar olika på ett Internetbaserat självhjälsprogram byggt på kognitiv-beteendeterapi (SOFIE-projektet). I studien ingick totalt 189 personer i två betingelser: generaliserad social fobi (n=119) och icke-generaliserad social fobi (n=70). Indelningen i subgrupper gjordes utifrån självskattningsformuläret Social Phobia Screening Questionnaire. Behandlingsrespons mättes efter den nio veckor långa behandlingsperioden, samt varje vecka under perioden, med hjälp av etablerade frågeformulär. Resultaten visade att båda subgrupperna förbättrades signifikant av självhjälsbehandlingen. Dock fick deltagare med generaliserad social fobi en signifikant större förbättring, och högre inomgruppseffektstorlekar (Cohen's $d=1.22$), på alla socialfobiskalor än deltagare med icke-generaliserad social fobi (Cohen's $d=0.98$). Effektstorlekarna på huvudutfallsmåtten var emellertid stora för båda subgrupperna. Deltagare med icke-generaliserad social fobi uppvisade å sin sida genomgående en signifikant högre andel kliniskt signifikanta förbättrade individer jämfört med generaliserad social fobi på tre av fyra socialfobimått. Subgrupperna uppvisade ingen signifikant skillnad i andel uppnådda *sudden gains*. Resultaten tyder på att subgruppsfördelning i patienturvalet är viktig att ta hänsyn till då behandlingseffekten utvärderas.

Nyckelord: Social fobi, Internetbaserad KBT-behandling, subgrupper, generaliserad, icke-generaliserad, veckovis behandlingsrespons, kliniskt signifikant förbättring, *sudden gains*.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
Social fobi och dess subgrupper.....	1
SOFIE-projektet.....	1
Definition av social fobi	2
Diagnostisering och subgrupper	2
En kvalitativ eller en kvantitativ distinktion av subgrupper	4
Fobisk personlighetsstörning.....	4
Indelningen av subgrupper i föreliggande studie.....	5
Subgrupper av social fobi: epidemiologi och etiologi	5
Epidemiologi	5
Komorbiditet.....	6
Etiologi	6
Genetiska faktorer	6
Uppväxtmiljö.....	6
Beteendeteoretiska förklaringsmodeller	6
Neurobiologiska faktorer.....	7
En kognitiv förklaringsmodell.....	7
Subgrupper och behandling	7
Farmakologisk behandling.....	7
Psykologisk behandling	8
Exponering	8
Kognitiv omstrukturering	8
Internetbaserad behandling vid social fobi.....	8
Metaanalyser.....	8
Faktorer som påverkar behandlingsutfall vid KBT	9
Subgrupper och behandlingsutfall	10
Behandlingsrespons över tid.....	11
Sudden gains	11
Syfte	12
Frågeställningar.....	12
METOD.....	12
Deltagare	12
Rekrytering	12
Urval	13
Diagnostisering av subgrupper av social fobi.....	15
Deskriptiva data	16
Bortfall.....	17
Material	18
Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID-I).....	18
Huvudutfallsmått	19
Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)	19
Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	19
Liebowitz Social Anxiety Scale - self report (LSAS-SR).....	20
Sekundära mått	20
Beck Anxiety Inventory (BAI).....	20
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self Report (MADRS-S)	20
Quality of Life Inventory (QOLI)	21
Självhjälpsmaterial	21
Modulinnehåll	21
Modul 1 - Introduktion och psykoedukation.....	21
Modul 2 - Clark och Wells kognitiva modell för social fobi	21
Modul 3 - Kognitiv omstrukturering I	21
Modul 4 - Kognitiv omstrukturering II	21
Modul 5 - Exponering I.....	22

Modul 6 - Skifta fokus	22
Modul 7 - Exponering II	22
Modul 8 - Sociala färdigheter	22
Modul 9 - Återfallsprevention	22
Diskussionsforum	22
Anonymt kontakthanteringssystem	22
E-post	22
SMS-påminnelser	22
Procedur	23
Etikansökan	23
Hemsida	23
Anmälan och diagnostisering	23
SCID-intervju	24
Salivprov	24
Randomisering	24
Behandling	25
Terapeuter	25
Självhjälpsprogram	25
Diskussionsforum	26
Veckomätning	26
Eftermätning	26
Design	26
Statistiska analyser	27
RESULTAT	27
Skillnader före behandlingsstart	27
Behandlingsutfall SOFIE-6	28
Frågeställning 1: Behandlingsutfall för subgrupperna	28
Huvudutfallsmått	29
Sekundära utfallsmått	31
Övriga analyser av behandlingseffekt	32
Klinisk signifikant förbättring	32
Frågeställning 2: Veckovis behandlingsrespons	32
Frågeställning 3: Sudden gains	34
DISKUSSION	34
Resultatsammanfattning	34
Resultatdiskussion	35
Frågeställning 1: Behandlingsutfall för subgrupperna	35
Frågeställning 2: Veckovis behandlingsrespons	37
Frågeställning 3: Sudden gains	37
Kliniskt signifikant förbättring	38
Metoddiskussion	39
Intern validitet	39
Extern validitet	39
Begränsningar med studien	40
Framtida forskning	42
Slutsatser	42
REFERENSER	44
BILAGA	55

INLEDNING

Social fobi och dess subgrupper

Vi människor upplever oftast en viss obehagskänsla i sociala situationer när vi presterar inför andra och känner oss granskade och bedömda. Social ångest ses av vissa forskare som ett dimensionellt fenomen (Blanco, Garcia & Liebowitz, 2004) och den stora majoriteten av människor upplever en viss grad av social ångest i en eller flera sociala situationer någon gång under sin livstid (ibid.). Vid social fobi är rädslan för att bli granskad och bortgjord så stark att den leder till undvikandebeteenden och ett stort lidande, både socialt och yrkesmässigt (Turk, Heimberg & Hope, 2001). En svårare form av social fobi kan i värsta fall leda till lägre utbildning, sämre möjligheter på arbetsmarknaden och sämre ekonomi på lång sikt, interpersonella svårigheter, ett minskat socialt nätverk eller till och med social isolering. Bland personer med social fobi har man bland annat funnit skillnader i fråga om antal och typ av sociala rädslor, frekvensen av undvikandebeteenden, graden av funktionsnedsättning på grund av rädslorna, komorbiditet, debutålder, och fysiologisk reaktivitet (Boone, et al., 1999; Brown, Heimberg & Juster, 1995; Eng, Heimberg, Coles, Schneier & Liebowitz, 2000; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Kessler, Stein & Berglund, 1998; Turner, Beidel & Townsley, 1992). Personer med social fobi representerar således en heterogen grupp av patienter. Under de senaste årtiondena har forskningen kring att identifiera subgrupper av social fobi ökat (Vriends, Becker, Meyer, Michael & Margraf, 2007). Den observerade heterogeniteten har väckt frågan om social fobi kan delas in i flera mer eller mindre distinkta subgrupper som karaktäriseras av olika särdrag (till exempel symptom och etiologiska faktorer) som kan ha implikationer för psykologisk eller medicinsk behandling eller om dessa skillnader istället bör ses som ett kontinuum av svårighetsgrad av social fobi för vilket inga skarpa gränser kan dras (ibid.). Ett flertal studier föreslår framtida forskning som fortsätter att undersöka subgruppers möjliga differentiella responser på farmakologisk och psykologisk behandling (till exempel Stein, Torgrud & Walker, 2000; Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius & Fredrikson, 2000). Ett par behandlingsstudier som har undersökt KBT-behandling och subgrupper av social fobi har visat att patienter med generaliserad och icke-generaliserad social fobi förbättras lika mycket, men på grund av att patienter med generaliserad social fobi börjar behandlingen mer försämrade är de också mer nedsatta efter behandlingen än patienter med icke-generaliserad social fobi (Brown et al., 1995; Hope, Herbert & White, 1995). I en behandlingsstudie (Clark et al., 2003) uppmättes väldigt höga effektstorlekar i ett sampel bestående enbart av personer med generaliserad social fobi vilket motiverar att vidare undersöka behandlingsrespons för subgrupper. Studier, som undersöker skillnader i behandlingsutfall mellan subgrupper av social fobi, kan utmytna i en diskussion om huruvida man bör behandla personer med social fobi som en mer heterogen grupp än vad man gör idag och kan ge uppslag till hur mer individanpassade behandlingsmetoder skulle kunna utvecklas. Resultat kring subgruppernas behandlingsrespons över tid och som skulle visa att en av subgrupperna snabbt svarar på behandling kan användas som ett sätt att motivera denna patientgrupp att påbörja behandling. För den subgrupp patienter där behandlingsresponsen är fördröjd skulle resultaten kunna fungera som en motivationsfaktor för att inte avbryta en pågående behandling när förbättringen dröjer.

SOFIE-projektet

I samarbete mellan Uppsala och Linköpings Universitet har flera studier av självhjälps-behandling via Internet för personer med social fobi skett inom ramen för SOFIE-projektet (SOcial Fobibehandling via Internet i kombination med Exponering) sedan 2003. Denna Internetbaserade behandling har med varierande grad och typ av terapeutkontakt visat på goda

behandlingseffekter (Andersson et al., 2006; Carlbring, Furmark, Steczkó, Ekselius & Andersson, 2006; Carlbring, Gunnarsdóttir, Hedensjö, Andersson, Ekselius & Furmark, 2007; Eriksson & Spak, 2004; Hedman & Sonnenstein, 2005; Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Bohman, 2005; Frykman, 2005; Eriksson & Hållén, 2005; Steczkó, 2004).

Föreliggande studie är en del av SOFIE-projektet, SOFIE-6, som genomfördes under hösten 2008. Det övergripande syftet med SOFIE-6 var att undersöka hur behandlingsrespons vid KBT relaterar till olika genvarianter. Det specifika syftet med denna uppsatsstudie var emellertid att undersöka huruvida subgrupper av social fobi svarar olika på ett Internetbaserat självhjälpssystem byggt på KBT-interventioner.

Definition av social fobi

När ligger då graden av social ångest inom det normala spektrumet och när bör den anses som del av en klinisk signifikant störning? Social fobi, eller social ångeststörning som det också benämns, definieras i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; APA, 1994) som en uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer som innebär exponering för okända människor eller risk för kritisk granskning av andra. Social fobi diagnostiseras när rädslan för sociala situationer blir så stark och överdriven att den begränsar vardagslivet och individen försöker undvika de fruktade situationerna alternativt uthärdar dem under intensiv ångest (Kåver, 1999).

Diagnostisering och subgrupper

Social fobi har varit erkänd som en egen diagnos sedan 1980 (DSM-III; APA). I den reviderade tredje upplagan av DSM (DSM-III-R; APA, 1987) introducerades en subgrupp av social fobi - ”*generaliserad social fobi*” - som även behölls i den fjärde upplagan (DSM-IV; APA, 1994). I MINI-D IV (s. 159; APA, 2002) definieras generaliserad social fobi (fortsättningsvis kallad för GSP) som en rädsla för ”de flesta sociala situationer (t ex att inleda eller upprätthålla en konversation, delta i smågrupper, ha en träff med någon, tala med auktoritetspersoner, gå på fest)”. I forskningslitteraturen och i kliniska sammanhang brukar man vanligen skilja mellan GSP och specifik social fobi (fortsättningsvis kallad för SSP) (Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring & Andersson, 2006; Kessler et al, 1998; Kåver, 1999; Turner et al., 1992). Individer, som fruktar fyra eller fler sociala situationer, brukar i kliniska sammanhang ofta klassificeras som den generaliserade subgruppen (Blanco et al., 2004). Rädslan vid GSP är inte bara begränsad till prestationssituationer, det vill säga situationer där individen gör något som kan observeras och bedömas av andra människor (Öst, 2006) utan inkluderar även interaktionssituationer där personen umgås eller interagerar med andra (Furmark et al., 2006; Hook & Valentiner, 2002; Kåver, 1999).

SSP ses som en lindrigare, mer begränsad form av social fobi och definieras ofta som en rädsla för enbart en eller ett fåtal specifika och avgränsade sociala situationer (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Kåver, 1999). Ofta upplevs svårigheter i prestationssituationer där personen ska utföra något inför andra människor. Den vanligaste sociala rädslan är att tala inför en grupp (Furmark et al., 2006; Kåver, 1999; Öst, 2006). Ganska ofta förekommer det också att man har svårigheter att äta eller dricka något i andras närvaro eller i situationer som involverar granskning, som att skriva sin namnteckning eller arbeta medan man observeras (Furmark et al., 2006; Kåver, 1999). SSP brukar i forskningen även benämnas som ”avgränsad”, ”prestationsinriktad”, ”begränsad”, ”diskret” eller ”icke-generaliserad” social fobi (Furmark et al, 2006; Furmark et al., 2000; Heckelman & Schneier, 1995; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Holt, Heimberg & Hope, 1992;

Kåver, 1999; Muller, Koen & Stein, 2004; Turner et al., 1992). SSP är för närvarande inte erkänd som en subgrupp i DSM-IV (APA, 1994), men i både forskning och i den kliniska litteraturen hänvisar man ofta till denna beteckning (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Kåver, 1999).

I den epidemiologiska forskningen presenteras olika synvinklar på frågan om huruvida alla individer med diagnosen social fobi lider av samma syndrom eller om de utgör en heterogen grupp som kan delas in ytterligare. Om social fobi verkligen är en sant heterogen störning så skulle en förfinad klassifikation potentiellt kunna leda till förbättrad behandling (Blanco et al., 2004). Förutom SSP och GSP har flera andra subgrupper föreslagits, och distinktionen mellan dessa subgrupper är något oklar och ser olika ut i olika studier. Vissa forskare gör indelningen i GSP och icke-generaliserad social fobi (fortsättningsvis kallad för NGSP) (Eng et al., 2000; Hofmann & Roth, 1996; Muller et al., 2004; Sakurai et al., 2005; Stein & Chavira, 1998) där GSP definieras som en rädsla för de flesta sociala situationer och NGSP som en rädsla för specifika prestationssituationer och inkluderar även individer som fruktar färre än de flesta sociala situationer. Det har också framförts att den implicita tvådelade subgruppsstrukturen i DSM-III-R och DSM-IV (APA, 1987, 1994) mellan GSP och NGSP ytterligare kan nyanseras genom att delas upp i tre subgrupper (Eng et al., 2000; Hazen & Stein, 1995; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992). Benämningarna av subgrupperna i denna tredelade subgruppsindelning varierar, men kallas vanligen generaliserad, icke-generaliserad och specifik social fobi (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Herbert et al., 1992). Definitionen av GSP enligt DSM-IV (APA, 1994) behålls och rädslan antas påverka individens alla livsdomäner (Hope, Herbert & White, 1995), medan NGSP definieras som en rädsla för flera sociala situationer i olika områden men med åtminstone ett område av socialt fungerande som inte har påverkats av klinisk signifikant rädsla (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992; Hope, Herbert & White, 1995). SSP definieras utifrån modellen med tre subgrupper som en rädsla för ett begränsat antal (en eller två) distinkta situationer (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993). Även en "prestationssubgrupp" har föreslagits som en alternativ definition till SSP (ibid.). Denna tredelade subgruppsindelning har i en studie (Furmark et al., 2000) i princip visat sig motsvara en svår, måttlig och mild form av social fobi.

Utöver GSP, NGSP och SSP har åtminstone två andra subgrupper föreslagits i forskningen. Den ena av dessa, "Taijin Kyofusho", är en subgrupp av social fobi som kännetecknas av en rädsla att förolämpa och förnärma andra (Iwase et al., 2000; Kleinknecht, Dinnel, Kleinknecht, Hiruma, & Harada, 1997). Denna subgrupp, som är mindre representerad i litteraturen, tänks förekomma nästan enbart i österländska kulturer, särskilt i Japan (ibid.). I japanska kliniska samplar har ytterligare en domän av social rädsla identifierats som kallas "relationsrädsla", som också tycks vara en kulturbunden domän av social fobi (Sakurai et al., 2005).

Det finns alltså ännu inget allmänt vedertaget sätt att dela in social fobi på (Furmark, 2002). och definitionen i DSM-IV av subgruppen GSP har tolkats på olika sätt i forskningen (Vriends et al., 2007). Definitionen har lämnat forskare och kliniker att utveckla sina egna klassifikationskriterier, vilket sannolikt har bidragit till de meningsskiljaktigheter som finns i litteraturen om subgrupper (ibid.). Innebörden av NGSP har varierat i olika studier och det finns ingen explicit överenskommelse om exakt hur många rädslor som utgör tröskelvärdet för den generaliserade subgruppen. Subgruppsindelningen i DSM-III-R och DSM-IV (APA, 1987, 1994) har kritiserats för den oklara definitionen "de flesta sociala situationer", som man menar kunde operationaliseras utförligare (Furmark et al., 2000). I många forskningsartiklar

efterlyses fler studier som syftar till att klargöra de konceptuella kontroverser som gäller subgrupper av social fobi och man menar att definitioner baserade på empiri krävs för att förbättra diagnostiseringen (Eng et al., 2000; Furmark et al., 2000; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993).

En kvalitativ eller en kvantitativ distinktion av subgrupper

En del forskning menar att det finns kvalitativa/kategoriskt särskiljda subgrupper av social fobi (Hook & Valentiner, 2002) medan annan forskning framför en brist på klara och avgörande bevis för att det föreligger en kvalitativ skillnad mellan olika subgrupper (Tillfors, 2001) och föreslår tvärtom en kvantitativ/dimensionell syn på social fobi (Brown et al., 1995; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Hofmann, 2000; McNeil, Lejuez & Sorrell, 2001; Vriends et al., 2007).

De forskare (Boone et al., 1999; Hook & Valentiner, 2002; Stemberger, Turner, Beidel, & Calhoun, 1995; Turner et al., 1992) som gör en kvalitativ tolkning av ”de flesta sociala situationer” skiljer ofta GSP från andra subgrupper på basis av vilken typ av sociala situationer som fruktas. Även skillnader i etiologi, debutålder, förlopp, prognos och behandlingsrespons samt olika symptom- eller responsprofiler mellan de olika subgrupperna ses som stöd för den kvalitativa distinktionen (Hook & Valentiner, 2002). Inom det kvalitativa synsättet (Hook & Valentiner, 2002; Stemberger et al., 1995; Turner et al., 1992) menar man att även om GSP och SSP delar vissa fenotypiska likheter bör ytterligare forskning genomföras av potentiellt kvalitativa skillnader mellan subgrupper eftersom det kan ha viktiga implikationer för konceptualiseringen och förståelsen av social fobi. Dessutom menar man här att det också kan bidra till modifierade behandlingar för de olika subgrupperna (Boone et al., 1999; Hook & Valentiner, 2002). Inom det kvalitativa synsättet tillskrivs vanligen GSP personer som utmärks av en rädsla för sociala situationer som involverar interaktion med andra, men som även kan frukta prestationssituationer. Individer som endast fruktar specifika prestationssituationer, till exempel att tala inför andra, anses tillhöra gruppen SSP (Boone et al., 1999; Hook & Valentiner, 2002, Stemberger et al., 1995; Turner et al., 1992). Även om den kvalitativa distinktionen också kan resultera i en kvantitativ skillnad, gör den gällande att antalet fruktade situationer inte är grunden för subgruppsdifferentiering (Hook & Valentiner, 2002). Individer som hänförs till gruppen med SSP kan exempelvis frukta multipla prestationssituationer (Vriends et al., 2007).

De forskargrupper (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Hofmann & Roth, 1996) som tolkar ”de flesta sociala situationer” som en kvantitativ dimension framhåller att GSP är distinkt från andra subgrupper av social fobi på grund av ett högre antal fruktade sociala situationer. Inom det kvantitativa synsättet anser man att olika svårighetsgrader av social fobi bäst kan beskrivas på ett kontinuum (Furmark et al., 2000; Heckelman & Schneier, 1995; Hofmann & Roth, 1996; McNeil, 2001; Stein et al., 2000, Vriends et al., 2007) där individer som rapporterar social ångest i fler situationer generellt har större funktionsnedsättning, högre risk för komorbiditet och mer långvariga svårigheter (Stein & Chavira, 1998; Stein et al., 2000; Turner et al., 1992, Vriends et al., 2007).

Fobisk personlighetsstörning

En diskussion som liknar den som i forskningen förs kring distinktionen mellan GSP och NGSP handlar om huruvida social fobi och fobisk personlighetsstörning endast är olika namn på en och samma störning med olika svårighetsgrad eller om de representerar två skilda syndrom (ex. Boone et al., 1999; Herbert et al., 1992; Hofmann, Heinrichs & Moscovitch, 2004; Holt et al., 1992; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). Diagnosen fobisk

personlighetsstörning kännetecknas av ett genomgående mönster av social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för negativa omdömen (DSM-IV; APA, 1994). Inom en kontinuummodell ses GSP med fobisk personlighetsstörning som den svåraste formen, GSP utan fobisk personlighetsstörning representerar en mindre svår form, SSP representerar en ännu mildare svårighetsgrad och de personer som inte lider av social ångest representerar den motsatta änden av kontinuumet (Boone et al., 1999; Hook & Valentiner, 2002).

Indelningen av subgrupper i föreliggande studie

I föreliggande studie anlades ett kvantitativt synsätt där GSP och NGSP särskiljs. I praktiken svarar detta mot en svår respektive mindre svår form av social fobi. Dessa benämningar har gjorts även i andra studier (Brown et al., 1995; Stein & Chavira, 1998). Denna indelning i subgrupper har tidigare använts i en studie inom SOFIE-projektet vid Institutionen för psykologi vid Uppsala Universitet (Hedman & Sonnenstein, 2004).

