



UPPSALA UNIVERSITET  
Institutionen för Psykologi  
Psykologexamensuppsats, 20 p  
Höstterminen 2004

# **SOFIE-projektet:**

## **Effekten av ett Internet-baserat självhjälpsprogram med e-post stöd vid behandling av social fobi**

Johan Steczkó

Handledare: Tomas Furmark  
Bitr. handledare: Per Carlbring  
Examinator: Lennart Melin

## Jag vill ge ett stort TACK till...

... min handledare *Tomas Furmark* och biträdande handledare *Per Carlbring*, för vägledning i klientarbetet, ovärderlig hjälp i den statistiska sammanställningen samt konstruktiva kommentarer till manuskriptet

... alla *deltagare* för det arbete ni har lagt ner med att besvara och skicka in alla formulär, för era kommentarer och framförallt för ett fint samarbete

... *Magdalena Gunnarsdóttir* och *Linda Hedensjö* för era insatser som Internetterapeuter åt tre respektive två deltagare

... min opponert *Christine Graf* för att du ställer upp trots mycket annat arbete

## SAMMANFATTNING

Studiens syfte var att undersöka vilken effekt ett Internetadministrerat självhjälsprogram baserat på kognitiv beteendeterapi (KBT) inklusive e-postkontakt har på social fobi. Studien syftade även till att undersöka om resultaten av det Internetadministrerade självhjälsprogrammet skiljer sig åt jämfört med två tidigare studerade grupper som har genomgått kombinationsbehandling för social fobi. Kombinationsbehandlingen innefattade då ett Internetadministrerat självhjälsprogram med gruppträffar respektive ett Internetadministrerat självhjälsprogram med telefonkontakt. I bägge fallen ingick e-postkontakt. Studiens resultat baseras på 26 självrekryterade deltagare vilka utgjort en väntelistkontrollgrupp i en tidigare fas i forskningsprojektet. Varje deltagare fick vid två olika förmätningstillfällen fylla i ett antal självskattningsformulär som mätte social ångest, generell ångest, depressionsgrad och livskvalitet. Inga signifikanta skillnader observerades över de två förmätningarna. Vid behandlingsstart uppfyllde samtliga deltagare diagnoskriterierna för social fobi. Behandlingsprogrammet varade i nio veckor och i slutet av varje vecka skickade deltagarna per e-post in svar på uppgifter de arbetat med till en Internetterapeut. Internetterapeuten kommenterade uppgifterna och deltagaren uppgraderades till nästa modul om han/hon tillgodogjort sig innehållet. Resultatet efter nio veckor visade att det Internetadministrerade självhjälsprogrammet inklusive e-postkontakt hade en positiv effekt på social fobi. Deltagarna förbättrades signifikant på samtliga utfallsmått jämfört med förmätningensresultaten. Medeleffektstorleken inom gruppen, räknad över samtliga självskattningsformulär, var stor ( $d=0.88$ ). Vid en tvåmånadersuppföljning bedömdes 46 % av deltagarna inte längre uppfylla diagnoskriterierna för social fobi enligt en DSM-IV baserad telefonintervju. Resultaten visade också att den prövade självhjälsbehandlingen är lika effektiv som de tidigare studerade Internetbaserade behandlingarna i projektet trots att vare sig gruppträffar eller veckovisa telefonsamtal ingick.

<b>INLEDNING</b> .....	<b>7</b>
<b>DEFINITION AV SOCIAL FOBI</b> .....	<b>7</b>
<b>EPIDEMIOLOGI</b> .....	<b>7</b>
<b>KOMORBIDITET</b> .....	<b>7</b>
<b>ETIOLOGI</b> .....	<b>7</b>
GENETISKA FAKTORER .....	8
TEMPERAMENT.....	8
UPPVÄXTMILJÖ .....	8
BETEENDETEORETISKA FÖRKLARINGSMODELLER .....	8
NEUROBIOLOGISKA FAKTORER.....	8
KOGNITIVA FÖRKLARINGSMODELLER.....	8
Clark och Wells kognitiva modell för social fobi .....	9
<b>BEHANDLING</b> .....	<b>10</b>
FARMAKOLOGISK BEHANDLING .....	10
PSYKOLOGISK BEHANDLING .....	10
Social färdighetsträning .....	10
Exponering .....	10
Avslappningsträning .....	11
Kognitiv omstrukturering .....	11
Kognitiv beteendeterapi i grupp vs. individualterapi .....	11
METAANALYSER .....	11
<b>SJÄLVHJÄLP</b> .....	<b>12</b>
SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING VIA INTERNET .....	12
SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING VID FOBIER .....	12
<b>SYFTE</b> .....	<b>13</b>
HYPOTESER.....	13
<b>METOD</b> .....	<b>14</b>
DELTAGARE.....	14
Rekrytering.....	14
Urval .....	14
Diagnostisering .....	15
Komorbiditet .....	15
Bortfall .....	15
Deskriptiva data .....	16
<b>MATERIAL</b> .....	<b>17</b>
DIAGNOSTISERINGSINSTRUMENT.....	17
MÄTINSTRUMENT VID FÖR- OCH EFTERMÄTNING	
SOCIAL FOBI SKALOR .....	17
Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ).....	17
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR).....	17
Social Phobia Scale (SPS) and Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) .....	18

ÖVRIGA SKALOR .....	18
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)</i> .....	18
<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i> .....	18
<i>Quality of Life Inventory (QOLI)</i> .....	18
UTVÄRDERING .....	18
SJÄLVHJÄLPSMATERIAL .....	19
<b>DESIGN.....</b>	<b>20</b>
<b>PROCEDUR .....</b>	<b>20</b>
HEMSIDA .....	20
ANMÄLAN OCH DIAGNOSTISERING .....	20
FÖRMÄTNING .....	20
RANDOMISERING .....	20
BEHANDLING .....	21
<i>Självhjälpsprogram</i> .....	21
<i>Diskussionsforum</i> .....	21
EFTERMÄTNING .....	21
<b>STATISTISKA ANALYSER .....</b>	<b>21</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>23</b>
<b>RESULTAT FÖR BEHANDLINGSGRUPPEN I FÖRELIGGANDE STUDIE.....</b>	<b>23</b>
FÖRMÄTNINGAR .....	23
SOCIAL FOBI SKALOR .....	23
ÖVRIGA SKALOR .....	23
KLINISK SIGNIFIKANT FÖRBÄTTRING .....	24
EFFEKTSTORLEKAR .....	25
DIAGNOS EFTER BEHANDLING .....	25
KLINIKERBEDÖMNING .....	25
UTVÄRDERING .....	25
<b>JÄMFÖRELSE MELLAN FÖRELIGGANDE STUDIE OCH TIDIGARE SOFIE- PROJEKT .....</b>	<b>26</b>
SOCIAL FOBI SKALOR.....	26
ÖVRIGA SKALOR .....	26
ANDELEN DELTAGARE SOM FULLFÖLJDE BEHANDLINGEN .....	27
EFFEKTSTORLEKAR.....	27
KLINISKT SIGNIFIKANT FÖRBÄTTRADE .....	27
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>28</b>
<b>RESULTATDISKUSSION.....</b>	<b>28</b>
HYPOTES I. RÄDSLÅ, ÅNGEST, OBEHAG OCH UNDVIKANDE I SOCIALA PRESTATIONS- OCH INTERAKTIONSSITUATIONER.....	29
HYPOTES II. GRAD AV LIVSKVALITET.....	29
HYPOTES III. GRAD AV DEPRESSION.....	29
HYPOTES IV. GRAD AV GENERELL ÅNGEST .....	30
FÖRELIGGANDE STUDIE VS. SOFIE I .....	30
FÖRELIGGANDE STUDIE VS SOFIE II .....	30
FÖRELIGGANDE STUDIE VS. VÄNTELISTAN SOFIE I.....	30

<b>GENERELL JÄMFÖRELSE MED SOFIE I OCH SOFIE II .....</b>	<b>31</b>
<b>JÄMFÖRELSE MED ANDRA STUDIER .....</b>	<b>31</b>
<b>METODDISKUSSION .....</b>	<b>32</b>
INTERN VALIDITET .....	32
EXTERN VALIDITET .....	33
<b>DELTAGARNAS UTVÄRDERING .....</b>	<b>34</b>
<b>KLINISKA INTRYCK .....</b>	<b>35</b>
<b>KOSTNADSEFFEKTIVITET .....</b>	<b>35</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER .....</b>	<b>35</b>
<b>FRAMTIDA FORSKNING .....</b>	<b>36</b>
<b>SLUTORD .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>37</b>
<b>BILAGOR .....</b>	<b>43</b>
BILAGA 1: KRITERIER FÖR SOCIAL FOBI ENLIGT DSM-IV .....	43
BILAGA 2: KRITERIER FÖR FOBISK PERSONLIGHETSSTÖRNING ENLIGT DSM-IV .....	44

# 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 risk för kritisk granskning av andra (American Psychiatric Association [APA], 1994). Exponering för den fruktade situationen framkallar ångest då man är rädd för att göra bort sig, bli hånad eller förnedrad. Rädsla att avslöja ångestsymptom, såsom rodnad, skakningar eller svettningar är också vanligt (ibid.).

Att vid något tillfälle känna ett obehag inför en social situation är inte samma sak som att ha social fobi. Vid social fobi är rädslan mycket stark och om inte situationen går att undvika genomlider personen situationen med ångest och obehag. Rädslan och undvikandet leder oftast till begränsningar i personens liv. Begränsningarna kan gälla såväl yrkeslivet, studieval, sociala aktiviteter som relationer (Kåver, 1999).

När den sociala fobin är begränsad till ångest i enstaka prestationssituationer, såsom att äta tillsammans med andra, att tala inför publik eller spela ett instrument inför åhörare talar man om specifik social fobi. När rädslan innefattar de flesta sociala situationer talar man om generaliserad social fobi (Ottosson, 2000), se bilaga 1 för mer exakta diagnoskriterier.

## Epidemiologi

Social fobi är en av de mest förekommande ångeststörningarna och ett av de vanligaste problemen bland dem som söker hjälp på de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna (Kåver, 1999). Furmark och kolleger (1999) undersökte förekomsten av social fobi i den svenska normalpopulationen. Resultatet av studien där man utgått från DSM-IV kriterierna för social fobi pekade på en punktprevalens på 15.6 %. Beroende på svårighetsgrad och handikapp varierade dock skattningarna mellan 1.9 och 20.4 %. Att tala (eller agera) inför en grupp är den enskilt vanligaste problemsituationen (Furmark, 2000).

I en amerikansk studie fann man att livstidsprevalensen för social fobi bland befolkningen var 13.3 %. Detta gör social fobi till den tredje vanligaste psykiatriska störningen i USA (Kessler et al., 1994).

Vad gäller könsfördelning är social fobi något mer utbredd bland kvinnor än män i allmänbefolkningen (Kessler et al., 1994). Social fobi debuterar vanligen i mitten av tonåren. Det finns dock studier som visar på en tidigare debut (Furmark, 2000).

## Komorbiditet

Komorbiditet med andra psykiatriska-diagnoser är vanligt hos personer med social fobi. De vanligaste tilläggsdiagnoserna är specifik fobi, depression, agorafobi och alkoholmissbruk (Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz & Weissman, 1992).

Social fobi visar också hög komorbiditet med axel II diagnosen fobisk personlighetsstörning (Furmark, 2000). Denna diagnos (se bilaga 2) överlappar väsentligen med generaliserad social fobi (Brown, Heimberg & Juster, 1995). Diskussioner förs idag kring huruvida social fobi och fobisk personlighetsstörning är en och samma diagnos eller om det är två olika störningar. I en studie av Heimberg (1996) visade det sig att 57.6 % av patienterna som uppfyllde kriterierna för generaliserad social fobi också uppfyllde kriterierna för fobisk personlighetsstörning (Turk, Heimberg & Hope, 2001).

## Etiologi

Orsakerna till varför social fobi uppstår är inte kända även om det finns många olika förklaringsmodeller som diskuteras i litteraturen, alltifrån genetiska orsaker till miljöpåverkan.

## **Genetiska faktorer**

Genetiska faktorer har visat sig bidra till utvecklandet av social fobi. En tvillingstudie uppskattade att ärftlighetsfaktorn uppgår till ungefär 30 % vid social fobi. (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992). Att ha en familjemedlem med överdriven ängslighet ger en två till tre gånger ökad risk att någon annan i familjen ska utveckla social fobi. (Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredriksson, 2001). Familjestudier av denna sort kan dock inte särskilja genetisk påverkan från miljöpåverkan.

## **Temperament**

Temperamentsegenskapen beteendehinhibition kan vara en möjlig föregångare till social fobi i vuxen ålder (Furmark, 2000). Beteendehinhibierade barn är mer socialt tillbakadragna och rädda för att utforska sin omgivning och nya miljöer än andra barn. Kagan (1989) visade i en studie att de beteendehinhibierade barnens karakteristiska kvarstod åtminstone tills det att de var åtta år gamla. Longitudinella studier har visat att barn med stabila beteendehinhiberande mönster har en högre risk att utveckla social fobi (Furmark, 2000).

## **Uppväxtmiljö**

En undersökning av Öst (1985) visar att barn till föräldrar med social ångest kan utveckla en rädsla för sociala situationer genom modellinlärning. Föräldrar som har hög social ångest har förmodligen också ett mer begränsat socialt liv, vilket gör att barnen inte får tillfälle att exponera sig för sociala situationer. Barnen får också färre möjligheter att utveckla sociala färdigheter och lära sig att sociala situationer är ofarliga. Föräldrars överbeskydd har också visat sig vara en faktor som kan leda till att barnet utvecklar social fobi (Hudson & Rapee, 2000).

Social fobi kan också debutera efter att personen har blivit utsatt för mobbning eller andra traumatiska händelser. Social isolering hämmar barnets möjligheter till att utveckla sociala färdigheter (Hudson & Rapee, 2000).

## **Beteendeteoretiska förklaringsmodeller**

Enligt teorin om klassisk betingning uppkommer social fobi genom att personen varit med om en socialt obehaglig situation. Personen kanske blev utskrädd, förlöjligad eller utsatt för ovänlighet i den sociala situationen. Efter att situationen har uppkommit kommer den att förknippas med obehag och rädsla, det upplevda obehaget kan också generaliseras till andra sociala situationer (Furmark, 2000). Eftersom obehaget och rädslan är stark kommer personen att undvika eller fly det fobiska stimuli. Detta vidmakthåller problemen och minskar chanserna för nyinlärning (Öhman, 1994).

