



UPPSALA UNIVERSITET  
Institutionen för Psykologi  
Psykologexamensuppsats, 20 p  
Vårterminen 2005

## SOFIE PROJEKTET: En kontrollerad studie av biblioterapi vid social fobi.

Peder Clevberger

Handledare:	Tomas Furmark
Bitr. handledare:	Per Carlbring
Examinator:	Mats Fredriksson

## **SAMMANFATTNING**

Syftet med föreliggande uppsats var att undersöka effekten av en biblioterapeutisk självhjälpsbehandling för social fobi. Huvudkomponenten i det nio veckor långa behandlingsprogrammet utgjordes av en självhjälpsbok som baserades på sedvanliga kognitivt beteendeterapeutiska behandlingsmetoder. Konservativa statistiska beräkningar enligt intention-to-treat visade signifikanta resultat för så gott som samtliga beroendemått. Behandlingsgruppen uppvisade i jämförelse med en kontrollgrupp på väntelista lägre genomsnittlig grad av ångest och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer, en lägre grad av nedstämdhet samt en högre livskvalitet efter genomgången behandling. Föreliggande studie visar således att en självadministerad behandling i bokform kan utgöra en effektiv behandlingsform för personer med social fobi. Behandlingen står sig relativt väl i jämförelse med, och utgör ett kostnadseffektivt och mer lättillgängligt alternativ till, terapeutledda behandlingar för social fobi.

Key words: Kognitiv beteendeterapi; Biblioterapi; Social fobi; Självhjälp.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>1</b>
<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	<b>2</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>4</b>
DEFINITION AV SOCIAL FOBI .....	4
EPIDEMIOLOGI .....	4
KOMORBIDITET .....	4
ETIOLOGI .....	5
<i>Biologiska faktorer</i> .....	5
<i>Temperament</i> .....	5
<i>Miljöfaktorer</i> .....	5
<i>Beteendeteoretiska modeller</i> .....	5
<i>Kognitiva modeller</i> .....	6
BEHANDLING .....	7
<i>Farmakologisk behandling</i> .....	7
<i>Psykologisk behandling</i> .....	7
Social färdighetsträning .....	8
Exponering .....	8
Kognitiv omstrukturering .....	8
Avslappningsträning .....	8
SJÄLVHJÄLP .....	9
<i>Självhjälpsbehandling vid fobi</i> .....	9
SYFTE .....	10
HYPOTESER .....	11
<b>METOD</b> .....	<b>12</b>
DELTAGARE .....	12
<i>Urval</i> .....	12
<i>Diagnosticering</i> .....	12
<i>Komorbiditet</i> .....	13
MATERIAL .....	13
<i>Screening</i> .....	13
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) .....	13
<i>Självskattningsformulär: Socialfobi skalor</i> .....	13
Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ) .....	13
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR) .....	13
Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Scale (SIAS) .....	13
<i>Övriga skalor</i> .....	14
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S) .....	14
Beck Anxiety Inventory (BAI) .....	14
Quality of Life (QOLI) .....	14
Allmänt utvärderingsformulär .....	14
SJÄLVHJÄLPSMATERIAL .....	14
DESIGN .....	16
PROCEDUR .....	16
<i>Hemsida</i> .....	16
<i>Anmälan/diagnosticering</i> .....	16
<i>Förmätning</i> .....	16
<i>Randomisering</i> .....	16
<i>Veckomätning</i> .....	16
<i>Eftermätning</i> .....	17
<i>Statistiska analyser</i> .....	17

<b>RESULTAT .....</b>	<b>18</b>
BORTFALL.....	18
FÖRMÄTNINGAR.....	18
SOCIALFOBI SKALOR.....	18
VECKOMÄTNING MED LSAS-SR.....	19
ÖVRIGA SJÄLVSKATTNINGSSKALOR.....	20
KLINISK SIGNIFIKANT FÖRBÄTTRING .....	21
DELTAGARNAS UTVÄRDERING .....	22
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>23</b>
RESULTATDISKUSSION .....	23
<i>Deltagarnas utvärdering</i> .....	24
<i>Generell jämförelse med tidigare SOFIE-studier</i> .....	24
<i>Jämförelse med andra behandlingsstudier</i> .....	25
METODDISKUSSION.....	26
<i>Intern validitet</i> .....	26
<i>Extern validitet</i> .....	26
KOSTNADSEFFEKTIVITET .....	27
FRAMTIDA FORSKNING.....	27
SLUTORD.....	28
<b>REFERENSER.....</b>	<b>29</b>

# INLEDNING

## **Definition av social fobi**

Social fobi består av en uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer som innebär exponering för okända människor eller granskning av andra (American Psychiatric Association [APA], 1994). Exponering för den fruktade situationen är ångestframkallande då man är rädd att göra bort sig, bli kritiskt granskad, hånad eller förnedrad. Rädsla att ångestsymptom som svettningar, rodnad och skakningar skall märkas är också vanligt förekommande (ibid.).

Nästan alla människor känner sig ibland obehagliga till mods inför sociala situationer, särskilt när det gäller att prestera inför andra, men detta räcker inte för att man skall anses ha social fobi. Vid social fobi är rädslan mycket stark och överdriven och personen försöker i möjligaste mån att undvika den fruktade situationen. Om det inte går genomlids situationen med mycket stort obehag. Rädslan skall på ett kännbart sätt påverka och begränsa livet för den drabbade för att det skall klassas som social fobi (Kåver, 1999). Social fobi kan delas in i två undergrupper, generaliserad och specifik. När rädslan är begränsad till enstaka prestationssituationer såsom att äta tillsammans med andra eller att tala inför publik talar man om specifik social fobi. När det handlar om generaliserad social fobi väcker de flesta sociala situationer ångest (Ottoson, 2000).

## **Epidemiologi**

Social fobi är idag en av de mest förekommande ångeststörningarna och ett av de vanligaste problemen bland dem som söker hjälp på de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna (Kåver, 1999). När man undersökt förekomsten av social fobi i den svenska normalpopulationen har man funnit en punktprevalens på 15.6 %. Skattningarna varierade dock mellan 1.9 och 20.4 % beroende på svårighetsgrad och handikapp (Furmark, 2000). I en amerikansk studie fann man att livstidsprevalensen för social fobi var 13.3 %, vilket gör social fobi till den tredje vanligaste psykiatriska störningen i USA (Kessler et. al., 1994). Problemen debuterar i regel under tonåren men vissa personer med social fobi uppger att de haft sina svårigheter så länge de kan minnas (Rapee & Spence, 2004). Social fobi är ett kroniskt tillstånd som de flesta aldrig blir spontant förbättrade ifrån (Chartier et. al., 2003). Hos befolkningen i stort är social fobi något vanligare hos kvinnor än hos män, fördelningen är 3:2 (Furmark, 2000).

## **Komorbiditet**

Social fobi har hög samsjuklighet med axel II diagnosen fobisk personlighetsstörning (Furmark, 2000). Överlappningen har i olika studier visat sig ligga mellan 22 och 70 % (Turk, Heimberg & Hope, 2001). Det diskuteras idag huruvida social fobi och fobisk personlighetsstörning egentligen är en och samma diagnos, men med olika gradskillnad, eller två separata störningar (ibid.).

Många personer med social fobi uppvisar också en hög grad av samsjuklighet med andra psykiska störningar. Den amerikanska undersökningen Epidemiologic Catchment Area visade att 69 % av de personer som uppfyllde kriterierna för social fobi också uppfyllde kriterierna för någon annan psykiatrisk diagnos under sin livstid. De vanligast förekommande diagnoserna var; specifik fobi, agorafobi, alkoholmissbruk och egentlig depression (Schneier et. al., 1992).

## **Etiologi**

Orsaken till varför vissa personer utvecklar social fobi är inte kända. Det finns dock ett flertal olika förklaringsmodeller som diskuteras i litteraturen. Troligast är att flera faktorer i kombination har betydelse för huruvida man utvecklar social fobi (Kåver, 1999).

### ***Biologiska faktorer***

Genetiska faktorer har visat sig medverka till utvecklandet social fobi. Tvillingstudier har visat på en ärftlighet som ligger mellan 0.4-0.5 (Rapee & Spence, 2004). Familjestudier visar att om en familjemedlem besväras av social ångest är sannolikheten att någon annan i familjen skall utveckla social fobi två till tre gånger större än annars. Familjestudier av denna sort kan dock inte särskilja genetisk påverkan från miljömässig (Tilfors, Furmark, Ekselius & Fredriksson, 2001).

### ***Temperament***

Beteendehinhibition är en temperamentsegenskap som har visat sig ha samband med utvecklandet av social fobi senare i livet. Beteendehinhiberade barn är mer tillbakadragna och blyga och dessa karaktäristika har visat sig stabila fram till åtta års ålder (Kagan 1989). Longitudinella undersökningar har visat att stabilt beteendehinhiberade barn har en högre risk att utveckla social fobi (Furmark, 2000).

### ***Miljöfaktorer***

Studier har visat att barn till föräldrar med social ångest kan utveckla en rädsla för sociala situationer genom modellinläring (Öst, 1995). Vidare leder föräldrarnas sociala ångest förmodligen till att barnet får färre tillfällen att exponera sig för sociala situationer. Detta kan i vissa fall leda till att barnet utvecklar sociala färdighetsbrister. Överbeskyddande föräldrar har också visat sig vara en faktor som kan bidra till att barnet utvecklar social fobi. Social fobi kan även utvecklas som en reaktion på ett trauma. Barnet kan t ex ha varit utsatt för mobbning och/eller social isolering (Hudson & Rapee, 2000).