Subgrupper av social fobi: epidemiologi och etiologi

Epidemiologi

Social fobi är den vanligaste ångeststörningen och en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna (Stein & Kean, 2000). Många forskare reserverar sig för att prevalenstal vid social fobi kan variera avsevärt och kan påverkas av flera metodologiska variabler, som exempelvis diagnostiska kriterier, tröskelvärden, mätmetod och vilken prevalensperiod som väljs av forskaren (Furmark, 2002). Livstidsprevalensen för social fobi uppskattas ligga inom intervallet 7-14% i västvärlden (Furmark, 2002; Kessler et al., 1994; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Ungefär 10-15% av Sveriges befolkning lider någon gång under sin livstid av social fobi (Furmark et al., 2006).

I forskningslitteraturen förekommer något olika uppgifter på hur vanligt det är med GSP respektive NGSP. En studie som sammanställt forskning inom området fann att omkring hälften av individerna med social fobi har den generaliserade formen oavsett vilken definition av subgrupper som används (Hofmann et al., 2004). En annan studie framhåller att en tredjedel av personerna med social fobi endast hade en rädsla för att tala offentligt medan två tredjedelar fruktade åtminstone ytterligare en social situation (Kessler et al., 1998). Blanco et al. (2004) fann att den icke-generaliserade subgruppen är ungefär tre gånger så vanlig som den generaliserade subgruppen. I en forskningsstudie uppskattades punktprevalensen för subgrupper av social fobi i den svenska normalpopulationen till 2.0% för GSP, 5.9% för NGSP och 7.7% för SSP (Furmark et al., 2000). Det finns även studier som visar på motsatt fördelning av subgrupper. En studie (Ruscio et al., 2008) som undersökt livstidsprevalens fann att 71% av de som någon gång i livet uppfyller kriterierna för social fobi har en generaliserad form av social fobi (där den operationella definitionen av GSP som använts var åtta eller fler sociala rädslor).

I den kliniska populationen verkar individer med GSP dominera. För de flesta som söker behandling är den sociala fobin generaliserad, 80-90% (Öst, 2006). Majoriteten av individer som deltar i forskningsstudier och i klinisk behandling har således utgjorts av GSP på grund av dess allvarigare svårighetsgrad (Berman & Schneier, 2004) och genom att individer med SSP möjligen söker behandling i lägre utsträckning (Kessler et al., 1998). En studie fann att bland dem som sökte hjälp via Internet var andelen personer med GSP högre än bland dem som sökte hjälp i den vanliga vården (Erwin, Turk, Heimberg, Fresco & Hantula, 2004). Mot denna bakgrund förväntades därför en överrepresentation av individer med GSP i föreliggande studies sampel.

Komorbiditet

De psykiska störningar som oftast är förknippade med social fobi är andra ångeststörningar, egentlig depression, antisocial personlighetsstörning och alkoholrelaterade problem (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Kessler et al., 1998; Kåver, 1999; Montgomery, 1999; Patel, Knapp, Henderson & Baldwin, 2002). Jämfört med NGSP har GSP högre förekomst av komorbiditet, särskilt depression och andra ångeststörningar (ibid.). Flera studier rapporterar också en hög komorbiditet mellan fobisk personlighetsstörning och framförallt den generaliserade subgruppen av social fobi (Brown et al., 1995; Hofmann, 2000; Holt et al., 1992).

Etiologi

Många olika riskfaktorer anses ligga bakom uppkomsten av social fobi, bland annat uppväxtmiljö (Bandelow, Torrente & Rüther, 2004), negativa livshändelser (ibid.), aversiva sociala upplevelser (Stemberger et al., 1995), en ärftlig genetisk komponent (bestående av bland annat temperament) (Bandelow et al., 2004) och neurobiologiska faktorer (Van Ameringen & Mancini, 2004). Forskningen har ännu inte urskiljt någon enskild faktor som ensam kan förklara uppkomsten av social fobi, utan snarare ses fobin som ett resultat av ett samspel mellan en rad olika faktorer både inom och utanför individen (Bandelow et al., 2004).

Genetiska faktorer

Social fobi kan till viss del vara ärftligt, vilket särskilt gäller den generaliserade varianten (Hettema, Neale & Kendler, 2001; Stein, Chartier, Hazen, Kozak, Tanzer, Lander, Furer, Chubaty & Walker, 1998; Stein, Chartier, Lizak, & Jang, 2001). Samma genuppsättning är dock relaterad till ett flertal ångestsyndrom och depression och det har visat sig vara svårt att särskilja en specifik ärftlighet för social fobi (Rapee & Spence, 2004). Stein och kollegor (2001) föreslår att det kan vara mer givande att studera en eller flera kvantitativa egenskaper som exempelvis beteendehinhibition, neuroticism, social interaktionsångest och extraversion, istället för att undersöka ärftligheten vid social fobi genom väldefinierade DSM-fenotyper som GSP.

Uppväxtmiljö

De faktorer i uppväxtmiljön som kan bidra till utvecklandet av social ångestproblematik anses bland annat vara traumatiska erfarenheter under barndomen, ogynnsamma föräldrappfostringsstilar, ångeststörningar inom den närmaste familjen och traumatiska betingningserfarenheter (Bandelow et al., 2004). Jämfört med NGSP har GSP förknippats med en familjehistoria av GSP (Kessler et al., 1998). I nuläget är bevisen för att social ångestproblematik överförs via modellinläring eller betingning begränsade (Bandelow et al., 2004).

Beteendeteoretiska förklaringsmodeller

Beteendeteoretiska förklaringsmodeller beskriver hur socialfobiskt beteende vidmakthålls genom detta beteendes konsekvenser och genom konsekvenserna av icke-socialfobiskt beteende. Enligt detta synsätt anses kontexten spela stor roll för vidmakthållandet av socialfobiskt beteende (McNeil, Lejuez & Sorrell, 2001). Furmark (2000) kritiserar Stembergers teori (1995) vilken framhåller att båda subgrupperna av social fobi relativt ofta är utlösta av en traumatisk händelse. En del studier har visat att den specifika formen av social fobi är mer förknippad med traumatisk betingning än den generaliserade subgruppen (ibid.).

Neurobiologiska faktorer

För närvarande är kunskapen begränsad kring de neurobiologiska faktorerna vid social fobi. Forskning har visat att olika neurotransmittorer kan vara i obalans vid social fobi. Det har föreslagits att social fobi är en multideterminerad störning som påverkas av både det serotonerga och dopaminerga systemet såväl som amygdala (Van Ameringen & Mancini, 2004). Neurobiologiska studier har föreslagit att olika hjärnstrukturer, som de basala ganglierna, amygdala och olika kortikala regioner skulle kunna inverka vid social ångestproblematik (ibid.). En hypotes är att olika subgrupper av social fobi kan påverkas på olika sätt av transmittersystem i dessa hjärnstrukturer (ibid.).

En kognitiv förklaringsmodell

Den första kognitiva modellen för social fobi utformades av Clark och Wells (Clark & Wells, 1995; Roth, 2004). Det är denna modell som SOFIE-behandlingens kognitiva interventioner baseras på. I modellen framhålls att tendensen att tolka sociala situationer på ett hotfullt sätt är konsekvensen av en lång serie av dysfunktionella antaganden som individer med social fobi har om sig själva och om hur de borde bete sig i sociala situationer (Clark & Wells, 1995). Enligt Clark & Wells utvecklar personer med GSP ofta tidigt negativa grundantaganden (scheman) om sig själva som leder till social ångest. Personer i den icke-generaliserade subgruppen har däremot oftare en senare debut av social fobi som utlöses av en social händelse där de misslyckas, eller upplever att de misslyckas, att leva upp till sina dysfunktionella antaganden (ibid.).

Subgrupper och behandling

Idag är de tre vanligaste behandlingarna för social fobi kognitiv beteendeterapi (KBT), beteendeterapi (BT) och farmakologisk behandling. Forskning visar att både KBT och farmakologisk behandling har effekt (Davidson et al., 2004; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004). KBT är tillsammans med SSRI-preparat den mest effektiva behandlingsformen vid social fobi (Davidson et al., 2004) men ingen av behandlingsformerna ger helt tillfredsställande resultat (Rodebaugh et al., 2004; SBU, 2005). Även om många studier har undersökt effekterna av dessa behandlingar på social fobi har relativt få studier fokuserat på de differentiella behandlingseffekterna för olika subgrupper av social fobi (Hook & Valentiner, 2002). Farmakologiska och psykologiska behandlingar kan ha olika effekt över tid och subgrupper av patienter med generaliserad och icke-generaliserad social fobi kan ha mer eller mindre unika responsmönster på behandling (Heimberg et al., 1998).

Farmakologisk behandling

Flera typer av läkemedel har visat sig vara effektiva för social fobi (Rodebaugh et al., 2004). Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), monoaminoxidashämmare (MAO-hämmare) och benzodiazepiner ger effektiv behandling (Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Yap, 1997). Aktuella rekommendationer stödjer användningen av SSRI-preparat på grund av att de kräver mindre restriktioner i dieten och anses ha färre biverkningar än andra preparat (Gould et al., 1997; Brunello et al., 2000).

När det gäller subgruppsdiagnos ingår det oftast en mer reglerad och längre medicinering i rekommendationerna för individer med GSP, medan individer med SSP kan rekommenderas att medicinera vid behov (Brunello et al., 2000). Laboratorieundersökningar talar för att trots att personer med GSP upplever fler ångestsymtom och större rädsla än patienter med NGSP/SSP, så manifesterar de mindre fysiologisk reaktivitet i form av hjärtfrekvens när de talar inför publik (Hofmann, Newman, Ehlers, & Roth, 1995). Det kan vara en förklaring till att betablockerare funnits vara mindre effektiva för individer med GSP (Gould et al., 1997),

men tillfälligt tycks kunna lindra somatiska ångestsymtom hos personer med SSP som fruktar prestationssituationer (Brunello et al., 2000). En översiktsartikel visar att symtomreduktionen är högre i de farmakologiska studier som begränsat urvalet till individer med GSP än i de studier som även inkluderat personer med NGSP (Ipser, Kariuki & Stein, 2008).

Psykologisk behandling

Den psykologiska behandling som har visat sig ha bäst effekt är KBT (Furmark et al., 2006). De mest studerade KBT-metoderna vid social fobi är kognitiv omstrukturering, exponering, avslappning och social färdighetsträning (Holaway & Heimberg, 2004).

Exponering

Exponering innebär att individen konfronteras med ångestframkallande situationer och stannar kvar i dessa tills ångestnivån reduceras. Effekten av exponering kan förklaras ur både ett behavioristiskt (Kåver, 2006; Rodebaugh et al., 2004) och ur ett kognitivt perspektiv (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997; Öst, 2006). Exponering används ofta i kombination med andra behandlingsinterventioner som avslappning och kognitiv omstrukturering (Holaway & Heimberg, 2004).

Kognitiv omstrukturering

En del av kärnproblematiken vid social fobi är den intensiva rädslan för att bli negativt bedömd av andra. Målet med kognitiv omstrukturering är att kunna utvärdera tankar och antaganden i och om sociala situationer på ett mer objektivet sätt. Individen får lära sig att identifiera sina negativa automatiska tankar och därefter applicera kognitiva tekniker för att ifrågasätta dessa, exempelvis genom att samla bevis mot dessa tankar eller genom att utföra beteendeeexperiment (Morgan & Raffle, 1999; Clark & Wells, 1995). Resultat tyder på att patienter med SSP kan vara mer mottagliga för kognitiva interventioner än patienter med GSP (Hook & Valentiner, 2002).

Internetbaserad behandling vid social fobi

Behandlingsstudier av KBT-behandling via Internet pekar på goda effekter, både för depression, paniksyndrom, och social fobi (Andersson, Cuijpers, Carlbring & Lindefors, 2007; Carlbring et al., 2006). I Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (2007) understryks behovet av ytterligare forskning inom fältet för att undersöka den vetenskapliga grunden. Fler studier med längre uppföljningstider och ett mer representativt urval efterlyses (ibid.).

Metaanalyser

Under de senaste 20 åren har en rad studier undersökt effekten av KBT vid social ångestproblematik. Många av dessa studier har undersökt den övergripande nyttan av KBT medan andra har tittat på de enskilda komponenternas bidrag till behandlingsutfall, exempelvis exponering och kognitiv omstrukturering. Flera metaanalyser har undersökt hur väl KBT fungerar vid social ångestproblematik (Acarturk, Cuijpers, van Straten, de Graaf, 2008; Fedoroff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Gould et al., 1997; Taylor, 1996). Överlag är de olika teknikerna inom KBT (exponering, kognitiv omstrukturering och social färdighetsträning) effektiva, då ett antal studier har rapporterat signifikanta förbättringar vid social fobi (ibid.). I den senast genomförda metaanalysen, som uteslutande utgick från randomiserade kontrollerade experiment, pekade resultaten mot att social fobi kan behandlas bättre hos patienter med mildare problematik, och att behandling är mindre effektiv för patienter med större svårighetsgrad (Acarturk, et al., 2008).

KBT-behandling har generellt visat sig överlägsen kontrollbetingelse och resultaten står sig vid 8 och 12 veckors uppföljning (Clark-Carter, 2004; Feske & Chambless, 1995; Gould et al., 1997; Taylor, 1996) samt vid 6-månadersuppföljning (Gould & Johnson, 2001). Patienterna förbättrar sig på mått som mäter social ångestproblematik, kognitiv förändring och depression med måttliga (≥ 0.5) till stora (≥ 0.8) mellangrupps-effektstorlekar (Clark-Carter, 2004; Feske & Chambless, 1995; Gould et al., 1997; Taylor, 1996). Dessutom sker en extra förbättring vid 3-månadersuppföljning (Taylor, 1996). Vid en femårsuppföljning av KBT i gruppformat var patienter som hade fått KBT-behandling fortfarande mer förbättrade på de flesta mått än patienter som hade fått alternativ behandling (Heimberg, Salzman, Holt, & Blendell, 1993). Internetbaserad behandling för ångeststörningar har visat på stora effektstorlekar [$d=.96$], (Spek et al., 2007). Resultaten från en trettiomånadersuppföljning av Internetbaserad behandling med KBT för social fobi inom SOFIE-projektet indikerar att de långtidseffekter som har observerats i tidigare studier av ordinär KBT-behandling även sker med Internetadministrerad behandling (Carlbring, Bergman, Furmark, & Andersson, 2009).

Eftersom det ingår flera olika tekniker under paraplybegreppet KBT är det intressant att undersöka vilka komponenter som bidrar mest till behandlingsutfallet. I en av de första meta-analyserna var kombinationen av exponering och kognitiv omstrukturering den enda behandlingsmetoden med effekter signifikant större än för placebobetingelsen vid social fobi (Taylor, 1996). Senare studier visar att exponering och exponering i kombination med kognitiv omstrukturering är lika effektiva i reduktionen av kognitiva och beteendemässiga symtom av social fobi (Holaway & Heimberg, 2004; Hook & Valentiner, 2002). Dock skulle avsaknaden av signifikanta skillnader i behandlingsutfall mellan dessa två interventioner kunna förklaras av heterogenitet (till exempel subgruppsdiagnos eller komorbid patologi) i samplen (Hook & Valentiner, 2002). Forskning föreslår att beteendekomponenterna i KBT står för en ansenlig del av förbättringen (Feske & Chambless, 1995; Gould et al., 1997; Holaway & Heimberg, 2004; Hope, Heimberg & Bruch, 1995; Scholing & Emmelkamp, 1996). Studier där enbart exponering har använts verkar ha bättre resultat än de studier som endast använder kognitiv omstrukturering (Gould & Johnson, 2001). Det är oklart om tillförandet av en kognitiv komponent adderar något till den effekt som uppnås av endast exponering. Det är ännu inte utrett huruvida de nödvändiga förändringar som behöver åstadkommas i tankemönster är beroende av kognitiva tekniker eller om samma resultat kan nås genom endast exponeringsbehandling (Holaway & Heimberg, 2004; Acarturk et al., 2008). Andra studier visar dock tvärtom att kognitiv terapi både ger högre effektstorlekar än exponering med tillämpad avslappning (Clark et al., 2006) och självexponering (Clark et al., 2003).

Faktorer som påverkar behandlingsutfall vid KBT

Även om KBT generellt har god effekt vid social fobi är det fortfarande drygt 20% av dem som genomgår behandling som inte förbättrats på utfallsmåtten vid behandlingens slut (Furmark et al., 2009). Forskning har undersökt olika variabler och deras inverkan på behandlingsutfall, bland annat i vilken grad patienter utför sina hemuppgifter, subgruppstillhörighet, axel-1 komorbiditet och patienters förväntningar på resultat av behandlingen (Holaway & Heimberg, 2004). Generellt har man inte funnit någon större förbättring vid behandlingens slut hos de patienter som utförde sina hemuppgifter jämfört med dem som inte utförde sina hemuppgifter i samma utsträckning (Edelman & Chambless, 1995; Woody & Adessky, 2002). En annan studie har hittat vissa samband mellan vid vilken tidpunkt hemuppgifter utförs och behandlingsutfall. Beroende på hemuppgifternas fokus var slutförandet av hemuppgifter under första delen av behandlingen (psykoedukation och registreringar av negativa automatiska tankar och känslor) minimalt förknippat med behandlingsutfall, medan

utförandet av hemuppgifter i slutet av behandlingen (mestadels in vivo exponering) hade en stark koppling till behandlingsutfall. I den mittersta delen av behandlingen (kognitiv omstrukturering och in vivo exponering) visade det sig faktiskt att utförandet av hemuppgifter hade en positiv korrelation till social ångest (Leung & Heimberg, 1996). Den sociala fobins svårighetsgrad verkade inte påverka i vilken grad individerna utförde sina hemuppgifter (Edelman & Chambless, 1995).

En komorbid diagnos av fobisk personlighetsstörning har inte visat sig påverka behandlingsutfall (Brown et al. 1995; Hope, Herbert & White, 1995). Den effekt som fobisk personlighetsstörning eller svårare grader av social fobi har på behandlingsutfall i vissa studier kan vara ett resultat av dessa individers större motstånd mot att genomföra alla behandlingskomponenter, i synnerhet de som innebär interaktion med andra, exempelvis exponeringar (Holaway & Heimberg, 2004).

Viss forskning menar att komorbida tillstånd, som exempelvis självrapporterad depression, kan påverka KBT-behandling (Chambless, Tran & Glass, 1997) medan annan forskning menar att närvaron av en ytterligare axel 1-störning har liten eller ingen effekt på den totala förbättringen (Mennin, Heimberg & Jack, 2000; van Velzen, Emmelkamp & Scholing, 1997).

Förväntningar på förbättring vid förmätning har också visats vara signifikant relaterat till utfall för individer som får KBT i grupp. Förväntningarna på förbättring var i en studie starkt förknippade med graden av svårighet vid förmätning, duration av den sociala ångesten och subgrupp av den sociala fobin, där personer med en svårare form av social fobi förväntade sig att göra mindre framsteg under behandlingen än de med mindre svår social fobi. Att ha låga förväntningar på behandlingen kan påverka behandlingen på flera sätt. Ett exempel är graden av villighet från patientens sida att delta i exponeringar eller att fullfölja sina hemuppgifter (Holaway & Heimberg, 2004).

Subgrupper och behandlingsutfall

Det är intressant att undersöka subgrupper eftersom de, förutom etiologi, kan skilja sig åt vad gäller svar på behandling, vilket kan påverka vilken typ av terapi och vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas (Eng et al., 2000; Furmark, 2002). I forskningslitteraturen efterlyses tydligare definitioner av social fobi och fler behandlings- och epidemiologiska studier som kan bidra till att klargöra gränserna för varje subgrupp (Furmark et al., 2000). Som förslag på fortsatt forskning förekommer bland annat punktprevalensundersökningar av subgrupper av social fobi i samhället i stort (Furmark et al., 2000), som kan vara av vikt vid planeringen av olika interventioner för psykisk hälsa (ibid.)

Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, (1993) fann i en tidigare genomförd studie att subgrupper av social fobi svarar för 21% av variansen i behandlingsutfall vid en gruppbehandling med KBT där personer med SSP uppvisade bättre fungerande efter behandlingen än personer med GSP, som dock också förbättrades. En annan studie av behandlingsutfall av KBT för social fobi, som gjorde subgruppsdistinktioner i behandlingsgrupperna, fann vid behandlingens slut att 79% av individerna med NGSP svarade positivt på behandlingen, samt att 47% av individerna med GSP och 41% av individerna med GSP med fobisk personlighetsstörning visade en liknande förbättring (Brown et al., 1995). Hope, Herbert & White (1995) rapporterade i en studie att svårighetsgrad innan behandlingen, och inte en eventuell diagnos med fobisk personlighetsstörning, predicerade fungerandet efter behandlingen. Studien av Brown och kollegor (1995) visade att personer med GSP och NGSP förbättrades likvärdigt av KBT. Dock uppnådde de med NGSP en högre funktionsnivå efter behandlingen, vilket är en

konsekvens av att de vid förmätningen hade en högre funktionsnivå än de med GSP (Brown et al., 1995; Holaway & Heimberg, 2004).

Behandlingsrespons över tid

Förändring under en psykoterapi kan ske gradvis och linjärt men också plötsligt och olinjärt. Om utfallsmåtten undersöks under loppet av behandlingen kan förståelsen öka för vad som underlättar och vad som förhindrar förändring (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss, & Cardaciotto, 2007). Frekventa utvärderingar av terapin kan förbättra behandlingen (Hayes, Miller, Hope, Heimberg & Juster, 2008). Om endast en för- och en eftermätning görs så kan viktiga mellanliggande steg i förändringsprocessen missas (ibid.).

