

# Mat á árangri hugrænnar atferlismeðferðar í hóp við félagsfærni

Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Guðrún Íris Þórsdóttir og Brynjar Halldórsson  
Geðsvið Landspítala-háskólasjúkrahúss

Á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss hefur undanfarin ár verið veitt hugræn atferlismeðferð í hóp við félagsfærni. Árangur af þessari meðferð, sem veitt var sex hópum við endurhæfingarsvið frá árinu 2002 til 2005, var borinn saman við biðlistamælingar. Alls hófu 54 manns hópmeðferðina og luku 45, eða 83,3% þátttakenda, meðferðinni. Þátttakendur lækkuðu töluvert á mælingum á einkennum félagsfærni á meðferðartímanum en einkennin stóðu í stað meðan þátttakendur voru á biðlista. Þátttakendur forðuðust félagslegar aðstæður síður undir lok hópmeðferðar, fundu minna fyrir líkamlegum kvíðaeinkennum, höfðu minni áhyggjur af kvíðaeinkennum og minna af neikvæðum hugsunum. Þeir mældust minna þunglyndir, beittu síður öryggishegðun og mátu félagslega færni sína meiri en þeir höfðu gert við upphaf hópmeðferðar. Þessar breytingar áttu sér ekki stað meðan þátttakendur voru á biðlista. Þrátt fyrir töluverða lækkun á mælingum á einkennum félagsfærni mældist hins vegar félagsfærni þátttakenda enn talsverð undir lok hópmeðferðar. Í ljósi þessa er nauðsynlegt að skoða hvort breyta þurfi fyrirkomulagi meðferðar og jafnvel lengja hana til að enn frekari árangur náist.

**F**élagsfærni er kvíðaröskun sem einkennist af þrálátum kvíða og ótta við félagslegar aðstæður þar sem frammistaðan kann að verða neikvætt metin af öðrum (American Psychiatric Association, 1994). Viðvera í félagslegum aðstæðum vekur nánast undantekningalaust kvíða og jafnvel kvíðakast. Þessar aðstæður eru sniðgengnar eða þraukað í þeim þrátt fyrir kvíða. Þegar flestar félagslegar aðstæður vekja kvíða telst félagsfærnin víðtæk, en sértæk þegar aðeins mjög sérstakar eða fáar félagslegar aðstæður hafa þessi áhrif (American Psychiatric Association, 1994). Fólk verður óþægilega sjálfmeðvitað og óttast að aðrir taki eftir kvíðaeinkennum svo sem svita, skjálfta og roða (Antony og Swinson, 2000). Félagsfærni háir fólki verulega á ýmsum sviðum daglegs lífs.

Félagsfærni kemur oftast fyrst fram á unglingsárum, stundum fyrr (Beidel og Turner, 1998), og getur varað alla ævi fái fólk ekki viðeigandi meðferð. Rannsókn

Yonkers, Dyck og Keller frá 2001, á 98 félagsfælnum einstaklingum sem fylgt var eftir í átta ár, benti til að lítið drægi úr einkennum félagsfærni milli ára. Aðeins 35% þátttakenda voru einkennalaus eftir átta ár. Mest dró úr einkennum félagsfærni á fyrstu tveimur árunum, en einkennin héldust síðan nánast óbreytt næstu sex árin. Félagsfærnir leita sér ekki aðstoðar fyrr en að meðaltali 15-25 árum eftir að vandinn hefst (Rapee, 1995). Eðli vandans samkvæmt eiga félagsfærnir erfitt með að hafa samband við ókunnuga til að fá hjálp, þeir telja vandann oft hluta af persónuleika sínum og vita ekki að hægt er að draga úr vandanum. Þegar þeir leita sér aðstoðar er það oft á tíðum vegna þunglyndis eða felmtursröskunar sem komið hefur seinna fram en félagsfærnin (Kessler, 2003).

Ætla má að 7-13% fólks á Vesturlöndum sé haldið félagsfærni og gerir það félagsfærni að algengustu kvíðaröskuninni og þriðju algengustu geðröskuninni (Furmark, 2002).

Félagsfærni er oft undanfari annarra geðraskana (Kessler, Stein og Berglund, 1998). Rúmlega 37% félagsfærinna mælast þunglyndir (Kessler, Stang, Wittchen, Stein og Walters, 1999) og kemur þunglyndið í kjölfar félagsfærinnar í meira en 80% tilfella (Rapee, 1995). Tæp 57% félagsfærinna mælast með aðra kvíðaröskun og tæp 24% með áfengisfíkn (Kessler o.fl., 1999). Þá hefur allt að 61% félagsfærinna mælst með persónuleikaröskun og er forðunarpersónuleikaröskun (*avoidant personality disorder*) þar algengust (Sanderson, Wetzler, Beck og Betz, 1993).

Félagsfærnir hafa í flestum tilfellum lært að óttast félagslegar aðstæður (Antony og Swinson, 2000; Kåver, 1999). Þeir hafa töluvert meira af neikvæðum hugsunum um sig í félagslegum aðstæðum en aðrir og hugsa meira um að forðast aðstæður en að takast á við þær (Heimberg og Becker, 2002). Hugræn atferlismeðferð, þar sem unnið er með hugsanir og atferli, hefur því þótt sérlega vel til þess fallin að meðhöndla félagsfærni (sjá t.d. Craske, 1999; Heimberg og Becker, 2002).