Teorin får stöd av bland annat Öst som i en studie visade att 56.3 % av det social fobiska samplet ansåg att deras problem uppkommit genom betingning. I en studie av Stemmerger (1995) uppgav 44 % av det kliniska samplet att deras problem hade ursprung i en traumatisk upplevelse. Andra forskare motsätter sig teorin då de funnit stöd för att uppkomsten av social fobi är mer successiv (Furmark, 2000).

## **Neurobiologiska faktorer**

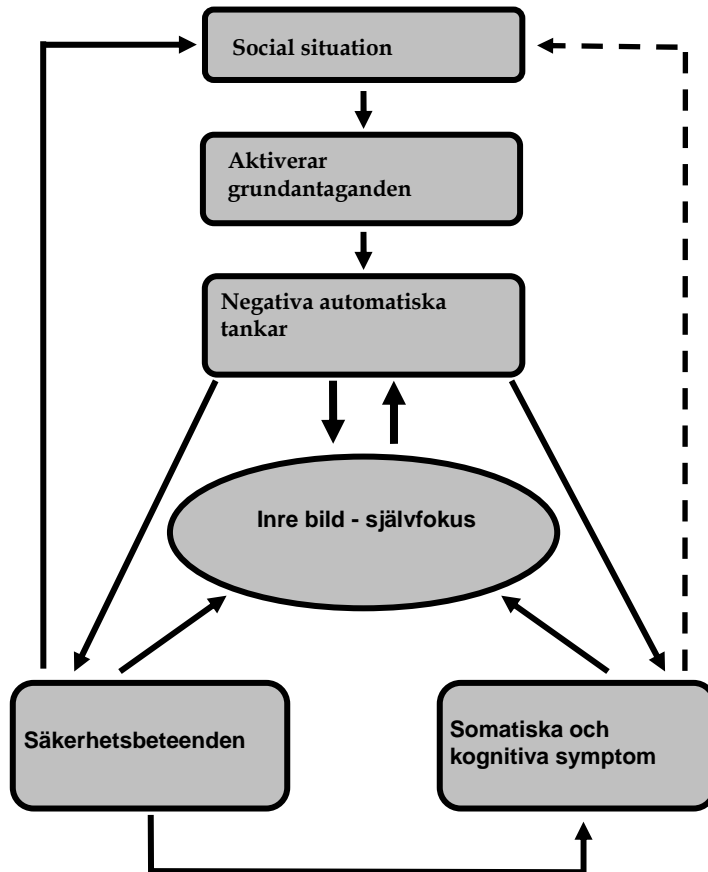
Tillfors, Furmark, Marteinsdottir och Fredriksson (2002) föreslår i deras studie att ursprunget till den överdrivna ångesten vid social fobi kan knytas till de neurala nätverken i hjärnan, vilka inkluderar amygdala och hippocampus regionen såväl som de prefrontala och temporala områdena.

## **Kognitiva förklaringsmodeller**

Den förmodligen mest citerade kognitiva förklaringsmodellen för social fobi är utarbetad av Clark och Wells (1995). I modellen integreras kognitioner, beteenden och fysiologi. Figur 1 sammanfattar vad som sker när en person med social fobi befinner sig i en socialt hotande situation.



Tvivel på sin förmåga att prestera socialt gör att personer med social fobi upplever många sociala situationer som hotfulla. Inte sällan har personer med social fobi högt ställda krav på hur de ska bete sig i en social situation. Tron på att ett socialt tillkortakommande får katastrofala följder upplevs som realistisk (Kåver, 1999).



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

En hotfull situation aktiverar först våra grundantaganden, vilka består av vår samlade livserfarenhet och antaganden om oss själva och om vår omvärld. Tolkningen av grundantagandena utlöser sedan en rad negativa automatiska tankar. De negativa tankarna blir verkliga då personen ser på sig själv med ett observatörsperspektiv, ("Det jag tänker om mig själv, tror jag är det som andra ser och tycker."). Detta gör att självfokus ökar samtidigt som en ångestreaktion startar. Ångestreaktionen kan bestå av somatiska och kognitiva symptom samt säkerhetsbeteenden.

För att dölja sina ångestreaktioner och för att bättre klara av situationen tar personen hjälp av säkerhetsbeteenden. Säkerhetsbeteenden är små handlingar som personen använder för att dölja rädsla eller skapa en känsla av trygghet. Exempel på säkerhetsbeteenden kan t.ex. vara undvikande av ögonkontakt eller att man bär kläder som döljer kroppslig nervositet. Användandet av säkerhetsbeteenden leder dock till en ökad självfokusering, vilket i sin tur får situationen att framstå som än mer hotfull. Säkerhetsbeteendena ger personen en slags falsk säkerhet, då de tror att de inte klarar av att hantera situationen utan dessa. Dessutom har de oftast motsatt effekt då de kan dra uppmärksamhet mot det man vill dölja.

Oro inför kommande sociala situationer, där personen går igenom förödmjukande scenarier i förväg är vanligt. Efter en utförd handling granskar personen ofta hur han eller hon

klarade av situationen, s.k. post mortem tankar. Denna bedömning är baserad på negativa känslor och leder till att personen missdugliggör sig själv. Problemen vidmakthålls genom användandet av säkerhetsbeteenden och post mortem tankar. Undvikande av situationer leder också till att rädslan består.

## **Behandling**

När det gäller behandling av social fobi finns det idag forskningsstöd för farmakologisk behandling och för kognitiv beteendeterapi

### **Farmakologisk behandling**

Antidepressiva selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat)<sup>1</sup> har visat sig vara effektiva i behandlingen av olika ångesttillstånd. Randomiserade placebo studier har visat att SSRI-preparaten är effektiva i behandling av social fobi (Furmark, 1999). Seroxat (paroxetin) är t.ex. ett godkänt läkemedel för social fobi i Sverige. Federoff och Taylor (2001) visade i deras metaanalys att effektstorlekarna för SSRI var  $d=1.70$  direkt efter avslutad behandling. Vad som sker när medicineringen avslutas är ofullständigt utforskat.

### **Psykologisk behandling**

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den terapiform som har visat sig ha det starkaste forskningsstödet vid behandling av social fobi (Heimberg & Juster, 1995). En KBT-behandling består av ett flertal komponenter. När det gäller behandling av social fobi har följande komponenter studerats mest: social färdighetsträning, exponering, avslappningsträning och kognitiv omstrukturering (Heimberg & Holaway, 2004).

#### ***Social färdighetsträning***

Syftet med social färdighetsträning är att öka eller förbättra klientens beteenderepertoar och därigenom öka sannolikheten att få positiv feedback från omgivningen. Brister och svårigheter kartläggs i beteendeanalysen och träningen består vanligtvis av modellinläring, social förstärkning och hemuppgifter (Heimberg & Holaway, 2004). Enbart social färdighetsträning som behandlingskomponent vid social fobi visade på en effektstorlek på  $d=0.65$  direkt efter avslutad behandling. Effektstorleken tenderade att bli starkare vid uppföljningstillfället (Taylor, 1996).

#### ***Exponering***

Exponeringstekniker utgör en central komponent i KBT och syftar till att bryta undvikandebeteenden och eliminera rädsla (Kåver, 1999). Hos personer med social fobi uppnås detta vanligtvis genom ett gradvist närmande av den ångestgivande situationen. Exponeringen bör också ske vid upprepade tillfällen och utan distraktions- eller säkerhetsbeteenden. Klienten uppmanas att stanna kvar i situationen tills det att ångestnivån har börjat sjunka.

Exponering bygger på de beteendeterapeutiska principerna om habituering och utsläckning. Från ett kognitivt perspektiv leder exponeringen till att klienten får ny information som bidrar till en förändring av tidigare negativa föreställningar (Heimberg & Holaway, 2004). Enbart exponering som behandlingskomponent vid social fobi uppvisade en effektstorlek på  $d=0.82$  direkt efter avslutad behandling. Effektstorleken tenderade att bli starkare vid uppföljningstillfället (Taylor, 1996).

---

<sup>1</sup> T.ex. Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin och Citalopram

### ***Avslappningsträning***

Avslappningsträning har visat sig vara en effektiv komponent i behandlingen av social fobi när den används i ångestfyllda situationer. I avslappningsträningen lär man sig följande: känna igen tidiga tecken på ökad fysiologiska reaktioner, färdigheter i att snabbt uppnå en högre grad av avslappning samt användning av färdigheterna i ångestfyllda sociala situationer. En lägre spänningsgrad i kroppen ökar förmågan att handskas med sociala situationer. (Heimberg & Holaway, 2004) Avslappningsträning ingår dock inte i Heimbergs eller Clarks behandlingspaket och är inte heller ett nödvändigt terapiinslag.

### ***Kognitiv omstrukturering***

Målet med kognitiv omstrukturering är att klienten ska lära sig att identifiera och sedan utvärdera sina dysfunktionella tankar kring sociala situationer på ett mer objektivt sätt. Med hjälp av sokratiska frågor lär sig klienten att få en mer realistisk uppfattning vad gäller negativa och rädda tankar (Heimberg & Holaway, 2004). I en metaanalys utförd av Taylor (1996) visade det sig att enbart kognitiv omstrukturering som behandlingskomponent vid social fobi uppvisade en effektstorlek på  $d=0.63$  direkt efter avslutad behandling. Effektstorleken tenderade att bli starkare vid uppföljningstillfället (ibid.).

### **Kognitiv beteendeterapi i grupp vs. individualterapi**

Få studier har undersökt om kognitiv beteendeterapi i grupp (KBGT) är mer effektiv än individuell kognitiv beteendeterapi (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003). Trots detta rekommenderas KBGT som den behandlingsmetod som ska användas vid behandling av social fobi (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Heimberg, 2001). En studie utförd av Stangier med kolleger (2003) jämförde KBGT med individuell KBT-behandling. Båda metoderna utgår ifrån Clark och Wells kognitiva modell för social fobi.

Studien visade att individuell terapi uppnådde bättre resultat både direkt efter avslutad behandling och vid uppföljningen. Hälften av dem som fått individuell behandling uppskattades inte längre uppfylla kriterierna för social fobi direkt efter avslutad behandling. Detta kan jämföras mot dem som fått KBGT. Där blev endast 13.6 % diagnosfria (Stangier et al., 2003).

Förklaringarna till att individuell KBT-behandling uppnådde bättre resultat kan t.ex. vara att man i individuell terapi har mer tid att noggrannare bedöma säkerhetsbeteende och mer effektivt kan arbeta med dysfunktionella tankar (ibid.).

### **Metaanalyser**

I en metaanalys utförd av Taylor (1996) jämfördes sex olika KBT-komponenter med väntelista och placebo. Resultaten ger stöd för KBT som behandlingsmetod för social fobi. Samtliga KBT-interventioner hade högre effektstorlekar än kontrollgrupper på väntelistan. Enbart kognitiv omstrukturering i kombination med exponering uppvisade större effektstorlekar än placebo. Resultaten visade också på en tendens till att effektstorlekarna ökade vid en 3-månaders uppföljning. Effektstorlekarna mellan individuell och gruppterapi skilde sig inte signifikant åt.

Gould, Buckmeister, Pollack, Otto och Yap (1997) rapporterar i sin metaanalys att KBT och farmakologisk behandling är lika effektiva för social fobi direkt efter avslutad behandling. De fann inga signifikanta skillnader i effektstorlekar mellan KBT-behandling och farmakologisk behandling. Av de farmakologiska preparaten fann man störst effektstorlekar för olika SSRI-preparat. I Fedoroffs och Taylors (2001) jämförelse mellan psykologiska och farmakologiska behandlingsmetoder fann de att benzodiazepiner och SSRI var mest effektiva vid behandling av social fobi på kort tidssikt. Långtidsuppföljning på resultaten har inte gjorts systematiskt.

En av de få studier där man har jämfört långtidseffekter efter farmakologisk behandling och KBT-behandling för social fobi utfördes av Heimberg et al. (1998). I studien jämfördes KBGT med monoaminooxidashämmaren fenelzin. Vid en återuppföljning 6 månader efter avslutad behandling visade det sig att 50 % av de patienter som fått fenelzin hade fått återfall,

jämfört med 17 % av dem som genomgått KBGT. Sammantaget ger fenelzin en eventuell direkt effekt, medan KBGT skyddar bättre mot återfall.

## **Självhjälp**

Självhjälpsbehandlingar kan vara utformade på olika sätt och graden av terapeutkontakt kan variera allt från att klienterna själva, eller med minimal terapeutkontakt, genomgår behandlingen till självhjälpsprogram med terapeutkontakt, där terapeuten lär ut de olika behandlingsteknikerna. Självhjälpsprogram kan förekomma i bokform, på video eller ljudband, eller via Internet. Enligt Cuijpers (1997) skall självhjälpsmaterialet vara utformat på ett sätt att läsaren kan få den information hon/han behöver för att kunna behandla sig själv.

## **Självhjälpsbehandling via Internet**

Utvecklingen och expansionen av Internet har lett till nya idéer och kreativa sätt att införliva nya tekniker i psykoterapi. Vid Uppsala Universitet utarbetas sedan 1999 program för att utveckla möjligheterna att använda KBT som självhjälpsmaterial på ett strukturerat sätt administrerat över Internet.

När det gäller Internet som ett kliniskt verktyg görs här en distinktion mellan självhjälp administrerad över Internet med e-poststöd och självhjälp över Internet där enbart behandlingsmanualen är utlagd på en hemsida.

Studier vid Uppsala universitet har visat att strukturerad självhjälp administrerad över Internet med e-poststöd är en effektiv behandlingsform. Kombinationsbehandlingen visar på signifikanta förbättringar jämfört med kontrollgrupp vid följande problemområden: huvudvärk (Andersson, Lundström & Ström, 2003), paniksyndrom (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius & Andersson, 2001), stress (Maanmies, Zetterqvist, Ström & Andersson, 2003), insomnia (Ström, Pettersson & Andersson), tinnitus (Andersson, Ström, & Lyttkens, 2002), kronisk smärta (Buhrman, Fältenhag, Ström & Andersson, 2003), depression (Andersson, Bergström, Holländer, Carlbring, Kaldo & Ekselius, 2004) samt orm- och spindelfobi (Jonsson & Malmeus, 2003).