Flera farmakastudier har mätt den veckovisa effekten av medicinering vid GSP med Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) och jämfört med en placebobetingelse (Kasper, Stein, Loft & Niel, 2005; Liebowitz, Mangano, Bradwejn & Asnis, 2005; Stein, Liebowitz, Lydiard, Pitts, Bushnell & Gergel, 1998). En studie har undersökt behandlingsresponsen av KBT i grupp för behandling av social fobi genom fyra mätningar under ett tolv veckors intervall (Otto, et al., 2000). Denna studie visade att KBT-behandling i grupp var lika effektivt som farmakologisk behandling (ibid.). Det fanns ingen signifikant skillnad i behandlingsrespons mellan de som behandlades med KBT och de som behandlades med psykofarmaka vid de två mätpunkterna, vecka fyra och åtta. Dock framkom det att vid tolvveckorsmätningen skattade de som stod på psykofarmaka lägre på självskattningsskalor som mätte social ångest och undvikande jämfört med dem som genomgick KBT-behandling. Detta kan enligt forskarna bero på selektivt bortfall av personer med svårast symtom på social ångest i gruppen som behandlades med psykofarmaka (ibid.). I en annan studie undersöktes behandlingsrespons över tid vid KBT-behandling för paniksyndrom (Penava, Otto, Maki, & Pollack, 1998). Studien visade att den största symtomreduktionen av paniksymtom skedde under de första fyra veckorna av en tolv veckor lång gruppbehandling (Penava et al., 1998). I SOFIE-4 (Hedman & Sonnenstein, 2005) utforskades hur deltagarnas sociala ångest fluktuerade veckovis under en nio veckor lång Internetbaserad KBT-behandling. Här fann man att behandlingsgruppen uppnådde en säkerställd förbättring i slutet av behandlingsvecka tre.

Sudden gains

Ett flertal studier har undersökt fenomenet *sudden gains*, dvs. en stor förbättring av symtom mellan två på varandra följande sessioner (Clerkin, Teachman & Smith-Janik, 2008; Kelly, Roberts, Ciesla, 2005; Kelly, Roberts & Bottonari, 2007; Tang & DeRubeis, 1999). Forskning har funnit att deprimerade patienter med sudden gains var mindre deprimerade än gruppen utan sudden gains vid behandlingens slut och dessutom vidmakthölls dessa förbättringar vid en 18 månaders uppföljning (Tang & DeRubeis, 1999). Forskningen har även visat att sudden gains som inträffar under den första tredjedelen av behandlingen tycks vara särskilt viktiga. Deltagare som uppvisade sudden gains tidigt under behandlingen hade signifikant större förändringar av sina depressiva symtom vid behandlingens slut än övriga deltagare (Kelly et al., 2005).

Sudden gains definieras enligt Tang och DeRubeis (1999) som en förändring av Beck Depression Inventory (BDI) i intervallet mellan två sessioner som är stor a) i absoluta termer b) i relation till svårigheten i de depressiva symtomen innan den plötsliga förbättringen och c) i relation till de fluktuationer som föregår och följer efter den plötsliga förbättringen (ibid.). Om en individ har uppnått en sudden gain och sedan fått ett bakslag på 50 % av symtomförbättringen räknas det som ett upphävande av den sudden gain som uppnåtts (ibid.). Det tredje kriteriet, c-kriteriet, gör det omöjligt att utvärdera förändringar mellan den första

och den andra sessionen, med följden att potentiella sudden gains tidigt i behandlingen inte upptäckts. Av denna anledning modifierades detta kriterium av Kelly et al. (2005) till att en sudden gain ska vara en förbättring på minst 1.5 standardavvikelser från individens medelvärde.

Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch, & Suvak (2006) och Hedman & Sonnenstein (2005) har undersökt sudden gains i samband med social fobi. Hofmann och kollegor (2006) använde LSAS som utfallsmått för att undersöka huruvida sudden gains uppkom under behandlingen. Kriterierna som användes för sudden gains i studien var desamma som Tang och DeRubeis (1999) men anpassade för LSAS och med ett tillägg till kriterium c. Kriterierna är att förändringen på LSAS mellan två på varandra följande mättillfällen ska vara stor a) i absoluta termer, definierat som en förändring på LSAS med 10 poäng b) i relation till tidigare svårighetsgrad, fastställt till en förbättring med minst 25 % på LSAS och c) i relation till de fluktuationer som föregår och följer efter den plötsliga förbättringen, det vill säga en jämförelse av medelvärden på LSAS innan och efter en sudden gain och i relation till en cutoff gräns (Hofmann et al., 2006). Resultaten i Hofmanns studie visade inte på några skillnader i behandlingsutfall mellan individer med eller utan sudden gains vid eftermätning eller vid 6-månadersuppföljning. I SOFIE-4 (Hedman & Sonnenstein, 2005) definierades sudden gains som en förändring med 25% på LSAS-SR sedan föregående veckomätning. Resultaten i SOFIE-4 är i linje med resultaten i Hofmanns studie (2006), förutom att individer med sudden gains uppvisar en signifikant större förbättring på LSAS-SR än personer utan sudden gains. I föreliggande studie användes a- och b-kriterierna ur studien av Hofmann et al. (ibid.) för att definiera sudden gains. C-kriteriet användes ej i föreliggande studie då en tillämpning av detta kriterium skulle innebära att förekomsten av sudden gains endast kunde undersökas mellan behandlingsvecka två och sju. För att erhålla utförligare data på sudden gains uteslöts detta kriterium.

Syfte

Syftet med denna uppsatsstudie är att undersöka huruvida subgrupper av social fobi svarar olika på ett Internetbaserat självhjälpsprogram byggt på KBT-interventioner där data inkluderas från studierna SOFIE 3-5 vilka har en identisk behandlingsdesign som SOFIE-6.

Frågeställningar

1. Finns det en skillnad i behandlingsutfall utifrån för- och eftermätningen mellan subgrupperna icke-generaliserad och generaliserad social fobi?
2. Finns det en skillnad i den veckovisa behandlingsresponsen mellan subgrupperna icke-generaliserad och generaliserad social fobi?
3. Finns det en skillnad i frekvens av sudden gains mellan subgrupperna generaliserad och icke-generaliserad social fobi?

METOD

Deltagare

Rekrytering

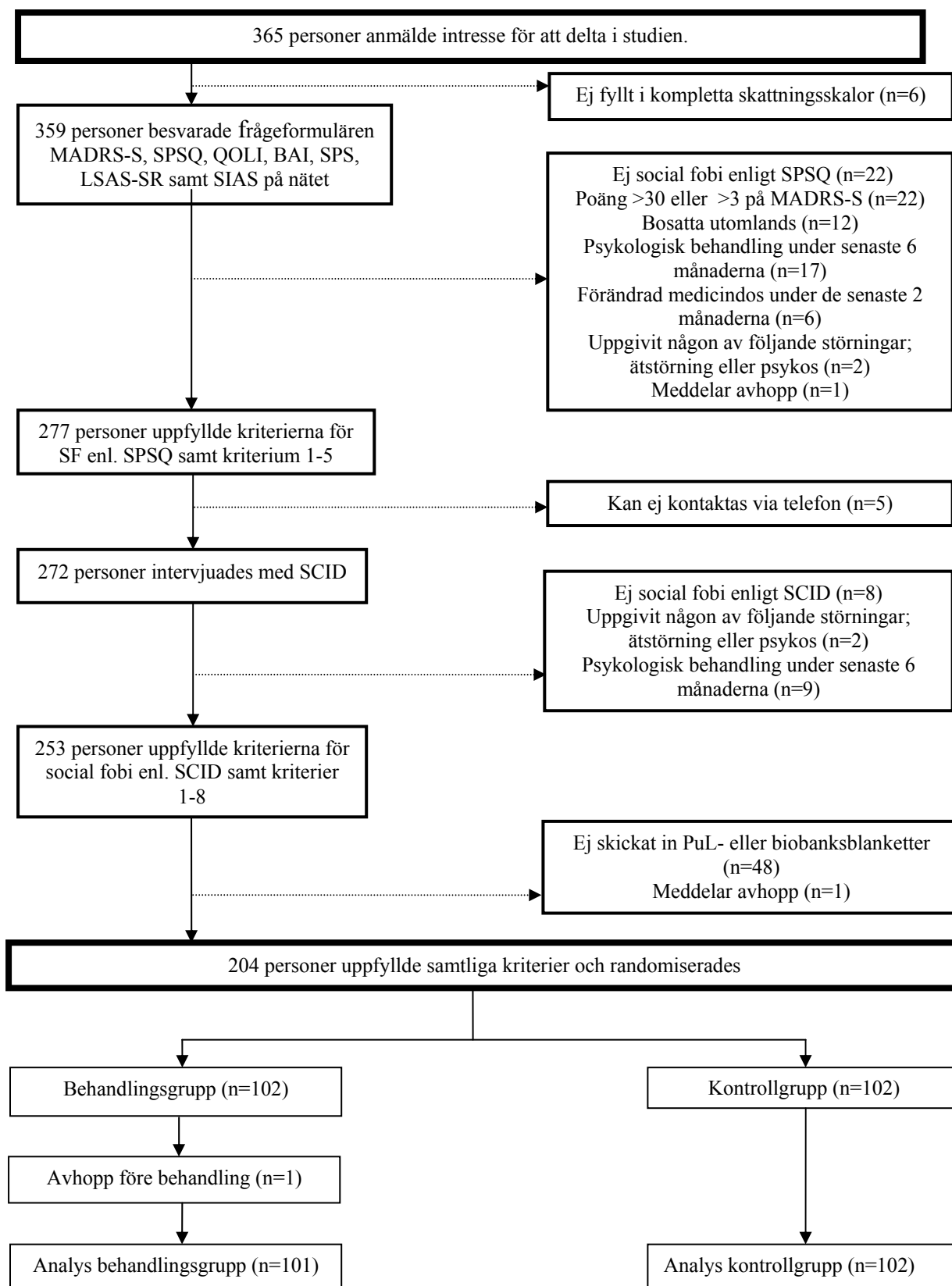
Totalt 204 deltagare rekryterades för att delta i SOFIE-6 från en redan befintlig väntelista på hemsidan www.studie.nu. Ungefär 1000 personer stod på väntelistan vid rekryteringens inledande skede, varav de 600 första personerna på denna lista fick en förfrågan via mail om

de ville anmäla sitt intresse för studien. Inom anmälningstiden inkom 365 anmälningar. Ingen ersättning utgick för deltagande i studien. De eventuella kostnader som studien innebar för deltagarna var begränsade till Internetuppkoppling samt utskrifter av formulär och självhjälp-materialet.

Urval

Inklusionskriterierna var väsentligen desamma som i SOFIE-5 (Eriksson & Hållén, 2005; Frykman, 2005). Inklusionskriterier för studien var att deltagarna:

1. Hade fyllt 18 år.
2. Var bosatta inom Sveriges gränser.
3. Hade tillgång till dator med Internetanslutning.
4. Uppfyllde DSM-IV kriterier för social fobi enligt Social Phobia Screening Questionnaire, (SPSQ; Furmark et al., 1999) och ej hade angivit någon av följande psykiska störningar i förmättningsformulären: psykosjukdom eller ätstörning.
5. Hade en totalpoäng på mindre än 31 och mindre än fyra poäng på fråga nio (livslustfrågan) på MADRS-S (Montgomery & Åsberg, 1979).
6. Uppfyllde DSM-IV kriterierna för social fobi enligt Structured Clinical Interview for DSM-disorders, SCID-I (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) och hade ej angivit någon av följande psykiska störningar under telefonintervjun: psykosjukdom, emotionell instabil personlighetsstörning eller ätstörning.
7. Vid eventuell medicinering skulle ha haft en stabil dos sedan två månader tillbaka.
8. Inte genomgick samtidig psykologisk behandling eller hade genomgått annan psykologisk behandling under de senaste sex månaderna.
9. Hade lämnat skriftligt samtycke till lagring av personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (1998:204)



Figur 1. Flödesschema över urval, exkludering, randomisering i SOFIE-6. SCID = Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders, SPSQ = Social Phobia Screening Questionnaire, SPS = Social Phobia Scale, SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, LSAS-SR = Liebowitz Social Anxiety Scale self-report, BAI = Beck Anxiety Inventory, MADRS-S = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, QOLI = Quality of Life Inventory. PuL = Personuppgiftslagen

Diagnostisering av subgrupper av social fobi

Indelning av deltagare i subgrupperna GSP och NGSP gjordes utifrån deras skattningar på fråga 1 på SPSQ (Furmark et al., 1999). Formuläret beskrivs utförligt nedan. Gränsen för GSP sattes vid poäng på minst 30 eller skattat obehag på lägst 3 i fem eller fler situationer. I tabell 1 nedan presenteras deskriptiva data för respektive subgrupp i SOFIE-3, 4, 5 och 6.

Tabell 1. Deskriptiva data för subgrupperna i respektive studie före behandlingsstart.

	NGSP	GSP	Totalt
SOFIE-3			
Antal	12 (63.2%)	7 (36.8%)	19 (10.1%)
Kön			
Kvinna	9 (75.0%)	6 (85.7%)	15 (78.9%)
Man	3 (25.0%)	1 (14.3%)	4 (21.1%)
Ålder			
Medelålder	32.5 (10.4)	31.9 (9.1)	32.3 (9.7)
Min-Max	19-53	23-43	19-53
Civilstånd			
Gift/sambo	7 (58.3%)	1 (14.3%)	8 (42.1%)
Övrigt (ensamstående, förlovad, särbo, änka/änkling)	5 (41.7%)	6 (85.7%)	11 (57.9%)
SOFIE-4			
Antal	9 (22.5%)	31 (77.5%)	40 (21.2%)
Kön			
Kvinna	7 (77.8%)	24 (77.4%)	31 (77.5%)
Man	2 (22.2%)	7 (22.6%)	9 (22.5%)
Ålder			
Medelålder	34.6 (8.7)	35.1 (10.8)	35.0 (10.2)
Min-Max	22-53	19-69	19-69
Civilstånd			
Gift/sambo	5 (55.6%)	17 (54.8%)	22 (55.0%)
Övrigt	4 (44.4%)	14 (45.2%)	18 (45.0%)
SOFIE-5			
Antal	11 (37.9%)	18 (62.1%)	29 (15.3%)
Kön			
Kvinna	5 (45.5%)	14 (77.8%)	19 (65.5%)
Man	6 (54.5%)	4 (22.2%)	10 (34.5%)
Ålder			
Medelålder	32.8 (7.3)	36.2 (9.0)	34.9 (8.4)
Min-Max	24-46	21-58	21-58
Civilstånd			
Gift/sambo	4 (36.4%)	10 (55.6%)	14 (48.3%)
Övrigt	7 (63.6%)	8 (44.4%)	15 (51.7%)

	NGSP	GSP	Totalt
SOFIE-6			
Antal	38 (37.6%)	63 (62.4%)	101 (53.4%)
Kön			
Kvinna	23 (60.5%)	39 (61.9%)	62 (61.4%)
Man	15 (39.5%)	24 (38.1%)	39 (38.6%)
Ålder			
Medelålder	38.1 (10.1)	38.2 (12.1)	38.1 (11.3)
Min-Max	21-58	19-66	19-66
Civilstånd			
Gift/sambo	20 (52.6%)	34 (54.0%)	54 (53.5%)
Övrigt	18 (47.4%)	29 (46.0%)	47 (46.5%)
Utbildningsnivå			
Grundskola	2 (5.3%)	3 (4.8%)	5 (5.0%)
Gymnasieutbildning	12 (31.6%)	17 (27.0%)	29 (28.7%)
Eftergymnasial utbildning	7 (18.4%)	17 (27.0%)	24 (23.8%)
Högskola/Universitet	17 (44.7%)	26 (41.3%)	43 (42.6%)
Totalt SOFIE (3, 4, 5 & 6)			
Antal	70 (37.0%)	119 (63.0%)	189
Kön			
Kvinna	44 (62.9%)	83 (69.7%)	127 (67.2%)
Man	26 (37.1%)	36 (30.3%)	62 (32.8%)
Ålder			
Medelålder	35.8 (9.7)	36.7 (11.2)	36.4 (10.7)
Min-Max	19-58	19-69	19-69
Civilstånd			
Gift/sambo	36 (51.4%)	62 (52.1%)	98 (51.9%)
Övrigt	34 (48.6%)	57 (47.9%)	91 (48.1%)

GSP = Generaliserad social fobi, NGSP = Icke-generaliserad social fobi

Deskriptiva data

Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan SOFIE-studiernas (3, 4, 5 och 6) medelvärden innan behandlingsstart med avseende på deltagarnas ålder [$F(3,188)=2.32, p=.077$]. Ett χ^2 -test visade att det inte heller fanns någon signifikant skillnad i andelen män och kvinnor i de olika studierna SOFIE-3, 4, 5 och 6 [$\chi^2(3, n=189)=4.70, p=.20, \phi=.16$]. Det fanns heller ingen signifikant skillnad i könsfördelning över de två subgrupperna [$\chi^2(1, n=189)=.66, p=.42, \phi=.07$]. Det fanns ingen signifikant skillnad i ålder [$t(187)=.54, p=.59$] mellan NGSP ($M=35.83, SD=9.71$) och GSP ($M=36.7, SD=11.20$). Det fanns heller ingen signifikant skillnad i civilstånd mellan subgrupperna, [$\chi^2(1, n=189)=.000, p=1.00$].

Bortfall

Av samtliga 102 deltagare i behandlingsgruppen i SOFIE-6 genomförde 46 personer inte behandlingen inom behandlingstiden. En deltagare hoppade av direkt efter randomiseringen innan behandlingen hade påbörjats och uteslöts ur beräkningarna. Under de nio veckorna hoppade totalt tolv deltagare (11.9 %) ur behandlingsgruppen av studien: tre personer efter modul 1, tre personer efter modul 2, tre personer efter modul 3, en person efter modul 5 och två personer efter modul 6, se sid 21-22 för en beskrivning av behandlingsmodulerna. Två personer i behandlingsgruppen påbörjade annan psykologisk behandling under behandlingstiden, varav en deltagare hoppade av och den andra fullföljde 8 moduler. Övriga 34 deltagare följde inte den avsedda takten med en modul per vecka. Tre deltagare i kontrollgruppen (2.9%) hoppade av studien innan behandlingen påbörjats. Sammanlagt var andelen avhopp 7.4% av det totala antalet deltagare i SOFIE-6.

Vid behandlingstidens slut hade deltagarna i SOFIE-6 i genomsnitt slutfört 6.8 (SD=3.07) av de nio behandlingsmodulerna och deltagarna i det totala samplet (SOFIE 3-6) 6.9 moduler (SD=2.88). Se tabell 2 för andelen av deltagarna i SOFIE-6 samt andelen deltagare i det totala samplet SOFIE 3-6 fördelat på subgrupp som slutförde respektive modul under behandlingens gång.

Tabell 2. Antal deltagare (och andel) som slutförde respektive modul inom de utsatta nio veckorna i SOFIE-6 och i det totala samplet SOFIE 3-6 fördelat på subgrupper .

Slutförd modul	SOFIE-6			SOFIE 3-6		
	GSP	NGSP	Totalt	GSP	NGSP	Totalt
1	59 (93.65%)	36 (94.74%)	95 (94.06%)	115 (96.64%)	68 (97.14%)	183 (96.83%)
2	56 (88.89%)	34 (89.47%)	90 (89.11%)	109 (91.60%)	66 (94.29%)	175 (92.59%)
3	51 (80.95%)	32 (84.21%)	83 (82.18%)	100 (84.03%)	64 (91.43%)	164 (86.77%)
4	51 (80.95%)	32 (84.21%)	83 (82.18%)	93 (78.15%)	62 (88.57%)	155 (82.01%)
5	48 (76.19%)	31 (81.58%)	79 (78.22%)	88 (73.95%)	57 (81.43%)	145 (76.72%)
6	44 (69.84%)	28 (73.68%)	72 (71.29%)	82 (68.91%)	53 (75.71%)	135 (71.43%)
7	42 (66.67%)	27 (71.05%)	69 (68.32%)	77 (64.71%)	50 (71.43%)	127 (67.20%)
8	37 (58.73%)	25 (65.79%)	62 (61.39%)	71 (59.66%)	46 (65.71%)	117 (61.91%)
9	33 (52.38%)	22 (57.89%)	55 (54.46%)	63 (52.94%)	39 (55.71%)	102 (53.97%)

GSP = Generaliserad social fobi; NGSP = Icke-generaliserad social fobi

I det totala samplet (SOFIE 3-6) var det genomsnittliga antalet färdiga moduler 7.2 i NGSP och 6.7 i GSP. Ingen signifikant skillnad förelåg mellan subgrupperna i antalet färdiga moduler [$t(187) = 1.17, p = .24$].

Samtliga 203 personer som ingick i SOFIE-6 ombads att genomföra eftermätningarna. Eftermätningens formulären i SOFIE-6 besvarades av totalt 191 personer, 94 från behandlingsgruppen och 97 från kontrollgruppen, vilket medför en total bortfallsfrekvens på 5.9 %. I hela samplet från SOFIE 3-6 var bortfallet 5.3%, varav 7 personer med GSP (3.7%) och 3 personer med NGSP (1.6%). Två personer i gruppen NGSP i SOFIE-5 besvarade inte SPSQ i

eftermätningen, vilket tillsammans med de övriga bortfallen utgör en bortfallsfrekvens på 6.4% på SPSQ.

Analysmetoden *intention-to-treat* (ITT; Nich & Carroll, 2002) tillämpades för de deltagare som inte besvarade eftermätningarna samt för de två deltagare i behandlingsgruppen i SOFIE-6 som påbörjade annan psykologisk behandling, där deras förmättningsvärden användes som eftermättningsvärden det vill säga last observation carried forward (LOCF; Mallinckrodt et al., 2003). Även resultaten för de tre deltagare i kontrollgruppen som hoppade av innan behandlingen i SOFIE-6 hade påbörjats och ytterligare två som ej inkommit med eftermätning analyserades på samma sätt. I det totala samplet SOFIE 3-6 användes ITT/LOCF på 5 (7.1%) NGSP och 8 (6.7%) GSP.