Hugræn atferlismeðferð við félagsfærni hefur skilað talsverðum árangri (Craske, 1999; Rodebaugh, Holaway og Heimberg, 2004; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach og Clark, 2003). Í heildargreiningu (*meta analysis*) Moreno, Méndez og Sánchez frá 2001 mældist áhrifastærð (*effect size*) hugrænnar atferlismeðferðar að meðaltali 0,77 undir lok meðferðar og 0,95 við þriggja mánaða eftirfylgd. Þetta samsvarar miklum meðferðaráhrifum, samkvæmt viðmiðum Cohen frá 1988. Kostir hópmeðferðar eru nokkrir. Viðvera í hópnum felur í sér berskjöldun (*exposure*), þannig að þátttakendur takast á við það sem þeir óttast með því að vera innan um aðra í meðferðinni. Unnt er skapa kvíðvænlegar aðstæður með hlutverkaleikjum og láta þátttakendur dvelja í aðstæðum þar til kvíðinn fer minnkandi. Þátttakendur geta lært af hver öðrum og notið stuðnings annarra hópmedlima. Ókostir hópmeðferðar geta verið þeir að ekki náist að laga meðferðina að þörfum hvers og eins þátttakanda. Því er mælt með fremur fáum, eða

um það bil sex, þátttakendum í hóp (Heimberg og Becker, 2002). Í umfangsmikilli rannsókn Heimbergs o.fl. (1998) á árangri hópmeðferðar við félagsfærni, var 133 þátttakendum raðað af handahófi í hugræna atferlismeðferð í hóp, lyfjameðferð (*phenelzine*), lyfleysu eða stuðningshóp með fræðslu. Meðferðin stóð yfir í 12 vikur og var vikulega í tvo og hálfan tíma í senn. Í hverjum hópi voru á bilinu 5-7 þátttakendur. Lyfjagjöf og hugræn atferlismeðferð skilðu meiri árangri en lyfleysa og stuðningshópur með fræðslu. Þátttakendur sem fengu hugræna atferlismeðferð lækkuðu úr 28,2 stigum á Félagskvíðakvarða Liebowitz í 15,5 stig. Samkvæmt framhaldsrannsókn Liebowitz o.fl. (1999) ári síðar, hafði félagsfærnin tekið sig upp hjá helmingi þeirra sem fengu lyfjameðferð, en aðeins 17% þeirra sem fengu hugræna atferlismeðferð. Lyfjagjöf hafði það fram yfir hópmeðferðina að fyrr dró úr einkennum félagsfærni en áhrifa hugrænnar atferlismeðferðar í hóp gætti lengur.

Um það hefur verið deilt hvort hugræni þáttur meðferðinnar bæti einhverju við atferlisþáttinn, eða hvort nóg sé að beita atferlismeðferð, þá sérstaklega berskjöldun. Í berskjöldun er fólk látið takast á við það sem það óttast án þess að beita öryggishegðun (*safety behavior*). Rodebaugh o.fl. (2004) tóku saman niðurstöður fimm heildargreininga á meðferð við félagsfærni og reyndust meðferðaráhrif hugrænnar atferlismeðferðar ekki meiri en áhrif berskjöldunnar einnar og sér. Þó benda einhverjar rannsóknir til að áhrifin séu meiri og þeirra gæti lengur hafi fólk fengið hugræna meðferð auk berskjöldunar (Juster og Heimberg, 1995; Taylor, 1996). Með því að takast á við kvíðvænlegar aðstæður í hópmeðferðinni er hugsanlegt að fólk komist að raun um að það ráði við aðstæðurnar og að hættan á neikvæðum viðbrögðum annarra sé mun minni en það heldur.

Hópmeðferðin sem hér var rannsökuð á ýmislegt sameiginlegt með hópmeðferð eins og Heimberg og Becker (2002) lýsa henni. Þar er tekið klínískt viðtal við hvern þátttakanda áður en meðferð hefst og raðað í hópa með

tilliti til aldurs, alvarleika félagsfælninnar og reynt að hafa þátttakendur af báðum kynjum. Meðferðin stendur yfir í 12 vikur, æskilegur þátttakendafjöldi er sex manns og stendur hvert skipti yfir í tvo og hálfan tíma. Þátttakendum er síðan fylgt eftir í sex til sjö skipti eftir að formlegri hópmeðferð lýkur. Inntak hópmeðferðar Heimbergs og Becker (2002) er þríþætt: Tekist er á við kvíðvænlegar aðstæður í hópmeðferðartímum (berskjöldun), neikvæðar hugsanir endurskodaðar fyrir og eftir berskjöldun (*cognitive restructuring*) og að lokum farið yfir heimaverkefni þátttakenda, en þeir eru látnir takast á við kvíðvænlegar aðstæður milli tíma.

Hópmeðferðin sem hér var rannsökuð, samanstóð af þessum þremur þáttum sem Heimberg og Becker (2002) lýstu. Meðferðin stóð yfir í tíu vikur, tvo tíma í senn en þátttakendum var ekki fylgt eftir að lokinni meðferð. Þar sem gert var ráð fyrir brottfalli var tíu þátttakendum boðið í hvern hóp og eru þátttakendur því fleiri í hóp en tíðkast hefur í erlendum rannsóknum, auk þess sem meðferðin er styttri. Þetta ræðst aðallega af því að meðferðin sem hér er rannsökuð var hluti af þeirri þjónustu sem veitt er við geðsvið Landspítala-háskólasjúkrahúss, en þar er lögð áhersla á hagkvæm meðferðarúrræði. Markmið rannsóknarinnar var að meta hvort einkenni félagsfælni, kvíða og þunglyndis minnkuðu í kjölfar hópmeðferðarinnar.