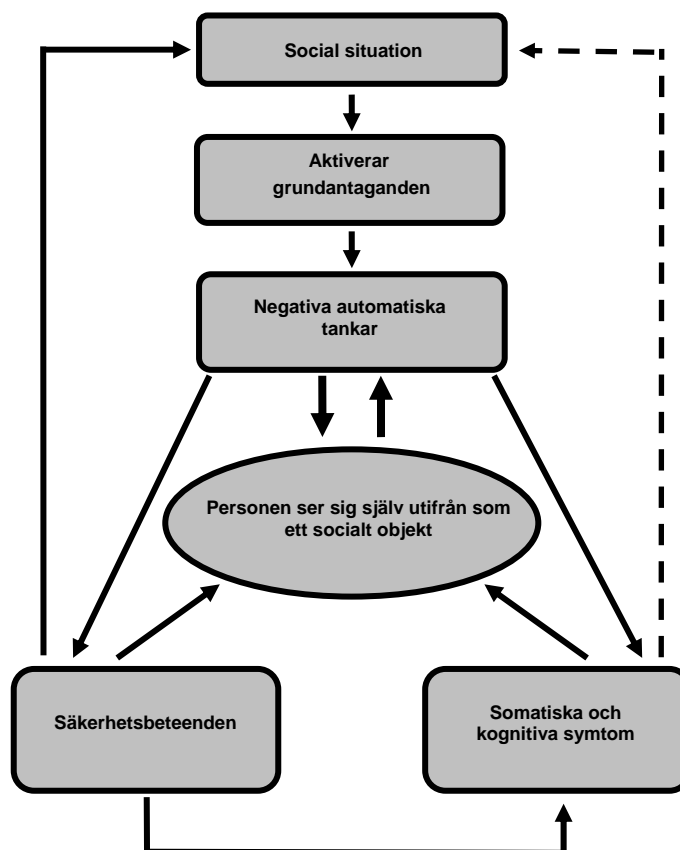
### ***Beteendeteoretiska modeller***

Enligt teorin om klassisk betingning kan social fobi uppstå genom associativ inläring. Personen har enligt teorin varit med om något traumatiskt i en social situation. Till exempel kan personen ha blivit utskrattad eller förödmjukad i en viss situation, och denna situation har efter detta kommit att förknippas med ett starkt obehag. Fobin vidmakthålls sedan genom negativ förstärkning då personen på grund av rädsla och ångest undviker eller flyr från det fobiska stimuli. Fobin kan även komma att generaliseras till att gälla även andra sociala sammanhang (Furmark, 2000). Enligt en studie av Öst (1995) ansåg sig så många som 56.3 % av de tillfrågade att deras sociala fobi har sitt ursprung i betingning. I en annan studie av Stemberger (1995) uppgav 44 % av samplet att deras problem uppkommit genom en traumatisk händelse av social natur. Många personer med social fobi kan dock inte dra sig till minnes någon traumatisk händelse och teorin har på grund av detta kritiserats (Furmark, 2000).

## Kognitiva modeller

Den idag mest spridda kognitiva modellen över social fobi torde vara den som är utarbetad av Clark och Wells (1995). I modellen integreras kognitioner, beteenden och fysiologi.

En socialt hotfull situation aktiverar grundantaganden hos personen. Dessa består av personens samlade livserfarenhet och grundläggande föreställningar om sin person och omvärlden. Tolkningen av grundantagandena utlöser en rad negativa automatiska tankar. Dessa tankar uppfattas som verkliga då personen ser sig själv utifrån. Detta innebär att det en person tänker om sig själv, tror han andra i omgivningen också tänker. Som ett resultat av detta ökar självfokuseringen samtidigt som en ångestreaktion startar. Den består av somatiska och kognitiva symptom samt säkerhetsbeteenden (Clark & Fairburn, 1999).



Figur 1. Kognitiv modell över social fobi enligt Clark & Wells (1995).

För att bättre hantera den ångestväckande situationen tar personen till säkerhetsbeteenden, det är små handlingar som syftar till att dölja rädsla eller skapa en känsla av trygghet. Till exempel att undvika ögonkontakt, att sminka sig så att rodnad inte syns eller att alltid ha lugnande tabletter till hands. Att använda sig av dessa beteenden ökar dock självfokuseringen vilket i sin tur får situationen att verka än mer hotfull. Säkerhetsbeteendena ger personen en falsk känsla av trygghet då personen tror att de inte kan klara av en hotfull situation utan att använda sig av dessa. Dessutom har de i regel en motsatt effekt då de ofta drar uppmärksamhet till det som personen ville dölja från första början.

Förväntansångest, där personen går igenom förödmjukande scenarier i förväg är vanligt. Likaså ”post-mortem” tankar (”backspegeluppmärksamhet”) där personen i detalj går igenom vad som sades och gjordes i den sociala situationen. Denna bedömning baseras på negativa känslor och tankar och leder till att personen odugliggör sig själv. Problemet vidmakthålls av säkerhetsbeteenden, postmortem-tankar och att personen undviker de fruktade situationerna (Clark & Wells, 1995).

Viss kritik har dock riktats mot modellen. Den rör främst de kausala relationer som antas existera mellan de olika delarna i modellen och att begrepp som *grundantaganden* och *negativa automatiska tankar* är svåra att operationalisera och mäta (Bouton, Mineka & Barlow, 2001). Vidare har depressionsforskning på senare tid visat att de grundantaganden som finns i modellen och som är förmodat statistiska förändras då personen upplever sig mindre nedstämd (Martell, Addis & Jacobsson, 2001).

## **Behandling**

Nedan följer en genomgång av de behandlingsmetoder som i dagsläget har gott forskningsstöd.

### ***Farmakologisk behandling***

Antidepressiva selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat) har visat sig ha god effekt vid behandling av olika ångesttillstånd. Randomiserade, placebokontrollerade, studier har visat att SSRI-preparaten är effektiva även vid behandling av social fobi (Furmark, 2000). Seroxat är till exempel ett godkänt läkemedel för behandling av social fobi i Sverige. Federoff och Taylor (2001) har i en metaanalys visat att effektstorlekarna för SSRI var  $d=1.70$  efter avslutad behandling. Andra preparat som har använts i behandling av social fobi är bland annat bensodiazepiner, vilka har en snabb ångestlindrande effekt. Då dessa preparat kan vara starkt beroendeframkallande och medföra risk för missbruk rekommenderas de inte som förstahandsval vid behandling (Furmark, 2000).

### ***Psykologisk behandling***

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den psykoterapiform som har visat sig ha det starkaste forskningsstödet vid behandling av social fobi (Rodebaugh, Holoway & Heimberg, 2004). En KBT behandling kan bestå av en mängd olika interventioner och de som har studerats mest är social färdighetsträning, exponering, avslappningsträning och kognitiv omstrukturering (ibid.).



### ***Social färdighetsträning***

Syftet med social färdighetsträning är att utöka och förbättra klientens beteenderepertoar och på så vis öka sannolikheten att klienten möts av positiv förstärkning från omgivningen. Vissa personer som lider av social fobi antas behöva öva upp vissa sociala färdigheter, som till exempel ögonkontakt. Detta kartläggs i den inledande beteendeanalysen och färdighetsträningen sker i regel genom modellinläring, social förstärkning och hemuppgifter (Rodebaugh, Holoway & Heimberg, 2004). Enbart social färdighetsträning som behandlingskomponent vid social fobi gav enligt Taylor (1996) en effektstorlek på 0.65 vid avslutad behandling. Då det i den sociala färdighetsträningen ingår moment av exponering är det dock svårt att skilja ut effekten av enbart färdighetsträningen (Rodebaugh et al., 2004).

### ***Exponering***

En central del i de flesta KBT-behandlingar utgörs av exponering. Metoden syftar till att bryta säkerhetsbeteenden och att minska ångest (Kåver, 1999). Det går till så att klienten gradvis och kontrollerat närmar sig den ångestframkallande situationen och uppmanas att stanna kvar i den tills ångesten sjunker. Det är viktigt för behandlingsutfallet att klienten inte använder sig av några säkerhetsbeteenden eller distraktionstekniker under exponeringen. Metoden bygger på de beteendeteoretiska principerna om habituering och utsläckning och från ett kognitivt perspektiv leder exponering till att klienten skaffar sig ny information som bidrar till förändring av de tidigare negativa föreställningarna. En metaanalys av Taylor (1996) visade att enbart exponering som behandlingskomponent vid social fobi gav en effektstorlek på  $d=0.82$  efter avslutad behandling.

### ***Kognitiv omstrukturering***

Målet med kognitiv omstrukturering är att klienten skall lära sig att identifiera och utvärdera sina dysfunktionella tankar på ett mer realistiskt och objektiva sätt. Med hjälp av sokratiska frågor från terapeuten får klienten lära sig att identifiera och ifrågasätta sina negativa tankar. Effektstorleken vid behandling av social fobi med enbart kognitiv omstrukturering var i en metaanalys av Taylor (1996)  $d=0.63$  vid avslutad behandling.

### ***Avslappningsträning***

Tillämpad avslappning (TA) är en beteendeterapeutisk metod som. Målet med metoden är att ge patienten ett redskap att använda vid problem där ångest och stressreaktioner utgör det huvudsakliga inslaget. Tekniken går ut på att lära patienten att använda sig av färdigheten för att snabbt uppnå ett avslappnat tillstånd som motverkar ångestreaktioner på både fysiologisk och kognitiv nivå (Öst, 2001).