Självhjälpsbehandling med e-poststöd är en på många sätt fördelaktig behandlingsform. Från ett kostnadseffektivt perspektiv är de Internet-baserade behandlingarna billigare än traditionella behandlingar då terapeuten kan avsätta mindre tid för varje enskild klient. Det är också billigare att uppdatera en hemsida med den senaste forskningen än att distribuera det i bokform (Bergström & Holländer, 2002). De senaste behandlingsteknikerna når också den behövande snabbare över Internet.

Att använda den här tekniken gör också att tillgängligheten ökar för de hjälpsökande då behandlingen är geografiskt obunden. Terapeuten och klienten kan också själva bestämma vilken tid på dygnet och på vilken plats de vill arbeta på. Eftersom korrespondensen sker med e-post kan både terapeuten och klienten formulera sig mer genomtänkt. Enligt Murphy & Mitchell (1998) är det en terapeutisk process i sig att enbart skriva ner sina tankar och vidarebefordra dem via e-post.

För personer som är för blyga eller upplever det stigmatiserande att söka behandling för sina problem kan Internetadministrerad behandling vara ett första steg att söka behandling. Efter avslutad behandling kan klienten vid behov gå tillbaka och titta på behandlingsmaterialet som finns bevarat på hemsidan.

Svagheter med Internetadministrerad behandling kan vara tekniska problem som hindrar kontakten mellan terapeut och klient. Idag är de Internetadministrerade behandlingarna utformade för specifika problem vilket kan göra det svårt att på ett effektivt sätt behandla individer med tilläggsdiagnoser.

## **Självhjälpsbehandling vid fobier**

Gould och Clum (1993) visade i en metaanalys att självhjälp fungerade bättre vid ångestproblematik än vid beroendeproblematik. Newman, Erickson, Przeworski och Dzus (2003)

har granskat olika självhjälpstudier som har gjorts på ångeststörningar. Författarna kom fram till att självhjälp är en effektiv behandlingsform för specifik fobi.

När det gäller tidigare forskning kring självhjälpbehandlingar av social fobi har endast två randomiserade och kontrollerade studier utförts, båda vid Uppsala Universitet.

Självhjälpbehandlingarna har varit Internetadministrerade men när det gäller terapeutkontakten har de skilt sig åt. Den första behandlingsstudien som kallades SOFIE-projektet (SOFIE står för ”Social fobibehandling via Internet i kombination med Exponering”) är ett Internetadministrerat KBT självhjälpprogram tillsammans med två sessioner gruppbehandling. Behandlingen utarbetades av Holmström och Sparthan (2003). Författarna visade att behandlingsformen var effektiv för personer med social fobi och att behandlingen står sig väl i jämförelse med terapeutledda behandlingar för social fobi. Resultaten visade en signifikant lägre grad av ångest, undvikande och nedstämdhet efter avslutad behandling samt högre livskvalitet (ibid.). Den andra uppföljande studien är en Internetadministrerad självhjälpbehandling i kombination med telefonkontakt (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004). I båda SOFIE-studierna (fortsättningsvis kallade SOFIE I och II) ingick även e-post kontakt.

Av dem som genomgick den Internetadministrerade behandlingen i kombination med telefonkontakt uppnådde 65.6 % en klinisk signifikant förbättring. Medeleffektstorleken mellan grupperna var  $d = 1.00$ . Författarna drar slutsatsen att behandlingsformen är effektiv för dem som lider av social fobi (ibid.). Ett Internetadministrerat självhjälp behandlingsprogram för rädsla att tala offentligt har utarbetats av Botella, Hofmann & Moscovitch (2004). I materialet ingår olika videospelade ”tala offentligt” scenarier med en riktig publik. Någon randomiserad och kontrollerad utvärdering har dock inte gjorts på behandlingen.

## Syfte

Föreliggande uppsats är en replikation och variation av tidigare SOFIE-projekt (Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004). För att utveckla och undersöka självhjälpbehandlingens möjligheter har telefonstöd respektive gruppträffar tagits bort i denna studie. Studiens syfte är att undersöka vilken effekt ett Internetadministrerat självhjälpprogram inklusive e-postkontakt har på social fobi. Studien avser att undersöka om behandlingsprogrammet kan användas för att minska ångest, nedstämdhet och undvikandebeteenden samt öka livskvaliteten hos målgruppen. Uppsatsen syftar även till att jämföra det Internetadministrerade självhjälpprogrammet med de två tidigare grupper som fått en kombinationsbehandling för social fobi i SOFIE-serien. Som nämnts innefattade kombinationsbehandlingen då ett Internetadministrerat självhjälpprogram med gruppträffar samt ett Internetadministrerat självhjälpprogram med telefonkontakt. I bägge fallen ingick e-post kontakt. Även jämförelser mot insamlade data från väntelistan i SOFIE I var del av syftet.

## Hypoteser

Uppsatsen avser att testa nedanstående fyra riktade hypoteser vad gäller behandlingen. Behandlingsgruppen förväntas i jämförelse med förmätningen att:

1. Minska grad av ångest, obehag och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer mätt med Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ; Furmark et al., 1999), Social Phobia Scale (SPS; Mattick & Clarke, 1998), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clarke, 1998), Liebowitz Social Anxiety Scale- self report (LSAS-SR; Fresco et al., 2001)
2. Öka sin livskvalitet mätt med Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992)
3. Minska sin grad av depressionsnivå mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS. Montgomery & Åsberg, 1997)

4. Minska sin ångest mätt med Beck Anxiety Inventory (BAI: Beck, Epstein, Brown och Steer, 1998).

Utöver ovanstående hypoteser föreligger dessa frågeställningar

5. Skiljer sig ett Internetadministrerat självhjälsprogram med enbart e-postkontakt åt från resultaten av ett Internetadministrerat självhjälsprogram kombinerat med gruppträffar (SOFIE I).
6. Skiljer sig ett Internetadministrerat självhjälsprogram med enbart e-postkontakt åt från resultaten av ett Internetadministrerat självhjälsprogram kombinerat med telefonkontakt (SOFIE II).
7. Skiljer sig ett Internetadministrerat självhjälsprogram med enbart e-postkontakt från resultaten av att enbart stå på väntelista.

## METOD

### Deltagare

#### Rekrytering

Deltagarna i studien rekryterades genom media. Annonser köptes i tidningen Metro som distribueras i Stockholm, Göteborg och Malmö. Annonsering skedde även på Internet, där en betald länk till projektets hemsida hade skapats på sökmotorn Google. Ingen ersättning utgick för deltagandet men det kostade heller inte något att delta.

#### Urval

För att inkluderas i studien krävdes följande av den potentiella deltagaren:

1. Uppfyllede kriterierna för social fobi enligt DSM-IV mätt med SPSQ och enligt en kortversion av Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders (SCID); First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998) administrerad per telefon.
2. Hade en totalpoäng på mindre än 31 och mindre än fyra poäng på fråga nio (livslustfrågan) på MADRS-S.
3. Inte deltog i någon form av psykoterapi samtidigt som projektet. Tidigare psykoterapi-behandling skulle ha avslutats minst sex månader innan deltagandet i projektet. Det var också viktigt att psykoterapin inte var av kognitiv beteendeterapeutisk art.
4. Inte hade påbörjat medicinering, eller ändrat dos, de senaste tre månaderna och inte heller under projektets gång.
5. Inte var yngre än 18 år.
6. Var bosatt i Sverige
7. Hade tillgång till dator och Internetuppkoppling
8. Uppgav sig vara beredd att jobba med självhjälsprogrammet flera timmar i veckan.

## 9. Inte missbrukade alkohol och/eller narkotika. Detta bedömdes under SCID-intervjun.

Rekryteringen till studien genererade 243 intresseanmälningar (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004). Av de 243 som ansökte uppfyllde 127 personer de åtta första inklusionskriterierna. 65 av dem gick inte att kontakta. Resterande 62 personer bokades för SCID-intervju. Två personer exkluderades då en inte uppfyllde inte kriterierna för social fobi och den andra hade svårt att avsluta programmet. Efter diagnostisering inkluderades 60 personer. Dessa randomiserades till antingen behandling direkt (Internetkontakt i kombination med telefonkontakt) eller behandling (enbart Internetkontakt) efter tre månader. I föreliggande studie är det behandling efter väntelista som ingår. Kombinationsbehandlingen har avrapporterats i en annan uppsats (Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004). För att kontrollera om deltagarna fortfarande uppfyllde inklusionskriterierna gjordes nya förmätningar innan behandlingen påbörjades. En person exkluderades från de statistiska beräkningarna då KBT-behandling redan hade påbörjats, klienten fick dock delta i behandlingen. En klient önskade att inte längre delta i behandlingen. Totalt 29 deltagare genomgick behandlingen.

### **Diagnostisering**

Diagnostiseringen inleddes med att de potentiella deltagarna fick fylla i bakgrundsinformation som (namn, födelsedatum, e-postadress, telefonnummer och tidigare eller pågående psykoterapi eller medicinering). De fick också svara på de två självskattningsformulären Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ) och Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S). Om den potentiella deltagaren uppfyllde kriterierna för social fobi och inte för depression enligt dessa formulär samt uppfyllde inklusionskriterierna fick den potentiella deltagaren fylla i ett antal självskattningsformulär. Därefter administrerades en kortversion av SCID över telefon för att se om kriterierna för social fobi uppfylldes. För flödesschema över urval, exkludering och bortfall se figur 2.

### **Komorbiditet**

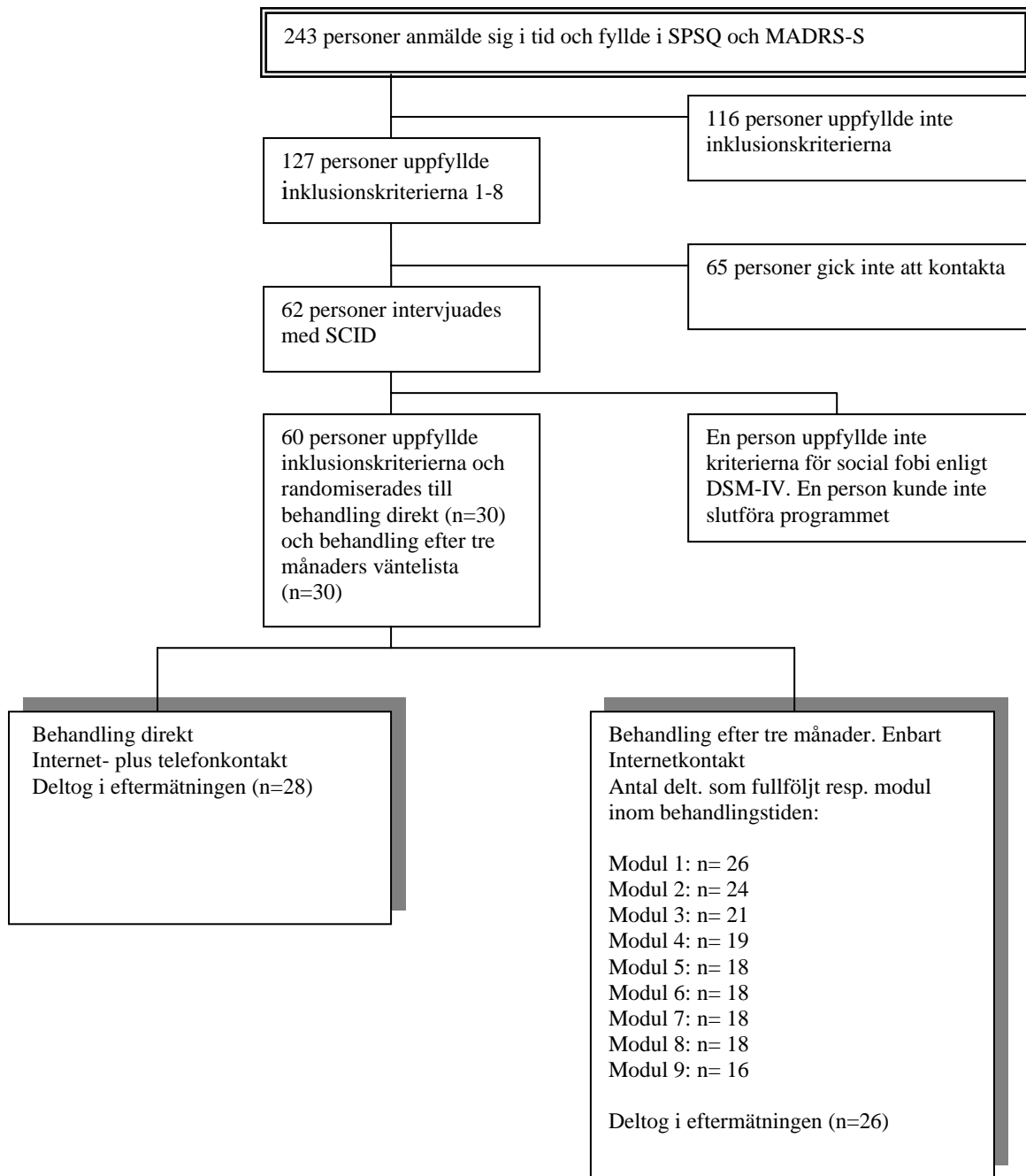
Personer som skattade 31 eller högre på MADRS-S exkluderades från studien. Deltagare exkluderades också om de skattade fyra eller högre på fråga nio (livslustfrågan) på MADRS-S. När det gällde andra Axel I och Axel II störningar gjordes inga begränsningar så länge social fobi var huvudproblemet.

### **Bortfall**

Tre personer uteslöts från de statistiska analyserna. En av dessa hade påbörjat en individuell KBT-behandling innan behandlingsstart. En annan klient påbörjade en farmakologisk behandling under studiens gång. Den tredje påbörjade en ”våga tala kurs” under det att behandlingen pågick.

Av de 26 deltagare vars resultat ingår i studien slutförde 16 (61.5 %) deltagare behandlingen inom avsatt tid och ytterligare en person var klar efterföljande vecka.