## Aðferð

### Þátttakendur

Þátttakendur voru 54 talsins, 23 (42,6%) karlmenn og 31 (57,4%) kona, meðalaldur var 32,0 ár ( $sf = 10,0$ , spönn 17-59). Þeir nutu þjónustu Landspítala-háskólasjúkrahúss og var vísað í meðferðina af fagaðilum innan spítalans. Þátttakendur voru allir með víðtæka félagsfælni og samkvæmt niðurstöðum staðlaðs greiningarviðtals (sjá framkvæmd hér á eftir) greindust þátttakendur einnig með eftirfarandi kvíðaraskanir: 24 (44,4%) með víðáttufælni og felmtursröskun, 20 (37,0%)

með víðáttufælni án felmtursröskunar, 5 (9,2%) með felmtursröskun, 30 (55,6%) með einfalda fælni, 18 (33,3%) með almenna kvíðaröskun og 1 (1,9%) með áráttu- og þráhyggjuröskun. Auk þess voru 53 (98,1%) greindir með þunglyndi, 25 (46,3%) með persónuleikaröskun, 9 (16,7%) með geðklofa, 1 (1,9%) með Aspergerheilkenni og 1 (1,9%) með geðhvarfasýki. Af þessum tölum sést að samsláttur geðraskanir í úrtaki var talsverður og var mikill meirihluti, eða 94,8%, með þrjár eða fleiri geðraskanir. Allir þátttakendur voru á lyfjum nema tveir, sem samsvarar 96,3% úrtaks. Ekki var safnað nákvæmum upplýsingum um tegundir lyfja og skammtastærðir. Af þeim sem hófu meðferð voru níu (16,7%) sem ekki luku henni, þrjár konur og sex karlar. Meðferð taldist ólokið ef viðkomandi mætti ekki í þrjú skipti í röð, og var þá litið svo á að viðkomandi væri hættur í hópmeðferðinni. Af þeim sem ekki luku meðferð voru 5 (55,6%) með persónuleikaröskun, 1 (11,1%) með Aspergerheilkenni og 2 (22,2%) með geðklofa. Einn lauk ekki meðferð af persónulegum ástæðum.

### Mælitæki

Greiningarviðtal fyrir geðraskanir, var lagt fyrir þátttakendur áður en þeir fóru á biðlista. Sjö kvarðar voru lagðir fyrir þegar þátttakendur fóru á biðlista, við upphaf og við lok meðferðar. Nánar verður útskýrt hve langur tími leið á milli fyrirlagna. Kvörðum var ætlað að mæla félagsfælni (LSAS og BSS), kvíðaeinkenni og rangtúlkun á þeim (BAI, ASI), félagslega færni (LSF), þunglyndi og neikvæðar hugsanir (BDI-II og ATQ-N).

Greiningarviðtal fyrir geðraskanir (*The CIDI Composite International Diagnostic Interview, core version 1.1.*) (Stefánsson og Línal, 1993; Wittchen, Robins, Cottler, Satorius, Burke og Regier, 1991) var notað til að greina geðraskanir hjá þátttakendum. Júlíus K. Björnsson sá um íslenska gerð greiningarviðtalsins á tölvutæku formi, sem ætlað er að greina geðraskanir þátttakenda samkvæmt greiningaviðmiðum ICD-10 (*Tenth Revision of the International Classification*

of Diseases) og DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition revised*) á sem hagkvæmasta hátt. Viðtalið er að mestu leyti byggt upp á fjölvalsspurningum. Réttmætisrannsóknir á CIDI greiningarviðtalinu benda til að greiningarviðtalið hafi gott samræmi við ICD-10 og DSM-III-R greiningar sérfræðinga (Skodal og Bender, 2000). Þeir sem mældust með félagsfærni samkvæmt DSM-III-R á CIDI-greiningarviðtali fóru á biðlista fyrir meðferð.

Mælikvarði Becks á geðlægd-önnur útgáfa (*Becks Depression Inventory, BDI-II*) metur dýpt geðlæðar miðað við undanfarnar tvær vikur að prófdegi meðtöldum, meðal þeirra sem eiga við geðlægd að stríða (Beck, Steer og Brown, 1996). Kvarðinn inniheldur 21 atriði sem er svarað á fjögurra punkta stiku. Unnt er að fá 0 - 63 stig á kvarðanum, 0 til 13 stig samsvara litlum þunglyndiseinkennum, 14-19 vægum einkennum, 20-28 miðlungseinkennum og 29-63 alvarlegum einkennum þunglyndis. Innri áreiðanleiki kvarðans hefur mælst hár (alfa > 0,91) og endurprófunaráreiðanleiki (miðað við eina viku) er einnig hár ( $r=0,93$ ). Sýnt hefur verið fram á gott samleitni-, aðgreini- og þáttaréttmæti kvarðans (Beck o.fl., 1996). Jón Friðrik Sigurðsson og Gísli Guðjónsson sálfræðingar þýddu kvarðann yfir á íslensku. Íslenskir háskólanemar hafa mælst með 8,1 stig ( $sf = 7,9$ ) að meðaltali á þessum kvarða en einstaklingar með kvíða og/eða þunglyndisgreiningu á göngudeild geðsviðs Landspítala-háskólasjúkrahúss hafa mælst með 27,5 stig ( $sf = 11,6$ ) (Sigurlín Hrund Kjartansdóttir, 2005). Innri áreiðanleiki íslenskrar þýðingar kvarðans hefur mælst á bilinu 0,89 til 0,95 (Sigurlín Hrund Kjartansdóttir, 2005). Innri áreiðanleiki kvarðans mældist hár (alfa = 0,93) í þessari rannsókn.

Mælikvarði Becks á kvíða (*Becks Anxiety Inventory, BAI*) er 21 atriða kvarði sem metur líkamleg kvíðaeinkenni, miðað við undanfarna viku að prófdegi meðtöldum (Beck, Brown, Epstein og Steer, 1998). Hvert atriði er metið á fjögurra punkta stiku og er hægt að fá 0 til 63

stig á kvarðanum þar sem 0 til 9 stig samsvara eðlilegum kvíða, 10 - 18 stig miðlungskvíða, 19 - 29 stig miðlungs til alvarlegum kvíða og 30 - 63 stig alvarlegum kvíða (Beck o.fl., 1998). Eiríkur Örn Arnarson sálfræðingur þýddi kvarðann yfir á íslensku. Íslenskir háskólanemar hafa mælst með 7,1 stig ( $sf = 7,2$ ) á þessum kvarða en einstaklingar með kvíða og/eða þunglyndisgreiningu á göngudeild geðsviðs Landspítala-háskólasjúkrahúss með 19,8 stig ( $sf = 12,7$ ) (Sigurlín Hrund Kjartansdóttir, 2005). Innri áreiðanleiki kvarðans, hefur mælst á bilinu 0,89 til 0,93 (Sigurlín Hrund Kjartansdóttir, 2005). Hann mældist ásættanlegur (alfa = 0,73) í þessari rannsókn.