## **Självhjälp**

Självhjälpsbehandling kan innebära allt från att klienten går igenom ett behandlingsprogram helt på egen hand till att klienten träffar en terapeut en gång i veckan och däremellan övar på och tillämpar de strategier som avhandlats under behandlingskontakten. Självhjälpsprogram kan förkomma i ren bokform, på video eller ljudband, eller via Internet. Enligt Cujpers (1997) skall behandlingen vara så detaljerat beskriven att klienten kan genomföra den utan professionell hjälp.

Biblioterapi är en form av självadministrerad behandling i bokform och har många fördelar jämfört med traditionell terapi. Det är kostnadseffektivt och enkelt att administrera (Ellis, 1993). Vidare har man med biblioterapi ett sätt att erbjuda behandling till människor som av olika anledningar inte har möjlighet att medverka i en traditionell terapi (Williams, 2001). Behandlingen är geografiskt obunden vilken innebär att tillgängligheten ökar. Klienten kan själv bestämma vilken tid och plats han vill arbeta på och det är möjligt för klienten att gå tillbaka och repetera materialet vid behov. För personer som upplever det stigmatiserande att söka behandling för sina problem kan självhjälp i form av biblioterapi vara ett första steg på vägen (Ellis, 1993). De främsta nackdelarna med biblioterapi är svårigheter med diagnosticering, bristande uppsikt över klientens genomförande av behandlingen, bristande följsamhet, minskade möjligheter till uppföljning och feedback från terapeuten samt att behandlingen inte kan skraddarsys för klientens individuella behov (ibid.).

### ***Självhjälpsbehandling vid fobi***

Forskningen visar att självhjälp är en effektiv behandlingsform vid depression och olika fobiska tillstånd. Gould och Clum (1993) visade i en metaanalys att självhjälp fungerade bättre vid ångestproblematik, depression och sexuella störningar än vid beroendeproblematik. Gregory, Canning, Lee och Wise (2004) fann vid en genomgång av 29 stycken studier där biblioterapi använts för att behandla depression att inomgruppseffektstorleken låg på  $d = 0.77$  vilket är jämförbart med effektstorleken vid individualpsykoterapi. Vidare har positiva resultat påvisats vid behandling av social fobi (Carlbring, Furmark, Steczko, Ekselius, & Andersson, 2005), agorafobi (Ghosh & Marks, 1987), för vissa personer med spindelfobi (Öst & Hellström, 1995) samt vid andra typer av specifika fobier (Newman, Erickson, Przeworski, Dzus, 2003).

Vid Institutionen för psykologi vid Uppsala Universitet har man under ett antal år arbetat med att utveckla självhjälpsprogram som administreras via Internet. En mängd olika tillstånd och diagnoser har behandlats; huvudvärk (Ström, Petterson & Anderson, 2000), paniksyndrom (Carlbring, 2004), tinnitus (Andersson, Ström, Ström & Lyttkens, 2003), smärta (Buhrman & Fältenhag, 2001), depression (Bergström & Holländare, 2002), specifik fobi (Andersson et al. 2004), stress (Zetterqvist, Maanmies, Ström & Andersson, 2003) och insomni (Ström, Pettersson & Andersson, 2004).

När det gäller tidigare forskning kring självhjälpsbehandlingar för social fobi har ett fåtal randomiserade och kontrollerade studier utförts, alla vid Uppsala universitet (Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Stezcko, 2004; Eriksson & Spak, 2004). Samtliga studier har använt sig av den självhjälpsmanual som utarbetades av Holmström och Sparthan (2003). Utöver det har begränsad e-post kontakt med terapeut och ett diskussionsforum på Internet ingått i samtliga studier.

Den första behandlingsstudien (Holmström & Sparthan, 2003) som kallades SOFIE<sup>1</sup> hade som syfte att undersöka effekten av ett Internetadministrerat självhjälsprogram i kombination med gruppträffar för personer med social fobi. Resultaten visade på signifikant lägre grad av självrapporterad ångest och undvikande i sociala prestations- och interaktions situationer, lägre grad av nedstämdhet samt en högre grad av livskvalitet i jämförelse med kontrollgruppen.

I SOFIE II modifierades behandlingsupplägget från SOFIE I genom att ta bort gruppträffar och lägga till telefonkontakt. I övrigt var upplägget i det närmaste identiskt. Resultaten visade på en signifikant förbättring på samtliga utfallsmått med effektstorlekar i linje med SOFIE I (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004).

En uppföljande studie, här kallad SOFIE IIb, ville undersöka om liknande resultat kunde uppnås utan vare sig telefonstöd eller gruppträffar och studiens resultat stödde detta (Steczko, 2004). I en tredje studie, SOFIE III undersöktes om tillägget av fem stycken exponeringssessioner i gruppformat hade ytterligare behandlingseffekt. Studien använde sig av en studentpopulation från Örebro universitet och deltagarna randomiserades på två betingelser, självhjälsprogram + exponering i grupp och enbart självhjälsprogram (Eriksson & Spak, 2005). Resultaten visade att båda grupperna förbättrades signifikant på samtliga utfallsmått. Vidare förelåg det ingen signifikant skillnad mellan behandlingsgrupperna vid eftermätningen. Detta tyder på att den utökade behandlingen med tillägg av exponering i grupp inte ökar behandlingens effektivitet. I SOFIE 4 (Hedman & Sonnenstein, 2005) var det primära syftet att undersöka behandlingsrespons över tid och resultaten visade att behandlingsgruppen förbättrades från vecka till vecka utan plötsliga förändringar på gruppnivå och att behandlingsgruppen förbättrades signifikant mer än kontrollgruppen i slutet av behandlingsvecka sex. I övrigt var studien en replikation av tidigare SOFIE studier. Sammantaget visar alla SOFIE studier på goda behandlingseffekter med inomgruppseffektstorlekar från  $d=0.80$  till  $d=1.31$  (Eriksson & Spak, 2005).

## **Syfte**

Föreliggande uppsats är en replikation och variation av tidigare SOFIE-projekt (Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004; Steczko, 2004; Eriksson & Spak, 2005). Studien är en ren biblioterapeutisk studie utan någon form av extra behandlingsstöd. Syftet är att undersöka vilken effekt behandlingsmodulerna som använts i tidigare SOFIE projekt har när man tar bort all terapeutkontakt och enbart ger deltagarna behandlingsmaterialet i bokform. Studien avser att undersöka om behandlingsprogrammet kan minska ångest, nedstämdhet, säkerhetsbeteenden samt öka livskvalitet hos målgruppen, jämfört med en väntlistekontrollgrupp.

Uppsatsen syftar även till att undersöka behandlingsrespons över tid genom veckovisa mätningar med LSAS-SR. Tidigare studier visar att behandlingseffekten kommer gradvis utan särskilda plattåer och trösklar (Heimberg et al. 1998). Dock så har ett flertal av dessa studier använt sig av ett intervall på 4 veckor mellan mätningarna vilket kan tänkas maskera språngvisa förändringar (Ibid.).

---

<sup>1</sup> SOFIE står för SOcial Fobibehandling via Internet i kombination med Exponering.

## **Hypoteser**

Studien avsåg att testa ett antal riktade hypoteser. Behandlingsgruppen förväntades, i jämförelse med en obehandlad kontrollgrupp, att:

1. Minska grad av självrapporterad ångest och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer, mätt med sociala ångestskalor: Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ; Furmark et.al. 1999); Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR; Liebowitz, 1997); Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Scale (SIAS) (Mattick & Clarke, 1998).
2. Minska sin allmänna ångestnivå, mätt med Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).
3. Minska sin grad av depression, mätt med självskattningsversionen av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994).
4. Öka sin livskvalitet mätt med Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992).
5. Studien syftar även till att genom ett utvärderingsformulär utforska hur nöjda deltagarna var med behandlingen.

# Metod

## **Deltagare**

Deltagarna rekryterades delvis genom en väntelista bestående av personer som sökt till tidigare SOFIE-studier, och delvis genom Internet där en betald länk till projektets hemsida hade skapats hos sökmotorn Google. Ingen ersättning utgick till deltagarna och det kostade inte heller något att delta.

## **Urval**

För att inkluderas i studien krävdes att den presumtive deltagaren:

1. Uppfyllde kriterierna för social fobi enligt DSM-IV mätt med SPSQ och enligt en telefonadministrerad kortversion av Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders (SCID; First, Gibbon, Pstizer & Williams, 1998).
2. Hade en livslustpoäng på mindre än 31 och mindre än 4 på fråga nio (livslustfrågan) på MADRS-S.
3. Inte deltog i någon form av psykoterapi samtidigt som projektet. Om personen tidigare genomgått sådan behandling skulle den vara avslutad sedan minst sex månader och inte vara av KBT-typ.
4. Var stabiliserade avseende medicinering (oförändrad medicindos sedan minst tre månader före behandlingsstart samt under studiens genomförande).
5. Inte var yngre än 18 år.
6. Var bosatt i Sverige.
7. Hade tillgång till dator och Internet uppkoppling.
8. Uppgav sig vara beredd att jobba med självhjälsprogrammet flera timmar i veckan.
9. Inte missbrukade alkohol och eller narkotika.

Rekryteringen genererade 342 intresseanmälningar. Av dessa uppfyllde 226 personer inklusionskriterierna 1-9. En telefonadministrerad SCID intervju genomfördes med 144 personer och av dessa bedömdes 137 ha social fobi som primärt problem. Av de 137 personerna slumpades 40 till kontrollgrupp, 40 till biblioterapi och ytterligare 40 slumpades för att ingå i en annan studie vid Uppsala Universitet (Hedman & Sonnenstein, 2005). Resterande 17 personer avsattes till en väntelista för att eventuellt ingå i framtida projekt vid institutionen. Deltagarna i kontrollgruppen informerades om att de skulle få tillgång till självhjälsprogrammet efter att biblioterapigruppen avslutat sin behandling.