Två personer avbröt efter den andra modulen, tre personer avbröt efter den tredje, två avbröt efter den fjärde, en avbröt efter den femte och två efter den åttonde modulen. Som orsak till avbrotten uppgavs: tidsbrist (n=7), dålig datatillgänglighet (n=2) och förhållning (n=1). Totalt ingår 26 personer i dataanalysen som utgår ifrån den s.k. intention to treat-principen.



**Figur 2.** Flödesschema över urval, exkludering och bortfall

### Deskriptiva data

Deltagarna bestod av 18 (69 %) kvinnor och 8 (31 %) män. Medelåldern var 34 år (SD= 9.2). Deltagarnas deskriptiva data visas i tabell 1.



**Tabell 1:** Deltagarnas kön, ålder, civilstånd, utbildningsnivå och datorvana.

Ålder	Min-Max	22-52
Civilstånd	Gift/sambo	12 (46.2%)
	Gift/sambo med barn	4 (15.4%)
	Särbo med barn	0 (0.0%)
	Särbo utan barn	2 (7.7%)
	Ensamstående med barn	0 (0.0%)
	Ensamstående	8 (30.8%)
Utbildning	Grundskola	2 (7.7%)
	Ofullst. gymnasieutb.	1 (3.8%)
	Fullst. gymnasieutb.	5 (19.2 %)
	Folkhögskola	1 (3.8%)
	Ofullst .Högskola/universitet	9 (34.6%)
	Fullst. Högskola/universitet	8 (30.7%)
Datorvana	Mycket över medel	8 (30.7%)
	Över medel	6 (23.1%)
	Medel	8 (30.7%)
	Under medel	4 (15.4%)

## Material

### Diagnostiseringsinstrument

#### Mätinstrument vid för- och eftermätning

Samtliga frågeformulär förutom SPSQ rapporterades in via Internet. SPSQ rapporterades in via vanlig post.

### Social fobi skalor

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

SPSQ är ett självskattningsformulär utvecklat av Furmark et al. (1999). Formuläret mäter graden av obehag i 14 potentiella fobiska situationer. Fem av dessa är prestationssituationer och de övriga nio är interaktionssituationer. Varje situation skattas från 0 (inte alls obehagligt) till 4 (våldigt obehagligt). Formuläret bygger på kriterier A-E för social fobi enligt DSM-IV. För kriterierna G och H finns det ingen kontroll, men en separat ja/nej fråga angående innevarande psykiatrisk/medicinskbehandling inkluderades. Formuläret tar vidare upp frågor som rör hur mycket olika livsdomäner påverkas. Formuläret avslutas med diagnostiska frågor angående fobisk personlighetsstörning. SPSQ korrelerar högt med SPS ( $r=0.77$ ) och SIAS ( $r= 0.79$ ). Alpha koefficienten för de 14 situationerna är 0.90, vilket tyder på en hög intern konsistens (Furmark et al., 1999).

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

LSAS-SR är självskattningsversionen av det klinikeradministrerade instrumentet LSAS. LSAS utarbetades av Liebowitz (1987). LSAS-SR brukar användas för att mäta graden av rädsla och undvikande i 24 sociala situationer. Tretton frågor handlar om prestationssituationer och de resterande 11 frågorna utgörs av interaktionssituationer. Med hjälp av mätinstrumentet är det

möjligt att beräkna delskalor för rädsla och undvikande. Det är också möjligt att beräkna totalpoängen för rädsla och undvikande.

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, 2000).

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

SPS och SIAS är utarbetade av Mattick och Clarke (1998). Självskattningsformulären används oftast tillsammans i bedömningen av social fobi. SPS består av 20 påståenden och mäter rädslan att bli granskad och observerad av andra i olika situationer som t.ex. att äta, dricka och skriva m.m. SIAS består också av 20 påståenden mäter rädslan i mer generella sociala interaktioner. I både SPS och SIAS anges resultaten på en Likert skala 0-4. Den interna konsistensen är god för båda instrumenten (Chronbachs alpha = 0.89 för SPS och 0.93 för SIAS). Tremånads test-retest reliabiliteten är för SPS är 0.93 och 0.92 för SIAS (ibid.)

## **Övriga skalor**

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

MADRS utarbetades av Montgomery och Åsberg (1979) och syftar till att mäta gradskillnader vid förändring av depression. I denna studie har självskattningsversionen (MADRS-S) använts. Instrumentet mäter följande symptom; sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism samt livslust. Reliabiliteten hos MADRS-S har visat sig god (Svanberg & Åsberg, 1994). MADRS-S korrelerar högt med BDI ( $r=0.87$ ) och instrumenten var ungefär likvärdiga när det gäller att differentiera mellan olika Axol-I diagnoser. Instrumenten skilde sig heller inte åt när det gäller känslighet under antidepressiv behandling (Svanborg & Åsberg, 2001).

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

BAI är ett självskattningsformulär som är utarbetat av (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988). BAI består av 21 påståenden som skattas på en fyrgradig skala. Formuläret avser att mäta graden av ångest och självskattningsformuläret skiljer ut ångestdiagnoser som t.ex. (paniksyndrom, generaliserad ångest, social ångest m.m.) från andra diagnoser som t.ex. depression. BAI uppvisar en hög intern konsistens på  $a = .92$  och en god test-retest reliabilitet  $r = .75$  (Beck et al. 1988).

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

QOLI är ett självskattningsformulär som syftar till att ge en subjektiv skattning av en individs livskvalitet (Frisch, Cornell, Retzlaff & Villanueva, 1992). Självskattningsformuläret tar upp 16 olika livsområden vilka är: hälsa, självrespekt, mål och värderingar, ekonomi, arbete, fritid, inlärning, kreativitet, hjälpa andra, kärlek, vänner, barn, anhöriga, hem, grannskap samt samhället. Varje livsområde innehåller två frågor. Den första frågan skattar hur viktigt man tycker att området är och den andra frågan skattar hur tillfredställd man är inom detta område. Enligt utformarna av formuläret har QOLI en god test-retest reliabilitet som ligger mellan  $r = 0.80$  och  $r = 0.91$  och en intern konsistens på  $a = 0.77$  till  $0.89$  (ibid.)

## **Utvärdering**

Utvärderingsformulär skickades hem till samtliga deltagare efter behandlingens slut. Detta för att få information om deras inställning till behandlingen gällande bl.a. innehåll, omfattning, tidsaspekter samt kvaliteten på Internetterapeuten. Utvärderingsformuläret utarbetades ursprungligen av Holmström och Sparthan (2003) och har använts i både SOFIE I och SOFIE II (se Holmström & Sparthan, 2003).

## Självhjälpsmaterial

Självhjälpsmaterialet som var i ett elektroniskt format bestod av nio moduler. Modulerna bygger på empiriskt beprövade KBT-principer och omfattar sammanlagt 186 sidor text (se tabell 2).

Den första modulen inleddes med en introduktion om behandlingsprogrammets innehåll. Därefter gavs information om vad social ångest innebär, vanliga symptom vid social fobi, orsaker till social ångest, hur man behandlar det samt fakta om KBT.

Den andra modulen gick igenom Clark och Wells kognitiva modell för social fobi. I modulen gavs också information om grundantaganden, livsregler, automatiska tankar samt hur social fobi vidmakthålls. Praktiska övningar för identifiering och registrering av automatiska tankar ingick. Modul tre och fyra behandlade kognitiv omstrukturering. Klienterna fick lära sig identifiera tankefallor samt strategier för att ifrågasätta automatiska tankar. I modul fyra fick deltagarna använda beteendexperiment som en teknik för att förändra sina tankemönster. Modul fyra avslutades med att deltagarna fick formulera mål för behandlingen. Modul fem fokuserade på exponering. Klienterna fick läsa om principerna bakom exponering, ta del av vad forskningen visar samt en genomgång hur man genomför exponeringar. Deltagarna fick också lära sig att upprätta ångesthierarkier. I modul sex fick klienterna läsa om kopplingen mellan självfokus och vidmakthållande av social fobi. De fick strategier för att skifta fokus och för uppmärksamhetsträning. Modulen avslutades med en grundlig genomgång av säkerhetsbeteenden och hur de bidrar till ökad självfokusering och ökade ångestsymptom. I modul sju fortsätter arbetet med exponering. Vanliga problem med exponering diskuteras och förslag på exponeringsövningar ges. Den åttonde modulen handlar om hur kommunikationsförmågan och de sociala färdigheterna kan förbättras. Tekniker för att hävda sig lärs ut och deltagarna får träna på jag-budskap. Begreppet assertivness introduceras. I den nionde och avslutande modulen diskuteras begreppen ”perfektionism” och ”självförtroende” och hur de kan orsaka svårigheter för personer med social fobi. Modul nio avslutades med information om återfallsprevention och en sammanfattning av behandlingsprogrammet.

Behandlingsmaterialet var ursprungligen sammanställt av Holmström och Sparthan (2003). Följande litteratur har varit betydelsefull i utformandet av behandlingsmaterialet: Clark och Wells (1995); Antony and Swinson (2000); Rapee (1998), Butler (1999); Kåver (1999).

Behandlingsmaterialet var också baserat på Panikprojektet (Carlbring, 2000) och en behandlingsstudie för depression (Bergström & Holländare, 2002).

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 I	18
6	Skifta fokus	19
7	Exponering II	20
8	Sociala färdigheter	19
9	Återfallsprevention	21
	Totalt antal sidor	186

**Tabell 2.** Huvudkomponenter och omfattning av respektive modul

## **Design**

Studiens design är en multivariat inomgruppsdesign. Oberoende variabel är en inomgruppsvariabel (tid) i två lägen (före och efter behandling). Beroendevariabler i studien utgörs av resultatet på mätinstrumenten SPSQ, SPS, SIAS, LSAS-SR, BAI, MADRS-S och QOLI. Kvasi-experimentella jämförelser gjordes även med studiegrupperna i SOFIE I och II (Holmström & Sparthan, 2003; Gunnarsdóttir & Hedensjö, 2004) inklusive väntlistekontrollgrupp.

## **Procedur**

### **Hemsida**

Deltagarna besökte på eget initiativ projektets hemsida ([www.kbt.nu/sofie](http://www.kbt.nu/sofie)). På den sidan fanns information om KBT vid social fobi, självhjälpsbehandlingar som tidigare utförts vid Uppsala Universitet. På sidan listades även de kriterier som skulle uppfyllas för att man skulle få delta i studien, forskningsetiska principer, information om sekretess och tystnadsplikt m.m. På sidan fanns det möjlighet att ladda ner och skriva ut formulär för intresseanmälan och screening. Projektets personal presenterades också på sidan.

Hemsidan var öppen mellan december 2003 och fram till den 21 januari 2004. På hemsidan förklarades också behovet att ha två olika behandlingsgrupper.

### **Anmälan och diagnostisering**

Deltagarna som själva anmält sig på hemsidan ombads att fylla i anmälningsformulären och skicka in dem via traditionell post eller över Internet. Samtliga deltagare accepterade att relevant information om dem fick användas i studien. De som uppfyllde kriterierna (se under urval) ombads sedan fylla i de fem återstående frågeformulären, vilka var: LSAS-SR, BAI, SPS, SIAS och QOLI. Till sist kontaktades deltagarna för en telefonintervju där en förkortad version av SCID administrerades. Till de personer som besvarade formulären för sent och till dem som exkluderades sändes ett e-postbrev som förklarade orsakerna till att de inte inkluderats i studien. E-postbrevet innehöll även förslag på självhjälplitteratur och information om vart de kan vända sig för att söka KBT-behandling. De personer som skattat fråga nio på MADRS-S högre än en tre uppmanades att omedelbart ta kontakt med en läkare.

### **Förmätning**

Deltagarna fick vid två olika tillfällen fylla i de förmättningsformulär som ingick i studien. Detta för att kontrollera för spontanförbättring. Den första förmätningen gjordes i januari 2004 och den andra i mitten av april 2004.

Förmättningsformulären som fylldes i över Internet var följande: MADRS-S, LSAS-SR, SPS, SIAS, BAI och QOLI. SPSQ sändes hem med post.

### **Randomisering**

Av de 60 personer som inkluderades i ursprungsstudien randomiserades 30 på behandling direkt (Internet plus telefonkontakt) och 30 på behandling efter nio veckor (enbart Internetkontakt). Deltagarna slumpades med hjälp av en Internettjänst (<http://www.random.org>). Internet deltagarna informerades via Internet om vilken grupp de tillhörde. Deltagarna försågs också med information om behandlingsprogrammet och diskussionsforumet. De som exkluderades ur studien informerades och erhöll litteraturtips och information om vart de kunde söka KBT-behandling på egen hand.

## **Behandling**

### *Självhjälpsprogram*

Behandlingsperioden var nio veckor och deltagarna förväntades ha arbetat sig igenom en modul per vecka.

De 29 deltagarna slumpades till de tre terapeuterna (författaren, Magdalena Gunnarsdóttir, psykologkandidat och Linda Hedensjö, psykologkandidat) och de fick tillgång till den första behandlingsmodulen. Varje vecka förväntades deltagarna svara på de hemuppgifter som hörde till veckans modul. Hemuppgifterna skickades in till respektive Internetterapeut som gav personlig feedback och bedömde om personen hade genomfört hemuppgifterna på ett ordentligt sätt. När deltagaren bedömdes ha tillgodogjort sig innehållet i en modul uppgraderades hon/han till nästa modul. För att bli uppgraderad till nästa modul skulle deltagarna också delta aktivt i ett diskussionsforum.

Deltagarna uppmanades att ställa frågor till Internetterapeuterna om det fanns sådana. Frågorna besvarades vanligtvis inom 24 timmar. Deltagarna hade även möjligheten att ställa frågor till försöksledarna. Om Internetterapeuterna blev osäkra över något under behandlingens gång kunde de ställa frågor till handledarna via Internet.

### *Diskussionsforum*

Under behandlingsperioden hade deltagarna tillgång till ett diskussionsforum där de öppet kunde diskutera med varandra. Alla deltagare kunde läsa de andras inlägg och kommentarer. Syftet med diskussionsgruppen var att deltagarna skulle få en chans att komma i kontakt med andra med liknande problem. Deltagarna använde diskussionsforumet till att utbyta erfarenheter, ge varandra tips, stöd och tröst.