Spurningalisti yfir ósjálfráðar hugsanir (*Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ-N*) var þróaður af Hollon og Kendall árið 1980 og metur bjagaðar hugsanir sem taldar eru einkenna hugsun þunglyndra. Hvert hinna 30 atriða er metið á 5 punkta Likert-stiku og er hægt að fá 30 - 150 stig á kvarðanum. Hærrí skor benda til fleiri bjagaðra hugsana. Jakob Smári sálfræðingur þýddi kvarðann yfir á íslensku. Íslenskir háskólanemar hafa mælst með 44,0 stig ( $sf = 14,2$ ) á þessum kvarða og einstaklingar með kvíða og/eða þunglyndisgreiningu við göngudeild geðsviðs Landspítala-háskólasjúkrahúss með 82,1 stig ( $sf = 27,4$ ) (Sigurlín Hrund Kjartansdóttir, 2005). Innri áreiðanleiki kvarðans hefur mælst hár eða á bilinu 0,95 - 0,98 (Sigurlín Hrund Kjartansdóttir, 2005). Hann mældist einnig hár í þessari rannsókn (alfa = 0,91).

Hegðun í félagslegum aðstæðum (*Behavior in social situations, BSS*). Kvarðinn var þróaður af Clark, Wells, Hackman, Butler og Fennell og þýddi Guðrún Íris Þórsdóttir sálfræðingur kvarðann úr sænsku (Kåver, 1999). Hann samanstendur af 28 atriðum sem svarað er á fjögurra punkta stiku. Unnt er að fá 0 - 84 stig á kvarðanum. Kvarðinn mælir öryggishegðun, það er að segja það sem fólk gerir til að verja sig í félagslegum aðstæðum. Hærrí skor benda til aukinnar öryggishegðunar. Próffræðilegir eiginleikar kvarðans hafa

ekki verið rannsakaðir, svo vitað sé. Innri áreiðanleiki kvarðans mældist góður (alfa = 0,89) í þessari rannsókn.

Félagskvíðakvarði Liebowitz (*The Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*) er 24 atriða kvarði sem veitir aðskilin skor fyrir kvíða og forðun í félagslegum aðstæðum. Hvert atriði er metið á fjögurra punkta stiku og er hægt að fá 0 - 144 stig í heild á kvarðanum (Liebowitz, 1987). Kvarðinn var þýddur yfir á íslensku af Guðrúnu Írisi Þórsdóttur. Félagsfælnir fá að meðaltali 67,2 stig ( $sf = 27,5$ ) á þessum kvarða (Heimberg o.fl., 1999) og benti rannsókn Mennin o.fl. (2002) til að greiningarmörk félagsfælni lægju við 30 stig, en 60 stig ef um viðtæka félagsfælni væri að ræða. Sýnt hefur verið fram á gott samleitni- og aðgreiniréttmæti kvarðans. Hann hefur reynst næmur fyrir áhrifum meðferðar og hefur innri áreiðanleiki kvarðans mælt hár (alfa = 0,96, sjá í Heimberg o.fl., 1999). Áreiðanleiki mældist ásættanlegur (alfa = 0,79) í þessari rannsókn. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar útgáfu kvarðans hafa ekki verið rannsakaðir, svo vitað sé.

Kvíðanæmispróf (*Anxiety Sensitivity Index, ASI*) þeirra Reiss, Peterson og Gursky, metur áhyggjur af einkennum og mögulegum afleiðingum kvíða (Peterson og Reiss, 1992). Prófið samanstendur af 16 atriðum þar sem hvert og eitt er metið á fimm punkta Likert-stiku. Hægt er að fá 0 - 64 stig á kvarðanum. Hærrí skor samsvara auknu kvíðanæmi. Kvarðinn var íslenskaður af Eiríki Línal, Elísabetu Stefánsdóttur, Jakobi Smára, Guðrúnu Oddsdóttur og Magnúsi Kristjánssyni. Félagsfælnir fá að meðaltali 27,2 stig á kvarðanum (Cox, Borger og Enns, 1999) og hafa íslenskir háskólanemar mælt með 13,5 stig ( $sf = 7,5$ ) (Jakob Smári og Guðbjörg Erlendsdóttir, 2003). Prófið hefur viðunandi áreiðanleika (Peterson og Plehn, 1999). Alfaáreiðanleiki íslenskrar útgáfu kvarðans hefur mælt góður (0,83) og endurprófunar-áreiðanleiki viðunandi. Niðurstöður studdu réttmæti íslenskrar útgáfu prófsins (Guðbjörg Erlendsdóttir, 2001). Innri áreiðanleikastuðull prófsins mældist góður (alfa = 0,89) í þessari

rannsókn.

Listi yfir félagslega hæfni (*Lista över Sociala Färdigheter, LSF*) var þróaður af Beteendeterapeutiska Institutionen í Uppsölum. Kvarðinn metur hversu mikla félagslega hæfni viðkomandi telur sig hafa. Hann var þýddur úr sænsku af Guðrúnu Írisi Þórsdóttur og samanstendur af 24 atriðum. Hvert atriði er metið á fimm punkta Likert stiku og er hægt að fá 0 - 96 stig á kvarðanum. Því hærrí stigafjöldi, því meiri er félagsleg hæfni metin. Próffræðilegir eiginleikar kvarðans hafa ekki verið rannsakaðir, svo vitað sé. Innri áreiðanleiki kvarðans mældist 0,69 í þessari rannsókn.