## **Diagnosticering**

Vid anmälan uppgav de presumtiva deltagarna namn, adress, e-postadress och telefonnummer samt besvarade frågor om tidigare eller pågående psykoterapi och/eller medicinering. Därefter fyllde de i självskattningsformulären SPSQ och MADRS-S. De personer som enligt självskattningsformulären uppfyllde kriterierna för social fobi, inte hade över 31 på MADRS- S

och dessutom uppfyllde de övriga inklusionskriterierna kontaktades via telefon för en telefon administrerad SCID-intervju som enbart innehöll diagnosfrågorna för social fobi. De som under intervjun bedömdes uppfylla kriterierna för social fobi inkluderades i studien.

### ***Komorbiditet***

Deltagare exkluderades om de skattade 4 eller högre på fråga nio (livslustfrågan) på MADRS-S. När det gällde andra axel I och II störningar gjordes inga begränsningar så länge social fobi var huvudproblemet.

## **Material**

### ***Screening***

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

SCID är ett semistrukturerat intervjuinstrument, speciellt framtaget för att fastställa psykiatriska diagnoser enligt fjärde upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; APA, 1994). Instrumentet finns i olika versioner. Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I; First, et. al., 1998) kartlägger axel I diagnoser samt ger stöd i multiaxial diagnostik. SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1998) utgörs av intervjustöd för att ställa diagnos avseende personlighetsstörningar på axel II i DSM-IV.

#### ***Självskattningsformulär: Socialfobi skalor***

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

SPSQ är ett självskattningsformulär utvecklat av Furmark et. al. (1999). Det är framtaget för initial diagnostisering av social fobi och fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV (APA, 1994). Formuläret mäter graden av obehag i 14 potentiellt farofyllda situationer. Fem av dessa är prestationssituationer och de övriga är interaktionssituationer. Formuläret omfattar DSM kriterierna A-E för social fobi men kontrollerar ej för frågor för kriterierna G och H. Dock har en fråga angående psykiatrisk/medicinsk behandling inkluderats. SPSQ korrelerar högt med SPS ( $r=0.77$ ) och SIAS ( $r=0.79$ ). Alphakoefficienten för de 14 situationerna är 0.90, vilket visar på en hög intern konsistens.

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

LSAS-SR är självskattningsversionen av det klinikeradministrerade instrumentet LSAS vilket utarbetades av Liebowitz (1987). Syftet är att mäta graden av rädsla och undvikande i 24 olika sociala situationer. Tretton frågor rör prestationssituationer och de resterande utgörs av interaktionssituationer. Mätinstrumentet ger möjlighet att beräkna separata skalor för undvikande och rädsla samt att beräkna totalpoäng. LSAS-SR har hög intern konsistens med alfavärden på 0.95 för hela skalan och mellan 0.79 och 0.85 på delskalorna (Baker, Heinrich, Kim & Hoffman, 2002).

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

SPS och SIAS är utarbetade av Mattick och Clarke (1998), och de används oftast tillsammans i bedömningen av social fobi. SPS består av 20 påståenden och mäter rädslan att bli granskad

och observerad av andra i situationer som t.ex. att äta, dricka och skriva. SIAS består också av 20 påståenden men mäter rädslan i sociala interaktionssituationer och hur personen reagerar kognitivt, affektivt och beteendemässigt i relation till dessa. Den interna konsistensen är god för båda instrumenten;  $\alpha = 0.89$  för SPS och  $\alpha = 0.93$  för SIAS (Ibid.).

## **Övriga skalor**

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

MADRS utarbetades av Montgomery och Åsberg (1979) är en skattningsskala som är speciellt utvecklad för att vara känslig för förändring i depressionsgrad. I denna studie har självskattningsversionen använts (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994). Instrumentet består av nio items som motsvaras av symtomen sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism samt livslust. MADRS-S har hög korrelation med BDI ( $r = 0.87$ ) och instrumenten är ungefär likvärdiga när det gäller att differentiera mellan olika axel I diagnoser.

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

BAI är ett självskattningsformulär som utarbetats i avsikt att mäta ångestnivå hos kliniska populationer (Beck, et. al., 1988). BAI har en hög intern konsistens,  $\alpha = 0.92$  och god test-retestreliabilitet,  $r = 0.75$  (ibid.). Enligt Creamer, Foran och Bell (1995) har formuläret en god diskriminativ validitet och förmågan att skilja ångest från depression

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

QOLI är ett självskattningsformulär som syftar till att ge en subjektiv bild av en individs livskvalitet (Frisch, Cornell, Retzlaff & Villanueva, 1992). Formuläret mäter livskvalitet utifrån följande 16 områden: hälsa, självrespekt, mål och värderingar, ekonomi, arbete, fritid, inlärning, kreativitet, hjälpa andra, kärlek, vänner, barn, anhöriga, hem, grannskap samt samhälle. Varje område innehåller två frågor. Den första skattar hur viktigt man upplever att området är och den andra hur tillfredsställd man är inom området. QOLI har en test-retestreliabilitet som ligger mellan  $r = 0.80$  och  $r = 0.90$  och en intern konsistens på  $\alpha = 0.77$  till  $0.89$  (ibid.).

### ***Allmänt utvärderingsformulär***

Efter avslutad behandling skickades utvärderingsformulär hem till samtliga deltagare. Detta för att ta reda på hur personerna upplevde behandlingen avseende innehåll, tid, omfång, arbetsinsats mm. Utvärderingsformuläret utarbetades ursprungligen av Carlbring (1999). I föreliggande studie har en reviderad version använts.

### ***Självhjälpsmaterial***

Självhjälpsmaterialet bestod av nio moduler och omfattade 186 sidor text (se tabell 1). Innehållet i självhjälpsmaterialet byggde på empiriskt beprövade KBT principer.

Materialet inleddes med en introduktion av behandlingsprogrammets innehåll. Vidare gavs information om vad social ångest innebär, vanliga symptom och orsaker till social ångest, hur social fobi behandlas samt fakta om KBT.

Den andra modulen gick igenom Clark och Wells (1995) kognitiva modell för social fobi. I modulen gavs också information om grundantaganden, livsregler, automatiska tankar och hur den sociala fobin vidmakthålls. Praktiska övningar som gick ut på att identifiera och registrera negativa automatiska tankar ingick.

Modulerna tre och fyra behandlade kognitiv omstrukturering. I modul tre fick deltagarna lära sig att identifiera tankefallor samt tekniker för att ifrågasätta negativa automatiska tankar. Modul fyra tog upp beteendeeexperiment och deltagarna fick även formulera målsättningen med behandlingen. Modul fem gick igenom principerna bakom exponering och redogjorde även för vad forskningen visar inom området. Vidare fick deltagarna upprätta en ångesthierarki.

Modul sex handlade om självfokus och kopplingen till vidmakthållandet av social fobi. I modulen ingår strategier för att skifta fokus och för uppmärksamhetsträning. Avsnittet avslutas med en grundlig genomgång av säkerhetsbeteenden och hur de bidrar till vidmakthållandet av den sociala fobin.

I den sjunde modulen låg fokus på exponering och eventuella problem som kan uppstå vid exponeringsövningarna.

Den åttonde modulen handlar om hur kommunikationsförmågan och de sociala färdigheterna kan övas upp. Tekniker för att lära sig hävda sin rätt och att använda jag-budskap lärdes ut.

Den nionde och sista modulen tog upp ämnen som perfektionism och självförtroende och kopplade dem till social fobi. Behandlingsprogrammet avslutades med information om återfallsprevention och en sammanfattning av hela programmet.

Behandlingsmaterialet var ursprungligen sammanställt av Holmstöm & Sparthan (2003). Följande litteratur var viktig vid utformandet av materialet: Clark & Wells (1995); Anthony & Swinson (2000); Rapee (1998); Butler (1999); Kåver (1999). Materialet var även baserat på Panikprojektet (Carlbring, 2000) och en behandlingsstudie för depression (Bergström & Holländare, 2002). Materialet modifierades lätt för att passa som självhjälpshäfte.

**Tabell 1.** Huvudkomponenter och omfattning för respektive modul

Modul	Innehåll	Antal A4-sidor
1	Introduktion och psykoedukation	19
2	Clark & Wells kognitiva modell för social fobi	20
3	Kognitiv omstrukturering I	28
4	Kognitiv omstrukturering II	22
5	Exponering	18
6	Skifta fokus	19
7	Exponering II	20
8	Sociala färdigheter	19
9	Återfallsprevention	21
	Totalt:	186



## **Design**

Studien var en experimentell behandlingsstudie med randomisering till två betingelser, en behandlingsgrupp och en väntlistegrupp. Oberoende variabler var dels en mellangrupsvariabel, grupp, i två lägen (behandling/väntelista) och dels en inomgrupsvariabel, tid, i två lägen (före och efter behandling). Beroendevariabler i studien utgörs av resultaten på mätinstrumenten SPSQ, SPS, SIAS, LSAS-SR, BAI, MADRS-S och QOLI.

## **Procedur**

### ***Hemsida***

Under perioden 21-30 november 2004 var en hemsida för SOFIE-projektet öppen för allmänheten och på denna sida presenterades KBT-behandling av socialfobi, information om studiens genomförande, en kort beskrivning av dem som arbetade med projektet samt humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer. Det fanns även en nedladdningsbar blankett rörande godkännande av behandling av personuppgifter vilken var tvungen att fyllas i av vederbörande för att få ingå i studien.