Graden av anonymitet kunde deltagarna själva välja. Varje hemuppgift avslutades med att deltagarna skulle göra ett inlägg på det tema som behandlingsmodulen hade, deltagarna skulle också kommentera någon annans inlägg för att bli uppgraderad. Internetterapeuterna och handledarna läste alla inlägg och svarade på frågor när sådana ställdes. Administratörerna hade också möjlighet att ta bort olämpliga inlägg, vilket dock aldrig behövdes göras.

## **Eftermätning**

Samma dag som behandlingen officiellt avslutades skickades en länk till en sida på Internet där samtliga deltagarna kunde fylla i eftermätningsformulären (MADRS, LSAS-SR, BAI, SPS, SIAS och QOLI). Ett brev innehållande eftermätningsformuläret SPSQ och ett utvärderingsformulär (se ovan under självskattningsformulär) sändes hem till deltagarna via traditionell post. De deltagare som inte svarat inom en vecka kontaktades per telefon för en påminnelse.

Två månader efter avslutad behandling kontaktades deltagarna per telefon och en förkortad version av SCID administrerades. Syftet med den kliniska bedömningen är att den ska vara underlag för diagnostisering av social fobi.

## **Statistiska analyser**

Beroende t-test och beräkning av effektstorlek utifrån Cohens  $d [(M_{pre} - M_{post})/SD_{pooled}]$  utfördes för att beräkna resultatet på de olika självskattningsformulären. För att jämföra föreliggande studie med de två andra SOFIE-projekten utfördes variansanalys (ANOVA) med upprepad mätning, planerade oberoende t-test samt en uträkning av procentuell förändring. Därefter uträknades klinisk signifikant förbättring (Ogles, Lunnen & Bonesteel, 2001). För att jämföra andelen kliniskt signifikant förbättrade och hur många som fullföljt behandlingen i de olika studierna användes Fishers' s exact probability test.

I studien inkluderades 29 personer. Tre av dem exkluderades avseende resultatdel då de påbörjat annan behandling under studiens gång. Av resterande 26 personer avslutade totalt 16

deltagare samtliga nio moduler inom den avsatta behandlingstiden, ytterligare en person avslutade behandlingen en vecka efter det officiella slutdatumet. I intention to treat ingick 26 personer.

# RESULTAT

## Resultat för behandlingsgruppen i föreliggande studie

### Förmätningar

På ingen av beroendevariablerna fanns någon signifikant skillnad mellan de två förmätningarna ( $t_{25}=0.035-1.4$ , i-s).

### Social fobi-skalar

Efter avslutad behandling fanns en signifikant lägre grad av ångest på samtliga social fobi- skalar (LSAS total:  $t_{25}=4.8$ ,  $p<0.0001$ ; LSAS rädsla:  $t_{25}=4.6$ ,  $p<0.0001$ ; LSAS undvikande:  $t_{25}=4.8$ ,  $p<0.0001$ ; SPS:  $t_{25}=5.0$ ,  $p<0.0001$ ; SIAS:  $t_{25}=5.7$ ,  $p<0.0001$  samt SPSQ:  $t_{25}=8.3$ ,  $p<0.0001$ ). Effektstorlekarna var stora (se tabell 3).

**Tabell 3.** Medelvärden, standardavvikelse, effektstorlek (d) samt procentuell förändring för olika social fobi självskattningsformulär anges för de olika studierna.

Studie	Mätning	LSAS-rädsla	LSAS-undvikande	SPS	SIAS	SPSQ total
Föreliggande (n=26)	Före	36.5 (12.7)	33.2 (12.3)	38.4 (16.8)	43.7 (14.5)	32.8 (9.0)
	Efter	25.5 (11.8)	22.9 (12.8)	23.4 (18.3)	29.4 (12.4)	21.3 (7.7)
	Cohens d	0.90	0.82	0.85	1.06	1.37
	% förändring	30.1	31.0	39.1	33.0	35.1
SOFIE I (n=30) <sup>2</sup>	Före	36.9 (12.1)	31.6 (11.3)	35.8 (16.7)	44.4 (16.1)	30.4 (8.7)
	Efter	25.4 (12.8)	20.2 (12.9)	20.7 (14.8)	27.3 (13.4)	20.0 (8.5)
	Cohens d	0.92	0.94	0.96	1.16	1.21
	% förändring	31.2	36.1	42.2	39.0	34.2
SOFIE II (n=29) <sup>3</sup>	Före	36.0 (11.7)	35.2 (12.9)	36.2 (15.2)	41.3 (13.2)	29.7 (7.8)
	Efter	24.2 (12.0)	21.6 (12.8)	20.0 (15.0)	27.1 (11.1)	20.3 (9.1)
	Cohens d	1.00	1.06	1.07	1.16	1.11
	% förändring	32.2	39.0	45.0	34.3	32.0

### Övriga självskattningsskalor

Efter avslutad behandling fanns en signifikant lägre grad av nedstämdhet (MADRS-S:  $t_{25}=4.8$ ,  $p<0.0001$ ) och generell ångestnivå (BAI:  $t_{25}=3.2$ ,  $p<0.003$ ). Det fanns också en signifikant högre grad av subjektiv livskvalitet på livskvalitetsskalan (QOLI:  $t_{25}=3.5$ ,  $p<0.002$ ). Effektstorlekarna var stora till måttliga (se tabell 4).

<sup>2</sup> (Holmström & Sparthan (2003)

<sup>3</sup> (Gunnarsdóttir & Hedensjö (2004)

**Tabell 4.** Medelvärden, standardavvikelse, effektstorlek (*d*) samt procentuell förändring för sekundära självskattningsformulär anges för de olika studierna.

Studie	Mätning	MADRS-S	BAI	QOLI
Föreliggande (n=26)	Före	14.6 (7.4)	14.5 (8.7)	0.7 (1.9)
	Efter	8.5 (7.8)	10.1 (8.8)	1.8 (1.3)
	Cohens d	0.84	0.50	0.68
	% förändring	42.0	30.3	157.0
SOFIE I (n=30)	Före	11.1 (6.3)	13.6 (7.3)	1.5 (1.1)
	Efter	7.0 (4.7)	8.7 (5.8)	2.2 (1.2)
	Cohens d	0.75	0.75	0.61
	% förändring	37.0	36.0	46.7
SOFIE II (n=29)	Före	13.4 (8.4)	14.5 (8.1)	0.7 (2.0)
	Efter	8.5 (5.9)	8.2 (7.9)	1.4 (1.8)
	Cohens d	0.69	0.79	0.37
	% förändring	37.0	43.5	100.0

#### Klinisk signifikant förbättring

För att bedöma klinisk signifikant förbättring användes självskattningsformulären för social fobi. Klinisk signifikant förbättring anses enligt Ogles, Lunnen & Bonesteel (2001) vara uppnådd om personen vid eftermätningstillfället återfinns inom två standardavvikelser från normalpopulationens medelvärde. Den svenska normalpopulationens medelvärde är 8.2 (SD=6.6) på SPSQ; 6.3 (SD=7.4) på SPS och 12.8 (SD=8.9) på SIAS (Furmark et al., 2000; Furmark et al., 1999). För LSAS-SR finns enbart medelvärden från den amerikanska normalpopulationen att tillgå; 13.49 (SD=12.7) på LSAS-SR (Fresco et al., 2001). Antal deltagare som uppfyller kriterierna klinisk signifikant förbättring framgår av tabell 5.

**Tabell 5.** Antal (%) deltagare som uppnådde klinisk signifikant förbättring i de olika studierna.

Självskattningsformulär	Föreliggande	SOFIE I	SOFIE II
<i>Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)</i>	10 (38.5 %)	13 (43.3 %)	13 (44.8 %)
<i>Social Phobia Scale (SPS)</i>	16 (61.5 %)	19 (63.3 %)	18 (62.1 %)
<i>Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)</i>	17 (65.4 %)	20 (66.6 %)	18 (62.1 %)
<i>Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)</i>	13 (50.0 %)	20 (66.6 %)	16 (55.2%)

Nio av deltagarna (34.6 %) var kliniskt signifikant förbättrade på samtliga social fobiskolor medan elva personer (42.3%) uppnådde klinisk signifikant förbättring på åtminstone tre beroendemått. Totalt 17 personer (65.4 %) blev förbättrade på ett eller två av måtten.



## Effektstorlekar

Inomgruppseffektstorlekarna presenteras i tabell 3 och 4. Inomgruppseffektstorlekarna för beroendemått avseende social fobi och depression varierade mellan  $d=1.37$  och  $d=0.82$ . Inomgruppseffektstorlekarna var generellt stora. Medeleffektstorleken inom grupp för samtliga mått var  $d=0.88$ .

## Diagnos efter behandling

Direkt efter avslutad behandling uppnådde 31 % av deltagarna inte längre DSM-IV kriterierna för social fobi mätt med självskattningsformuläret SPSQ.

## Klinikerbedömning

Två månader efter avslutad behandling administrerades en förkortad version av SCID-I via telefon. Utifrån SCID-intervjun konstaterades att 46.2 % av deltagarna inte längre uppfyller DSM-IV kriterierna för social fobi (se tabell 6). I tabell 6 görs också en jämförelse mellan andelen diagnosfria enligt SCID-intervju och enligt självskattningsformuläret SPSQ. Bortfallet på SCID är ( $n=1$ ). Personen uppnådde inte diagnos enligt SPSQ. Orsak till bortfallet är att personen inte nåddes per telefon.

**Tabell 6.** Antal deltagare som inte längre uppfyllde diagnos för social fobi.

	Frisk (SCID)	Sjuk (SCID)
Frisk (SPSQ) 7	7	0
Sjuk (SPSQ) 5	5	13

## Deltagarnas utvärdering

Utvärderingen är baserad på de synpunkter som deltagarna angivit i det utvärderingsformulär som de besvarade efter avslutad behandling (se tabell 7 för resultat). Samtliga 26 deltagare besvarade formuläret. Sexton (61.5 %) deltagare fullföljde behandlingens nio moduler på avsatt tid.

**Tabell 7.** Sammanställning av deltagarnas resultat på utvärderingsformuläret.

<b>Hur nöjd är du totalt sett med din behandling?</b>		<b>Hur nöjd är du med behandlingens tempo (programmets omfattning i relation till dess längd)?</b>	
Mycket nöjd	8 (30.8 %)	Alldeles för kort tid	8 (30.8 %)
Huvudsakligen nöjd	17 (65.4 %)	Lite för kort tid	13 (50.0 %)
Likgiltig eller lätt missnöjd	1 (3.8 %)	Tillräckligt med tid	3 (11.5 %)
Riktigt missnöjd	0 (0.0 %)	Lite för lång tid	1 (3.8 %)
		Alldeles för lång tid	1 (3.8 %)
<b>Hur bedömer du kvaliteten på behandlingsmodulerna?</b>		<b>Har behandlingen hjälpt dig till ett bättre förhållnings-sätt till dina problem?</b>	
Utmärkt	17 (65.4 %)	Ja, väldigt mycket	13 (50.0 %)
Bra	9 (34.6 %)	Ja, något	13 (50.0 %)
Hyfsad	0 (0.0 %)	Nej, inte riktigt	0 (0.0 %)
Dålig	0 (0.0 %)	Nej, den verkar snarare ha förvärrat situationen	0 (0.0 %)
<b>Hur bedömer du kvaliteten på de kommentarer du fått av din Internetterapeut?</b>		<b>Har din sociala fobi förändrats på grund av programmet?</b>	
Utmärkt	15 (57.7 %)	Inte längre något problem alls	0 (0.0 %)
Bra	10 (38.5 %)	Ett mycket mindre problem	4 (15.4 %)
Hyfsad	1 (3.8 %)	Ett mindre problem	17 (65.4 %)
Dålig	0 (0.0 %)	Som tidigare	5 (19.2 %)
		Ett större problem	0 (0.0 %)
		Ett mycket större problem	0 (0.0 %)

## Jämförelse mellan föreliggande studie och tidigare SOFIE-projekt

### Social fobi skalor

Variationsanalys med upprepad mätning gav signifikanta huvudeffekter för tid på alla social fobi skalor men inga interaktionseffekter grupp  $\times$  tid då föreliggande studie jämfördes med SOFIE I ( $0.03 < F < 0.83$ ,  $df=1, 54$ , i-s) eller SOFIE II ( $0.005 < F < 1.27$ ,  $df=1, 53$ , i-s). Planerade oberoende t-test visade avseende för- och eftermätningssvärde inga signifikanta skillnader mellan föreliggande studie och SOFIE I ( $t=0.43-0.59$ ,  $df=54$ , i-s) och inte heller jämfört med SOFIE II ( $t=0.37-0.74$ ,  $df=53$ , i-s).