Förfarandet med LOCF användes även för att hantera deltagarnas saknade data i veckomätningarna med LSAS-SR. Denna metod, som används för att inte på konstgjord väg förhöja behandlingens effektivitet, innebär att den senast genomförda mätningen används i de statistiska analyserna. Svartsfrekvensen för samtliga tillgängliga veckomätningar med LSAS-SR presenteras nedan i tabell 3.

Tabell 3. Antal deltagare som genomförde de veckovisa mätningarna under behandlingstiden i SOFIE-6 samt i det totala samplet SOFIE 4-6 fördelat på de båda subgrupperna.

Veckomätningstillfälle	Antal deltagare SOFIE-6			Antal deltagare SOFIE 4-6		
	GSP	NGSP	Totalt	GSP	NGSP	Totalt
Pre	63 (100%)	38 (100%)	101 (100%)	112 (100%)	58 (100%)	170 (100%)
1	60 (95.24%)	38 (100%)	98 (97.03%)	109 (97.32%)	58 (100%)	167 (98.24%)
2	57 (90.48%)	36 (94.74%)	93 (92.08%)	105 (93.75%)	56 (96.55%)	161 (94.71%)
3	55 (87.30%)	35 (92.11%)	90 (89.11%)	102 (91.07%)	55 (94.83%)	157 (92.35%)
4	54 (85.71%)	32 (84.21%)	86 (85.15%)	101 (90.18%)	52 (89.66%)	153 (90.00%)
5	53 (84.13%)	32 (84.21%)	85 (84.16%)	100 (89.29%)	52 (89.66%)	152 (89.41%)
6	53 (84.13%)	32 (84.21%)	85 (84.16%)	99 (88.39%)	52 (89.66%)	151 (88.82%)
7	53 (84.13%)	32 (84.21%)	85 (84.16%)	99 (88.39%)	52 (89.66%)	151 (88.82%)
8	48 (76.19%)	31 (81.58%)	79 (78.22%)	94 (83.93%)	51 (87.93%)	145 (85.29%)
Post	58 (92.06%)	36 (94.74%)	94 (93.07%)	105 (93.75%)	56 (96.55%)	161 (94.71%)

GSP = Generaliserad social fobi, NGSP = Icke-generaliserad social fobi

Material

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

SCID-I (First et al., 1997) är en semistrukturerad intervju som används för att ställa axel I-diagnoser enligt kriterierna i DSM-IV (APA; 1994). Forskningsversionen av SCID-I, som användes i föreliggande studie, består av 10 moduler som täcker av axel-1 diagnoserna från

DSM-IV (First et al., 1997., APA, 1994). I denna studie användes endast frågorna om social fobi ur ångestmodulen.

SCID-I har i olika studier visats ha reliabilitetsmått för att särskilja mellan de som har eller ej har social fobi mellan kappa .47-.86. Kappavärden under .50 anses som låg samstämmighet, .50-.70 som måttlig och över .70 som god. Patientgrupper med "svårare" diagnoser tenderar att ha högre reliabilitetsmått på SCID än patientgrupper med svårigheter som ligger precis över tröskelvärdet för diagnos (<http://www.scid4.org/index.html>). SCID har visat på överlägsen validitet i jämförelse med andra kliniska standardintervjuer som används vid det första bedömningstillfället (<http://www.scid4.org/index.html>).

Huvudutfallsmått

Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)

SPSQ (Furmark et al., 1999) är ett självskattningsformulär som används för att diagnostisera social fobi enligt DSM-IV:s kriterier. Formuläret består av 14 frågor där 5 av dem rör prestationssituationer och resterande 9 rör främst interaktionssituationer (Hazen & Stein, 1995). Varje situation rankas först på en skala med förutbestämda svarsalternativ som mäter det sociala obehaget från 0-4, där 0 betyder "Inte alls obehaglig" och 4 innebär "väldigt obehaglig" (Furmark et al., 1999). Sedan följer 6 påståenden för att klargöra om kriterier A-D för social fobi i DSM-IV uppfylls. Varje påstående följs av en lista på 14 sociala situationer där personen som skattar kan kryssa för i vilken/vilka situationer som han/hon känner rädsla eller välja alternativet "ingen av ovanstående situationer" om situationen inte utlöser någon rädsla. E-kriteriet, att individen hämmas i åtminstone tre livsdomäner, undersöks med en egen fråga med Ja/Nej alternativ. För att uppfylla en social fobidiagnos ska individen alltså ha:

- a) Skattat obehaget som 3 på åtminstone en av de 14 situationerna på fråga 1.
- b) Kryssat i motsvarande situation i diagnosfrågorna för A-D kriterierna
- c) Hämmats i åtminstone en av tre livsdomäner (minst ett "ja") på E-kriteriet (fråga 8).

F-kriteriet var, i föreliggande studie, redan uppfyllt eftersom samtliga deltagare var över 18 år. Kriterierna G och H efterfrågades genom en Ja/Nej fråga. Vid ett positivt svar fick den som skattade uppge vilken sorts problem han/hon hade för att kunna avgöra om individens problem bättre kunde förklaras genom någon annan diagnos än social fobi (Furmark et al. 1999). Den sista frågan ger information om huruvida tendenser till en fobisk personlighetsstörning föreligger (ibid.), se bilaga 1. Den samtidiga validiteten för SPSQ är hög vilket indikeras genom att SPSQ korrelerar väl med etablerade skalor för social fobi såsom Social Phobia Scale ($r=0.77$, $p<0.0001$) och Social Interaction Anxiety Scale ($r=0.79$, $p<0.0001$) (Furmark et al., 1999). SPSQ:s psykometriska egenskaper utvärderades genom att formuläret jämfördes med SCID-IV (First et al., 1997). Samtliga individer som diagnostiserats med social fobi enligt SCID (ibid.) identifierades också med SPSQ, vilket gav en sensitivitet på 100% medan specificiteten av SPSQ uppgick till 95 %, det vill säga 19 av 20 personer utan social fobi identifierades korrekt (Furmark et al. 1999). Alpha-värdet för de 14 item på den sociala obehagsskalan är 0.90 (Furmark et al., 1999), vilket indikerar en hög intern konsistens (Clark-Carter, 2004).

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

SPS och SIAS-skalorna (Mattick & Clarke, 1998) administreras ofta tillsammans. SPS mäter rädslan för att bli granskad under vardagliga aktiviteter som att äta, dricka och skriva medan SIAS mäter rädslan vid social interaktion. Mattick & Clarke (ibid.) menar att SPS i större utsträckning utgör ett mått för SSP och SIAS utgör ett mått för GSP. Skalorna består av 20 items vardera. Varje item skattas på en Likertskala från 0 till 4 där 0 står för "stämmer inte

alls på mig" och 4 "stämmer precis på mig". Båda skalorna visar på hög intern konsistens och test-retest reliabilitet. De har god förmåga att diskriminera mellan social fobi, agorafobi och specifik fobi (Mattick & Clarke, 1998). Skalorna korrelerar väl med etablerade skalor för social fobi. Skattningen på SPS och SIAS har visat sig förändras med behandling och vara stabil för de som ej genomgått behandling, vilket indikerar att skalorna har en hög samtidig kriterievaliditet (ibid.).

Liebowitz Social Anxiety Scale - self report (LSAS-SR)

LSAS-SR (Fresco et al., 2001) mäter graden av rädsla/ångest och graden av undvikande i 24 olika sociala situationer. För varje situation skattas graden av rädsla eller ångest från 0 till 3 med fasta svarsalternativ där 0 är "ingen rädsla eller ångest" och 3 är "stark rädsla eller ångest". Gradens av undvikande skattas likaså på en skala från 0 till 3 där 0 är "aldrig undviker (0% av tiden)" och 3 är "undviker situationen vanligtvis (67-100% av tiden)". Försök har gjorts för att kvantifiera "allvarlighetströsklar" för att uppfylla de diagnostiska kriterierna. En totalpoäng över 30 på LSAS identifierar bäst patienter som uppfyller de diagnostiska kriterierna för social fobi i DSM-IV, och en poäng över 60 kan bäst identifiera patienter ur den generaliserade subgruppen (Mennin et al., 2002).

Självskattningsversionen av LSAS (LSAS-SR) visar på goda psykometriska egenskaper vad gäller test-retest reliabilitet, intern konsistens, konvergent och diskriminant validitet. Dessutom är skalan känslig för förändringar som resultat av behandling. Däremot behöver begreppsvaliditeten undersökas vidare (Baker, Heinrichs, Kim & Hofmann, 2002).

Sekundära mått

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI utvecklades av Beck, Epstein, Brown och Steer (1988) för att mäta graden av ångest i en klinisk population. Skattningsskalan består av 21 items som utgörs av olika ångestsymtom. Dessa skattas på en fyrgradig skala med fasta svarsalternativ där 0 är "aldrig" och 3 är "nästan hela tiden" (ibid.). BAI är ett effektivt instrument för att särskilja mellan ångestfyllda diagnosgrupper som panikångest och generaliserat ångestsyndrom och icke-ångestfyllda diagnosgrupper som exempelvis egentlig depression och dystymi. BAI har en god diskriminativ och samtidig validitet. Formuläret har också hög intern konsistens, ($\alpha=.92$) och en test-retest reliabilitet på $r(81)=.75$ över en veckas spann (ibid.). Då man inte bör ha en test-retest reliabilitet under $r=0.8$ (Clark-Carter, 2004) kan detta anses som ett lite för lågt värde.

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self Report (MADRS-S)

MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) är en självskattningsskala för att mäta grad av depression (Svanborg & Åsberg, 1994). Formuläret består av nio items som skattas på en sjugradig skala (Montgomery & Åsberg, 1979). Det har visats att psykiatrikers skattningar på MADRS överensstämde väl med patienternas självskattning på MADRS (ibid.). Interbedömarreliabiliteten av MADRS har visat sig vara hög (ibid.).

I en studie jämfördes självskattningsvarianten av MADRS (MADRS-S) med Beck Depression Inventory (Svanborg & Åsberg, 2001). Båda skalorna var lika känsliga för att skilja mellan axel-1 diagnoser och förändring av behandling. Det framkom att MADRS-S är likvärdig BDI som ett självskattningsinstrument för depression (ibid.). MADRS har också visat sig ha relativt hög statistisk signifikant korrelation med skattningar på Global Assessment of Function (GAF) (Svanborg & Åsberg, 1994).

Quality of Life Inventory (QOLI)

QOLI (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992) utvecklades som ett utfallsmått på hur mycket individens livstillfredsställelse förbättras under behandling. QOLI består av 16 items som utgörs av olika livsområden som ska skattas på en skala från 0-3 i fråga om hur viktigt detta område är för personens övergripande glädje och nöjdhet. Dessutom skattar personen hur nöjd han/hon för tillfället är med detta livsområde på en skala från -3 till 3. I studien (ibid.) låg test-retest koefficienterna mellan .80-.91 och den interna konsistensen mellan .77-.89. QOLI uppvisar dessutom en signifikant positiv korrelation med andra mått på individens livsnöjdhet (ibid.). En studie som bland annat jämfört QOLI och MADRS i pappers- och Internetversion visar att Internetversioner av skalorna är säkra att använda i hänseende till psykometriska egenskaper och att de korrelerar högt med pappersformen av respektive test (Carlbring, Brunt, Bohman, Richards, Öst & Andersson, 2007).

Självhjälpsmaterial

Behandlingsprogrammets huvudkomponent utgjordes av ett självhjälpsmaterial som från början har utarbetats av författarna till SOFIE-1 (Holmström & Spartan, 2003). Självhjälpsmaterialet består av 186 sidor text fördelade på 9 behandlingsmoduler. Texten bygger på beprövade interventioner i kognitiv beteendeterapi och har inspirerats av Clark & Wells (1995) och en svensk bok om social fobi (Kåver, 1999). Självhjälpsmaterialet har under efterföljande SOFIE-projekt omarbetats lätt bland annat i de avsnitt som rör de olika komponenterna som ingår i de respektive behandlingsstudierna, till exempel avseende gruppträffar (Hedman & Sonnenstein, 2005). Föreliggande studie utgick från självhjälpsmaterialet i SOFIE-5 (Eriksson & Hållén, 2005; Frykman, 2005) och några mindre ändringar gjordes för att göra exemplen mer könsneutrala och underlätta för alla deltagare, oavsett om de arbetar eller studerar, att kunna känna igen sig.

Modulinnehåll

Modul 1 - Introduktion och psykoedukation

I den första modulen introduceras social fobi som begrepp. Olika symtom vid social fobi beskrivs och behandlingsmetoder för social fobi presenteras. Kognitiv beteendeterapi (KBT) introduceras och deltagarna får en överblick över de viktigaste delarna inom KBT.

Modul 2 - Clark och Wells kognitiva modell för social fobi

Under den andra behandlingsveckan presenteras Clark och Wells kognitiva modell för social fobi. Deltagarna får bekanta sig närmare med de olika termerna som används i den kognitiva modellen och får fundera över hur deras egna svårigheter passar in och vidmakthålls i enlighet med modellen.

Modul 3 - Kognitiv omstrukturering I

Den tredje behandlingsveckan fokuserar på förändring av negativa automatiska tankar. Således blir deltagarna introducerade för olika strategier för att identifiera och förändra sina socialfobiska tankar. Som en del av modulen ingår att sätta upp mål för behandlingen.

Modul 4 - Kognitiv omstrukturering II

Under vecka fyra fortgår arbetet med att förändra tankar. Deltagarna får tillgång till fler strategier såsom beteendexperiment för att förändra sina negativa kognitioner. Dessutom presenteras vanliga problem som kan dyka upp när man arbetar kognitivt och lösningar för dessa problem.

Modul 5 - Exponering I

Under vecka fem skiftas fokus i behandlingen från kognitiva till beteendeariktade tekniker. Deltagarna presenteras för principerna bakom exponering och får praktiskt implementera denna kunskap genom att göra ångesthierarkier och därefter påbörja exponeringsarbetet.

Modul 6 - Skifta fokus

Modulen inleds med en repetition av Clark och Wells modell som introducerades i modul 2. Resterande del av modulen ägnas åt säkerhetsbeteenden och tekniker för fokusskifte.

Modul 7 - Exponering II

Under behandlingsvecka sju fortsätter arbetet med exponeringar och kognitiva tekniker. Vanliga problem vid exponering och tillhörande lösningar presenteras.

Modul 8 - Sociala färdigheter

Denna vecka introduceras tekniker för att förbättra deltagarnas kommunikationsförmåga och sociala färdigheter. Deltagarna uppmanas dessutom att fortsätta med sina exponeringsövningar.

Modul 9 - Återfallsprevention

Modul nio ägnas åt perfektionism och självförtroende. Den största delen av modulen ägnas dock åt återfallsprevention. Deltagarna får göra en sammanfattning av vad de lärt sig under tidigare behandlingsveckor vilket ska underlätta för dem att planera inför framtiden.

Diskussionsforum

Behandlings- och kontrollgruppen hade på Internet tillgång till varsitt diskussionsforum via en länk. Deltagarna loggade in med hjälp av sin studiekod och ett lösenord som de själva fick välja.

Anonymt kontakthanteringssystem

För att kunna garantera deltagarna en hög säkerhet och sekretess upprättades ett anonymt kontakthanteringssystem som användes för all behandlingskontakt mellan terapeut och deltagare. All datatrafik som skedde via detta system var krypterad med SSL-certifikat¹. Inloggning skedde med hjälp av deltagarens automatgenererade studiekod, ett komplext lösenord samt unika engångskoder.

E-post

Ett gemensamt e-postkonto, med funktionen att skicka krypterade meddelanden, upprättades för SOFIE-projektet. E-postkontot användes bland annat för att skicka meddelanden om inklusion och exklusion och påminnelser. Deltagarna kunde också kontakta SOFIE-projektet via denna e-post.

SMS-påminnelser

SMS²-tjänsten Messito (<http://www.messito.se/>) användes för att skicka påminnelser till deltagarna om veckomätningen. SMS via denna tjänst skickades även till deltagare som inte

¹ SSL-certifikat är en säkerhetsmekanism som används för att kryptera datakommunikation mellan två värdar (mellan en webbserver och en webbläsare) så att ingen annan användare på nätverket ska kunna avlyssna eller manipulera data.

² SMS är en förkortning av Short Message Service och är en tjänst för korta textmeddelanden som sänds mellan mobiltelefoner eller från dator till mobiltelefon.

hade loggat in i kontakthanteringssystemet för att uppmärksamma dem att de hade fått meddelanden från sin Internetterapeut.

Procedur

Etikansökan

I mitten av sommaren 2008 genomfördes en etikansökan av projektledaren. Denna godkändes av den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala under slutet av sommaren och har diarienummer, Dnr 2008/227. En föransökan till Datainspektionen lämnades in i samband med detta. Ansökan hos datainspektionen godkändes i mitten av september. Efter datainspektionens säkerhetsföreskrifter vidtogs särskilda säkerhetsåtgärder avseende autentisering, behörighetskontroll och datakommunikation i form av projektets gemensamma krypterade mail samt kontakthanteringssystemet och engångskoderna.

Hemsida

På SOFIE6-projektets hemsida (<http://kbt.nu/sofie6/index.htm>) presenterades information om studien och dess huvudsyfte. På hemsidan fanns information om KBT vid social fobi, humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer, sekretess, tystnadsplikt och information om salivprover för genanalys och dess sekretess. Här fanns också en anmälningssida samt information om personuppgifter och cookies³. Deltagarna kunde ladda ned och skriva ut blanketterna "samtycke enligt personuppgiftslagen" och "samtycke enligt biobankslagen" som rörde godkännande av behandling av personuppgifter. På hemsidan presenterades också personerna bakom SOFIE-projektet samt de sju externa psykologerna med en kort personlig informationstext med tillhörande fotografi. Anmälningssjansmögjligheten och förmätningarna på hemsidan var öppna under två veckor.

Anmälan och diagnostisering

Via SOFIE-projektets hemsida fick de personer som anmälde sig till studien i ett första steg lämna sina person- och kontaktuppgifter, registrera sin adress och ta ställning till salivprovet. Därefter fick de ett e-postmeddelande med en automatgenererad studiekod. I ett andra steg ombads deltagarna att besvara formulären SPSQ och MADRS-S via Internet. SPSQ användes förutom som ett screeninginstrument även som ett huvudutfallsmått.

När det första och andra steget hade genomförts fick deltagarna tillgång till en länk till förmättningsfrågorna via webbsidan och via mejl. Förmätningen bestod totalt av 160 frågor som utgjordes av självskattningsforumlären SPS, SIAS, LSAS-SR, BAI och QOLI. I detta tredje steg fick deltagarna även besvara frågor om kön, ålder, civilstånd, utbildningsnivå, nuvarande sysselsättning, självskadebeteenden samt specificera orsaken till eventuell avslutad eller pågående psykologisk eller medicinsk behandling. De personer som inte hade fyllt i kompletta svar exkluderades ur studien. Beroende på orsaken till exklusion skickades olika typer av e-postmeddelanden för exklusion ut till de personer som inte bedömdes vara lämpliga deltagare i studien. I exklusionsmeddelanden angavs en förklaring till varför de inte fick delta i studien och rekommendationer om var de kunde vända sig för att söka KBT-behandling samt förslag på lämplig självhjälplitteratur.

³ En cookie är en textbaserad datafil som en webbplats kan begära att få spara i webbplatsbesökarens dator. Cookies kartlägger internetbeteendet på sidan med funktionen att det ska gå snabbare. Cookies används ofta för att ge besökaren tillgång till olika funktioner eller tjänster på webbplatsen.

I etikansökan angavs att personer med djup depression eller suicidbenägenhet skulle exkluderas innan studien startade. De deltagare som skattat 5 eller 6 poäng på livslustfrågan på MADRS-S prioriterades och kontaktades direkt via telefon. Dessa personer meddelades att de inte kunde delta i studien och rekommenderades att söka annan hjälp. Hänvisningar gavs bland annat till nationella hjälplinjen och närmaste psykiatriska akutmottagning. De personer med 4 poäng på MADRS-S livslustfråga eller med en totalpoäng på över 30 uteslöts också, och fick ett e-postmeddelande om exklusion med samma hänvisningar som personer med 5 och 6 på MADRS-S item 9 hade fått via telefon samt tips på relevant självhjälp-litteratur. Två personer med för höga MADRS-poäng inkluderades av misstag i studien och deras resultat togs med i beräkningarna.

SCID-intervju

De telefonadministrerade intervjuernas syfte var att utifrån socialfobimodulen i SCID-I fastställa huruvida de potentiella deltagarna uppfyllde kriterierna i DSM-IV för en socialfobidiagnos. Intervjuerna, som i snitt tog cirka tio minuter, genomfördes av författarna och de fyra andra psykologkandidaterna som också deltog i SOFIE-projektet.

De som hade uppgivit att de genomgått behandling och vissa av de deltagare som hade angivit vid fömätningen att de ej hade genomgått tidigare behandling tillfrågades om medicinsk och psykologisk behandling för att fastställa att inklusionskriterie sju och åtta uppfylldes. För att uppnå en så hög interbedömarreliabilitet som möjligt för SCID-intervjuerna genomgicks modulen för social fobi i SCID-I med projektledare, inläsning av kriterierna enligt DSM-IV, rollspel samt diskussioner skedde för att öka samstämmigheten i bedömningen. Under möten där samtliga psykologkandidater närvarade sattes riktlinjer upp för vilka som skulle uteslutas på grund av misstänkt differentialdiagnostik eller komorbiditet och en samstämmig bedömning gavs vid oklara fall.

Salivprov

Inom ramen för projektets huvudsyfte, att genom genotypning undersöka om gener påverkar effekten av psykologisk behandling för social fobi, skickades salivprover ut per post till alla 204 deltagare som hade givit sitt samtycke till att lämna salivprov. De som ej sände in salivprovet fick en påminnelse via e-post.