### ***Anmälan/diagnosticering***

Vid intresseanmälan via Internet fyllde även den presumtive deltagaren i SPSQ och MADRS-S samt fick delge information angående eventuell medicinering eller psykologisk behandling. Därefter genomfördes en telefonadministrerad SCID-intervju med de personer som uppfyllde inklusionskriterierna 1-9. Till de personer som inte inkluderades i studien skickades mejl som innehöll en förklaring till varför personen exkluderats, förslag på var personen kunde vända sig för att få hjälp samt tips på självhjälplitteratur.

### ***Förmätning***

De deltagare som uppfyllt inklusionskriterierna och bedömdes ha social fobi som primärt problem under SCID-intervjun uppmanades fylla i förmätningen via Internet. Förmätningen bestod av självskattningsformulären SPSQ, SPS, LSAS-SR, SIAS, BAI, QOLI och MADRS-S.

### ***Randomisering***

Av de 137 personer som gjorde förmätningen randomiserades 40 till behandling, 40 till kontrollgrupp och ytterligare 40 randomiserades till en annan uppsatsstudie vid Uppsala Universitet (Hedman & Sonnenstein, 2005). Resterande 17 personer avsattes till en väntelista för att eventuellt ingå i framtida projekt vid institutionen Kort efter randomiseringen meddelades deltagarna i vilken grupp de hamnat och hur de skulle gå till väga för att fylla i veckomätningen. Självhjälpsmaterialet skickades ut via post.

### ***Veckomätning***

Varje söndag under behandlingens gång förväntades alla deltagare via Internet fylla i veckomätningen som bestod av LSAS-SR och item 9 på MADRS-S. Påminnelser skickades ut varje söndag klockan 06.00 via SMS. Om deltagaren inte fyllt i senast måndag morgon skickades en påminnelse via e-post. Hade de fortfarande inte fyllt i veckomätningen på måndag kväll inleddes försök att nå personen per telefon för att påminna dem.

Resultaten på veckomätningen granskades omgående för att kunna upptäcka eventuell suicidrisk bland deltagarna. I de fall någon fick en poäng som översteg 3 på MADRS-S item 9, kontaktades denne per telefon och ett bedömningsamtal avseende suicidrisk genomfördes. Personen uppmanades söka läkarhjälp i de fall detta var påkallat.

### ***Eftermätning***

Två veckor innan behandlingen avslutades skickades ett e-postbrev med instruktioner om hur deltagarna skulle genomföra eftermätningen. Tre dagar före avslut skickades även en påminnelse ut. Deltagarna uppmanades att fylla i eftermätningen mellan den 14 och 24 mars, 2005. De som inte gjorde detta under denna period fick ytterligare påminnelser i form av e-post och telefonsamtal. Eftermätningen utgjordes av samma självskattningsformulär som vid förmätningen.

### ***Statistiska analyser***

Oberoende t-test användes för att kontrollera för eventuella skillnader mellan behandlings- och kontrollgruppen vid förmätningen. Två vägs-ANOVA med upprepade mätningar användes för att undersöka skillnader mellan grupperna i behandlingsutfall. Beroende t-test användes för att kontrollera om förbättringen skett i både behandlings- och kontrollgruppen. Resultaten på veckomätningen eftertestades med Scheffes test och övriga utfallsmått eftertestades med Bonferroni korrigerade t-test.

Effektstorlekar beräknades både inom- och mellan grupperna och alla beräkningar baserades på den poolade standardavvikelsen: Cohen's d. Enligt Cohen (1988) är en effektstorlek på 0.2 liten, 0.5 medelstor och 0.8 stor. Dessa gränsvärden gäller mellangrupps-effektstorlekar och är omdiskuterade när det gäller inomgrupps-effektstorlekar. Dahlgren (2002) hävdar att effektstorlekarna vanligen blir större vid inomgruppsjämförelser än vid mellangruppsjämförelser och så länge man räknar ut effektstorlekarna på samma sätt är det ändå möjligt att göra adekvata jämförelser mellan olika studier. Detta förfarande har använts i den föreliggande studien.

# Resultat

## Bortfall

Av 40 deltagare i behandlingsgruppen slutförde 34 personer behandlingen inom avsatt tid. Sex personer begärde att få hoppa av studien. Som orsak angavs tidsbrist (n=1), familjeproblem (n=2), önskan om annan behandling (n=2) samt inget behov av behandling (n=1). I kontrollgruppen hoppade en deltagare av då denne påbörjat annan behandling. Samtliga deltagare ombads göra eftermätningarna. Av 80 deltagare svarade 79 på eftermätningarna, 39 ut kontrollgruppen och samtliga ur behandlingsgruppen.

## Förmätningar

Vid förmätningen fanns inga signifikanta skillnader mellan biblioterapigruppen och kontrollgruppen på någon av beroendevariablerna [ $t_{(78)} \leq 0.84$ ,  $p \geq 0.43$ ].

## Socialfobi skalar

Variansanalys med upprepad mätning visade en signifikant huvudeffekt av tid (pre/post) för samtliga social fobiskalar [LSAS-SR:  $F_{(10, 780)} = 15.6$ ,  $p < 0.0001$ ; SPS:  $F_{(1, 78)} = 27.5$ ,  $p < 0.0001$ ; SIAS:  $F_{(1, 78)} = 14.53$ ,  $p < 0.0003$ ; SPSQ:  $F_{(1, 77)} = 28.51$ ,  $p < 0.0001$ ]. Signifikanta interaktionseffekter tid x grupp erhöles även det för samtliga socialfobiskalar [LSAS-SR:  $F_{(10,780)} = 13.90$ ,  $p < 0.0001$ ; SPS:  $F_{(1, 78)} = 20.76$ ,  $p < 0.0001$ ; SIAS:  $F_{(1, 78)} = 16.49$ ,  $p < 0.0001$ ; SPSQ:  $F_{(1, 78)} = 21.30$ ,  $p < 0.0001$ ] (se figur 2 och 3).



**Figur 2.** Genomsnittlig förändring av poäng på självskattningsformulären för social fobi för behandlings- och kontrollgrupp (N=40).

Efter avslutad behandling fanns en signifikant lägre grad av ångest på samtliga social fobiskalar för behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen [LSAS:  $t_{(78)} = 3.55$ ,  $p < 0.0006$ ; SPS:  $t_{(78)} = 2.67$ ,  $p < 0.0092$ ; SIAS:  $t_{(78)} = 2.27$ ,  $p < 0.03$ ; SPSQ:  $t_{(77)} = 3.17$ ,  $p < 0.0022$ ]. Vid eftertestning med Bonferronikorrigerade t-test fanns en signifikant förbättring på alla socialfobiskalar för behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen utom för SIAS där signifikansnivån ej överlevde korrektion för multipla jämförelser. [ $t_{(78)} = 2.27$ ,  $p = 0.26$ .] (se tabell 2). Effektstorlekarna var stora till måttliga (se tabell 2).

## Veckomätning med LSAS-SR

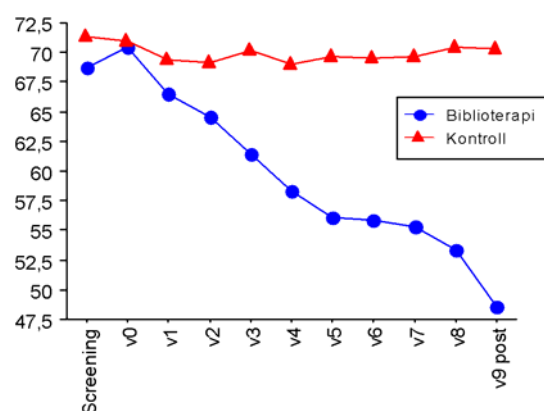
Variansanalys med upprepad mätning visade en signifikant huvudeffekt av tid [ $F_{(10, 780)} = 15.6$ ,  $p < 0.0001$ ]. Signifikanta interaktionseffekter tid x grupp erhöles också [ $F_{(10,780)} = 13.90$ ,  $p < 0.0001$ ] (se figur 3).

Beroende t-test visade på en tendens till signifikans inom behandlingsgruppen efter vecka 3 [ $t_{(39)} = 1.99$ ,  $p = 0.052$ ] och att en signifikant skillnad inom behandlingsgruppen uppkom efter vecka 4 [ $t_{(39)} = 2.8$ ,  $p < 0.01$ ]. Oberoende t-test visade att en signifikant skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupp inträffade efter vecka sex [ $t_{(78)} = 2.2$ ,  $p < 0.03$ ]. Post hoc testning med Scheffe visade även det på en signifikant skillnad [ $p < 0.03$ ] efter vecka 6 och framåt (se figur 3). Ingen signifikant förbättring sågs för kontrollgruppen.

**Tabell 2.** Medelvärden, standardavvikelse, procentuell förändring samt effektstorlekar (d) för biblioterapi- och kontrollgrupp avseende socialfobi mått.