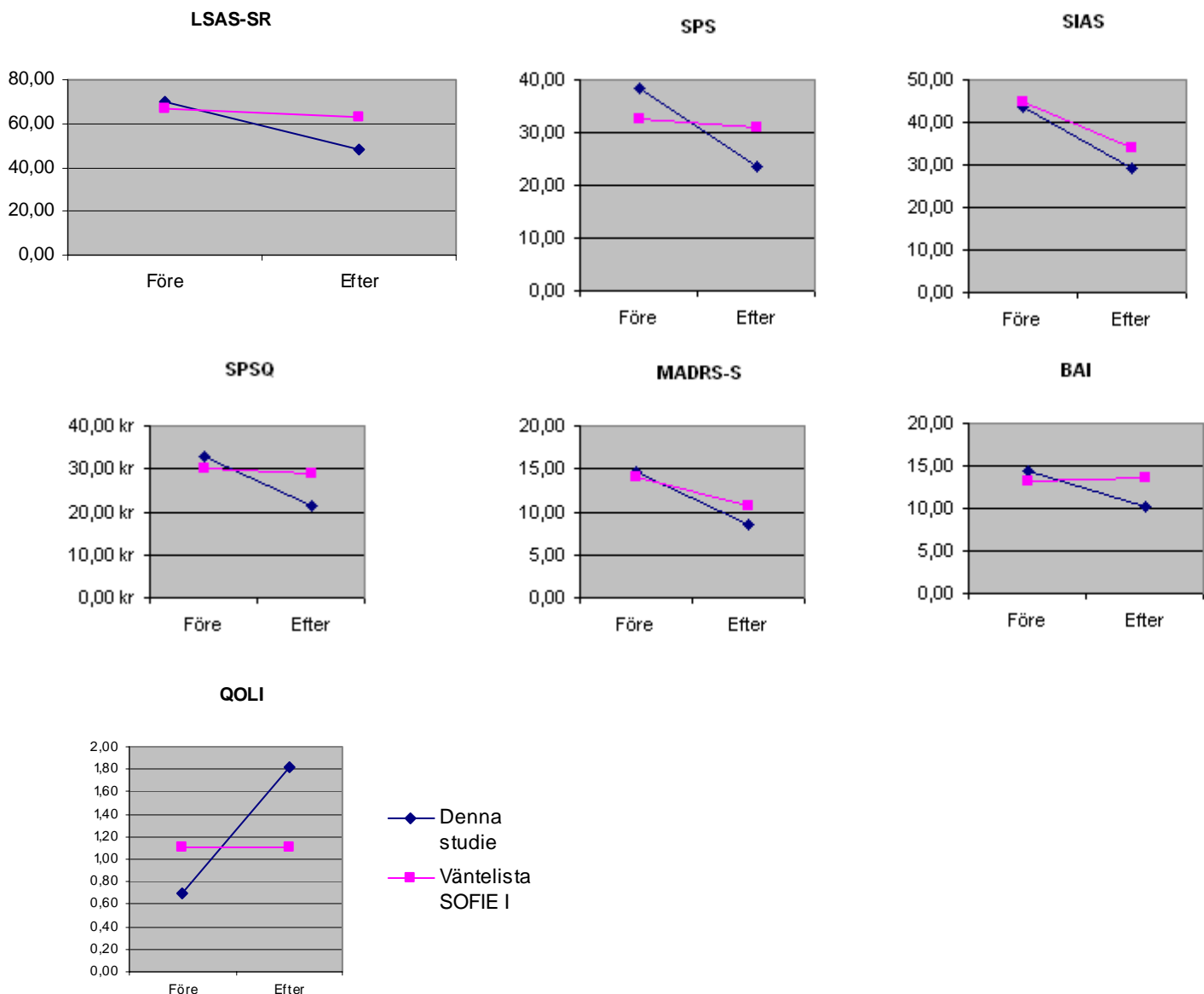
Vid jämförelsen mot väntelistan i SOFIE I gav ANOVA signifikanta huvudeffekter av tid för alla social fobi skalor samt signifikanta interaktionseffekter grupp  $\times$  tid för LSAS-SR ( $F=10.94$ ,  $df=1, 54$ ,  $p < 0.005$ ), SPSQ ( $F=38.57$ ,  $df=1, 54$ ,  $p < 0.0001$ ) samt SPS ( $F=15.97$ ,  $df=1, 54$ ,  $p < 0.0005$ ) men inte för SIAS ( $F=1.23$ ,  $df=1, 54$ , i-s). Planerade t-test visade inga signifikanta skillnader mellan denna studie och väntelistan i SOFIE I vid förmätningstillfället ( $t=0.31-1.40$ ,  $df=54$ , i-s). Vid eftermätningstillfället erhöles en signifikant skillnad på LSAS-SR ( $t_{(54)}=2.28$ ,  $p < 0.05$ ) och SPSQ ( $t_{(54)}=3.57$ ,  $p < 0.001$ ). På SIAS och SPS fanns det inga signifikanta skillnader mellan de bägge grupperna vid eftermätningstillfället ( $t=1.32-1.61$ ,  $df=54$ , i-s).

### Övriga självskattningsskalor

Variationsanalys gav signifikanta huvudeffekter av tid på alla övriga skalor (MADRS-S, BAI, QOLI) men inga interaktionseffekter grupp  $\times$  tid då föreliggande studie jämfördes med SOFIE I ( $0.12 < F < 1.44$ ,  $df=1, 54$ , i-s) eller SOFIE II ( $0.50 < F < 0.96$ ,  $df=1, 53$ , i-s).

Planerade oberoende t-test visade avseende för- och eftermätningssvärde inga signifikanta skillnader mellan föreliggande studie och SOFIE I ( $t=0.68-1.17$ ,  $df=54$ , i-s) och inte heller jämfört med SOFIE II ( $t=0.0-0.53$ ,  $df=53$ , i-s).

Vid jämförelsen mot väntelistan i SOFIE I gav ANOVA signifikanta huvudeffekter av tid för alla övriga skalor samt signifikanta interaktionseffekter grupp  $\times$  tid för BAI ( $F=6.59$ ,  $df=1, 54$ ,  $p < 0.05$ ) respektive QOLI ( $F=10.62$ ,  $df=1, 54$ ,  $p < 0.005$ ) men inte för MADRS-S ( $F=2.68$ ,  $df=1, 54$ , i-s). Planerade t-test visade inga signifikanta skillnader mellan denna studie och väntelistan i SOFIE I vid förmätningstillfället ( $t=0.25-0.87$ ,  $df=54$ , i-s) eller vid eftermätningstillfället ( $t=1.20-1.73$ ,  $df=54$ , i-s).



**Figur 3.** Jämförelse mellan föreliggande studie och väntelistan SOFIE I avseende genomsnittlig förändring av poäng på studiens självskattningsformulär.

### Antal deltagare som fullföljde behandlingen

I tabell 8 redovisas antal deltagare i de olika studierna som fullföljt respektive modul inom behandlingstiden. En jämförelse mellan andelen som fullföljde och icke-fullföljde behandlingen på utsatt tid visade på en signifikant skillnad mellan föreliggande studie och SOFIE II (Fisher's exact probability = 0.0076). Det fanns däremot ingen signifikant skillnad gällande bortfall mellan föreliggande studie och SOFIE I.

**Tabell 8.** Antal deltagare (%) i resp. studie som fullföljt resp. modul inom behandlingstiden.

Modul	Föreliggande	SOFIE I	SOFIE II
1	26 (100)	30 (100)	29 (100)
2	24 (92.3)	30 (100)	28 (97.0)
3	21 (81.0)	29 (97.0)	28 (97.0)
4	19 (73.1)	29 (97.0)	27 (93.0)
5	18 (69.2)	28 (93.3)	27 (93.0)
6	18 (69.2)	27 (90.0)	27 (93.0)
7	18 (69.2)	26 (87.0)	27 (93.0)
8	18 (69.2)	23 (77.0)	27 (93.0)
9	16 (61.5)	18 (60.0)	27 (93.0)

### Effektstorlekar

Effektstorlekarna skiljer sig inte väsentligt åt mellan de olika studierna.

Medeleffektstorleken inom grupp för social fobi-skalorna i den föreliggande studien uppgick till  $d=1.00$  medan den blev  $d=1.04$  i SOFIE I och  $d=1.08$  i SOFIE II.

Medeleffektstorleken inom grupp för övriga skalor var i den föreliggande studien  $d=0.67$  medan den var  $d=0.70$  för SOFIE I. För SOFIE II uppgick den till  $d=0.62$ .

### Kliniskt signifikant förbättring

Skillnaderna mellan studierna var marginella avseende klinisk signifikant förbättring. Andelen förbättrade på minst tre beroendemått var i föreliggande studie 42.3%, i SOFIE I 46.9% och i SOFIE II 44.8% (se tabell 5). Jämförelser med Fisher's exact probability test gav inga signifikanta skillnader mellan SOFIE-studierna avseende dessa fördelningar ( $p>0.56$ , i-s).

## Diskussion

Syftet med denna uppsats var att undersöka vilken effekt ett Internetadministrerat självhjälsprogram inklusive e-post stöd har på social fobi. Resultaten av studien visade på signifikanta förbättringar på samtliga beroendemått för den grupp om 26 personer som fick behandling. Behandlingsgruppen hade efter behandling minskat sin grad av ångest, obehag och undvikande i prestations- och interaktionssituationer, minskat graden av nedstämdhet samt ökad sin grad av livskvalitet. Medelvärde för samtliga inomgruppseffektstorlekar var stor ( $d=0.88$ ).

Uppsatsen syftade även till att jämföra det Internetadministrerade självhjälsprogrammet med två tidigare studerade grupper som fått två olika former av kombinationsbehandling för social fobi i SOFIE-serien. Den första innefattade ett Internetadministrerat självhjälsprogram kombinerat med gruppträffar (SOFIE I) medan den andra kombinerade det Internetadministrerade självhjälsprogrammet med veckovis telefonkontakt med en terapeut (SOFIE II). E-post stöd ingick även i dessa behandlingar. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan förmättningsresultaten för de tre olika studierna. En jämförelse av resultaten på de sju beroendemåtten visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan systerstudierna i SOFIE-serien gällande behandlingsutfall direkt efter behandlingen. Kommande uppföljningsstudier får avgöra hur resultaten står sig över längre tidsperioder.

### Resultatdiskussion

#### **Hypotes 1: Rädsla, ångest, obehag och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer**

Studien fann stöd för den första hypotesen. Inga förbättringar observerades under det att deltagarna i den föreliggande studien stod på väntelista och vid behandlingsstart förelåg det diagnos hos samtliga deltagare.

Behandlingen gav effekt då deltagarna efter avslutad behandling uppvisade en signifikant lägre nivå av rädsla och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer mätt med LSAS-SR. LSAS-SR visade också att graden av rädsla och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer inte kan bero på ökat undvikande.

Mätt med SPS visade det sig att deltagarna efter behandling hade en signifikant lägre grad av ångest i sociala prestationssituationer.

Mätt med SPSQ har behandlingsgruppen en signifikant lägre nivå av obehag i sociala prestations- och interaktionssituationer efter behandling jämfört med vid förmätningstillfället.

Direkt efter avslutad behandling tillskrevs 31 % av deltagarna inte längre diagnosen social fobi mätt med SPSQ. Två månader efter avslutad behandling administrerades en SCID-intervju och det konstaterades att 46.2 % inte längre uppfyllde kriterierna för social fobi.

#### **Hypotes 2: Livskvalitet**

Den andra hypotesen får också stöd. Efter genomförd behandling visade sig en signifikant ökad grad av livskvalitet jämfört med förmättningsresultatet. Inga signifikanta skillnader förelåg mellan de två förmätningstillfällena.

#### **Hypotes 3: Grad av depression**

Den tredje hypotesen får stöd i studiens resultat. Deltagarna hade jämfört med förmätningstillfället en signifikant lägre grad av nedstämdhet mätt med MADRS-S.

Inga signifikanta skillnader förelåg mellan de två förmätningstillfällena.

#### **Hypotes 4: Grad av generell ångest**

Den fjärde hypotesen stöds också av studiens resultat. Jämfört med förmätningstillfället hade deltagarna en signifikant lägre grad av ångest vid eftermätningstillfället. Inga förändringar observerades mellan de två förmätningstillfällena.

Då LSAS-SR visade att graden av rädsla och undvikande i sociala prestations- och interaktionssituationer inte kan bero på ökat undvikande kan heller inte den lägre graden av generell ångest mätt med BAI bättre förklaras med ökat undvikande.

#### **Föreliggande studie vs. SOFIE I (Internetbehandling i kombination med gruppträffar)**

Resultaten i den föreliggande studien står sig väl i jämförelse med SOFIE I. På samtliga självskattningsformulär förelåg det inte några signifikanta skillnader på såväl förmätningresultatet som på eftermätningresultatet. Inga interaktionseffekter som tyder på olika respons i de två studierna erhöles vid variansanalys. Andelen deltagare som blev kliniskt signifikant förbättrade skilde sig inte heller signifikant åt mellan de båda studierna. Föreliggande studie uppvisade störst inomgruppseffektstorlekar på SPSQ, MADRS-S och QOLI medan SOFIE I uppvisade något högre inomgruppseffektstorlekar på LSAS-SR, SPS, SIAS och BAI (se tabell 3 och 4).

#### **Föreliggande studie vs. SOFIE II (Internetbehandling i kombination med telefonkontakt)**

Resultaten i den föreliggande studien står sig också väl i jämförelse med SOFIE II. På samtliga självskattningsformulär förelåg det inte några signifikanta skillnader på såväl förmätningresultatet som på eftermätningresultatet. Variansanalys visade inga interaktionseffekter som tyder på differentiell respons. Andelen deltagare som blev kliniskt signifikant förbättrade skilde sig inte heller signifikant åt mellan de två studierna. Föreliggande studie uppvisade störst inomgruppseffektstorlekar på SPSQ, MADRS-S och QOLI. SOFIE II uppvisade högre Inomgruppseffektstorlekar på resterande mått vilka var LSAS-SR, SPS, SIAS och BAI (se tabell 3 och 4).

#### **Föreliggande studie vs. väntelistkontrollgrupp (SOFIE I)**

Avseende förmätningresultaten fanns det inga signifikanta skillnader mellan föreliggande studie och väntelistan i SOFIE I. Eftermätningresultaten (planerade t-test) visade en signifikant lägre ångestnivå på formulären LSAS-SR och SPSQ hos de behandlade personerna relativt väntelistan i SOFIE I. Övriga mått uppvisade inte några signifikanta skillnader vid eftermätningstillfället. Variansanalyser visade dock signifikanta interaktionseffekter (grupp × tid) inte bara för LSAS-SR och SPSQ utan även för BAI och QOLI, vilka tyder på att de behandlade personerna förbättrades mer än väntelistan.

På formulären SIAS och MADRS-S erhöles dock inte några interaktionseffekter.

Inte heller i SOFIE I uppnåddes jämfört med deras väntelista en signifikant skillnad vid eftermätningstillfället på SIAS. Holmström och Sparthan (2003) diskuterar detta och de uppger att orsaken kommer av att två deltagare i väntelistan avbröt sin medverkan i studien. Den ena av dessa personer hade genomgått KBT-behandling. Då SOFIE I byggde på intention-to-treat principer räknades deras resultat med i den statistiska analysen. Holmström och Sparthan skriver vidare att båda deltagarna minskade sina poäng med 32 respektive 30 poäng och kan antas stå för en stor del av kontrollgruppens förbättring. Det förefaller inte osannolikt att dessa avhopp kan ha påverkat väntelistans resultat också på MADRS-S.