Randomisering

De 204 personer som hade lämnat skriftligt samtycke till lagring av personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (1998:204) samt till att salivprovet används till genanalyser som sedan sparas enligt Biobankslagen randomiserades till en av två betingelser; 102 personer till behandlingsgrupp och 102 personer till en aktiv kontrollgrupp. Randomiseringen gjordes av en oberoende person med hjälp av Internettjänsten random.org (<http://random.org/>).

Deltagarna fick engångskoder hemsända via vanlig post. Psykologkandidaterna genererade även engångskoder till sig själva för att kunna logga in i det anonyma kontakthanterings-systemet, varpå denna sida stängdes.

För att fördela deltagarna i behandlingsgruppen på de 13 Internetterapeuter som deltog i projektet gjordes en randomisering även denna gång på webbsidan random.org (<http://random.org/>). Ingen psykologkandidat i projektet kunde emellertid få någon deltagare som klient som de även hade intervjuat med SCID. Besked om deltagande i behandlings- respektive kontrollgrupp lämnades via e-post dagen efter randomiseringen. Två webbvideor gjordes tillgängliga. Den första innehöll detaljerad information om veckomätning, kunskaps-

test, kontakthanteringssystem och diskussionsforum samt hur deltagarna skulle gå tillväga för att komma igång med inloggning på respektive internetsida och med behandlingen. Den andra videon visade hur deltagarna skulle använda diskussionsforumet.

Under de följande dagarna skickades även ett personligt välkomstmeddelande från respektive terapeut till hans/hennes deltagare via det anonyma kontakthanteringssystemet. De personer som efter fyra-fem dagar ännu inte hade loggat in i kontakthanteringssystemet fick en påminnelse via e-post. Det e-postmeddelande som skickades till deltagarna som hade slumpats till kontrollgruppen innehöll information om kontrollgruppens forum. Kontrollgruppens deltagare informerades också via e-post att de skulle bli erbjudna behandling direkt efter att den första gruppens behandling avslutats.

Behandling

Terapeuter

SOFIE-projektets sex psykologkandidater fungerade som Internetterapeuter för tio klienter vardera. Sju legitimerade psykologer med tidigare erfarenhet av Internetbehandling med KBT hade sex klienter var. Dessa var Fredrik Malmaeus, Emma Linna, Jonas Almlöv, Jonas Bjärehed, Linda Maurin, Lotta Törngren och Mats Dahlin. Riktlinjen var att Internetterapeuterna skulle lägga ned cirka 15 minuter i veckan på varje deltagare.

Självhjälpsprogram

Behandlingen med självhjälpsprogrammet pågick under nio veckor (29 september-30 november, 2008), och deltagarna förväntades fullfölja en behandlingsmodul per vecka. Behandlingen hade i stort samma upplägg som i SOFIE-4 (Hedman & Sonnenstein, 2005), det vill säga en självhjälpsbehandling via Internet där e-postkontakt med terapeut ingick samt ett diskussionsforum på nätet.

Varje modul avslutades med ett antal hemuppgifter som relaterade till innehållet i den aktuella modulen. För att få tillgång till nästföljande modul skulle deltagarna senast på söndagar kl. 23.59 1) besvara hemuppgifterna till modulerna och skicka svaren till sin Internetterapeut via det anonyma kontakthanteringssystemet, 2) ge en korrekt rapportering av det "hemliga ordet" som erhöles genom att få full poäng på kunskapstestet, 3) skriva minst ett inlägg i diskussionsforumet och 4) fylla i veckomätningen (LSAS-SR och fråga 9 på MADRS-S). Kunskapstestet var baserat på texten i respektive modul och ingick som en del av varje veckas hemuppgifter. Syftet var att motivera deltagarna att läsa innehållet i modulerna noggrant. Internetterapeuterna bedömde huruvida klienterna hade tillgodogjort sig innehållet i modulen, gav kommentarer och personlig feedback samt "uppgraderade" deltagaren till nästföljande modul inom 24 timmar. Skickades hemuppgifterna tidigare under veckan återkom terapeuterna med en kort bekräftelse på att hemuppgifterna hade tagits emot och informerade om att återkomma med utförlig feedback under söndagen eller måndagen.

Det var inte möjligt för deltagarna att arbeta med modulerna i snabbare takt än en modul per vecka. I de fall då hemuppgifterna var ofullständiga gavs information om och förslag på lämpliga kompletteringar. De deltagare som inte hade lämnat in sina svar på hemuppgiften i tid påmindes under måndagen och onsdagen via kontakthanteringssystemet. De deltagare som ej svarade på terapeutens meddelanden blev påmindas en gång via kontakthanteringssystemet, en gång via det gemensamma e-postsystemet och en gång via sms. De deltagare som inte hade hunnit igenom alla modulerna under behandlingens gång fick vid behandlingens slut tillgång till de resterande modulerna. Utöver korrespondensen kring hemuppgifterna hade deltagarna

alltid möjlighet att ställa frågor till sina respektive Internetterapeuter via det anonyma kontakthanteringssystemet, som vanligen besvarades inom 24 timmar.

Diskussionsforum

Deltagarnas användarnamn på forumen var deras studiekod, och övrig grad av anonymitet valde de själva. På forumen hade deltagarna möjlighet att utbyta erfarenheter och råd och diskutera med varandra. Kontrollgruppens deltagande i det diskussionsforum som tillgängliggjorts för dem var frivilligt. Varje vecka presenterades ett nytt diskussionsämne på forumen av administratören. Kontrollgruppens forum var inte tänkt att ha någon behandlande effekt, det vill säga frågorna var relaterade till social fobi, men de var inte behandlingsinriktade som behandlingsgruppens diskussionsfrågor. I behandlingsgruppens forum ansvarade varje Internetterapeut för att granska sina egna klienters inlägg. Kontrollgruppens forum övervakades dagligen av psykologkandidaterna i det huvudsakliga syftet att kunna uppmärksamma suicidala tendenser i diskussionsinlägg och i förekomna fall kontakta deltagaren. SOFIE-projektets personal hade möjlighet att ta bort olämpliga inlägg i båda forumen. Internetterapeuterna varken skrev eller besvarade frågor i forumen.

Veckomätning

En veckovis mätning av behandlingsrespons med LSAS-SR skedde via Internet. Deltagarna instruerades att fylla i veckomätningen varje söndag under behandlingstiden. I denna veckomätning ingick även att besvara MADRS-S item 9 om livslust för att upptäcka eventuell suicidrisk, och i föreliggande fall snabbt kunna sätta in kompletterande åtgärder. Deltagare som fick 4 eller högre poäng på MADRS-S item 9 fick direkt ett e-postmeddelande som informerade om studiens säkerhetsrutin att kontakta deltagare med allvarliga suicidtankar. I meddelandet tillfrågades deltagarna om hur de mädde och de uppmanades att höra av sig via kontakthanteringssystemet. Personer med 5 eller 6 poäng blev dessutom uppringda av sin Internetterapeut och rekommenderades att söka komplementär behandling för sin nedstämdhet och livsleda.

De deltagare som inte hade genomfört veckomätningen på måndag morgon blev dels påminda med SMS som skickades via Internettjänsten Messito (<http://www.messito.se/>), dels via SOFIE-projektets gemensamma krypterade e-post där en länk till Internetsidan med veckomätningen bifogades.

Eftermätning

Vid behandlingens slut ombads deltagarna i både kontroll- och behandlingsgrupp att via Internet fylla i samma skattningsskalor som användes vid förmätningen, det vill säga SPSQ, SPS, SIAS, LSAS-SR, BAI, MADRS-S och QOLI. Kontrollgruppen informerades också om startdatum för deras kommande behandling.

Design

Studien har en kvasiexperimentell design. Studiens ena oberoende variabel är en mellangrupsvariabel, subgrupp, med två betingelser (NGSP och GSP). Den andra oberoende variabeln tid (förmätning, eftermätning samt veckovisa mätningar) är en inomgruppsvariabel. Beroendevariabeln är social fobi vilken mäts med självskattningsformulären SPS, SIAS, SPSQ och LSAS-SR. Behandlingsutfall för frågeställning 1 mäts med SPS, SIAS, SPSQ och LSAS-SR. Den veckovisa behandlingsresponsen för frågeställning 2 mäts med LSAS-SR. Frågeställning 3, som undersöker frekvensen av sudden gains i de båda subgrupperna, mäts med LSAS-SR.

Statistiska analyser

En överrepresentation av individer med GSP var väntat i föreliggande studies sampel, vilket skulle innebära få personer i subgruppen NGSP. För att höja studiens power användes, förutom data från SOFIE-6, tidigare SOFIE-studiers datamaterial. Endast data från de tidigare SOFIE-studier där behandlingsmetoden var identisk användes, det vill säga Internet-behandlingen i SOFIE-4 och 5 samt en av grupperna i SOFIE-3, för att studera skillnader i behandlingsutfall mellan subgrupperna (N=189). Data från SOFIE-4, 5 och 6 användes för att beräkna huruvida den veckovisa behandlingsresponsen skiljer sig mellan subgrupperna (N=170). De första två frågeställningarna besvarades med hjälp av beräkningar med mixad tvåvägs-ANOVA med upprepade mätning. Effektstorlekar enligt Cohen's d (Clark-Carter, 2004) redovisas för behandlingsutfall. Mixad tvåvägs-ANOVA användes även vid beräkning av behandlingsutfallet av kontroll- och behandlingsgrupp.

I enlighet med Jacobson & Truax (1991) föreslagna kriterier bestämdes klinisk signifikant förbättring i föreliggande studie med ett Reliable Change Index för varje deltagare och en eftermätningspoäng inom två standardavvikelser från normalpopulationens medelvärde. Svenska normdata användes för SPSQ (M±SD:9.1±7.3), SPS (M±SD: 6.4±7.4) och SIAS (M±SD:12.8±8.8) medan amerikanska normer användes för LSAS-SR (M±SD: 13.5±12.7), se Tillfors et al., 2008. Skillnader i proportioner av deltagare som nådde klinisk signifikant förbättring utvärderades med hjälp av χ^2 -test.

För att undersöka förekomsten av sudden gains i respektive subgrupp, frågeställning tre, definierades sudden gains utifrån kriterier som Hofmann och kollegor (2006) satt upp. För att utvärdera om någon signifikant skillnad förelåg i frekvens av sudden gains i NGSP-respektive GSP-gruppen användes också χ^2 -test.

RESULTAT

Skillnader före behandlingsstart

Det förelåg en signifikant skillnad mellan SOFIE-studiernas (3, 4, 5 och 6) medelvärden innan behandlingsstart med avseende på förmätningen av SPSQ, BAI och QOLI, [F(3,188)=, 2.80-5.42, p=.042-.001]. SOFIE-3, som var en studentpopulation, skilde sig signifikant från de övriga SOFIE-studiernas grupper i form av lägre skattningar på dessa tre mått (p<.05). Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan SOFIE-studiernas medelvärden innan behandlingsstart med avseende på SPS, SIAS, LSAS total, LSAS rädsla, LSAS undvikande och MADRS-S, [F(3,188)= 1.46-2.00, p=.228-.115].

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan NGSP-grupperna i de olika SOFIE-studierna (3, 4, 5 och 6) innan behandlingsstart på förmätningens värden för något utfallsmått, [F(3,69) =.20-2.10, p=.90-.11]. Det förelåg inte heller någon signifikant skillnad mellan GSP-grupperna i de olika SOFIE-studierna innan behandlingsstart med avseende på förmätningens värdena på SPSQ, SPS, SIAS, LSAS total, LSAS rädsla, LSAS undvikande, MADRS-S och QOLI, [F(3,118)=.97-1.97, p=.41-.12]. Däremot fanns det en sådan skillnad på BAI [F(3,118)=3.22, p=.025] där SOFIE-3:s lägre medelvärde för GSP skiljde sig signifikant från de tre andra GSP-gruppernas medelvärden; SOFIE-4 t(36)=2.93, p=.006; SOFIE-5 t(23)=2.82, p=.010; SOFIE-6 t(68)=2.63, p=.011.

Det fanns en signifikant skillnad i förmätningspoäng mellan NGSP och GSP på alla utfallsmåtten, [t(187)=3.22-14.82, p=.002-.000]. Storleken på skillnaderna i medelvärden var

genomgående måttliga till stora (Cohen's $d=.49-2.26$), där 0.2 betecknas som liten, 0.5 måttlig, och 0.8 som en stor effektstorlek (Clark-Carter, 2004).

Det förelåg heller inga signifikanta skillnader mellan behandlings- och kontrollgruppen i SOFIE-6 på något av utfallsmåtten före behandlingsstart (se Bertholds & Lundborg, 2008).

Behandlingsutfall SOFIE-6

Föreliggande studie är del av en behandlingsstudie som visade på signifikanta behandlings-effekter mellan behandlings- och kontrollgrupp, det vill säga signifikanta interaktionseffekter tid \times grupp [$F(1,201)=7.98-92.66$, $p=.005-.000$], konsistent med resultaten i tidigare SOFIE-studier. Den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken för behandlingsgruppen var 0.78. Motsvarande genomsnittliga inomgruppseffektstorleken för endast social fobiskalorna var 0.99, vilket kan jämföras med tidigare SOFIE-studiers inomgruppseffektstorlekar för social fobiskalorna ($d=.73-1.20$).

Huvudeffekterna av tid var signifikanta [$F(1,201)=10.85-161.13$, $p=.001-.000$] och detsamma gällde huvudeffekterna på fem av sju skalor för grupp [$F(1,201)=5.76-8.70$, $p=.017-.004$]. Eftersom föreliggande studie fokuserar på subgrupper ges ingen utförligare beskrivning av jämförelsen mellan behandlings- och kontrollgrupp. För mer information se Bertholds & Lundborg, 2008.

Frågeställning 1: Behandlingsutfall för subgrupperna

Skillnad i spridningar mellan grupperna kontrollerades med equality of variance F-test. Alla jämförelser var icke-signifikanta ($p>.10$) med undantag av BAI ($p=.02$). Emellertid var den största variansen aldrig mer än två gånger större än den minsta variansen för något mått.

Huvudutfallsmått

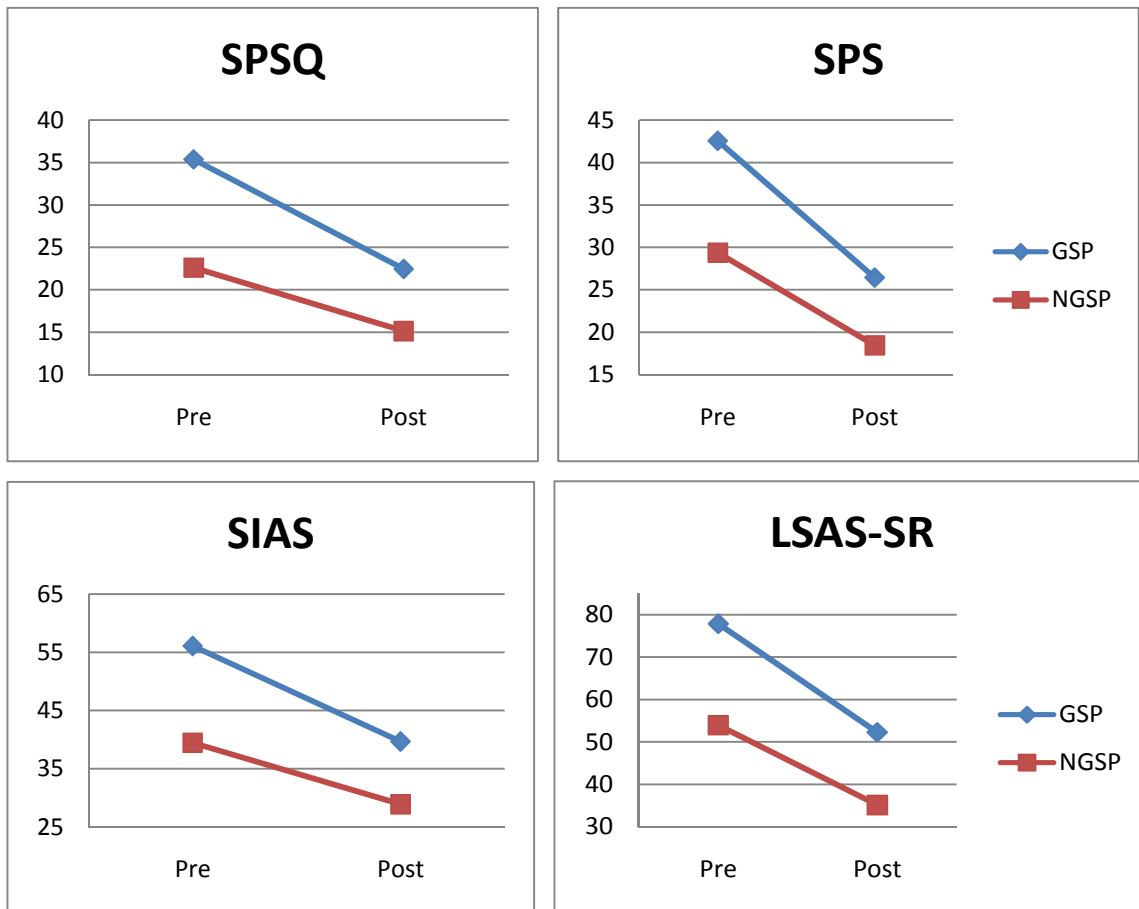
Tabell 4. Resultat av variansanalys samt effektstorlekar och procentuell förbättring för huvudutfallsmåtten i SOFIE 3-6 fördelat på subgrupper.

	Pre M (SD)	Post M (SD)	Huvudeffekt		Interaktions effekt	Effektstorlek (inomgrupp) Cohen's <i>d</i>	% förbättring
			Tid F(1,187) partial η^2	Grupp F(1,187) partial η^2	Tid x Grupp F(1,187) partial η^2		
SPSQ							
NGSP	22.60 (5.33)	15.14 (7.32)	227.89** .55	115.55** .38	16.40** .08	1.17	33.01
GSP	35.37 (5.93)	22.45 (10.11)				1.56	36.53
SPS							
NGSP	29.37 (12.76)	18.46 (11.70)	194.04** .51	31.26** .14	7.13* .04	0.89	37.15
GSP	42.53 (15.02)	26.44 (15.16)				1.07	37.83
SIAS							
NGSP	39.46 (13.37)	28.89 (12.97)	181.62** .49	54.83** .23	8.49* .04	0.80	26.79
GSP	56.07 (12.77)	39.66 (15.86)				1.14	29.27
LSAS-SR total							
NGSP	53.94 (17.88)	35.13 (17.22)	224.06** .55	53.90** .22	5.19* .02	1.07	34.87
GSP	77.86 (20.80)	52.29 (24.65)				1.12	32.84
LSAS-SR rädsla							
NGSP	28.63 (9.24)	19.04 (9.22)	207.08** .53	52.23** .22	3.60 .02	1.04	33.50
GSP	40.27 (10.36)	27.77 (12.36)				1.10	31.04
LSAS-SR undvikande							
NGSP	25.31 (9.39)	16.09 (8.81)	208.91** .53	48.89** .21	6.22* .03	1.01	36.43
GSP	37.59 (11.25)	24.51 (12.88)				1.08	34.80

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$; SPSQ = Social Phobia Screening Questionnaire, SPS = Social Phobia Scale, SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, LSAS-SR = Liebowitz Social Anxiety Scale self-report. GSP = Generaliserad social fobi, NGSP = Icke-generaliserad social fobi

Signifikanta huvudeffekter av tid och grupp samt signifikanta interaktionseffekter tid \times grupp erhöles på samtliga huvudutfallsmått (SPSQ, SPS, SIAS, LSAS-SR), se tabell 4. Interaktionen drevs i samtliga fall av en större förändring i gruppen GSP än i NGSP (se figur 2). Den genomsnittliga inomgrupps-effektstorleken var 0.98 för NGSP respektive 1.22 för GSP. Den genomsnittliga procentuella förbättringen var 33.0 % för NGSP och 34.1 % för GSP. Det

fanns signifikanta skillnader mellan subgrupperna vid eftermätningen på huvudutfallsmåtten [t(187)=4.05-5.73, p=.000] där GSPs skattningar fortfarande var högre än NGSP.



Figur 2. Förändring under behandlingstiden på huvudutfallsmåtten för de två subgrupperna.

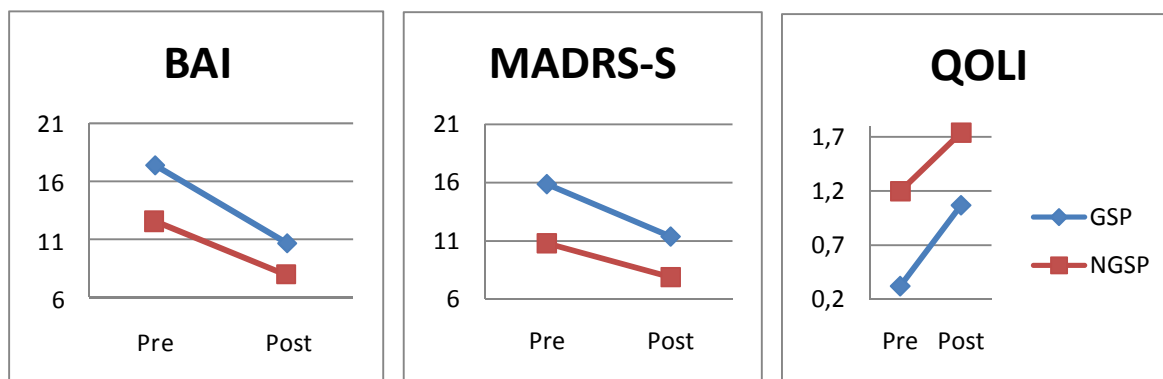
Sekundära utfallsmått

Tabell 5. Resultat av variansanalys samt effektstorlekar och procentuell förbättring för de sekundära utfallsmåtten i SOFIE 3-6 fördelat på subgrupper.