Instrument	Grupp	Pre	Post	% förändring	Effektstorlek (d)	
					Inom	Mellan
LSAS	Biblioterapi	68.7(23.9)	48.5 (27.6)	29.4	0.78	0.80
	Kontroll	71.3 (24.9)	70.3 (27.2)	1.4	0.04	
SPS	Biblioterapi	36.6 (15.4)	25.9 (16.3)	29.2	0.67	0.60
	Kontroll	36.4 (17.1)	35.6 (16.2)	2.2	0.05	
SIAS	Biblioterapi	41.5 (12.7)	32.8 (14.2)	21.0	0.65	0.54
	Kontroll	40.3 (15.0)	40.6 (16.2)	0.7	0.02	
SPSQ	Biblioterapi	30.6 (8.0)	21.5 (11.1)	29.0	0.94	0.72
	Kontroll	30.3 (10.3)	29.7 (11.8)	2.0	0.05	

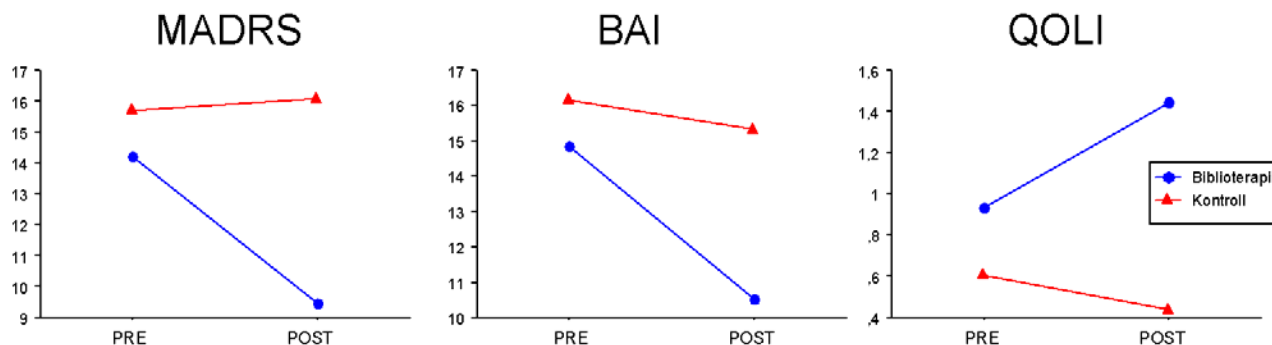
## LSAS-SR



**Figur 3.** Genomsnittlig förändring av poäng på veckomätning för behandlings- och kontrollgrupp (N=40).

## Övriga självskattningsskalor

Variansanalys med upprepad mätning visade en signifikant huvudeffekt av tid för MADRS [ $F_{(1, 38)} = 9,60, p < 0.0027$ ] och BAI [ $F_{(1, 78)} = 7.91, p < 0.0062$ ]. Det fanns dock ingen signifikant huvudeffekt av tid för QOLI [ $F_{(1, 78)} = 1.49, p < 0.23$  i.s.]. Signifikanta interaktionseffekter tid x grupp erhöles för MADRS [ $F_{(1, 78)} = 12.90, p < 0.0006$ ] och för QOLI [ $F_{(1, 78)} = 5.84, p < 0.018$ ]. För BAI fanns en tendens till en signifikant interaktionseffekt [ $F_{(1, 78)} = 3,67, p = 0.06$  i.s.] (se figur 4).



**Figur 4.** Genomsnittlig förändring av poäng på självskattningsformulären för depression, ångestnivå och livskvalitet för behandlings- och kontrollgrupp.

Efter avslutad behandling fanns det hos behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen en signifikant lägre grad av nedstämdhet [MADRS:  $t_{(78)} = 3.43, p < 0.001$ ] och generell ångestnivå [BAI:  $t_{(78)} = 2.56, p < 0.0125$ ]. Det fanns också en signifikant högre grad av upplevd livskvalitet [QOLI:  $t_{(78)} = 2.73, p < 0.0077$ ]. Effektstorlekarna var stora till måttliga (se tabell 3).

**Tabell 3.** Medelvärden, standardavvikelse, procentuell förändring samt effektstorlekar ( $d$ ) för biblioterapi- och kontrollgrupp avseende depression (MADRS), ångestnivå (BAI) och livskvalitet (QOLI).

Instrument	Grupp	Pre	Post	% förändring	Effektstorlek	
					Inom	Mellan
MADRS	Biblioterapi	14.2 (7.6)	9.5 (6.7)	33.0	0.66	0.77
	Kontroll	15.7 (9.3)	16.1 (10.1)	2.5	0.04	
BAI	Biblioterapi	14.9 (8.7)	10.5 (7.5)	29.5	0.54	0.57
	Kontroll	16.2 (9.6)	15.3 (9.3)	6.0	0.10	
QOLI	Biblioterapi	0.9 (1.6)	1.4 (1.7)	56.0	0.30	0.61
	Kontroll	0.6 (1.9)	0.4 (1.6)	33.3	0.11	

### **Klinisk signifikant förbättring**

Klinisk signifikant förbättring bedömdes med självskattningsformulären för social fobi. Enligt Ogles, Lunnen & Bonesteel (2001) anses klinisk signifikant förbättring vara uppnådd om personen vid eftermätningstillfället återfinns inom två standardavvikelser från normalpopulationens medelvärde. Den svenska normalpopulationens medelvärde är för SPSQ 8.2 ( $\pm$  6.6), för SPS 6.3 ( $\pm$  7.4) och för SIAS 12.8 ( $\pm$  8.9) (Furmark et. al., 2000; Furmark et. al., 1999). För LSAS finns enbart medelvärden från den amerikanska populationen att tillgå; 13.49 ( $\pm$  12.7) (Fresco et. al., 2001). Antal personer i behandlings respektive kontrollgrupp som uppfyller kriterierna för klinisk signifikant förbättring framgår av tabell 4.

**Tabell 4.** Antal (%) deltagare som uppnådde klinisk signifikant förbättring.

<b>Instrument</b>	<b>Biblioterapigrupp</b>	<b>Kontrollgrupp</b>
LSAS	18 (46 %)	5 (13 %)
SPS	18 (46 %)	10 (25 %)
SIAS	23 (59 %)	12 (30 %)
SPSQ	22 (55 %)	9 (23 %)

Nio (23 %) av deltagarna i behandlingsgruppen var kliniskt förbättrade på samtliga socialfobi skalor medan fem (13 %) var förbättrade på tre av beroende måtten. 14 (35 %) blev förbättrade på ett eller två av måtten. Totalt blev 70 % av deltagarna i biblioterapigruppen kliniskt signifikant förbättrade på minst ett beroendemått.

I kontrollgruppen blev tre (8 %) kliniskt förbättrade på samtliga skalor. Fyra (10 %) förbättrades på tre av beroendemåtten och 7 (18 %) på ett eller två av skalorna. Totalt blev 14 (35 %) av deltagarna i kontrollgruppen kliniskt signifikant förbättrade på minst ett beroendemått.

Direkt efter avslutad behandling tillskrevs 25 % av deltagarna inte längre diagnosen social fobi mätt med SPSQ.

## Deltagarnas utvärdering

Utvärderingen är baserad på de synpunkter deltagarna angivit i det utvärderingsformulär som de besvarade efter avslutad behandling (se tabell 5). Av deltagarna var det trettio stycken (75%) som besvarade formuläret.

**Tabell 5. Sammanställning av deltagarnas resultat på utvärderingsformuläret, antal (procent).**

Hur nöjd är du totalt sett med din behandling?		Har behandlingen hjälpt dig till ett bättre förhållningssätt till dina problem?	
Mycket nöjd	7 (23 %)	Ja, väldigt mycket	8 (27 %)
Huvudsakligen nöjd	19 (63 %)	Ja, något	18 (60 %)
Likgiltig/lätt missnöjd	4 (19 %)	Nej, inte riktigt	4 (13 %)
Riktigt missnöjd	0 (0 %)	Nej, förvärrat situationen	0 (0 %)
Hur bedömer du kvaliteten på behandlingsmodulerna		Har din sociala fobi förändrats pga. programmet?	
Utmärkt	12 (40 %)	Inte längre något problem alls	0 (0%)
Bra	17 (57 %)	Ett mycket mindre problem	5 (17 %)
Hyfsad	1 (3 %)	Ett mindre problem	15 (50 %)
Dålig	0 (0 %)	Som tidigare	9 (30 %)
Hur nöjd är du med behandlingens tempo?		Ett större problem	1 (3 %)
Alldeles för kort tid	11 (37 %)	Ett mycket större problem	(0 %)
Lite för kort tid	12 (40 %)		
Lagom	7 (23 %)		
Lite för lång tid	0 (0 %)		
Alldeles för lång tid	0 (0 %)		

# DISKUSSION

Syftet med denna uppsats var att undersöka vilken effekt en biblioterapeutisk självhjälpsbehandling har på social fobi. Resultaten visade på signifikanta förbättringar på de flesta beroendemått. Behandlingsgruppen hade efter avslutad behandling minskat sin grad av ångest och undvikande i sociala situationer, minskat graden av nedstämdhet och generell ångest samt ökat sin livskvalitet.

Studien undersökte vidare hur behandlingen stod sig i jämförelse med en obehandlad kontrollgrupp. Signifikanta interaktionseffekter fanns för samtliga utfallsmått utom för BAI vilken visade på en tendens till signifikans. Detta visade att behandlingsgruppen blev mer förbättrad än kontrollgruppen och att självhjälpsbehandlingen generellt gav större effekt än den spontanförbättring som kan ske under nio veckor.

## **Resultatdiskussion**

### ***Hypotes 1: Minska grad av ångest och självrapporterat undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer.***

Studien fann stöd för två av tre delar av den första hypotesen. Behandlingen gav effekt då signifikanta interaktionseffekter erhöles och deltagarna efter avslutad behandling uppvisade en signifikant lägre grad av ångest och undvikande i sociala situationer mätt med LSAS-SR i jämförelse med kontrollgruppen. SPS och SPSQ visade även de på en signifikant lägre grad av ångest och obehag i sociala interaktions- och prestationssituationer i jämförelse med kontrollgruppen. Vad gäller SIAS så förelåg det vid eftermätningstillfället en skillnad mellan grupperna, men denna befanns vara icke-signifikant efter korrektion för multipla jämförelser. Mellan- och inomgruppseffektstorlekarna var stora till måttliga. Direkt efter avslutad behandling tillskrevs 25 % av deltagarna inte längre diagnosen social fobi mätt med SPSQ.