Det faktum att inga signifikanta skillnader erhöles mellan de två förmätningarna i föreliggande studie, medan signifikanta effekter påvisades på de flesta mått då den aktiva behandlingen jämfördes mot väntelistkontrollgrupp, tyder på att personer med social fobi inte förbättras då de väntar på behandling. Detta har även visats i meta-analyser (Taylor, 1996).

## **Generell jämförelse med SOFIE I och SOFIE II**

Studien visar att klienter som är behandlade med det Internetadministrerade självhjälpsprogrammet erhåller likvärdiga resultat som de klienter som är behandlade med de två olika kombinationsbehandlingarna. Även en randomiserad behandlingsstudie för huvudvärk visar att det inte fanns några signifikanta skillnader avseende eftermätningsresultaten hos deltagare som fick veckovis telefonkontakt jämfört med dem som enbart fick Internetbaserad självhjälp (Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G., 2000). En orsak till att SOFIE-studierna erhåller likvärdiga resultat skulle kunna vara att behandlingseffekten kommer tidigt i behandlingen, kanske redan under de första modulerna. Gruppträffarna i slutet av behandlingen tillför då kanske inte något som gör att deltagarna ytterligare förbättras. Gruppträffar kan dock vara bra för de deltagare som har svårt att finna exponeringssituationer.

Inomgruppseffektstorlekarna skiljer sig inte väsentligt åt mellan de olika studierna. Samtliga inomgruppseffektstorlekar i de olika studierna är stora eller måttliga enligt de riktlinjer som är etablerade för mellangruppseffektstorlekar.

När det gäller andelen som fullföljde samtliga nio moduler visade det sig att kombinationsbehandling med telefonkontakt (SOFIE II) är den behandlingsmetod i de tre systerstudierna som lyckades få flest deltagarna att fullfölja behandlingen. Skillnaden är statistiskt säkerställd. Även i en Internetadministrerad kombinationsbehandling med telefonkontakt för klienter med kronisk smärta (Buhrman et al., 2003) visade det sig likt SOFIE II vara en stor andel av deltagarna som fullföljde hela behandlingen. En orsak till detta kan vara att telefonkontakt gör det möjligt för deltagarna att göra fler individuella avvikelser i behandlingsprogrammet och få det att passa bättre med deras problembild. Den terapeutiska relationen mellan klient och terapeut kanske också blir starkare då man utökar kommunikationsvägarna. Det kan också vara lättare att uttrycka sig och formulera sina problem i tal än i skrift. Att kombinera den Internetadministrerade behandlingen med telefonkontakt verkar alltså öka genomströmningen av deltagare. Dock hade denna ökade genomströmning ingen påtaglig klinisk tilläggs effekt vilket också kan tyda på att den största behandlingseffekten erhålls tidigt i behandlingsprogrammet.

Mellan föreliggande studie och SOFIE I fanns det däremot inga signifikanta skillnader gällande andelen deltagare som fullföljde samtliga moduler inom behandlingstiden.

## **Jämförelse med andra studier**

Dahlgren (2002) har i en effectiveness-studie jämfört behandlingseffekter mellan olika KBGT-behandlingar. I studien jämför han sin egen behandling med två amerikanska behandlingar av Otto et al. (2000) och Heimberg et al. (1998). De tre behandlingarna pågick alla i tolv veckor. Inomgruppseffektstorleken för SIAS var i den föreliggande studien högre än i de tre KBGT-behandlingarna ( $d=0.98/d=0.61/d=0.15$ ). När det gäller SPS uppnådde Dahlgrens behandling en högre effektstorlek än den föreliggande ( $d=1.33$ ). Inomgruppseffektstorlekarna för de två andra studierna var lägre ( $d=0.78/d=0.11$ ). Den föreliggande studiens inomgruppseffektstorlek på LSAS-rädsla är något lägre än behandlingen av Otto med kolleger ( $d=0.96$ ), men högre än de två andra studierna ( $d=0.73/d=0.62$ ). På LSAS-undvikande når Dahlgren en något högre inomgruppseffektstorlek

( $d=0.86$ ) jämfört med föreliggande studie ( $d=.84$ ). De två andra studierna når något lägre resultat ( $d=0.75/d=0.52$ ).

Vid en jämförelsestudie (Stangier et al., 2003) mellan individuell- och gruppbehandling som båda utgår ifrån Clark och Wells kognitiva modell (1995) står sig den föreliggande studien väl. Båda behandlingarna som pågick i 15 veckor uppnådde lägre inomgruppseffektstorlekar på självskattningsformulären SIAS ( $d=.85/d=0.53$ ) och BAI ( $d=0.49/d=0.44$ ). Den individuella behandlingen gav en inomgruppseffektstorlek för SIAS på  $d=0.85$  och  $d=0.49$  för BAI. Gruppbehandlingen gav lägre inomgruppseffektstorlekar  $d=0.53$  för SIAS och  $d=0.44$  för BAI.

När det gäller SPS uppnådde föreliggande studie en något lägre inomgruppseffektstorlek ( $d=0.85$ ) jämfört med den individuella behandlingen ( $d=0.9$ ). Gruppbehandlingsstudien visade på en inomgruppseffektstorlek på  $d=0.53$ .

Den föreliggande studiens inomgruppseffektstorlekar var stora och jämfört med de ovan nämnda behandlingarna står sig den Internetadministrerade självhjälpsbehandlingen väl.

I en metaanalys utförd av Federoff och Taylor (2001) visade författarna på effektstorlekar för benzodiazepiner och SSRI som var högre än i de ovan nämnda studierna ( $d=2.10/d=1.70$ ). För exponering i kombination med kognitiv omstrukturering redovisas en effektstorlek på  $d=0.84$ . Effekterna av KBT-behandling kvarstår dock efter avslutad behandling och studier visar att de till och med tenderar att öka (Taylor, 1996). Vad som sker efter medicinsk behandling är inte fastställt.

Effektstorlekar vid mellangrupsjämförelser betraktas vanligen från 0.2 som små, från 0.5 som måttliga och från 0.8 som stora. När det gäller inomgruppseffektstorlek är inte samma konsensus etablerad gällande riktlinjer för vad som ska ses som små, måttliga respektive stora effektstorlekar. I denna studie betraktas riktlinjerna för små/stora mellangrupsjämförelser som gällande även för inomgruppseffektstorlekar. Dahlgren (2002) som använt sig av inomgruppsjämförelser skriver att effektstorlekarna vanligtvis blir större vid inomgruppsjämförelser än vid mellangrupsjämförelser. Så länge man räknar ut inomgruppseffektstorlekarna på ett likvärdigt sätt är det ändå möjligt att göra adekvata jämförelser mellan studierna. Studierna har ett likvärdigt deltagarantal vilket gör att det inte är lättare för någon studie att erhålla en högre effektstorlek än någon annan studie.

## Metoddiskussion

### Intern validitet

För att förbättra den interna validiteten har förmätningar administrerats vid två tillfällen. Behandlingsgruppen har också jämförts mot kontrollgruppen i SOFIE I och mot de behandlade i SOFIE-studierna.

En av studiens svagheter är avsaknaden av kontrollgrupp. Historiska jämförelsegrupper inklusive väntelistkontroll finns att tillgå i SOFIE-serien men randomisering av personer över studiegrupper har inte gjorts vid samma tillfälle. Föreliggande studie kontrollerar därför inte fullt ut mot traditionella hot mot den interna validiteten.

Ett hot mot den interna validiteten är *testeffekt* vilket innebär att man svarar olika vid upprepade mättillfällen. Denna effekt har till viss del kontrollerats för med hjälp av de två förmätningarna. Resultatet mellan de två förmätningarna uppvisade inte några signifikanta skillnader. För att kunna säkerställa reliabilitet bör en extern bedömare göra en interbedömaröverensstämmelse. *Mognadseffekt* betyder i det här fallet att det är en naturlig förändringsprocess inom individen som förklarar resultaten snarare än behandlingen i sig. För detta har det delvis kontrollerats genom att förmätningar administrerades vid två olika tillfällen.



Social fobi är obehandlat ett kroniskt tillstånd (Kåver, 1999). Det föreligger därför inte sannolikt att *historia* skulle ha påverkat resultatet även fast det teoretiskt sett inte kan uteslutas. Hot från *historia*, d v s att en yttre händelser under studiens gång kan ha påverka resultaten, har inte kontrollerats för. SOFIE I utfördes dock endast ett år innan den föreliggande studien och SOFIE II startade tre månader innan denna studie vilket kan tyda på att större förändringar utanför författarens kontroll inte har påverkat studiens beroendevariabler.

Risk för *komensationseffekt* är liten då deltagarna under det att de stod som väntelista inte hade några frågor som de ville ha besvarade av Internetterapeuterna. Sned *selektion* verkar inte föreligga då deltagarnas demografiska uppgifter inte skiljer sig nämnvärt åt. Som redan nämnt utgör dock SOFIE I ett undantag då den studien hade ett högre antal deltagare som avslutat högre utbildning. *Regression mot medelvärde* korrigerades för genom de två förmätningarna.

Risken för *imitation* är liten då de olika behandlingsgrupperna inte har haft någon kontakt med varandra. *Rivalitets- eller demoralisationseffekt* föreligger troligtvis inte heller då behandlingarna har skett vid olika tillfällen. *Mätmetodeffekt* skulle i denna studie kunna innebära att t.ex. olika mätinstrument används vid för- och eftermätning eller att det föreligger andra skillnader vid mättillfällena. Detta har kontrollerats för då samma självskattningsformulär användes och administrerades på samma sätt vid de olika mättillfällena. Även i de två tidigare SOFIE-projekten har samma självskattningsformulär använts.

Som nämnts är en av studiens svagheter att det inte är en kontrollerad studie med randomiserad fördelning. Det går därför inte att helt gardera sig mot traditionella hot mot den interna validiteten. Det är dock svårt att tänka sig att det finns oberoende variabler som systematiskt påverkar resultaten som erhållits specifikt under behandlingsperioden och på ett annat sätt jämfört med tidigare kontrollgrupper i SOFIE-serien. Det är i stället troligt att behandlingen har gett effekt även fast det inte går att veta vilken/vilka komponent (er) i behandlingen som svarar för effekten. Det kan heller inte uteslutas att det är en placeboeffekt.

### **Extern validitet**

Enligt Clark-Carter (1997) finns det två olika områden av extern validitet som är viktig att ta hänsyn till när det gäller hot mot studiens generaliserbarhet. Det ena området tar upp faktorer inom studien såsom *uppgift, omgivning/miljö, tid* medan det andra området tar upp aspekter hos *deltagarna* som kan hota generaliserbarheten på olika sätt.

Risken att studien hotar den externa validiteten avseende *uppgift* är låg då behandlingsmaterialet överensstämmer med de komponenter som ingår i de två andra SOFIE-studierna samt i mer traditionell KBT-behandling. Ett annat hot mot *uppgift* kan vara att behandlingsresultaten beror på terapeuteffekt snarare än på behandlingsmaterialet. Studiens terapeuter utgick dock från samma behandlingsmaterial och har fått likvärdig handledning. Terapeuterna formulerade sig också på ett liknande sätt och diskuterade med varandra när det behövdes.

Att studien har utförts i deltagarnas egen närmiljö ökar generaliserbarheten då det annars kan vara svårt att generalisera något som man t.ex. exponerar för i ett terapirum till miljön utanför. Deltagarna är också bosatta på olika geografiska platser vilket kan öka generaliserbarheten.

Dessutom har deltagarna själva kunnat välja vilken tid på dygnet de har velat arbeta med behandlingsmodulerna.

Studien är en replikation och variation av tidigare SOFIE-projekt. Enligt Clark-Carter (1997) ökar studiens generaliserbarhet om studien uppvisar liknande resultat som den ursprungliga studien.

Studiens resultat skiljer sig inte signifikant åt från de två tidigare SOFIE-studierna. Deltagarna i studien anmälde sig under samma tidsperiod som deltagarna i SOFIE II. Efter diagnostisering randomiserades de på två grupper, behandling direkt eller behandling efter tre månader. De demografiska uppgifterna skiljer sig inte nämnvärt åt mellan studierna med undantag för SOFIE I som hade en högre andel deltagare med högre utbildning jämfört med de andra studierna.

Faktorer hos deltagarna som försämrar möjligheterna att generalisera till en större population kan t.ex. vara att deltagarna i studien var självrekryterade och dessutom har varit beredda att vänta tre månader på behandling. Det finns därför skäl att misstänka att studiens sampel hade en högre motivationsnivå vid behandlingsstart än vad ett socialfobiskt sampel inom psykiatrin hade haft. Även i de två andra SOFIE-projekten har också där deltagarna anmält sig själva. Ytterligare en faktor som försämrar möjligheterna till generalisering gäller könsfördelningen. Social fobi är något mer utbredd bland kvinnor än män i allmänbefolkningen (Kessler et al., 1994). Männerna söker dock i högre grad behandling än kvinnorna (Rapee, 1995). I denna studie var fördelningen annorlunda då 31 % av deltagarna var män. Även i de två tidigare SOFIE-studierna samt Dahlgrens studie (2002) var andelen kvinnor högre.

## **Deltagarnas utvärdering**

Andelen som var mycket nöjda eller huvudsakligen nöjda med behandlingen var 96 %. Deltagarnas uppfattning i de två tidigare studierna skiljer sig inte nämnvärt åt i denna fråga. Klienterna i föreliggande studie verkar alltså vara lika nöjda som de klienter som har haft en utökad terapeutkontakt. Ingen av deltagarna påpekade heller i utvärderingen att telefonkontakt hade varit önskvärd.

När det gäller hur klienterna bedömer kvaliteten på behandlingsmodulerna finns det inte heller några större skillnader mellan studierna och det förefaller därför inte nödvändigt att ändra på innehållet i behandlingsmodulerna. Majoriteten av deltagare var också mycket positivt inställda till diskussionsforumet.

När deltagarna tillfrågades om de tyckte att deras sociala fobi förändrats på grund av programmet svarade 15.4 % att den sociala fobin var ett mycket mindre problem medan 65.4 % tyckte att den var ett mindre problem, ett resultat som är mycket lika resultaten i de två tidigare studierna. Totalt 96 % av deltagarna bedömde att kvaliteten på de kommentarer de fått från deras Internetterapeut var utmärkta eller bra. En likvärdig bedömning av Internetterapeuterna gjordes i de två tidigare studierna.