### Framkvæmd

Pegar tilvísun barst frá fagaðila innan Landspítala-háskólasjúkrahúss um að veita skjólstæðingi hópmeðferð var viðkomandi boðaður í greiningarviðtal (*Composed International Diagnostic Interview, CIDI*) sem tekið var á tölvutæku formi hjá aðstoðarmanni sálfræðinga. Uppfyllti þátt-takandi greiningarviðmið DSM-III-R fyrir félagsfælni var honum boðið klínískt viðtal hjá sálfræðingi. Klíníska viðtalið gegndi fjölþættu hlutverki. Gengið var úr skugga um að viðkomandi væri með félagsfælni, félagsfælnin kortlögð ítarlega, spurningalistar lagðir fyrir og sannreynt að viðkomandi uppfyllti ekki útilokunarskilyrðin fyrir þátttöku í hópmeðferðinni, en þau voru vímuefnaneysla, sturlunar- eða örlyndisástand. Í klíníska viðtali-inu var veitt stutt fræðsla um hópmeðferðina og viðkomandi gefinn kostur að spyrjast fyrir um fyrirkomulag meðferðar. Markmiðið með viðtalinu var einnig að mynda tengsl við hvern þátttakanda í von um að hann treysti sér frekar til að mæta í hópmeðferðina. Hver þátttakandi var varaður við því að kvíði kynni að aukast í upphafi meðferðar og hann hvattur til að taka ekki inn auka kvíðastillandi lyf til að slá á þann kvíða. Ef niðurstaða klínísks viðtals var að viðkomandi væri félagsfælinn og hvorki í neyslu né örlyndis- eða sturlunarástandi, var honum boðið að vera á biðlista þar til næsta

**1. tafla.** Dagskrá hópmeðferðar.

1. tími Fyrirlögn kvarða  
Hópreglur kynntar  
Fræðsla um félagsfælni  
Þátttakendur kynna hvern annan fyrir hópnum  
Heimaverkefni: Skráning hugsana í kvíðvænlegum aðstæðum
2. tími Farið yfir heimaverkefni  
Fræðsla um eiginleika kvíða  
Núðlusúpa borðuð með þrjónum  
Heimaverkefni: Skráning hugsana í kvíðvænlegum aðstæðum
3. tími Farið yfir heimaverkefni  
Fræðsla um hugsanir sem viðhalda félagsfælni  
Hanastél sett á svið, æfing í að halda uppi samræðum  
Heimaverkefni: Skráning hugsana í kvíðvænlegum aðstæðum
4. tími Farið yfir heimaverkefni  
Fræðsla um hegðun sem viðheldur félagsfælni  
Þátttakendur vekja athygli á sér í verslunarmiðstöð  
Heimaverkefni: Skráning hugsana í kvíðvænlegum aðstæðum
5. tími Farið yfir heimaverkefni  
Fræðsla um eiginleika góðra samskipta  
Hlutverkaleikur: Æfing í að hrósa og setja mörk  
Heimaverkefni: Skráning hugsana í kvíðvænlegum aðstæðum
6. tími Farið yfir heimaverkefni  
Fræðsla um hvernig taka megi gagnrýni  
Hlutverkaleikur: Æfing í að gagnrýna og taka gagnrýni  
Heimaverkefni: Skráning hugsana í kvíðvænlegum aðstæðum
7. tími Farið yfir heimaverkefni  
Þátttakendur segja frá sögu fyrir framan kvikmyndatökuvél  
og horfa svo á upptökuna  
Heimaverkefni sett fyrir
8. tími Farið yfir heimaverkefni  
Þátttakendur segja frá sér fyrir framan kvikmyndatökuvél  
og horfa svo á upptökuna  
Ný heimaverkefni sett fyrir
9. tími Farið yfir heimaverkefni  
Þátttakendur bera upp undarleg erindi í búðum  
Heimaverkefni: Þátttakendur hringja í hvern annan
10. tími Farið yfir heimaverkefni  
Fyrirlögn kvarða  
Ráð við bakslögum

hópmeðferð hófst. Hópmeðferðin var veitt tvisvar á ári, einu sinni að hausti og einu sinni að vori. Þátttakendur voru að meðaltali 10 vikur á biðlista, lágmarkstími á biðlista var 8 vikur og hámarkstími 16 vikur. Hluti þátttakenda, eða 14 manns, fór aldrei á biðlista heldur hóf meðferðina strax. Þetta átti sér stað ef hópmeðferðin var við það að hefjast og ekki nógu margir á biðlista til að fylla hópinn.

Tveir sálfræðingar sáu um meðferðina og fyrirlögn spurningalista. Tíu þátttakendum var boðin þátttaka í hverjum hópi, að frátöldum fyrsta hópnum þar sem aðeins sjö manns var boðið til þátttöku. Hóparnir voru sex frá árinu 2002 til ársins 2005. Hópmeðferðin fór fram á göngudeild Landspítala að Kleppi og tók tíu skipti, var vikulega, tvo tíma í senn. Þátttakendum var greint frá því í fyrsta meðferðartíma að hringt yrði í þá sem ekki væru mættir í upphafi tímans og ekki höfðu boðað forföll. Þessu var fylgt eftir. Í fyrri tímanum var farið yfir heimaverkefni og fræðsla veitt um ýmsa þætti sem viðhalda félagsfælni svo sem neikvæðar hugsanir og öryggishegðun. Dæmi um neikvæðar hugsanir sem þátttakendum var kennt að þekkja eru svokallaðir „bakþankar“, þar sem einblínt er á það sem betur hefði mátt fara í félagslegum aðstæðum. Þeim var einnig bent á að öryggishegðun, eins og að horfa í gaupnir sér og tala lágt, á þátt í að viðhalda félagsfælni. Í síðari tímanum var tekist á við kvíðvænlegar aðstæður og ýmiss konar samskiptafærni æfð, eins og að setja mörk og taka gagnrýni. Ótti þátttakenda við neikvætt mat annarra var meðhöndlaður með eftirfarandi hætti: Þátttakendur voru látnir gera eða segja hluti sem gætu leitt til neikvæðra viðbragða annarra. Þeir voru látnir haga sér þannig í fjölmenni að ætla mætti að þeir væru vitlausir eða skrytnir. Dæmi: valhoppa, hella niður, spyrja fjölda spurninga um einföldustu hluti eins og hvernig spóla sé sett í myndbandstæki. Farið var yfir með þátttakendum fyrir æfingar, hvernig viðbrögðum þeir áttu von á og þær tilgátur svo prófaðar í aðstæðunum. Í 1. töflu má sjá hvað var gert í hverjum tíma. Einu sinni á hverju námskeiði var farið í