### ***Hypotes 2: Minska sin generella ångestnivå.***

Den andra hypotesen får också visst stöd. Dock visade variansanalysen endast på en tendens till en signifikant interaktionseffekt varför stödet för hypotes två anses begränsat. T-testning visade att behandlingsgruppen efter genomförd behandling hade en signifikant lägre nivå av ångest mätt med BAI jämfört med den obehandlade kontrollgruppen. Mellan- och inomgruppseffektstorlekarna var måttliga.

### ***Hypotes 3: Minska sin grad av depression.***

Den tredje hypotesen får stöd. Deltagarna i behandlingsgruppen hade jämfört med kontrollgruppen vid avslutad behandling signifikant lägre grad av nedstämdhet mätt med MADRS-S. Mellan- och inomgruppseffektstorlekarna var måttliga.

### ***Hypotes 4: Öka sin livskvalitet.***

Den fjärde hypotesen får också. Huvudeffekten av tid var icke signifikant på grund av att kontrollgruppen visade tendens till försämring över tid. Dock fanns det en signifikant interaktionseffekt vilket tyder på att behandlingen har effekt. Uppföljning med t-test visade att livskvaliteten mätt med QOLI var signifikant högre hos biblioterapigruppen jämfört med



kontrollgruppen efter avslutad behandling. Inomgruppseffektstorleken var låg och mellangruppseffektstorleken måttlig.

### ***Veckomätning (LSAS-SR)***

Resultatet av veckomätningen visade att det för personerna i behandlingsgruppen sker en signifikant förbättring efter vecka 4 och att förbättringen efter det kvarstår hela behandlingstiden ut. Vidare visar veckomätningarna att behandlingsgruppens utveckling var stabilt nedåtgående med små variationer under hela behandlingsperioden.

### ***Deltagarnas utvärdering***

Andelen som var nöjda eller huvudsakligen nöjda med sin behandling totalt sett var 86 %. Deltagarnas åsikt i de tidigare studierna skiljer sig inte nämnvärt åt och klienterna i föreliggande studie verkar på det hela taget vara lika nöjda som de klienter som haft terapeutkontakt och tillgång till gruppträffar och Internetforum. Av deltagarna bedömer 97 % kvaliteten på behandlingsmodulerna som bra eller utmärkt. Detta ligger i linje med de tidigare SOFIE-studierna och det förefaller därför inte nödvändigt att ändra på innehållet i behandlingsmodulerna. Det visar även att det inte finns några svårigheter att tillgodogöra sig materialet utan stöd från en Internetterapeut eller tillgång till diskussionsforum på Internet där man kan ställa frågor och klargöra missförstånd. Av deltagarna ansåg 87 % att behandlingen hjälpt dem till ett bättre förhållningssätt till sina problem medan 67 % ansåg att deras sociala fobi var ett mindre eller mycket mindre problem idag tack vare programmet. Även dessa resultat ligger i linje med vad tidigare SOFIE-projekt visat. Deltagarnas huvudsakliga invändning mot upplägget gällde det höga tempot i behandlingsprogrammet. En majoritet av deltagarna (77 %) anser att nio veckor är för kort tid i relation till programmets omfattning medan resten tycker att tempot varit lagom. Även i de tidigare SOFIE-studierna var en majoritet av samma uppfattning.

### ***Generell jämförelse med tidigare SOFIE-studier.***

Studien visar att klienter som behandlats med den biblioterapeutiska självhjälpsbehandlingen erhöll något sämre resultat, om man jämför inomgruppseffektstorlekar, som de samtidigt randomiserade klienter som genomgått behandling med stöd från Internetterapeuter, diskussionsforum och gruppträffar i SOFIE 4 (Hedman & Sonnenstein, 2005). Dock ligger mellangruppseffektstorlekarna på likvärdiga nivåer. En orsak till att den föreliggande studien erhåller på ett ungefär likvärdiga, eller något sämre resultat skulle kunna vara att det är behandlingsmaterialet i sig som leder till att klienten förbättras. Terapeutstöd i form av telefonkontakt, diskussionsforum på Internet, e-poststöd och gruppträffar verkar endast ge ett visst tillskott i behandlingseffekt utöver den som erhålles av självhjälpsmaterialet. (se tabell 6).

**Tabell 6. Inom- mellan och genomsnittlig inom- och mellangruppseffektstorlek för alla SOFIE-studier**

	SPSQ	SIAS	SPS	LSAS-SR	Genomsnitt
Föreliggande	0.94/0.72	0.65/0.54	0.67/0.60	0.78/0.80	0.76/0.67
SOFIE I (Holmström & Sparthan 2003)	1.21/1.08	1.16/0.47	0.96/0.67	0.96/0.73	1.07/0.74
SOFIE II (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004)	1.11/1.33	1.16/1.31	1.07/1.13	1.05/0.99	1.10/1.19
SOFIE IIb (Stezcko, 2004)	1.37	1.06	0.85	0.86	1.04
SOFIE III <sup>2</sup> Internetbeh. (Eriksson & Spak, 2004)	0.80	0.64	0.94	0.94	0.83
SOFIE III Kombinationsbeh.	1.31	0.67	1.09	0.81	0.97
SOFIE IV (Hedman & Sonnenstein 2005)	1.15/0.65	0.85/0.44	0.87/0.60	0.88/0.75	0.94/0.61

Andelen deltagare som blev kliniskt signifikant förbättrade i föreliggande studie skiljer sig inte nämnvärt från de tidigare SOFIE-studierna (se tabell 7). Detta resultat visar på att de olika behandlingarna tycks vara likvärdiga.

**Tabell 7. Klinisk signifikant förbättring i procent för alla SOFIE-studier**

	SPSQ	SIAS	SPS	LSAS-SR
Föreliggande	55.0	59.0	46.0	46.0
SOFIE I	66.6	66.6	63.3	43.3
SOFIE II	55.2	62.1	62.1	44.8
SOFIE IIb	50.0	65.4	61.5	38.5
SOFIE 4	45.0	35.0	37.5	27.5

### **Jämförelse med andra behandlingsstudier.**

Dahlgren (2002) har i en effectiveness-studie jämfört behandlingseffekter mellan olika KBGT-behandlingar. I studien jämförs Dahlgrens egen studie med två amerikanska behandlingar av Otto et al. (2000) och Heimberg et al. (1998). De tre behandlingarna baserades på Heimbergs KGBT och pågick i tolv veckor. Inomgruppseffektstorlekarna på SIAS låg för respektive studie på  $d=0.98$  för Dahlgren,  $d=0.61$  för Otto et al. och  $d=0.15$  för Heimberg. I den föreliggande studien låg resultatet på SIAS på  $d=0.65$ . För SPS låg

<sup>2</sup> För SOFIE III anges inomgruppseffektstorlekar.

inomgruppseffektstorlekarna på  $d=1.33$  för Dahlgren,  $d=0.78$  för Otto et al. och  $0.11$  för Heimberg. I den föreliggande låg inomgruppseffektstorleken på  $d=0.67$ .

I jämförelse med de olika effektstorlekarna från Taylors metaanalys (1996) står sig behandlingsgruppen i föreliggande studie relativt bra. Sett utifrån den genomsnittliga effektstorleken på  $d=0.76$  ligger behandlingsgruppen strax under "enbart exponering" som i Taylors metaanalys gav en effektstorlek på  $d=0.82$ . I en metaanalys av Federoff och Taylor (2001) visade författarna på effektstorlekar för benzodizepiner och SSRI som var högre än i de ovan nämnda studierna,  $d=2.10$  och  $d=1.70$ . För exponering i kombination med kognitiv omstrukturering redovisas en effektstorlek på  $d=0.84$ . Effekterna av KBT behandling kvarstår efter avslutad behandling och studier tyder på att de tenderar att öka (Taylor, 1996).

## **Metoddiskussion**

### **Intern validitet**

I föreliggande studie har en obehandlad kontrollgrupp på väntelista samt randomisering av deltagarna till de olika betingelserna använts för att undanröja hoten mot intern validitet. Detta kontrollerar för hot som rör själva *urvalet* av deltagare. Eftersom dessa inte fördelades till de två grupperna på basis av sina förmätningvärden minskades också risken för *regression mot medelvärde*. Hoten från *historia* och *mognadseffekt* medför en risk att någon ovidkommande variabel påverkat den beroende variabeln medan *testeffekt* innebär en risk att deltagarna svarar olika vid upprepade testtillfällen. Samtliga dessa hot kontrollerades dock för genom användandet av en kontrollgrupp (Clark-Carter, 1997). Mätmetodeffekter syftar på risken för skillnader i resultaten som beror på olika administrationssätt eller mätinstrument vid olika mättillfällen. Då samma mätinstrument användes vid både för- och eftermätningen och administrationssättet var detsamma vid båda tillfällen för samtliga deltagare bedömdes risken för mätmetodeffekter vara liten. Då deltagarna i de båda grupperna inte haft någon kontakt med varandra under behandlingsperioden föreligger ingen risk för *imitationseffekter*.