En majoritet av deltagarna (80.7 %) tyckte att programmets omfattning i relation till dess längd var alldeles för kort eller lite för kort. Även i de två tidigare studierna var en majoritet av deltagarna av denna uppfattning. Det verkar som att en modul per vecka är en för kort tid i relation till den information som deltagarna ska bearbeta. Några av deltagarna uppgav att två veckor per modul hade varit bättre. Särskilt när det gällde exponeringsövningarna hade deltagarna velat ha mer tid än en vecka. Risken med att inte ha någon tidsgräns eller att ha två veckor per modul är att behandlingen blir för utdragen. Ett alternativ är att dela upp innehållet i fler moduler. Deltagarna skulle då ha något nytt att arbeta med varje vecka. Kontinuiteten i behandlingen skulle kvarstå men behandlingstakten skulle bli långsammare. Deltagarna skulle kunna arbeta igenom modulerna mer grundligt. Flera av deltagarna uppgav att behandlingen gick under en tid på året då också mycket annat händer. Deltagarna kunde känna en frustration över att inte riktigt hinna arbeta med modulerna som de hade velat göra eller gjort inledningsvis i behandlingen.

## **Kliniska intryck**

Deltagarna hade i stort inga svårigheter att tillgodogöra sig innehållet i behandlingsmodulerna. Frågor kring datateknik uppkom vanligtvis vid problem med inloggning och lösenord. Vanliga frågor som rörde det terapeutiska arbetet kunde t.ex. handla om säkerhetsbeteenden och hur man urskiljer det från andra beteenden eller om de tränade rätt under exponeringsövningarna samt hur man jobbar vidare med exponering. Flera deltagare ville också ha förslag på exponeringsövningar. Deltagarna uppmuntrades att skicka in frågor rörande social fobi om några sådana fanns eller dök upp under veckan. Några utnyttjade den möjligheten att få mer personliga frågor besvarade medan andra behövde mer stöd och uppmuntran i sitt exponeringsarbete.

Att motivera de klienter som funderade på att hoppa av eller inte hade lämnat in några hemuppgifter kunde ibland te sig svårt med enbart Internetkontakt. Ibland tog det lång tid innan deltagarna svarade på påminnelser och det blev då svårare att motivera dem att fortsätta då de behövde arbeta ifatt det de missat på kortare tid för att följa behandlingstakten. Med hjälp av telefonkontakt skulle man ha kunnat nå klienterna tidigare vilket säkert hade ökat modulgenomströmningen. I föreliggande studie var deltagarna totalt anonyma för terapeuten, vilket kan ha medfört att klienter uppsökte behandlingen som annars inte hade gjort det om den hade inneburit telefonkontakt eller gruppträffar. Några av deltagarna hade t.ex. uppgett att de inte ville bli nådda per telefon.

## **Kostnadseffektivitet**

Internetadministrerad självhjälpsbehandling för social fobi är en kostnadseffektiv behandlingsmetod då den reducerar den tid som terapeuten annars behöver lägga ner på varje klient. KBGT-behandling vid social fobi är vanligtvis en tolvveckorsbehandling där varje session är två och en halv timme (Turk, Heimberg & Hope, 2001). I denna studie var den genomsnittliga behandlingstiden per vecka och klient i snitt 20 minuter. Detta måste också jämföras med traditionell individuell KBT-behandling där en session är mellan 45 till 60 minuter. Tidsvinsten skulle kunna användas för att behandla fler klienter som söker för social fobi och därmed korta ner väntetiden på behandling. Terapeuten skulle också få mer tid att arbeta med klienter med den svåraste problematiken. Tillgängligheten av behandlingen är också en fördel.

## **Kliniska implikationer**

Newman, Erickson, Przeworski och Dzuz (2003) skriver i en sammanställning att självhjälpsbehandling med minimal terapeutkontakt lämpar sig bäst vid specifik fobi och andra ångeststörningar. Klienten kan i behandlingsprogram lära sig olika tekniker som de sedan kan träna på egen hand.

Haaga (2000) hävdar att alla klienter inte behöver samma grad av interventioner. Istället kan några bli hjälpta genom att t.ex. läsa självhjälpsböcker, titta på instruktionsvideo eller använda dataprogram. Andra kan med fördel bli hjälpta av kortare psykoedukation, samtidigt som det finns grupper som har behov av långtidsterapier under ledning av psykoterapeuter med lång erfarenhet. Således bör Internetbaserad behandling vara ett komplement till traditionell KBT istället för att fungera som ett substitut.

Att använda ett Internetadministrerat självhjälpsprogram inom psykiatrin skulle enligt Tate och Zabinsky (2004) kunna lämpa sig för de personer som är motiverade att arbeta mer på egen hand, eller har mindre allvarliga problem. Detta skulle minska vårdköerna och

personer med andra tilläggsdiagnoser och svårare problem skulle kunna beredas traditionell KBT-behandling snabbare. Tate och Zabinisky (2004) menar vidare att delar av behandlingen skulle kunna administreras över Internet. Detta skulle öka behandlingseffektiviteten då man skulle kunna ägna mer tid åt delar i behandlingen som klienten tycker är svårare. Fördelen med Internet är att klienterna själva kan välja att arbeta på den tid och på det sätt som passar dem bäst.

## **Framtida forskning**

Att replikera studien som en kontrollerad behandlingsstudie vore intressant. För majoriteten av de deltagare som inte fullföljde behandlingen var tidsbrist den största anledningen till avhopp. Det skulle därför vara intressant att se om avhoppet kunde ha förhindrats med hjälp av telefonkontakt eller om det fanns andra faktorer som påverkade avhoppet. Ett sätt att undersöka detta på skulle kunna vara att utföra kombinationsbehandlingen med telefonkontakt under samma tid på året som föreliggande studien utfördes. Man skulle även kunna replikera studien under en mer gynnsam årstid.

Ett par klienter som inte fullföljde behandlingen uppgav att den inledande psykoedukativa delen var en viktig del i deras behandlingsutveckling. Deras socialfobiska problem var också lägre mätt med de olika självskattningsformulären även fast de inte genomgått hela behandlingen. Det vore därför intressant att undersöka till vilken del de olika modulerna bidrog till behandlingsutfallet. Ett sätt att studera detta på är att följa respons över tid, modul för modul.

Det vore intressant att replikera denna studie men med tillägget att de som inte förbättrades efter den Internetadministrerade behandlingen skulle erbjudas traditionell individuell KBT-behandling. Detta för att se om behandlingen ändå kan bli kostnadseffektiv. Några av deltagarna hade svårt att finna exponeringssituationer och särskilt sådana där man kan öva att tala inför grupp. SOFIE I erbjöd två exponeringssessioner. Det skulle vara intressant att i kommande studier utveckla möjligheterna att erbjuda exponering och se vilka effekter det ger. Det vore även intressant att studera kombinationsbehandling med SOFIE och SSRI eller andra ångestdämpande läkemedel.

## **Slutord**

Idag lider många människor i vårt samhälle av social fobi och möjligheten till adekvat behandling är fortfarande begränsade. Denna studie har visat att det är fullt möjligt att på ett framgångsrikt sätt behandla social fobi med hjälp av en KBT-baserad självhjälpsbehandling administrerad över Internet. Behandlingen visade sig också vara lika framgångsrik som tidigare SOFIE-studier trots att vare sig gruppträffar eller veckovisa telefonsamtal ingick. En behandling av den form som presenterats i denna studie skulle kunna vara till stor hjälp för människor som lider av social fobi. Behandlingen utgör också ett kostnadseffektivt och lättillgängligt alternativ till terapeutledda behandlingar.

## REFERENSER

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edition*. American Psychiatric Association: Washington DC.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., Ekselius, L. (2004). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *Manus insänt för publikation*.
- Andersson, G., Strömgen, T., Ström, L., & Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicin, 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.
- Bohman, S. (2003). *Självhjälpbehandling administrerad över Internet med telefon- och e-poststöd vid paniksyndrom. En replikation och utvidgning*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Botella, C., Hofmann, S.G., & Moscovitch, D.A., (2004). *A self-applied, Internet-based intervention for fear of public speaking*. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 821-30.
- 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 behaviour treatment. *Behavior Therapy, 26*, 467-486.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety Disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21-27.
- Buhrman, M. & Fältenhag, S. (2001). *Självhjälp via Internet och telefon för personer med kronisk ryggsmärta*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

- Butler, G. (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., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129-140.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldo, V., Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2004). Treatment of Panic Disorder: Live Therapy vs. Self-Help via Internet. *Manus insänt för publikation*.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of a self-help programme. *Behavior Therapy*, 32, 751-764.
- Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: From design to report*. East Sussex, UK: Psychology Press Ltd.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Mc Manus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Davenport., & Louis, B. (2003). Cognitive Therapy versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- Clark, D. M., & Fairburn, G. F. (2000). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford, Great Britain: Oxford Medical Publications.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I: 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.
- Christensen, H., Griffiths, M.K., & Jorm, A.F., (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 15, 1200-1.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A metaanalysis. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 28, 139-147
- Dahlgren, S. (2002). *Gruppbehandling av social fobi inom klinisk rutinvård respektive forskning: en "effectivenessstudie"*. Uppsats vid specialistutbildningen i kognitiv beteendeterapi i Växjö HT 2002.
- DeRubeis, L.R., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirical supported individual and group psychological treatment for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.

- Dobson, K. S. (2001). *Handbook of Cognitive Behavioural Therapies*. New York: The Guilford Press.
- Federoff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *21*, 311-324.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. (translated by J. Herlofson.). Danderyd: Pilgrim Press.
- Fredrikson, M., & Furmark, T. (2003). Amygdaloid Regional Cerebral Blood Flow and Subjective Fear during Symptom Provocation in Anxiety Disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *985*, 341-347.
- 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.
- 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.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, *13*, 169-186.
- Haaga, D. A. F., (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 547-548.
- Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: literature review. I R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia, diagnosis, assessment and treatment* (pp. 261-309). New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive Behavioral Group Therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 1133-1141.
- Holaway, R.M. & Heimberg, R. G. (2004) Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: A Treatment Review. I: Bandelow, B., & Stein, J. Stein, D. J. (2004). *Social Anxiety Disorder* (pp. 235-250). Marcel Dekker, Inc. New York.
- Holmström, A. & Sparthan, L. (2003). *SOFIE-projektet. Ett Internetbaserat självhjälpssystem 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.
- Jacobs, M. K., Christensen, A., Huber, A., Snibbe, J. R., Dolezal-Wood, S., Polterok, A. (2001). A comparison of computer-based versus traditional individual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 92-96
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behaviour. *American Psychologist*, 44, 668-674.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- 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.
- Liebowitz, M. R. Heimberg, R. G. (1987). *Social phobia. Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? *Archives of General Psychiatry*, 57, 191-192.
- Maanmies, J., & Zetterqvist, K. (2000). *Stressprojektet: En kontrollerad studie, ett Internetbaserat självhjälpsprogram för stresshantering*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- 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.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (1995). Conditioning and ethological models. I R. G. Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope. D. A., & Schneider, F. R. (Eds.). *Social Phobia. Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp 134-162). New York: Guilford Press.
- Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Morrison, N. (2001). Group Cognitive Therapy: Treatment of Choice or Sub-optimal Option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332.
- Murphy, L. J., & Mitchell, D. L. (1998). When writing helps to heal: E-mail as therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26, 21-32.
- 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 Psychology 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.
- Ottosson, J. O. (2000). *Psykiatri*. Erlanders Gummessons, Falköping
- Rapee, R. M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia – a step-by-step guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Boldue, E. A., Faraone, S. V., Kagan, J., Snidman, N. & Reznik, J. S. (1991). Further evidence of an association between behavioural inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatry Research*, 25, 49-65.
- 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.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: an analysis of possible development factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2000). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 722-727.
- 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.
- Tate, D.F., & Zabinski, M.F. (2004). Computer and Internet applications for psychological treatment: update for clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 209-220.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Tillfors, M. (2001). Social Phobia. The family and the brain. Acta Universitatis Uppsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences* 104. Uppsala: Uppsala University, Tryck & Medier.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study. *Behavior Research and Therapy*, 39, 289-298.

Tillfors, M, Furmark, T., Marteinsdottir, I., & Fredrikson, M. (2002). Cerebral Blood Flow during Anticipation of Public Speaking in Social Phobia: A PET Study. *Biological Psychiatry*, 52, 1113- 1119.

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.

Westöö, J. (2003) Kognitiv bias via Internet: en tillämpning av emotionellt Strooptest vid social fobi. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343.

Zaider, T. I. & Heimberg, R. G. (2004). The Relationship Between Psychotherapy and Pharmacotherapy for Social Anxiety Disorder. I: Bandelow, B., & Stein, J. Stein, D. J. (2004). *Social Anxiety Disorder* (pp. 299-314). Marcel Dekker, Inc. New York.

Öhman, A. (1994). Rädsla, Ångest, Fobi: Universitetsförlaget AS.

Öst, L.-G. (1997). *Tillämpad avslappning: Manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. Uppsala, Sweden: Repro HSC.

## Bilagor

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

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

*Specificera om:*

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

## **Bilaga 2: Diagnoskriterier för fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV**

Ett genomgående mönster av social hämning, känslor av otillräcklighet och överkänslighet för negativa omdömen. Störningen visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang från tidig vuxen ålder och tar sig minst fyra av följande uttryck:

- (1) undviker yrkesaktiviteter där sociala kontakter är av betydelse p.g.a. rädsla för kritik, ogillande eller avvisande
- (2) är ovillig att närma sig andra utan att vara säker på att bli omtyckt
- (3) är återhållsam i intima förhållanden p.g. a. rädsla för att känna sig skamsen eller förlöjligad
- (4) är upptagen av rädsla för att bli kritiserad eller avvisad i sociala situationer
- (5) är hämmad i nya sociala situationer p. g. a. känslor av otillräcklighet
- (6) betraktar sig själv som socialt oduglig, oattraktiv eller underlägsen andra
- (7) är påtagligt ovillig att ta personliga risker eller att ge sig ut i nya aktiviteter eftersom det skulle kunna leda till genanta situationer