	Pre M (SD)	Post M (SD)	Huvudeffekt		Interaktions- effekt	Effektstorlek (inomgrupp) Cohen's <i>d</i>	% förbättring
			Tid F(1,187) partial η^2	Grupp F(1,187) partial η^2	Tid x Grupp F(1,187) partial η^2		
BAI							
NGSP	12.47 (6.48)	7.99 (5.84)	133.17** .42	15.04** .07	5.02* .03	0.73	35.93
GSP	17.33 (8.41)	10.68 (7.05)				0.86	38.37
MADRS-S							
NGSP	10.81 (6.78)	7.89 (6.29)	67.71** .27	19.55** .10	3.04 .02	0.45	27.01
GSP	15.87 (7.27)	11.37 (7.48)				0.61	28.36
QOLI							
NGSP	1.20 (1.66)	1.74 (1.81)	45.66** .20	8.57* .04	1.09 .01	0.32	45.00
GSP	0.32 (1.89)	1.07 (2.00)				0.38	234.38

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$; BAI = Beck Anxiety Inventory, MADRS-S = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, QOLI = Quality of Life Inventory. GSP = Generaliserad social fobi, NGSP = Icke-generaliserad social fobi

Signifikanta huvudeffekter av tid och grupp erhöles på alla sekundära utfallsmått (se tabell 5). En signifikant interaktionseffekt tid \times grupp erhöles för BAI men ej för MADRS-S och QOLI. Den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken för de sekundära utfallsmåtten var 0.50 för NGSP respektive 0.62 för GSP. Den genomsnittliga effektstorleken för samtliga utfallsmått var 0.78 för NGSP respektive 0.96 för GSP. Det fanns signifikanta skillnader mellan subgrupperna vid eftermätningen på de sekundära utfallsmåtten [$t(187) = 2.32-3.27$, $p = .021-.001$] där GSP hade högre patologiskattningar än NGSP.



Figur 3. Förändring under behandlingstiden på sekundära utfallsmått för de två subgrupperna.

Övriga analyser av behandlingseffekt

Klinisk signifikant förbättring

NGSP-gruppen uppvisade en signifikant högre andel kliniskt signifikant förbättrade personer än GSP-gruppen [$\chi^2(1,n=189)= 7.39-12.62$, $p=.007-.000$] på SPSQ, SIAS och LSAS-SR. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan subgrupperna i andelen kliniskt signifikant förbättrade på SPS [$\chi^2(1,n=189)= 1.41$, $p=.235$]. Av deltagarna som tillhörde NGSP-gruppen vid behandlingens början blev 23 (32.9%) diagnosfria vid behandlingens slut mätt med SPSQ. Motsvarande siffra för GSP var 31 (26.1%). Det var ingen signifikant skillnad mellan NGSP och GSP i andel deltagare som blev diagnosfria vid behandlingens slut [$\chi^2(1,n=189)= .70$, $p=.40$].

Tabell 6. Kliniskt signifikant förbättrade (KSF) deltagare ur behandlingsgrupperna SOFIE 3-6 fördelade på NGSP och GSP på huvudutfallsmåtten.

	NGSP KSF	GSP KSF	Totalt KSF
SPSQ			
SOFIE-3	9 (75.0%)	4 (57.1%)	
SOFIE-4	8 (88.9%)	17 (54.8%)	
SOFIE-5	7 (63.6%)	15 (83.3%)	
SOFIE-6	31 (81.6%)	33 (52.3%)	
Totalt	55 (78.6%)	69 (58.0%)	124 (65.6%)
SPS			
SOFIE-3	10 (83.3%)	4 (57.1%)	
SOFIE-4	4 (44.4%)	13 (41.9%)	
SOFIE-5	5 (45.5%)	11 (61.1%)	
SOFIE-6	21 (55.3%)	28 (44.4%)	
Totalt	40 (57.1%)	56 (47.1%)	96 (50.8%)
SIAS			
SOFIE-3	9 (75.0%)	2 (28.6%)	
SOFIE-4	2 (22.2%)	7 (22.6%)	
SOFIE-5	4 (36.4%)	6 (33.3%)	
SOFIE-6	19 (50.0%)	18 (28.6%)	
Totalt	34 (48.6%)	33 (27.7%)	67 (35.4%)
LSAS-SR			
SOFIE-3	7 (58.3%)	2 (28.6%)	
SOFIE-4	4 (44.4%)	8 (25.8%)	
SOFIE-5	5 (45.5%)	7 (38.9%)	
SOFIE-6	25 (65.8%)	20 (31.7%)	
Totalt	41 (58.6%)	37 (31.1%)	78 (41.3%)

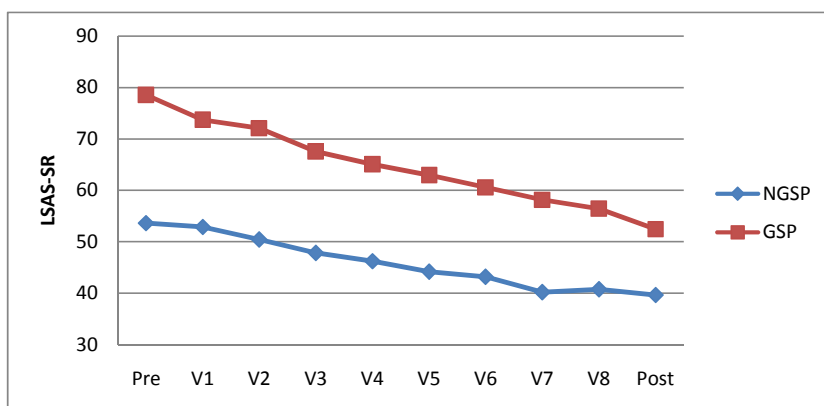
SPSQ = Social Phobia Screening Questionnaire, SPS = Social Phobia Scale, SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, LSAS-SR = Liebowitz Social Anxiety Scale self-report, NGSP= Icke-generaliserad, GSP = Generaliserad social fobi

Frågeställning 2: Veckovis behandlingsrespons

En mixad tvåvägs-ANOVA utfördes för att undersöka om det fanns en skillnad i den veckovisa behandlingsresponsen (förmätning och nio veckovisa mätningar) mätt med LSAS-SR mellan subgrupperna GSP och NGSP. Det fanns en signifikant interaktionseffekt subgrupp \times tid [$F(9,1512)=2.99$, $p=.002$] vilken drevs av en större förbättring i GSP. Det fanns

också en signifikant huvudeffekt av tid [$F(9,168)=94.11$, $p<.000$] och en signifikant huvudeffekt av subgrupp [$F(1,168)=38.67$, $p<.000$].

För NGSP uppstod en signifikant [$t(57)=2.25$, $p=.028$] minskning av deltagarnas värden på LSAS-SR mellan förmätningen ($M=53.64$, $SD=18.08$) och vecka 2 ($M=50.45$, $SD=17.13$). För GSP uppstod en signifikant minskning av deltagarnas värden på LSAS-SR redan mellan förmätningen ($M=78.51$, $SD=20.74$) och vecka 1 ($M=73.70$, $SD=19.14$) [$t(111)=3.75$, $p=.000$] - se figur 4 för graf av den veckovisa behandlingsresponsen. Den största procentuella förbättringen skedde mellan vecka 8-9 för båda subgrupperna, se tabell 7.



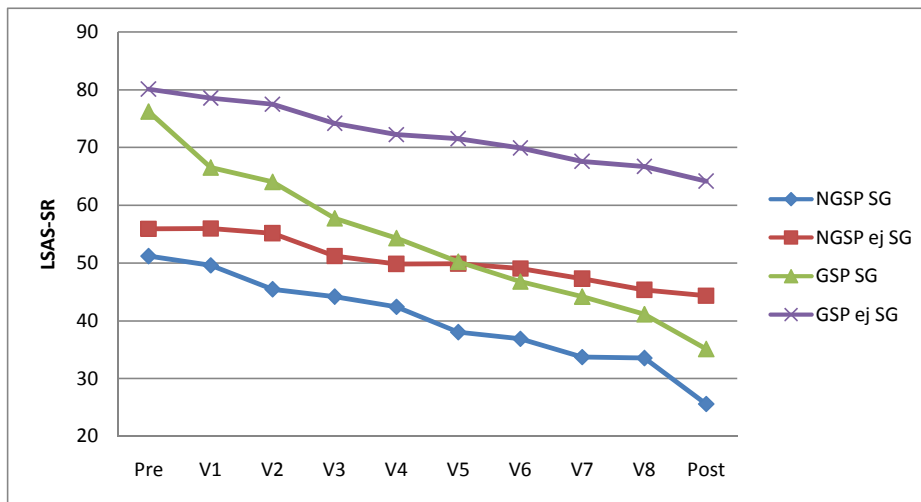
Figur 4. Förändring under behandlingstiden för subgrupperna från förmätning (pre) till postmätning (vecka 9) mätt med Liebowitz Social Anxiety Scale self-report (LSAS-SR).

Tabell 7. Procentuell veckovis förbättring på Liebowitz Social Anxiety Scale self-report (LSAS-SR) för subgrupperna.

LSAS-SR	NGSP	GSP
Pre – Vecka 1	1.38%	6.13%
Vecka 1 – Vecka 2	4.63%	2.18%
Vecka 2 – Vecka 3	5.20%	6.29%
Vecka 3 – Vecka 4	3.32%	3.73%
Vecka 4 – Vecka 5	4.47%	3.21%
Vecka 5 – Vecka 6	2.23%	3.73%
Vecka 6 – Vecka 7	5.67%	4.01%
Vecka 7 – Vecka 8	2.67%	3.02%
Vecka 8 – Vecka 9 Post	10.96%	6.98%

NGSP= Icke-generaliserad, GSP = Generaliserad social fobi

Frågeställning 3: Sudden gains



Figur 5. Veckovis behandlingsrespons från förmätning (pre) till postmätning (vecka 9) för respektive subgrupp med och utan sudden gains (SG) i SOFIE- 4, 5 och 6.

Av det totala antalet deltagare, för vilka data på veckomätningar förelåg, hade 28 av 58 i NGSP-gruppen (48.28%) uppnått en eller flera sudden gains under behandlingens gång. Bland GSP var motsvarande siffra 45 av 112 (40.18%). Andelen NGSP som uppnådde sudden gains under behandlingens gång var inte signifikant större än andelen GSP som hade sudden gains [$\chi^2(1, n=170)=1.02$ $p=.31$].

Såväl inom GSP [$F(1,110)=47.84$, $p<.000$] som NGSP [$F(1,56)=16.32$, $p<.000$] fanns det signifikanta interaktionseffekter sudden gain (ja/nej) \times tid (pre/post) på LSAS-SR. Interaktionerna drevs i bägge fallen av en större förbättring hos de personer som hade uppnått minst en sudden gain under behandlingen, se figur 5.

DISKUSSION

Syftet med föreliggande studie var att vinna ökade kunskaper om effekten av ett Internet-administrerat självhjälsprogram för social fobi med e-postbaserad terapeutkontakt för två subgrupper av social fobi (GSP, NGSP), samt när under behandlingen som förbättringen inträffar i dessa subgrupper.

Resultatsammanfattning

Båda subgrupperna förbättrades signifikant av SOFIE-behandlingen, dock fick deltagare med GSP en signifikant större förbättring på alla socialfobiskalor än deltagare med NGSP. Effektstorlekarna för båda subgrupperna på huvudutfallsmåtten var stora och högst i GSP-gruppen. Effektstorlekarna för de sekundära utfallsmåtten varierade från små till stora.

Båda subgrupperna uppvisade en stabil gradvis förbättring i veckovis behandlingseffekt mätt med LSAS-SR. Deltagare med GSP uppvisade en signifikant minskning av rädsla/ångest och undvikande efter den första behandlingsveckan, medan förbättringen inträffade först efter den andra behandlingsveckan för NGSP.

Andelen personer med NGSP skiljde sig inte signifikant från andelen med GSP som uppnådde minst en ”sudden gain” under behandlingen. Inom bägge subgrupperna var sudden gain associerad med bättre behandlingsutfall på LSAS-SR. En högre andel individer ur NGSP-gruppen uppnådde kriterierna för kliniskt signifikant förbättring än i GSP-gruppen.

Resultatdiskussion

Frågeställning 1: Behandlingsutfall för subgrupperna

I föreliggande studie förbättrades GSP-gruppen som nämnts signifikant mer än NGSP på alla huvudutfallsmåtten och självhjälpsbehandlingen gav genomgående större effektstorlekar för deltagare med GSP. En tänkbar förklaring till detta kan vara att deltagare med GSP hade en högre initial svårighetsgrad av social fobi än NGSP och att de sålunda hade en större regression mot medelvärdet än NGSP mellan för- och eftermätning. Detta kan dock ifrågasättas om man ser till mönstret på veckomätningarna med LSAS-SR där det sker en stabil förbättring från vecka till vecka. Att effekten blir större för GSP på samtliga skalor för social fobi talar emot att förbättringen för GSP endast kan förklaras genom regression mot medelvärdet. Det är osannolikt att regression mot medelvärdet på alla skalor skulle vara hela förklaringen till de större effektstorlekarna som uppmätts för GSP.

I relation till GSP har NGSP-gruppen låga utgångsvärden för samtliga huvudutfallsmått och det är möjligt att NGSP-gruppen får en golfeffekt. Med andra ord är det möjligt att deltagare med NGSP har så pass låg svårighetsgrad av social fobi innan behandlingen att utrymmet för förbättring blir begränsat. Det kan vara en förklaring till att effektstorlekarna för GSP är signifikant större än för NGSP. En annan förklaring kan vara att SOFIE-behandlingen är bättre anpassad för personer med generaliserade sociala rädslor medan till exempel personer med avgränsade rädslor i 1-2 prestationssituationer, eller personer med specifika fysiologiska problem som svettning eller rodnad, inte upplever alla behandlingsinslag som relevanta.

Ett argument för att identifiera subgrupper med olika subgrupp/svårighetsgrad av social fobi är att det kan vara kliniskt relevant. I likhet med resultaten i studierna av Hope, Herbert & White, (1995) och Otto et al. (2000) vidmakthölls de initiala skillnaderna i svårighetsgrad mellan GSP och NGSP även efter behandlingen, vilket innebär att GSP-gruppen var mer nedsatta vid slutet av behandlingen, trots högre effektstorlekar än NGSP. Resultaten pekar alltså mot att även om GSP svarar bättre på självhjälpsbehandlingen så är det mindre sannolikt att personer med GSP är kliniskt signifikant förbättrade vid slutet av behandlingen. Det kan vara så att individerna i GSP-gruppen, på grund av deras rädsla för ett större antal situationer och högre grad av undvikande, kan behöva mer tid och möjligheter att exponeras för fler situationer samt mer terapeutkontakt för att få samma kliniskt signifikanta förbättring. Kanske skulle självhjälpsbehandling i kombination med SSRI ge ytterligare förbättring för GSP. För att om möjligt kunna eliminera den signifikanta skillnaden i eftermätningens värden för GSP och NGSP vore det intressant att förlänga SOFIE-behandlingen med ytterligare ett antal veckor.

Variabler som har föreslagits kunna påverka behandlingsrespons vid läkemedelsbehandling är subgrupp och svårighet av baslinjesymtom på LSAS. En översiktsartikel av farmakologiska behandlingsstudier av social fobi visar att förbättringen blir lägre på LSAS om NGSP inkluderas i samplet (Ipser et al., 2008). Ett flertal behandlingsstudier, framförallt läkemedelsstudier (Rickels, Mangano & Khan, 2004; Ipser et al., 2008), men även studier av KBT-behandling individuellt eller i grupp (t.ex. Clark et al., 2003; Davidson et al., 2004; Salaberria & Echeburua, 1998; Scholing & Emmelkamp, 1993), har enbart inkluderat GSP och inte

NGSP i urvalet. Därmed kan effektstorleken överdrivas jämfört mot studier som tar med en blandad NGSP/GSP population som till exempel Internetbehandlingsstudierna i SOFIE-projektet.

Inom KBT-litteraturen har Clark och kollegors behandlingsstudier (2003, 2006) väldigt höga effektstorlekar. Effektstorleken för endast GSP i deras studie (2003) av kognitiv terapi på utfallsmått för social fobi var 2.14 (Cohen's *d*). Höga effektstorlekar (1.76-2.17) uppmäts också i Clarks studie från 2006. Föreliggande studies genomsnittliga effektstorlek för GSP är 1.22 på huvudutfallsmåtten. Motsvarande siffra är 0.98 för NGSP. Båda kan anses som höga effektstorlekar men ligger dock ändå inte i närheten av de effektstorlekar Clark et al. (2003 och 2006) uppmäter. En jämförelse av medelvärdena på skattningsskalorna SPS, SIAS och LSAS vid förmätningen mellan Clarks GSP-sampel som behandlades med kognitiv terapi (Clark et al., 2003) och subgrupperna i SOFIE 3-6 talar emot att Clarks urval skulle ha utgjorts av personer med högre svårighetsgrad av social fobi (ibid). Endast på LSAS-SR hade Clarks generaliserade sampel ett något högre medelvärde vid förmätningen än i GSP-samplet i SOFIE 3-6. På SIAS låg förmätningens medelvärde i deras urval mellan medelvärdet för GSP och NGSP i SOFIE 3-6. På SPS låg NGSP-gruppen i SOFIE 3-6 nära GSP-gruppens medelvärde i Clarks studie (ibid.). Detta kan tyda på att deras urval i själva verket inte var en svårare grupp än det urval som föreliggande studie tagit med och att deras höga effektstorlekar bör förklaras på annat sätt.

De flesta personer ur både NGSP och GSP i föreliggande studie ligger kring cutoff-gränsen (30 poäng eller 5 situationer) på SPSQ. Detta innebär att fördelningen mellan grupperna inte är så tydlig som man skulle önska. I NGSP-gruppen finns några få deltagare som skulle kunna räknas till gruppen SSP med en till två rädslor. Resten av NGSP-samplet har en form av social fobi som innefattar rädslor i fler situationer. Man kanske kan tänka sig att SOFIE-behandlingen passar sämre för deltagare med SSP vilket skulle kunna vara en förklaring till NGSP-gruppens lägre behandlingseffekt.

En möjlig konsekvens av att olika effektstorlekar kan erhållas beroende på vilka försökspersoner man väljer att inkludera är som nämnts att enbart patienter med GSP inkluderas för att kunna påvisa höga effektstorlekar i behandlingsstudier av social fobi. I många fall finansieras läkemedelsstudier av läkemedelsföretag (Ipser et al., 2008) med vinstintresse vilket kan medföra en ökad risk för selektivt urval. Denna risk kan kanske även förekomma i behandlingsstudier med KBT-behandling som utformats av forskarna själva.

Utifrån resultaten i föreliggande studie är det tveksamt om en utveckling av mer subgruppsanpassade behandlingsmetoder av Internetbaserad självhjälpsbehandling skulle vara motiverad eftersom båda subgrupperna förbättrades signifikant efter behandlingen. Effektstorlekarna för huvudutfallsmåtten i båda subgrupperna var stora, vilket kan ses som ett stöd för att olika svårighetsgrader av social fobi kan behandlas effektivt med denna gemensamma form av Internetbaserad självhjälpsbehandling. En möjlig slutsats som kan dras är att det skulle kunna vara så att NGSP och GSP inte är kvalitativt särskiljda subgrupper utan att de endast skiljer sig åt i svårighetsgrad av social fobi, det vill säga att subgrupperna är kvantitativt åtskiljda eller att det helt enkelt inte finns någon grund till att dela in personer med social fobi i kategoriska subgrupper.

SOFIE-behandlingen tycks tillräcklig oavsett initial svårighetsgrad vilket talar emot nödvändigheten att utveckla en mer subgruppsanpassad behandling. Även om terapeuterna var blinda för sina respektive klienters subgruppstillhörighet kan det dock ha varit så att

deltagare med GSP fick mer terapeutkontakt och att behandlingen sålunda blev mer individanpassad.

Frågeställning 2: Veckovis behandlingsrespons

Båda subgrupperna uppvisar snabbt en effekt av behandlingen. Eftersom första veckan främst består av psykoedukation kring social fobi och KBT kan man dra slutsatsen att en placebo-effekt kan spela en roll i minskningen av poäng på LSAS-SR. Möjligen kan kunskapen om att det finns andra individer med liknande problematik, förväntningar på behandlingen och den tillgängliga informationen om att det finns metoder som fungerar bra vid social fobi bidra till den snabba förbättringen som sker för både GSP och NGSP. Det bör inte läggas särskilt stor vikt vid att GSP och NGSP förbättras efter olika veckor då ingen egentlig intervention har presenterats efter varken vecka ett eller vecka två. En möjlig förklaring till att GSP förbättras något tidigare skulle dock kunna vara att GSP har större regression mot medelvärdet än vad NGSP har mellan dessa få mätpunkter. Det är värt att uppmärksamma att en signifikant förbättring sker så tidigt under behandlingen för båda subgrupper. En möjlig slutsats som kan dras av dessa resultat är att psykoedukation bör framhållas ytterligare som en behandlingsintervention i terapi för social fobi. Att den procentuella förbättringen är störst för både GSP och NGSP mellan vecka 8 och 9 kan förklaras med att de deltagare som är kvar sent i behandlingen är de som är mest motiverade och som upplevt störst förbättringar av behandlingen.

Frågeställning 3: Sudden gains

Enligt Hofmann och kollegor (2006) uppnår i allmänhet mellan 17-50% av klienter sudden gains. Föreliggande studies andel deltagare med sudden gains ligger således inom den övre delen av intervallet då 48.28% av NGSP och 40.18 % av GSP uppnår sudden gains. Andelen som uppnår sudden gains i GSP skiljer sig inte signifikant från andelen NGSP som uppnår sudden gains.