leikhús og var leikhúsferðin utan venjulegrar dagskrár. Markmiðið með leikhúsferðinni var að þátttakendur tækjust á við að vera innan um aðra í rúma tvo tíma án þess að flýja af hólmi.

### Tölfræðileg úrvinnsla

Leyfi fyrir fræðilegri úttekt á niðurstöðum kvarða var fengið hjá Siðanefnd Landspítala-háskólasjúkrahúss. Tölvuforritið SPSS var notað við úrvinnslu gagna. Óháð t-próf (*independent samples t-tests*) voru notuð til að bera saman heildarskor þátttakenda á biðlista og þeirra sem ekki voru á biðlista við upphaf hópmeðferðar. Þetta var gert til að athuga hvort hóparnir tveir væru sambærilegir. Þöruð t-próf (*paired samples t-tests*) voru reiknuð til að bera saman heildarskor þátttakenda við upphaf biðlista, upphaf meðferðar og lok meðferðar, meðal þeirra sem luku meðferð. Reiknaðar voru áhrifastærðir til að meta árangur meðferðar. Samkvæmt viðmiðum Cohens frá 1988 samsvarar 0,20 litlum meðferðaráhrifum, 0,50 miðlungs meðferðaráhrifum og 0,80 miklum áhrifum meðferðar.

### Niðurstöður

Athugað var með óháðum t-prófum hvort marktækur munur væri á skorum þeirra við upphaf hópmeðferðar, sem höfðu verið á biðlista ( $n=25$  til 28) og þeirra sem ekki voru á biðlista ( $n=14$ ) á öllum spurningalistunum sjö. Enginn marktækur munur reyndist vera á meðaltölum þessara tveggja hópa ( $p>0,05$  í öllum tilvikum) sem bendir til að þeir hafi verið svipaðir hvað varðar alvarleika kvíða- og þunglyndiseinkenna.

Meðaltöl og staðalfrávik á öllum mælingum við upphaf og lok meðferðar eru birt í 2. töflu. Þar eru einnig birt sérstaklega meðaltöl og staðalfrávik fyrir þá þátttakendur sem voru á biðlista áður en meðferð hófst. Niðurstöður paraðra t-prófa fyrir mun milli meðaltala eru birtar í töflunni ásamt áhrifastærð ( $d$ ) sem er mat á stærð mismunar meðaltala miðað við staðalfrávik þeirra (sjá Cohen, 1988).

Niðurstöður fyrir þátttakendur á biðlista sýna að munur á meðaltölum við upphaf og

**2. tafla.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við upphaf og lok biðlista og hópmeðferðar.

	Biðlisti				Hópmeðferð				Munur (upphaf-lok)	Munur (upphaf-lok)	df	t	d			
	Upphaf		Lok		Upphaf		Lok									
	M	sf	M	sf	M	sf	M	sf								
BDI-II	29,00	13,01	28,00	14,07	28	27	0,81	0,05	29,36	12,89	19,17	10,85	42	41	6,25***	0,60
ATQ-N	93,50	31,65	94,04	33,73	26	25	-0,15	-0,02	93,18	29,56	71,87	24,91	38	37	4,99***	0,55
BAI	25,15	8,92	23,23	10,55	26	25	1,10	0,14	22,31	11,78	16,28	11,48	42	41	3,65***	0,37
ASI	27,52	11,31	27,12	13,22	25	24	0,26	0,03	26,19	11,57	20,12	12,28	42	41	3,92***	0,36
LSAS	98,24	24,57	98,60	22,22	25	24	-0,93	-0,09	91,02	26,16	72,45	27,61	42	41	5,67***	0,49
BSS	47,76	7,74	48,00	9,12	25	24	-0,23	-0,03	46,79	9,00	41,34	11,29	38	37	3,54***	0,38
LSF	34,56	10,69	32,08	11,32	25	24	1,16	0,16	38,07	11,32	43,21	14,02	42	41	-2,15*	0,25

Athugið: Gögnum var safnað þrisvar sinnum í rannsókninni, það er þegar þátttakendur fóru á biðlista, þegar biðlista lauk (og meðferð hófst) og við lok meðferðar. Sumir þátttakendur voru ekki á biðlista fyrir meðferð og er því fjöldi þátttakenda á biðlista nokkru lægri heldur en fjöldi þeirra sem tóku þátt í meðferðinni. Fjöldi þátttakenda sem svara hverjum spurningalista er breytilegur vegna tapaðra gilda (missing values). M = meðaltal, sf = staðalfrávik, n = fjöldi þátttakenda, df = frelsisgráður, t = gildi paraðs t-prófs, d = áhrifastærð (effect size). BDI-II = Beck's Depression Inventory II, ATQ-N = Automatic Thoughts Questionnaire, BAI = Beck's Anxiety Inventory, ASI = Anxiety Sensitivity Index, LSAS = Liebowitz Social Anxiety Scale, BSS = Behavior in Social Situations, LSF = Lista över Sociala Färdigheter.\* = p<0,05, \*\* = p<0,01, \*\*\* = p<0,001.



lok biðlista er hvergi marktækur ( $p > 0,05$  í öllum tilvikum). Stærð mismunar meðaltala (áhrifastærð) sýnir einnig að munurinn er í öllum tilvikum lítill og nálægt því að vera 0. Þetta bendir til að kvíða- og þunglyndiseinkenni þátttakenda hafi verið stöðug síðustu tvo til þrjá mánuði áður en meðferðin hófst.