### **Extern validitet**

Enligt Clark-Carter (1997) finns det två områden av extern validitet som är viktiga att ta hänsyn till när det gäller hot mot studiens generaliserbarhet. Det ena området rör faktorer inom studien som *uppgift*, *miljö* och *tid* medan det andra området rör *deltagarna*. Då det behandlingsmaterial som använts i föreliggande studie överensstämmer med de komponenter som ingår i de övriga SOFIE-studierna samt i mer traditionell KBT-behandling anses det inte föreligga någon risk att *uppgift* skulle vara ett hot mot studiens generaliserbarhet. Att studien har utförts i deltagarnas hemmiljö ökar generaliserbarheten då det annars kan vara svårt att generalisera något som sker i en artificiell miljö som ett labb eller ett terapirum till miljön utanför. Att deltagarna är bosatta på olika platser ökar också generaliserbarheten. Vidare hade alla möjlighet att välja vilken tid på dygnet de ville arbeta med självhjälpsmaterialet, vilket innebär att *tid* inte bör vara en faktor som hotar generaliserbarheten. Faktorer hos deltagarna som kan utgöra hot mot den externa validiteten kan vara att deltagarna i föreliggande studie själva har anmält sitt intresse att delta. En faktor som ger stöd till studiens generaliserbarhet är det faktum att könsfördelningen i samplet är representativt för social fobi i allmänhet. I föreliggande studie deltog 30 män vilket utgör 38 % av det totala antalet deltagare. Detta motsvarar andelen män med social fobi i allmänhet (Furmark, 2000).

### ***Kostnadseffektivitet***

Biblioterapeutisk självhjälsbehandling är en mycket kostnadseffektiv metod för att hjälpa personer med social fobi. Då personen tar hela ansvaret för sin behandling och det inte behövs någon som helst aktiv inblandning från någon behandlingspersonal kan kostnaderna hållas till ett minimum. I princip är den enda kostnaden, sedan materialet utvecklats, tryckning och administration av självhjälsmaterialet. Detta skall jämföras med KBGT-behandling som är en tolvveckors gruppterapi där varje session är två och en halv timma (Turk, Heimberg & Hope, 2001) och individualterapi för social fobi där en session är mellan 45 minuter och en timma och i regel sträcker sig över 15-25 veckor med en session per vecka (Kåver, 1999). Resultaten tyder även på att de tidigare SOFIE-studiernas upplägg med veckovisa telefonsamtal, e-poststöd och gruppträffar inte leder till dramatiskt bättre resultat än enbart självhjälsmaterialet. Detta innebär i förlängningen att man genom självhjälsbehandling kan lindra besvären hos en stor mängd personer genom att låta dem ta del av det material som har använts i föreliggande studie. På så sätt skulle man frigöra tid och resurser för att arbeta med de klienter med svårast problematik och som behöver en mer individanpassad behandling. Dock bör det nämnas att motivationen i föreliggande studie eventuellt kan antas vara högre än vid en sedvanlig biblioterapeutisk behandling då deltagarna förväntades fylla i veckomätningen och således visste att deras eventuella framsteg observerades.

### ***Framtida forskning***

Inför kommande studier finns det ett flertal aspekter som kan vara intressanta att undersöka. För att kunna effektivisera och utveckla behandlingen ytterligare vore det intressant att undersöka vilken eller vilka komponenter i materialet som har betydelse för behandlingsutfallet. Detta skulle kunna åstadkommas genom att genomföra en "dismantlingstudie" där förmodat verksamma delar av behandlingen tas bort för att se hur de påverkar behandlingsutfallet.

Då alla beroendemått i den föreliggande och de tidigare SOFIE-studierna bygger på självrapportering skulle det vara önskvärt att införa ett oberoende, objektiva mått i form av ett beteendetest. För att erhålla ett tydligare mått på deltagarnas grad av kliniskt signifikant förbättring skulle det även vara önskvärt att upprepa delar av SCID-intervjun för att få en uppfattning om deltagaren uppfyller DSM-IV-kriterier för social fobi efter genomgången behandling.

Då det finns en risk att föreliggande studies resultat beror på placebo effekt skulle det vara intressant och viktigt att i framtida studier utforska detta. En kontrollgrupp i en framtida studie kan tänkas få ta del av ett material som innehåller någon form av psykologisk placebo under 9 veckor.

Då det i utvärderingarna av samtliga SOFIE-studier framkommit att en överväldigande majoritet har tyckt att tempot varit för högt är detta är något som bör hörsammas och ses över i framtida studier. Ett sätt att åstadkomma detta kan vara att förlänga tiden man har till varje modul alternativt att korta modulerna något. Vidare studier får dock visa vilka komponenter som har störst påverkan på behandlingsutfallet och därefter kan materialet revideras och utformas så deltagarna upplever att tiden räcker till.

### **Slutord**

Social fobi är en ångeststörning som medför ett stort personligt lidande och en låg grad av livskvalitet för den som drabbas och det är idag en av de mest förekommande ångeststörningarna bland dem som söker hjälp på de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna. Tyvärr motsvarar tillgången på adekvat behandling inte det behov som finns. Behandlingsupplägget som använts i denna studie står sig på det hela taget väl i jämförelse med sedvanlig individualterapi och tidigare SOFIE-studier vilka haft en betydligt högre grad av medverkan från terapeuter. Föreliggande studie visar således att en självadministerad behandling i bokform kan utgöra en effektiv behandlingsform för personer med social fobi och utgör ett kostnadseffektivt och mer lättillgängligt alternativ till, terapeutledda behandlingar för social fobi.

## REFERENSER

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

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

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

Andersson, G., Strömberg, T., Ström, L., & Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 64, 810-816

Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. Washington DC: *American Psychological Association*, 12, 151-189.

Baker, S. L., Heinrich, N., Kim, H.-J., & Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 701-715.

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

Bergström, J. & Holländare, F. (2002). *Självhjälp via Internet för depression – en kontrollerad behandlingsstudie*. Opublicerad Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.

Bouton, M. E., Mineka, S., Barlow, D. H. (2001). A learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 2-32

Buhrman, M., Fältenhag, S. (2001). *Självhjälp via Internet och telefon för personer med kronisk ryggsmärta*. Opublicerad Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.

Butler, G. (1999). *Overcoming social anxiety and shyness – A self-help guide using Cognitive Behavioral Techniques*. London: Constable & Robinson Ltd.

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

Carlbring, P. (2004). Panic! Its prevalence, Diagnosis and Treatment via the Internet. Acta Universitatis Upsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences* 136. Uppsala Universitet, Tryck och Medier

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

Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist*.

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

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

Clark, D. M. & Fairburn, C. G. (1999). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press

Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.) *Social Phobia. diagnoses, assessment and treatment* (pp.69-93). New York, N Y: Guilford Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup> Edn.). London: Wiley.

Creamer, M., Foran, J., & Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in an non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 477-485.

Cujpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta analysis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139-147.

Dahlgren, S. (2002). *Gruppbehandling av social fobi inom klinisk rutinvård respektive forskning: en "effectivenessstudie"*. Essay at the specialist education in cognitive behavioural therapy, Växjö.

Ellis, A. (1993). The Advantages and Disadvantages of Self-Help Therapy Materials. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 335-339.

Eriksson, A. & Spak, M. (2005). *SOFIE III: Internetbaserad självhjälpsbehandling för studenter med social fobi –En undersökning av exponeringssessioners relativa effekt*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala

Federoff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.

Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale. A comparison of the psychometric properties of self report and clinician-administered formats. *Psychology and medicine* 31, 1025-1035.

- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., & Williams, J. B. W. (1998). SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders. (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Original publicerat 1997).
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1998). SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis II Disorders. (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Original publicerat 1997).
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment, 4*, 92-101.
- Furmark, T. (2000). Social Phobia. From epidemiology to brain function. Acta Universitatis Uppsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 97*. Uppsala: Uppsala University, Tryck & Medier.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 416-424.
- Ghosh, A., & Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy, 18*, 3-16
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review, 13*, 169-186.
- Gregory, R.J., Canning, S, S., Lee, T, W., Wise, J, C., (2004) Cognitive Bibliotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 275-280.
- Hedman, E., & Sonnenstein, A. (2005). *När säger det "klick"? En studie av behandlingsrespons över tid i ett Internetbaserat självhjälsprogram vid social fobi (SOFIE-4)*. Opublicerad Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive Behavioral Group Therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry, 55*, 1133-1141.
- Holmström, A. & Sparthan, L. (2003). *SOFIE-projektet. Ett Internetbaserat självhjälsprogram i kombination med gruppträffar för personer med social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification, 24*, 102-129.
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behaviour. *American Psychologist, 44*, 668-674



Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

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

Martell, C.R., Addis, M.E., Jacobsson. N. S., (2001) *Depression in context: strategies for guided action*. New York : Norton

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

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

Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal contact therapies for anxiety disorders: Is human contact for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.

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

Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington III, J. J., McArdle, E. T., & Rosenbaum, J. F. (2000). A comparison of the efficacy of Clonazepam and cognitive-behavioural group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.

Ottoson, J-O. (2000). *Psykiatri*. Stockholm: Liber

Rapee, R. M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia – a step-by-step guide*. Northvale, N J: Jason Aronson Inc.

Rapee, R.M. & Spence, S.H. (2004). The Etiology of Social Phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychological Review*, 24, 883-908

Rodebaugh, T.L., Holaway, R.M., & Heimberg, R.G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychological Review*, 24, 883-908.

Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R. & Weissman, M. M. (1992). Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.

Steczckó, J. (2004). *SOFIE-projektet: Effekten av ett Internetbaserat självhjälpssystem mer e-post stöd vid behandling av social fobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala.

Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social Phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.

Ström, L., Petterson, R., & Andresson, G. (2000). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 722-727

Ström, L., Petterson, R., & Andresson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: a controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 113-120.

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

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

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

Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). Social Anxiety Disorder. In: Barlow, D. H. (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Third Edition (pp.114-153). New York, New York: Guilford Press.

Williams, C. (2001). Use of Written Cognitive-Behavioral Therapy Self-Help Materials to Treat Depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 233-240

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

Öst, L-G. (2001). Tillämpad avslappning, manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik. Uppsala: Universitetsstryckeriet.

Öst, L.-G., & Hellström, K. (1995). One-session therapist directed exposure vs two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Research and Therapy*, 33, 959-965.