Veckomätningen, som skulle genomföras av deltagarna på söndagar, fylldes i vissa fall i tidigare än söndagen och i andra fall senare än söndagen. Detta innebär att det fanns en viss variation i antalet förflutna dagar mellan två veckomätningar vilket kan försvåra tolkningen av den veckovisa förbättringen. Att Last observation carried forward (LOCF) användes vid veckomätningarna med LSAS-SR för ett antal personer enligt riktlinjerna inom analysmetoden Intention to treat (ITT) kan ha bidragit till en överskattning av frekvensen av sudden gains. Förändringen som skedde under flera veckors tid registrerades som en plötslig förändring mellan vecka åtta och eftermätningen, då dessa deltagare i vissa fall fyllde i eftermätningen trots att de ej fyllt i veckomätningarna under flera på varandra följande tillfällen. En brist som påtalats med LOCF är att metoden inte är lämplig för att mäta responsprofil över tid (Mallinckrodt et al., 2003).

Den forskning som finns i nuläget ställer sig tveksam till den kliniska signifikansen av sudden gains vid behandling av social fobi (Hofmann et al., 2006). Studien av Hofmann och kollegor (ibid.) visade att gruppen av individer som uppnådde sudden gains under behandlingen hade högre nivåer av social ångest vid förmätningen. Även om 73% av patienterna i samplet i Hofmanns studie hade diagnosticerats med GSP så var det genomsnittliga förmätningssvärdet på LSAS-SR i detta sampel i de två behandlingsgrupperna 40.75 respektive 44.58, vilket tyder på lägre svårighetsgrad av social fobi innan behandlingen jämfört med föreliggande studie. Det kan enligt författarna vara så att genom att sortera ut individer med sudden gains skiljer man egentligen endast ut gruppen med den svårare formen av social fobi. På grund av regression mot medelvärdet är det större chans att personer med en svårare grad av social

ångest uppvisar förbättringar under behandling än de med en lättare grad av social ångest (ibid.) åtminstone om mätpunkterna är få. Föreliggande studies resultat tyder emellertid på att de med en lättare grad av social fobi (NGSP) uppnår sudden gains i lika stor grad som de med svårare social fobi (GSP).

En förklaring till föreliggande studies resultat skulle kunna vara att differentieringen mellan subgrupper inte är ultimata. Det kan vara så att alltför många personer ligger precis runt cutoff-gränsen på SPSQ för NGSP/GSP och att detta sålunda påverkar särskiljningen mellan subgrupperna. Dock skiljer sig subgrupperna signifikant åt på förmätningens värden vilket indikerar att differentieringen av subgrupper är adekvat och att någon annan faktor förklarar att resultaten går stick i stäv med resultaten i Hofmann et al. (2006). Ett annat belägg för att denna förklaring inte är rimlig är att SOFIE-4 (Hedman & Sonnenstein, 2005), vars resultat visade att deltagare som uppnådde sudden gains hade lägre värden på LSAS-SR vid förmätningen än de utan sudden gains, använde samma cutoff-gräns på SPSQ som föreliggande studie. En alternativ förklaring skulle kunna vara att urvalet i föreliggande studie är mer nedsatt det vill säga har en svårare problematik än i Hoffmans studie. NGSP-gruppen har i så fall större utrymme för förbättring och som en följd av detta uppvisar de en lika hög grad av sudden gains som GSP.

Frågan om huruvida sudden gains har någon klinisk signifikans eller om det snarare är så att klienter uppvisar kliniskt icke-signifikanta symptomfluktuationer under terapi ställs av Hofmann och kollegor (2006). Det skall dock noteras att en bättre behandlingseffekt på LSAS-SR sågs inom bägge subgrupperna för de personer som hade uppnått minst en sudden gain, konsistent med vad som rapporterades av Hedman och Sonnenstein (2005). Personer med respektive utan sudden gains skulle kunna karakterisera en förändringsbenägen och en mer behandlingsresistent grupp, som dock inte påtagligt har med GSP/NGSP grupperingen att göra.

Kliniskt signifikant förbättring

NGSP uppnådde högre grad av kliniskt signifikant förbättring än GSP på majoriteten av måtten för social fobi. På SPS kan ingen skillnad mellan grupperna uppvisas. Andelen kliniskt signifikant förbättrade deltagare ligger mellan (48.6-78.6%) för NGSP och (27.7-58.0%) för GSP. Att andelen kliniskt signifikant förbättrade blir högre i NGSP kan förklaras av att dessa personer i högre utsträckning än personer med GSP uppfyller kriteriet att ligga inom två standardavvikelser från normalpopulationen efter behandling, eftersom de redan från början hade en lindrigare problematik.

Det finns flera sätt att definiera kliniskt signifikanta förbättringar (Jacobson & Truax, 1991). Det finns dock enligt dessa författare (ibid.) fortfarande ingen optimal metod för att mäta kliniskt signifikant förbättring. För att öka jämförbarheten har alla SOFIE-studierna använt samma sätt att räkna på kliniskt signifikant förbättring med krav på ”reliable change” och där hänsyn tagits till eftermätningens avvikelse från svenska normdata. Slutsatsen som kan dras är att om personer med NGSP överinkluderas i en behandlingsstudie är det lättare att få höga andelar kliniskt signifikant förbättrade, åtminstone om man utgår från den beräkningsmetod som använts i föreliggande studie. Förhållandet är det motsatta för effektstorlek det vill säga om man överinkluderar personer med GSP är det lättare att få höga effektstorlekar än om man har en jämnare fördelning mellan subgrupperna i urvalet.

Andelen diagnosfria deltagare mätt med SPSQ skiljde sig inte åt signifikant mellan subgrupperna (26.1% i GSP vs. 32.9% i NGSP). Detta är förvånande då NGSP ligger närmare

normalpopulationen vid förmätningen än GSP och sålunda förväntades bestå av en högre andel diagnosfria deltagare efter behandlingen. Att mäta diagnosfrihet med SPSQ är emellertid ett något osäkert mått. Diagnostiska SCID-intervjuer efter behandling pågår dock i skrivande stund och kommer att redovisas i en senare uppsats.

Det tycks som att olika mått på huruvida patienter blir förbättrade eller inte ger olika resultat. I dagens samhälle ställs allt högre krav på evidensbaserad behandling som ska ha kliniskt mätbara effekter. Det är i detta sammanhang viktigt att konstatera att resultaten skiftar beroende på patienturvalet (subgrupp) och vilken metod som används för att räkna ut den kliniska förbättringen. Den slutsats som kan dras i föreliggande studie är dock att SOFIE-behandlingen är effektiv för båda subgrupperna.

Metoddiskussion

Intern validitet

Studien har en kvasiexperimentell design vilket medför något sämre kontroll av felkällor än i en randomiserad studie, vilket i sin tur gör det svårare att dra slutsatser om kausalitet. Eftersom subgrupperna från början var homogena på variabler som kön, ålder, civilstånd och i SOFIE-6 utbildningsnivå, förefaller det osannolikt att det är någon annan faktor än subgrupper som står för skillnaderna i behandlingsutfall mellan grupperna.

Försök som gjordes för att kontrollera för kompensation i de två betingelserna GSP och NGSP var att Internetterapeuterna var blinda för vilken subgrupp deltagarna tillhörde samt att riktlinjen för Internetterapeuterna var att spendera 15 minuter per deltagare i veckan på att besvara mail och ge återkoppling på hemuppgifterna. Detta för att säkerställa att alla deltagare fick ungefär samma behandlingstid och behandlingskontakt.

Ett hot mot den interna validiteten är risken att diffusion (Clark-Carter, 2004) förekommit mellan deltagarna i behandlingsgruppen genom diskussionsforumet. Att deltagare ur de båda subgrupperna interagerade med varandra på forumet torde dock inte vara något hot mot den interna validiteten eftersom premisen var att individerna oavsett subgruppstillhörighet skulle genomgå samma behandling.

Ett ytterligare möjligt hot mot den interna validiteten kan vara att de som bortfallit ur studien har delat några gemensamma karaktäristika. Enligt resultaten var andelen ur NGSP och GSP som slutförde alla modulerna jämförbara. Internetterapeuterna var blinda för subgrupps-tillhörighet och torde därför ha ägnat lika mycket tid åt båda subgrupperna. Det är dock möjligt att personer med GSP trots detta fick mer terapeutkontakt på grund av sin svårare sociala fobi än personer med NGSP. Som nämnts är komorbiditeten med depression högre för GSP än NGSP (Kessler et al., 1998). Det finns alltså en risk för att personer med GSP, på grund av en lägre sinnesstämning, har fått mer terapeutkontakt i föreliggande studie. Tyvärr har det inte varit möjligt att räkna ut terapeuttiden för respektive subgrupp i föreliggande studie.

Extern validitet

Föreliggande studie bedöms ha en godtagbar ekologisk validitet. Deltagarna genomförde behandlingen i sin hemmiljö och vid valfri tid på dygnet. Behandlingsinterventionerna utgick till stor del från att deltagarna skulle exponera sig i sin naturliga miljö, vilket till skillnad från exponeringar utförda under terapiesessioner höjer den ekologiska validiteten.

I föreliggande studie tillämpades ett tillgänglighetsurval då samplet bestod av individer som själva anmält sitt intresse för behandling via Internet. Åldersspannet i föreliggande studie var stort (19-71) och deltagarna var geografiskt utspridda över hela Sverige, vilket bidrar till studiens populationsvaliditet för den grupp som söker behandling för social fobi över Internet.

Personer som hade en totalpoäng över 30 på MADRS-S eller som hade skattat minst 4 på item 9 uteslöts. Motiveringen till detta var att patienter som lider av en klinisk depression kan ha sämre möjligheter att tillgodogöra sig behandlingen. Enligt Turk och kollegor (2001) bör social fobi vara klientens primära problem och noggranna överväganden bör göras av huruvida behandling för komorbid depression ska föregå behandling av social fobi. Dessutom finns det allvarliga risker med att inkludera suicidbenägna personer i en Internetbehandling där man inte har samma personliga kontakt som vid vanlig behandling. Detta innebär emellertid en lägre generaliserbarhet till den socialfobiska populationen som söker behandling via Internet, eftersom depression är ett av de vanligaste komorbida tillstånden (Kessler et al., 1998). Å andra sidan är det inte säkert att det föreligger en större frekvens av komorbid depression bland dem som genomgår socialfobibehandling via Internet inom den traditionella vården. Man kan tänka sig att de som har ett samsjukligt tillstånd av både social fobi och depression blir behandlade för sin depression i första hand för att överhuvudtaget kunna genomgå en socialfobibehandling. Enbart modulen för social fobi från SCID-I användes som diagnosinstrument, vilket innebär att samplet kan ha utgjorts av en del komorbida tillstånd eller andra primärdiagnoser som det inte har kontrollerats för, däribland fobisk personlighetsstörning. Detta behöver inte endast vara en nackdel utan det kan bidra till att samplet i föreliggande studie är mer representativt för den kliniska populationen, eftersom social fobi anses ha en hög komorbiditet med annan psykisk problematik (Kessler et al., 1998).

Behandlingsresultaten i föreliggande studie kan främst generaliseras till personer som aktivt valt att söka Internetbehandling för social fobi. Självhjälpsbehandling via Internet skulle i framtiden kunna fungera som ett alternativ till traditionell KBT då det är en lättillgänglig och kostnads- och tidseffektiv behandlingsmetod (Andersson et al., 2006; Carlbring et al., 2006). I nuläget finns det endast allmän tillgång till Internetbehandling för social fobi genom Stockholms läns landsting (<http://www.internetpsykiatri.se/>). Vissa deltagare hade stått länge på väntelista för att delta i SOFIE-projektets Internetbehandling och deltagarna skulle således kunna vara mer motiverade till att fullfölja behandlingen än patienter som önskar traditionell behandling men som blir remitterade till behandling via Internet. Det finns också en möjlighet att deltagarna kan ha blivit mindre motiverade till att genomgå behandling under den tid de har stått på väntelistan på grund av att olika livsomständigheter förändrats och att problematiken inte är ett lika stort hinder i deras vardag längre, till exempel för en yrkesverksam som blivit pensionär eller helt enkelt att en spontan förbättring har skett.

Det skall också nämnas att SOFIE-6 är en replikation av tidigare SOFIE-studier. Föreliggande studies resultat är i linje med dessa tidigare studiers resultat vilket styrker Internetbehandlingens externa validitet.

Begränsningar med studien

Utöver de redan tidigare diskuterade begränsningarna som rör intern och extern validitet kan det också noteras att enbart självskattningsskalor användes vid eftermätningen, istället för att som vid förmätningen användas som komplement till den kliniska intervjun. Det hade varit önskvärt att ha upprepat den telefonadministrerade SCID-intervjun efter behandlingen för att få reda på huruvida deltagarna fortfarande uppfyllde DSM-IV kriterierna för social fobi och

därmed hur många som blev diagnosfria. Möjligen kunde även en högre sensitivitet och specificitet ha uppnåtts om man vid förmätning och eftermätning hade träffat deltagarna för SCID-intervju istället för att utföra den via telefon där man går miste om visuella ledtrådar, som exempelvis kroppsspråk. Detta skulle dock ha varit förknippat med stora praktiska svårigheter eftersom deltagarna var geografiskt utspridda över hela landet.

I föreliggande studie var riktlinjen att Internetterapeuterna skulle vara rigida tidsmässigt och hålla sig till manualen. Detta innebar att behandling utefter den enskilda patientens behov inte kunde ges i samma utsträckning som vid annan icke-manualbaserad terapi. En fördel inom den vanliga vården är att resurserna kan fördelas så att de som behöver mer hjälp kan få mer tid och behandlingsresurser medan detta kan minskas för de patienter som har mindre behov. Kanske behöver personer med GSP i överlag mer terapeutstöd än personer med NGSP.

En begränsning med studien som anknyter till det ovan sagda är att psykologkandidaterna i flera fall överskred riktlinjen att lägga ner femton minuter per deltagare per vecka. Detta gör att resultaten blir svårare att generalisera till exempelvis Internetbehandling inom den traditionella vården, där tids- och kostnadseffektiva behandlingsalternativ eftersöks för att kunna erbjuda en effektiv behandling. Sannolikt finns inte den terapeuttid som lades ned på varje deltagare i SOFIE-projektet tillgänglig för de patienter som får vård inom primärvården eller landstinget. För att kontrollera för problemet med detta skulle ytterligare en funktion kunna ha lagts till i kontakthanteringssystemet där tiden som varje terapeut ägnar åt en enskild deltagare per vecka mäts och bokförs. Detta har gjorts i vissa men inte alla SOFIE-studier. Denna begränsning rör SOFIE-behandlingen generellt men påverkar kanske inte i lika stor utsträckning de skillnader som uppmätts mellan subgrupperna.

Ett annat problem som uppkommit under behandlingens gång är svårigheten att framföra vissa saker i text då deltagaren inte förstår terapeuten eller då terapeuten inte förstår deltagaren. Det kan uppstå missförstånd och bli en intensiv e-postutväxling som kanske skulle kunna ha lösts snabbare om deltagare och terapeut hade kunnat kommunicera muntligen. Man kan alltså spekulera kring att ett extra inslag av telefonkontakt skulle kunna bidra till att öka behandlingseffekten. Dock undersöktes detta i en tidigare SOFIE-studie (Carlbring, Gunnarsdóttir, Hedensjö, Andersson & Ekselius, 2007) där telefonkontakten inte visade sig bidra ytterligare till behandlingsresultatet jämfört med i en tidigare SOFIE-studie utan telefonkontakt (Andersson et al., 2006).

Flera deltagare nämnde i korrespondensen med Internetterapeuterna att de ansåg att behandlingstakten var för snabb i studien. Detta har även framförts i tidigare SOFIE-studier (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Holmström & Sparthan, 2003). Möjligen hade studien uppmätt ett högre behandlingsutfall eller mindre bortfall bland deltagarna om behandlingsmodulerna hade varit utspridda över fler veckor. Samtidigt är det inte säkert att behandlingsresultaten skulle bli annorlunda då vissa deltagare kan behöva en snabbare takt för att verkligen genomföra exponeringar och andra övningar snarare än att skjuta upp och undvika dem.

Indelningen av subgrupper i föreliggande studie motiveras av tidigare forskning. Samtidigt finns det forskning som motsäger denna indelning. Föreliggande studies indelning kan bland annat ifrågasättas och kritiseras utifrån tanken att om social fobi ligger på ett kontinuum av svårighetsgrad (Furmark et al., 2000; Stein et al., 2000; Vriends et al., 2007), så är alla former av subgruppsindelningar godtyckliga, inklusive den cutoff-gräns som har valts i denna studie. En studie som undersökte stödet för subgruppsindelningar av social fobi (Stein et al., 2000)

fann exempelvis inget stöd för subgruppsklassificeringar baserade på antal eller typ av sociala rädslor. Snarare fann man att funktionsnedsättning på grund av den sociala fobin ökade linjärt när antalet sociala rädslor ökade, utan några klara bevis på en tröskel. Studien kunde inte bekräfta existensen av en generaliserad subgrupp som definieras enligt DSM-IV, och inget stöd fanns för att dra en gräns på någon punkt utmed kontinuumet av sociala rädslor som ett sätt att urskilja subgrupper. Även på basis av Vriends och kollegors (2007) resultat var klassifikation av subgrupper av social fobi godtycklig. Också här fann man att antalet fruktade situationer var kontinuerligt distribuerade utan en tydlig gräns för urskiljning av subgrupper. I föreliggande studie var standardavvikelseerna så stora att GSP och NGSP överlappade varandra på förmätningssvärden men gruppernas medelvärden skilde sig ändå signifikant ifrån varandra innan studiens början.

Flera forskare menar dock att identifikationen av subgrupper av social fobi kan ha klinisk användbarhet (Furmark, 2002; Vriends et al., 2007; Stein et al., 2000). Utifrån en klinisk synvinkel indikerar flera studiers resultat att patienter med ett högre antal sociala rädslor är psykologiskt, socialt och funktionellt mer nedsatta än patienter med ett lägre antal sociala rädslor. Det kan vara så att patienter med en svårare form av social fobi behöver fler sessioner och interventioner som inte enbart fokuserar på symtomen i social fobi utan även på exempelvis socialt stöd (Vriends et al., 2007).

Att det i föreliggande studie användes en diagnostisk tröskelnivå för att skilja mellan GSP och NGSP begränsade möjligheten att identifiera personer med SSP, till exempel personer som endast fruktar 1-2 prestationssituationer. Personer med denna begränsade form av social fobi placerades istället i den förmodat mer heterogena gruppen NGSP.

Framtida forskning

Kanske kan forskningen kring geners roll vid social fobi bidra med en ytterligare förståelse för varför vissa personer utvecklar GSP och vissa SSP, exempelvis om förekomsten av långa eller korta alleler av serotonintransportör-genen (Furmark et al., 2004) eller andra monoaminerga gener skiljer sig mellan subgrupperna.

I framtida forskningsstudier är det intressant att undersöka frågan om huruvida GSP och NGSP bör behandlas på skilda sätt. Exempelvis Hook & Valentiner (2002) menar att synen på GSP och SSP som två distinkt åtskilda åkommor kan leda till nya behandlingsimplikationer. De menar att behandlare som arbetar med patienter med GSP har större risk att känna sig osäkra som behandlare på grund av den negativa interpersonella återkopplingen de kan få från dessa patienter genom exempelvis mindre ögonkontakt och avvisande som tar sig uttryck verbalt och genom kroppsspråk (ibid).

I SOFIE-6 upplevde de oerfarna Internetterapeuterna att det ibland var svårt att hålla sig inom tidsgränsen 15 minuter per klient/vecka. Därför skulle det vara intressant att i framtida SOFIE-studier undersöka skillnaden mellan erfarna och oerfarna Internetterapeuter och att undersöka i vilken grad den terapeuttid varje deltagare får per vecka kan inverka på behandlingsresultaten. Detta skulle kunna vara ett led i att utveckla SOFIE-behandlingen så att den blir så tids- och kostnadseffektiv som möjligt.

Slutsatser

Sammanfattningsvis visade denna studie att personer med GSP som genomgick Internet-behandling uppvisade högre effektstorlekar än de med NGSP på alla skalor för social fobi som användes. För andra mått som kliniskt signifikant förbättring var förhållandet motsatt då

gruppen av NGSP förbättrades mer än de med GSP. Det är således viktigt att ta hänsyn till subgrupper när man undersöker behandlingseffekt vid social fobi. Vid metaanalyser bör man exempelvis ta i beaktande att skillnader i behandlingseffekt mellan olika studier antingen kan bero på urvalet eller på behandlingsmetoden som använts. På grund av att det i samplet inkluderades både NGSP och GSP var det i föreliggande studie lättare att få kliniskt signifikant förbättring men svårare att få höga effektstorlekar. Resultaten i föreliggande studie tyder på att mer riktade eller omfattande behandlingsinsatser kan behövas för personer med GSP, då de har en större svårighetsgrad av social fobi efter behandlingen än personer med NGSP. Några förslag är att förlänga behandlingen för dessa personer, utöka tiden för exponering eller att utöka den tid som personen har tillgång till en terapeut.

REFERENSER

Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2008). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, Published online by Cambridge University Press 28 May 2008.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition*. American Psychiatric Association: Washington DC.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, revised*. American Psychiatric Association: Washington DC.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. American Psychiatric Association: Washington DC.

American Psychiatric Association (2002). *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. (Herlofson, J., Landqvist, M., övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Original publicerat 1994).

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthar, 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., Cuijpers, P., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2007). Effects of Internet delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and mood disorders. *Review Series: Psychiatry, 2*, 9-14.

Baker, S. L., Heinrichs, 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.