Niðurstöður paraðra t-prófa fyrir meðaltöl við upphaf og lok meðferðar sýna að munurinn er í öllum tilvikum marktækur ( $p < 0,05$  í öllum tilvikum). Þetta bendir til að meðferðin hafi skilað árangri, að dregið hafi úr kvíða- og þunglyndiseinkennum og félagsleg hæfni (LSF) þátttakenda hafi aukist. Áhrifastærðir ( $d$ ) benda til að meðferðin hafi haft mest áhrif á þunglyndiseinkenni (BDI-II;  $d = 0,60$ ), neikvæðar hugsanir (ATQ-N;  $d = 0,55$ ) og félagskvíðaeinkenni (LSAS;  $d = 0,49$ ) þátttakenda. Áhrifastærðir fyrir þessar mælingar benda til miðlungs munar. Áhrifastærðir fyrir líkamleg kvíðaeinkenni (BAI), kvíðanæmi (ASI) og öryggishegðun í félagslegum aðstæðum (BSS) eru lægri, eða á bilinu 0,36 til 0,38, sem er mitt á milli lítils og miðlungs munar. Áhrif meðferðarinnar á félagslega hæfni (LSF) voru lítil ( $d = 0,25$ ) en þó marktæk ( $t(41) = -2,15$ ,  $p < 0,05$ ).

## Umræða

Helstu niðurstöður þessarar rannsóknar voru að þátttakendur í meðferð lækkuðu á öllum kvörðum nema einum sem mælir félagsfærni, en þar hækkuðu þeir á meðan á meðferð stóð. Þeir mátu því félagslega færni sína meiri undir lok meðferðar. Þátttakendur stóðu aftur á móti í stað á kvörðum á meðan þeir voru á biðlista. Samkvæmt rannsókn Mennin o.fl. (2002) samsvara 60 stig á Félagskvíðakvarða Liebowitz viðmiðum fyrir víðtæka félagsfælni. Þátttakendur lækkuðu að meðaltali úr 91,0 stigi í 72,4 stig meðan á meðferð stóð í þessari rannsókn. Fjórtán, eða 31,1% þátttakenda mældist undir lok meðferðar fyrir neðan þessi viðmiðunarmörk (60 stig). Þess ber að geta að þátttakendur í þessari rannsókn voru ekki eingöngu með víðtæka félagsfælni heldur áttu flestir við langvinna geðsjúkdóma að stríða,

sem erfitt getur verið að meðhöndla.

Þátttakendur í rannsókn Heimbergs o.fl. frá 1998 voru að meðaltali með 28,2 stig á Félagskvíðakvarða Liebowitz sem er rétt undir viðmiðum Mennin o.fl. (2002) fyrir sértæka félagsfælni. Þetta þýðir að hópur Heimbergs o. fl. (1998) var mun minna félagsfælinn en sá hópur, sem fjallað er um í þessari rannsókn. Áhrifastærð meðferðar við félagsfælni (fyrir Félagskvíðakvarða Liebowitz) mældist 0,49 í þessari rannsókn, sem er lægra en í heildargreiningu Moreno, Méndez og Sánchez (2001) þar sem meðaláhrifastærðin fyrir hugræna atferlismeðferð í hóp við félagsfælni mældist 0,77. Áhrifastærðir fyrir þunglyndi og neikvæðar hugsanir mældust hærri, eða á bilinu 0,55 til 0,60 í þessari rannsókn. Þátttakendur mælast með alvarleg þunglyndiseinkenni (29,4 stig) við upphaf meðferðar en aðeins væg (19,1 stig) þunglyndiseinkenni undir lok meðferðar. Það má velja því fyrir sér hvort námskeiðið hafi haft í för með sér aukna virkni og fleiri ánægjulegar athafnir. Einnig er hugsanlegt að bjartsýni og trú á eigin getu hafi aukist við það að takast á við aðstæður sem þátttakendum fannst óyfistíganlegar við upphaf meðferðar.

Fyrirlögn spurningalista var ekki gerð af óháðum aðilum og því ekki hægt að útiloka þóknunaráhrif. Einnig er hugsanlegt að einhverjir hafi viljað vekja athygli á þörf fyrir frekari aðstoð með háum skorum undir lokin. Langflestir þátttakendur voru á lyfjum og er hugsanlegt að einhverjar lyfjabreytingar hafi verið gerðar meðan á meðferð stóð. Hins vegar voru þátttakendur hvattir til að taka ekki inn auka kvíðastillandi lyf á meðferðartímanum.

Pegar þess er gætt hversu blandaður og fjölbreyttur hópur þátttakenda var, má segja að árangur meðferðar við félagskvíða og þunglyndi hafi verið nokkuð góður og hefði mögulega getað orðið betri, hefði verið farið að tilmælum þátttakenda og meðferðartíminn verið lengdur. Samkvæmt niðurstöðum nýlegrar rannsóknar Brynjars Halldórssonar (2006) hefur það jákvæð áhrif á niðurstöður að lengja meðferðartímann.