Bandelow, B., Torrente, A. C., & Rüther, E. (2004). The role of environmental factors in the etiology of social anxiety disorder. In Bandelow B., & Stein D. J. (Eds.) *Social anxiety disorder* (pp. 131-141). New York: Marcel Dekker, Inc.

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.

Berman, R. M., & Schneier, F. R. (2004) Symptomatology and diagnosis of social anxiety disorder. In Bandelow B., & Stein D. J. (Eds.) *Social anxiety disorder* (pp. 1-18). New York: Marcel Dekker, Inc.

Bertholds, C., & Lundborg, L. (2008). *Hur fungerar Internetterapi? Betydelsen av allians och psykoedukation i en Internetbaserad kognitiv-beteendeterapeutisk behandling för social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Blanco, C., Garcia, C., Liebowitz, M. R. (2004). Epidemiology of social anxiety disorder. In Bandelow B., & Stein D. J. (Eds.) *Social anxiety disorder* (pp. 35-47). New York: Marcel

Dekker, Inc.

Bohman, B. (2005). *SOFIE-projektet: internetbaserad kognitiv beteendeterapi vid social fobi administrerad individuellt eller i grupp*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J., & Lewin, M. R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 271-292.

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

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.

Carlbring, P., Bergman, L., Furmark, T., & Andersson, G. (2009). Long term outcome of Internet delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: A 30-month follow-up. Insänt manuskript.

Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Richards, J. C., Öst, L.-G., & Andersson, G. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior, 23*, 1421-1434.

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

Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry, 190*, 123-128.

Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 221-240.

Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research: a student's handbook*. Hove and New York: Psychology Press.

Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 568-578.

Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus Fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 1058-1067.

- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.) *Social Phobia. Diagnoses, assessment and treatment* (69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Clerkin, E. M., Teachman, B. A., & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1244-1250.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., Zhao, N., Connor, K. M., Lynch, T. R., & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1005-1013.
- Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 573-577.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2000). An empirical approach to subtype identification in individuals with social phobia. *Psychological Medicine*, *30*, 1345-1357.
- Eriksson, A., & Hällén, A. (2005). *SOFIE 5 En kontrollerad studie av tre format av kognitiv-beteendeterapeutisk självhjälpsbehandling vid social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- 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.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *21*, 311-324.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, *26*, 695-720.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders Non Patient Edition (SCID-I/NP Version 2.0 4/97 revision)*. Washington DC, American Psychiatric 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 use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Frykman, M. (2005). *SOFIE-projektet: En jämförelse av Internetbaserad kognitiv beteendeterapi och Internetbaserad tillämpad avslappning för behandling av social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Furmark, T. (2002). Social Phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Sonnenstein, A., Clevberger, P., Bohman, B., Eriksson, A., Hållén, A., Frykman, M., Holmström, A., Sparthan, E., Tillfors, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2009). Text-based treatments for social phobia: Pure bibliotherapy vs. Internet-delivered bibliotherapy with limited therapist guidance. *Insänt manuskript*.
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Social fobi: Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi. Stockholm: Liber.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.-O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1335-1344.
- Furmark, T., Tillfors, M., Garpenstrand, H., Marteinsdottir, I., Långström, B., Orelund, L., & Fredrikson, M. (2004). Serotonin transporter polymorphism related to amygdala excitability and symptom severity in patients with social phobia. *Neuroscience Letters*, 362, 189-192
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Gould, R. A., & Johnson, M. W. (2001). Comparative effectiveness of cognitive-behavioral treatment and pharmacotherapy for social phobia: meta-analytic outcome. In Hofmann, S. G., & DiBartolo P. M. (Eds), *From social anxiety to social phobia Multiple perspectives* (pp. 379-390). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Gunnarsdóttir, M., & Hedensjö, L. (2004). *SOFIE II An Internet-based self-help programme with telephone support for the treatment of social phobia*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J-P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. A. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27, 715-723.

Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (2008). Assessing client progress session by session in the treatment of social anxiety disorder: the social anxiety session change index. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 203-211.

Hazen, A.L., & Stein, M. B. (1995). Clinical Phenomenology and comorbidity. In Stein, M. B. (Ed), *Social phobia: clinical and research perspectives* (pp.3-41). Washington DC: American Psychiatric Press.

Heckelman, L. R., & Schneier, F. R. (1995). Diagnostic issues. In Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.) *Social Phobia. Diagnoses, assessment and treatment* (3-20). New York, NY: Guilford Press.

Hedman, E., & Sonnenstein, A. (2005). *När säger det "klick"? En studie av behandlingsrespons över tid i ett Internetbaserat självhjälpprogram vid social fobi (SOFIE-4)*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Heimberg, R. G., Holt, C.S., Schneier, F.R., Spitzer, R.L., & Liebowitz, M.R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 249–269.

Heimberg, R.G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia – 12-Week Outcome. *Archives of General Psychiatry, 55*, 1133-1141.

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.

Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 332-339

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1568-1578.

Hofmann, S. G. (2000). Treatment of social phobia: potential mediators and moderators. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 3-16.

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., Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 224-231.

Hofmann, S. G., & Roth, W. T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy, 27*, 79-91.

- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A., & Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 687-697.
- Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: a treatment review. In Bandelow B., & Stein D. J. (Eds.) *Social anxiety disorder* (pp. 235-250). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Holmström, A., & Sparthan, E. (2003). *SOFIE-projektet ett Internetbaserat självhjälsprogram i kombination med gruppträffar för personer med social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant Personality Disorder and the Generalized Subtype of Social Phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 318–325.
- Hook, J. N., & Valentiner, D. P. (2002). Are specific and generalized social phobias qualitatively distinct? *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 379-395.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 637-650.
- Hope, D. A., Herbert, J. D., White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Reserarch and Therapy, 19*, 399-417.
- Ipsier, J. C., Kariuki, C. M., & Stein, D. J. (2008). Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics, 2*, 235-257.
- Iwase, M., Nakao, K., Takaishi, J., Yorifuji, K., Ikezawa, K., & Takeda, M. (2000). An empirical classification of social anxiety: performance, interpersonal and offensive. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 54*, 67-76.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991) Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Kasper, S., Stein, D. J., Loft, H., & Nil, R. (2005). Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry, 186*, 222-226.
- Kelly, M. A. R., Roberts, J. E., & Bottonari, K. A. (2007). Non-treatment-related sudden gains in depression: The role of self-evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 737-747.
- Kelly, M. A. R., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: when do they occur and do they matter? *Behaviour Research and Therapy, 43*, 703-714.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-

R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Kessler, R. C., Stein, M. B., & Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 613-619.

Kleinknecht, R. A., Dinnel, D. L., Kleinknecht, E. E., Hiruma, N., & Harada, N. (1997). Cultural factors in social anxiety: A comparison of social phobia symptoms and taijin kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 157-177.

Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.

Kåver, A. (1999). Social fobi- att känna sig granskad och bortgjord. Jyväskylä, Cura Bokförlag.

Kåver, A. (2006). KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi. Stockholm: Natur och Kultur.

Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 423-432.

Liebowitz, M. R., Mangano, R. M., Bradwejn, J., & Asnis, G. (2005). A randomized controlled trial of Venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 238-247.

Mallinckrodt, C. G., Sanger, T. M., Dubé, S., DeBrot, D. J., Molenberghs, G., Carroll, R. J., Potter, W. Z., & Tollefson, G. D. (2003). Assessing and interpreting treatment effects in longitudinal clinical trials with missing data. *Biological Psychiatry*, 53, 754-760.

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.

McNeil, D. W. (2001). Terminology and evolution of constructs in social anxiety and social phobia. In Hofmann, S. G., & DiBartolo P. M. (Eds), *From social anxiety to social phobia Multiple perspectives* (pp. 8-19). Needham Heights: Allyn and Bacon.

McNeil, D. W., Lejuez, C. W., & Sorrell, J. T. (2001). Behavioral theories of social anxiety and social phobia: contributions of basic behavioral principles. In Hofmann, S. G., & DiBartolo P. M. (Eds), *From social anxiety to social phobia Multiple perspectives* (pp. 235-253). Needham Heights: Allyn and Bacon.

Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Franklin, R. S., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz social anxiety scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-673.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Jack, M. A. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment, and treatment response. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 325-343.
- Montgomery, S. A. (1999). Social phobia: diagnosis, severity and implications for treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249*, 1-6.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry, 134*, 382-389.
- Morgan, H., Raffle, C. (1999). Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33*, 503-510.
- Muller, J. E., Koen, L., & Stein, D. J. (2004). The spectrum of social anxiety disorders. In Bandelow B., & Stein D. J. (Eds.) *Social anxiety disorder* (pp. 19-34). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Nich, C., & Carroll, K. M. (2002). 'Intention-to-treat' meets 'missing data': implications of alternate strategies for analyzing clinical trials data. *Drug and Alcohol Dependence, 68*, 121-130.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington III, J. J., McArdle, E. T., Rosenbaum, J. F., & Heimberg R. G. (2000). A comparison of the efficacy of Clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 345-358.
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders, 68*, 221-233
- Penava, S. J., Otto, M. W., Maki, K. M., & Pollack, M. H. (1998). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 665-673.
- Rapee, R. M., 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.
- Rickels, K., Mangano, R., & Khan, A. (2004). A double-blind, placebo-controlled study of a flexible dose of Venlafaxine ER in adult outpatients with generalized social anxiety disorder *Journal of Clinical Psychopharmacology, 24*, 488-496.
- Rodebaugh, T. H., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883-908.
- Roth, D. A. (2004). Cognitive theories of social phobia. In Bandelow B., & Stein D. J. (Eds.), *Social anxiety disorder* (pp. 143-159). New York: Marcel Dekker, Inc.

- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, *38*, 15-28.
- Sakurai, A., Nagata, T., Harai, H., Yamada, H., Mohri, I., Nakano, Y., Noda, Y., Ogawa, S., Lee, K., & Furukawa, T. A. (2005). Is "relationship fear" unique to Japan? Symptom factors and patient clusters of social anxiety disorder among the Japanese clinical population. *Journal of Affective Disorders*, *87*, 131-137.
- Salaberria, K., & Echeburua, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, *22*, 262-284.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 667-681.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1996). Treatment of generalized social phobia: Results at long-term follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 447-452.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*, 319-328.
- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (2005). *Behandling av ångestsyndrom, en litteraturoversikt. SBU-Rapport 171/1*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering.
- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. Alert-rapport. pp 1-19*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering.
- Steczkó, J. (2004). *SOFIE-projektet: Effekten av ett Internet-baserat självhjälpsprogram med e-post stöd vid behandling av social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kozak, M. V., Tancer, M. E., Lander, S., Furer, P., Chubaty, D., Walker, J. R. (1998). A direct-interview family study of generalized social phobia. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 90-97.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Lizak, M. V., & Jang, K. L. (2001) Familial aggregation of anxiety-related quantitative traits in generalized social phobia: clues to understanding "disorder" heritability? *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, *105*, 79-83.
- Stein, M. B., & Chavira, D. A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 11-16.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1606-1613.

- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes and severity. Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 1046-1052.
- Stein, M. B., Liebowitz, R., Lydiard, B., Pitts, C. D., Bushnell, W., & Gergel, I. (1998). Paroxetine Treatment of Generalized Social Phobia (Social Anxiety Disorder) A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *280*, 708-713.
- 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.
- 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 of 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.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 894-904.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *27*, 1-9.
- Tillfors, M. (2001). Social phobia. The family and the brain. Acta Universitatis Upsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences*, *104*. Uppsala: Uppsala Universitet, Tryck & Medier.
- Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., Westling, B., & Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, *25*, 708-717.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G. & Hope, D. A. (2001). Social Anxiety Disorder. In Barlow D.H. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders Third edition* (pp. 114-153). New York: Guilford Press.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C.V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 326-331.
- Van Ameringen, M., & Mancini, C. (2004). The promise of neurobiology in social anxiety disorder. In Bandelow B., & Stein D. J. (Eds.), *Social anxiety disorder* (pp. 181-196). New York: Marcel Dekker, Inc.

Van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G., & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 889-900.

Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 59-75.

Woody, S. R., & Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 33, 5-27.

Öst, L-G. (2006). Specifik fobi och social fobi. In Öst, L-G. (Ed.) *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*, (pp.71-88). Stockholm: Natur och Kultur.

Elektroniska källor

Guidad Självhjälpsbehandling av Social Fobi. Hämtad 080926 från:
<http://kbt.nu/sofie6/index.htm>

Internetpsykiatri – Behandling med kognitiv beteendeterapi. Hämtad 081125 från:
<http://www.internetpsykiatri.se/>

Kostnadsfri KBT-behandling via Internet. Hämtad 080920 från: www.studie.nu

Messito. Hämtad 081126 från: <http://www.messito.se>

RANDOM.ORG – True Random Number Service. Hämtad 080926 från: <http://random.org/>

Structured Clinical Interview for DSM Disorders. Hämtad 081107 från:
<http://www.scid4.org/index.htm>

BILAGA

1

SPSQ

NAMN: _____ DATUM: _____

1. Ange för varje situation nedan hur obehaglig du tycker att den är genom att ringa in en av siffrorna. Skalan är graderad enligt följande:

- 0 = Inte alls obehaglig
- 1 = Något obehaglig
- 2 = Måttligt obehaglig
- 3 = Mycket obehaglig
- 4 = Väldigt obehaglig

	<i>Inte alls</i>	<i>Något</i>	<i>Måttligt</i>	<i>Mycket</i>	<i>Väldigt obehaglig</i>
	0	1	2	3	4
Att tala (eller agera) inför en grupp	0	1	2	3	4
Att inleda ett samtal med en person jag inte känner väl	0	1	2	3	4
Att gå in i ett rum där det sitter andra människor	0	1	2	3	4
Att skriva något när andra människor ser på	0	1	2	3	4
Att uttrycka mina egna åsikter inför andra	0	1	2	3	4
Att ringa till någon jag inte känner väl	0	1	2	3	4
Att använda offentliga toaletter	0	1	2	3	4
Att gå på en fest (eller social tillställning)	0	1	2	3	4
Att tala med en auktoritetsperson (chef, lärare etc.)	0	1	2	3	4
Att bli tilltalad i en grupp	0	1	2	3	4
Att hålla igång en konversation med en person jag inte känner väl	0	1	2	3	4
Att umgås med arbetskamrater på lunch- eller fikaraster	0	1	2	3	4
Att äta eller dricka med en grupp människor jag inte känner väl	0	1	2	3	4
Att vara ensam med en annan person jag inte känner väl	0	1	2	3	4

Var vänlig kryssa för det/de alternativ som stämmer in på dig!

2. När jag befinner mig i följande situationer blir jag nästan alltid *nervös* på ett sätt som känns obehagligt (t.ex. får hjärtklappning, spända muskler etc.):

- Att tala (eller agera) inför en grupp
- Att inleda ett samtal med en person jag inte känner väl
- Att gå in i ett rum där det sitter andra människor
- Att skriva något när andra människor ser på
- Att uttrycka mina egna åsikter inför andra
- Att ringa till någon jag inte känner väl
- Att använda offentliga toaletter
- Att gå på en fest (eller en social tillställning)
- Att tala med en auktoritetsperson (chef, lärare etc.)
- Att bli tilltalad i en grupp
- Att hålla igång en konversation med en person jag inte känner väl
- Att umgås med arbetskamrater på lunch- eller fikaraster
- Att äta eller dricka med en grupp människor jag inte känner väl
- Att vara ensam med en annan person jag inte känner väl
- Ingen av ovanstående situationer*

3. I följande situationer är jag rädd för att andra skall *upptäcka att jag är nervös* (t.ex. rodnar, darrar, svettas):

- Att tala (eller agera) inför en grupp
- Att inleda ett samtal med en person jag inte känner väl
- Att gå in i ett rum där det sitter andra människor
- Att skriva något när andra människor ser på
- Att uttrycka mina egna åsikter inför andra
- Att ringa till någon jag inte känner väl
- Att använda offentliga toaletter
- Att gå på en fest (eller en social tillställning)
- Att tala med en auktoritetsperson (chef, lärare etc.)
- Att bli tilltalad i en grupp
- Att hålla igång en konversation med en person jag inte känner väl
- Att umgås med arbetskamrater på lunch- eller fikaraster
- Att äta eller dricka med en grupp människor jag inte känner väl
- Att vara ensam med en annan person jag inte känner väl
- Ingen av ovanstående situationer*

4. I följande situationer är jag rädd för att något skall hända som får mig att känna mig *generad* eller *förödmjukad* (t.ex. att jag skall råka säga eller göra någonting pinsamt, att jag inte skall kunna besvara en fråga eller att jag skall bli kritiserad och ifrågasatt):

- Att tala (eller agera) inför en grupp
- Att inleda ett samtal med en person jag inte känner väl
- Att gå in i ett rum där det sitter andra människor
- Att skriva något när andra människor ser på
- Att uttrycka mina egna åsikter inför andra
- Att ringa till någon jag inte känner väl
- Att använda offentliga toaletter
- Att gå på en fest (eller en social tillställning)
- Att tala med en auktoritetsperson (chef, lärare etc.)
- Att bli tilltalad i en grupp
- Att hålla igång en konversation med en person jag inte känner väl
- Att umgås med arbetskamrater på lunch- eller fikaraster
- Att äta eller dricka med en grupp människor jag inte känner väl
- Att vara ensam med en annan person jag inte känner väl
- Ingen av ovanstående situationer*

5. Om jag vet om att jag kommer att hamna i någon/några av följande situationer börjar jag *oroa mig* i förväg:

- Att tala (eller agera) inför en grupp
- Att inleda ett samtal med en person jag inte känner väl
- Att gå in i ett rum där det sitter andra människor
- Att skriva något när andra människor ser på
- Att uttrycka mina egna åsikter inför andra
- Att ringa till någon jag inte känner väl
- Att använda offentliga toaletter
- Att gå på en fest (eller en social tillställning)
- Att tala med en auktoritetsperson (chef, lärare etc.)
- Att bli tilltalad i en grupp
- Att hålla igång en konversation med en person jag inte känner väl
- Att umgås med arbetskamrater på lunch- eller fikaraster
- Att äta eller dricka med en grupp människor jag inte känner väl
- Att vara ensam med en annan person jag inte känner väl
- Ingen av ovanstående situationer*

6. I följande situationer är min rädsla *mycket större än befogad* (jag vet att min rädsla är överdriven):

- Att tala (eller agera) inför en grupp
- Att inleda ett samtal med en person jag inte känner väl
- Att gå in i ett rum där det sitter andra människor
- Att skriva något när andra människor ser på
- Att uttrycka mina egna åsikter inför andra
- Att ringa till någon jag inte känner väl
- Att använda offentliga toaletter
- Att gå på en fest (eller en social tillställning)
- Att tala med en auktoritetsperson (chef, lärare etc.)
- Att bli tilltalad i en grupp
- Att hålla igång en konversation med en person jag inte känner väl
- Att umgås med arbetskamrater på lunch- eller fikaraster
- Att äta eller dricka med en grupp människor jag inte känner väl
- Att vara ensam med en annan person jag inte känner väl
- Ingen av ovanstående situationer*

7. Jag brukar *undvika* följande situationer i största möjliga utsträckning p.g.a. det obehag de medför:

- Att tala (eller agera) inför en grupp
- Att inleda ett samtal med en person jag inte känner väl
- Att gå in i ett rum där det sitter andra människor
- Att skriva något när andra människor ser på
- Att uttrycka mina egna åsikter inför andra
- Att ringa till någon jag inte känner väl
- Att använda offentliga toaletter
- Att gå på en fest (eller en social tillställning)
- Att tala med en auktoritetsperson (chef, lärare etc.)
- Att bli tilltalad i en grupp
- Att hålla igång en konversation med en person jag inte känner väl
- Att umgås med arbetskamrater på lunch- eller fikaraster
- Att äta eller dricka med en grupp människor jag inte känner väl
- Att vara ensam med en annan person jag inte känner väl
- Ingen av ovanstående situationer*

8. Det obehag jag upplever i de tidigare uppräknade sociala situationerna är ett stort *hinder* för mig, eller *stör mig* mycket, när det gäller:

Yrkesliv eller studier	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sociala aktiviteter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

9. Går Du för närvarande i någon psykologisk eller psykiatrisk behandling?

Nej
 Ja, medicin Ja, psykoterapi/samtalsbehandling

Om ja, ange kortfattat för vilket/vilka problem _____

10. Dessa frågor handlar om hur Du i allmänhet är som människa., d.v.s. hur Du vanligen brukar göra, tänka och känna. Tänk Dig ett personligt genomsnitt under de senaste fem åren. Enskilda frågor kan verka lite udda. Tillsammans ger dock Dina svar ett viktigt mönster. Vi är intresserade av vad just Du upplever, inte vad andra tycker eller vad Du tror andra anser att man bör tycka. Det finns inga "rätta" eller "felaktiga" svar. Kryssa för om påståendet om Dig *stämmer* eller *inte stämmer*. Tag ställning till alla påståenden och försök svara så uppriktigt som möjligt.

Jag föredrar att arbeta tillsammans med andra och är inte rädd för kritik eller ogillande. Stämmer Stämmer inte

Jag umgås ogärna med andra människor om jag inte är säker på att jag är omtyckt. Stämmer Stämmer inte

Jag är försiktig i nära relationer eftersom jag är rädd att göra bort mig eller bli avvisad. Stämmer Stämmer inte

Jag har oftast en känsla av att jag inte duger eller att min närvaro inte är önskad. Stämmer Stämmer inte

Jag känner mig trygg och säker och har inget emot att göra nya bekantskaper. Stämmer Stämmer inte

Jag tror att jag är socialt oduglig, oattraktiv eller mindre värd än andra. Stämmer Stämmer inte

Jag ger mig ogärna in i något nytt för att inte hamna i pinsamma situationer. Stämmer Stämmer inte

Tack för Din medverkan!