Eftir því sem á leið á meðferðina óx

þátttakendum ásmegin, þeir töluðu meira, urðu áráðnari í verklegu æfingunum og voru afslappaðri í hópnum. Þar sem flestir þátttakendur voru með langvinna geðsjúkdóma er mikilvægt að fara hægt í sakirnar við berskjöldun. Einnig mætti fækka þátttakendum niður í sex, eins og Heimberg og Becker (2002) mæla með, þannig að unnt sé að veita hverjum og einum sérstaka athygli í hverjum tíma.

Ekki var hægt að koma því við að hafa viðmiðunarhóp sem hittist án meðferðar (*placebo*) og því er ekki hægt að útiloka að félagsskapurinn einn og sér hafi haft jákvæð áhrif á líðan þátttakenda. Það væri æskilegt að rannsaka hvort hópur sem hittist reglulega og spjallaði myndi skila svipuðum árangri og þessi hópur gerði. Þátttakendum var ekki fylgt eftir að lokinni hópmeðferð og því ekki hægt að segja til um hvort árangur hélst. Í framtíðinni má huga að því að gefa þátttakendum kost á lengri hópmeðferð, í minni hópum og jafnvel eftirfylgd að lokinni meðferð.

### Aftanmálsgrein

Höfundarþakka þátttakendum í hópmeðferðinni og Hafrúnu Kristjánsdóttur sem veitti aðstoð við tölfræðiúrvinnslu. Sérstakar þakkir fær starfsfólk Borgarleikhússins sem styrkti þátttakendur til leikhúsferða.

### Abstract

Cognitive behaviour group therapy for social phobia has been given at Landspítali University Hospital, Department of Psychiatry, since 2002. The efficacy of this group therapy was evaluated in this study using single-group design with a baseline period before treatment. Participants were 54 between 2002 and 2005. 45 completed the treatment, or 83,3%. Towards the end of the treatment, participants reported fewer symptoms of social anxiety, were less likely to misinterpret these symptoms and had fewer negative thoughts. They also scored lower on measures of depression and estimated their social competence to be better than they had while they were on a waitinglist. In spite of significant reductions in symptoms of social

anxiety, participants still experienced social anxiety at the end of the group therapy. A longer duration of group therapy is indicated, in order to reach even better results.

### Heimildaskrá

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útg.) Washington: Höfundur.
- Antony, M. M. og Swinson, R. P. (2000). *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. og Steer, R. (1998). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. og Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory manual* (2. útg.). San Antonio: Psychological Corporation.
- Beidel, D. C. og Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington: American Psychological Association.
- Brynjar Halldórsson (2006). *Árangur hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfælni í hálfopnum hóp*. Óbirt handrit að Cand. psych. ritgerð, Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. útg.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cox, B. J., Borger, S. C. og Enns, M. W. (1999). Anxiety sensitivity and emotional disorders: Psychometric studies and their theoretical implications. Í S. Taylor (Ristj.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (bls. 115-148). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. New York: Basic Books.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Guðbjörg Erlendsdóttir (2001). *Próffræðilegir eiginleikar mælitækisins ASI*. Óbirt BA-ritgerð, Háskóli Íslands, Félagsvísinda-deild.
- Heimberg, R. G., og Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: The Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. og Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B. og Klein, D. F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12 - week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Hollon, S. D. og Kendall, P. C. (1980). Cognitive self statements in depression: Development og an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Jakob Smári og Guðbjörg Erlendsdóttir (2003). Kvíðanæmi: Hugtak og mælingar. *Sálfræðiritið*, 8, 65-71.
- Juster, H. R. og Heimberg, R. G. (1995). Social phobia: Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 821-842.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: Implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 19-27.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. -U., Stein, M. og Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the U. S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.
- Kessler, R. C., Stein, M. B. og Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 613-619.
- Kåver, A. (1999). *Social fobi: Att känna sig granskad och bortgjord*. Stockholm: Cura bokförlag och Utbildning AB.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S. L., Bruch, M. A., Marshall, R. og Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety, 10*, 89-98.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S.O. og Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: Using the Liebowitz Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 661-673.
- Moreno, P. J., Méndez, F. X. og Sánchez, J. (2001). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment in social phobia: A meta-analytic review. *Psychology in Spain, 5*(1), 17-25.
- Peterson, R. A. og Plehn, K. (1999). Measuring anxiety sensitivity. Í S. Taylor (Ristj.), *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*, (bls. 61-81). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peterson, R. A. og Reiss, S. (1992). *The anxiety sensitivity index manual* (2. útg.). Worthington: International Diagnostic Systems.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. Í R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope og F. R. Schneier (Ristj.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (bls. 41-66). New York: Guilford Press.
- Rodebauch, T. L., Holaway, R. M. og Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883-908.
- Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T. og Betz, F. (1993). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatric Research, 51*, 167-174.
- Sigurlín Hrund Kjartansdóttir (2005). Próffræðilegir eiginleikar DAS-A (Dysfunctional Attitude Scale – Form A) sjálfsmatskvarðans: *Rannsóknááreiðanleika, réttmæti og þáttgreiningu listans innan klíníksk þýðis og meðal háskólanemenda*. Óbirt cand.psych.-ritgerð, Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Skodal, A. E. og Bender, D. S. (2000). Diagnostic interviews for adults. Í A. J. Rush, H. A. Pincus, M. B. First, D. Blacker, J. Endicott, S. J. Keith, K. A. Philips, N. D. Ryan, G. R. Smith, M. T. Tsuang, T. A. Widiger og D. A. Zarin (Ritstj.), *Handbook of psychiatric measures* (bls. 61-65). Washington: American Psychiatric Association.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. og Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behavior Research and Therapy, 41*, 991-1007.
- Stefánsson, J. G. og Línadal, E. Composite International Diagnostic Interview CIDI (version 1.1), WHO and Department of Psychiatry, Reykjavík: National University Hospital, 1993.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*, 1-9.

Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D. og Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the composite international diagnostic interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.

Yonkers, K. A., Dyck, I. R. og Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, 52, 637-643.