

# Hugræn atferlismeðferð í hóp við félagsfælni: Árangursmæling við Kvíðameðferðarstöðina (KMS)

Sigurður Viðar  
Reykjalundur

Sigurbjörg Jóna Ludvigsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir,  
Helena Jónsdóttir og Unnur Jakobsdóttir Smári

Kvíðameðferðarstöðin

Hugræn atferlismeðferð í hóp við félagsfælni hefur verið veitt við Kvíðameðferðarstöðina undanfarin ár. Tekin voru saman gögn frá árunum 2007–2010, alls 102 þátttakendur. Borin voru saman skor þátttakenda við upphaf og lok meðferðar á spurningalistum sem meta félagskvíða (samskipta- og frammistöðukvíða), þunglyndi og lífsgæði. Munurinn við upphaf og lok meðferðar mældist í öllum tilfellum marktækur. Það dró marktækt úr samskipta- og frammistöðukvíða og þunglyndiseinkennum og lífsgæði þátttakenda jukust. Reiknaðar voru áhrifastærðir (*effect sizes*) fyrir mun á meðalskorum þátttakenda við upphaf og lok meðferðar og bentu þær til að meðferðin hafi haft mikil áhrif á samskipta- og frammistöðukvíða ( $d = 1,46$  og  $d = 1,21$ ) og þunglyndiseinkenni ( $d = 0,81$ ). Áhrifin voru miðlungsmikil á lífsgæði þátttakenda ( $d = 0,52$ ). Að lokum var metið hvort meðferðin hefði leitt til klínískt marktækra og/eða áreiðanlegra breytinga. Á lista sem metur samskiptakvíða náðu 81,2% þátttakenda annað hvort sambærilegu skori og almenningur eða áreiðanlegum breytingum til batnaðar. Hlutfallið mældist 79,0% fyrir frammistöðukvíða, 78,5% fyrir þunglyndi og 40,9% fyrir lífsgæði.

*Efnisorð:* Félagsfælni, hugræn atferlismeðferð, hópmeðferð, árangursmat, kvíði.

**F**élagsfælni (social phobia) er algengasta kvíðaröskunin og hrjáir um 12% fólks einhvern tímann á ævinni (Kessler, Chiu, Demler og Walters, 2005). Hún einkennist af þrálátum kvíða í félagslegum aðstæðum þar sem frammistaða kann að vera metin af öðrum. Þessar aðstæður eru sniðgengnar eða þraukað í þeim þrátt fyrir mikinn kvíða (American Psychiatric Association, 1994). Einkenni félagsfælni koma iðulega fram á unglingsárum og geta varað alla ævi ef ekkert er að gert. Þrátt fyrir mikla vanlíðan og skerðingu á lífsgæðum leitar aðeins um helmingur þeirra sem þjáast af félagsfælni sér aðstoðar, og er

það gert að meðaltali 10–21 árum eftir að vandinn hefst (Wittchen og Fehm, 2003). Oft verða fylgiraskanir á borð við þunglyndi til þess að fólk leitar sér aðstoðar (Wang, Lane, Olfson, Pincus, Wells og Kessler, 2005, sjá í

---

Sigurður Viðar starfar sem sálfræðingur á tauga- og hæfingarsviði endurhæfingarsviðs Reykjalundar og hjá Janusi Endurhæfingu. Sigurbjörg Jóna Ludvigsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Helena Jónsdóttir og Unnur Jakobsdóttir Smári starfa sem sálfræðingar við Kvíðameðferðarstöðina. Fyrirspurnum um greinina skal beina til Sigurðar Viðar, Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð SÍBS, 270 Mosfellsbæ. Netfang: [sigurdurv@reykjalundur.is](mailto:sigurdurv@reykjalundur.is).

Stein og Stein, 2008). Um 37% félagsfélanna mælast þunglyndir (Kessler, Stang, Wittchen, Stein og Walters, 1999) og kemur þunglyndið í kjölfar félagsfélunnar í meira en 80% tilfella (Rapee, 1995). Gera má ráð fyrir að 50-80% þeirra sem greinast með félagsfélni greinist með að minnsta kosti eina aðra geðröskun og eru kvíðaraskanir, þunglyndi og misnotkun vímuefna þeirra algengastar (Keller, 2003; Wittchen og Fehm, 2003). Í ljósi þeirra áhrifa sem félagsfélni hefur á líðan og lífsgæði fjölda fólks er mikilvægt að þróa öflug meðferðarúrreiði á þessu sviði.

Mikil framþróun hefur orðið í meðferð við félagsfélni á síðustu árum (Huppert, Roth og Foa, 2003; MacManus, Clark, Grey o.fl., 2009). Árangur af ólíkum meðferðarþáttum við félagsfélni hefur verið rannsakaður, þar með talin hugræn meðferð (*cognitive therapy*), atferlistilraunir (*behavioral experiments*), slökunarþjálfun (*relaxation training*), berskjöldun (*exposure*), hugrænt endurmat (*cognitive restructuring*), félagsfélarniþjálfun (*social skills training*), samtalsmeðferð (*interpersonal psychotherapy*) og mismunandi lyfjameðferð. Árangur af lyfjameðferð hefur einnig verið borinn saman við árangur af ólíkum tegundum sálfræðimeðferðar (Turk, Heimberg og Magee, 2008). Flestar rannsóknir benda til að lyfjameðferð með svokölluðum SSRI-lyfjum, berskjöldun og hugræn atferlismeðferð (HAM - *Cognitive behavioural therapy*) beri mestan árangur (Stein og Stein, 2008, Heimberg, Liebowitz, Hope o.fl., 1998). Rannsóknir benda til að lyfjameðferð sé fljótvirkari en HAM en að áhrifa þess síðarnefnda gæti lengur (Heimberg, Liebowitz, Hope o.fl., 1998). Þá virðist HAM betur til þess fallin að koma í veg fyrir bakslög að meðferð lokinni (Zaider og Heimberg, 2003). Niðurstöður gefa þó ekki tilefni til að álykta um hvort sameinuð lyfjameðferð og HAM beri meiri árangur en hvor fyrir sig (Stein og Stein, 2008; Zaider og Heimberg, 2003).

Hugræn atferlismeðferð ber góðan árangur við félagsfélni (sjá t.d. Craske, 1999; Rodebaugh, Holaway og Heimberg, 2004;

Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach og Clark, 2003). Í allsherjargreiningu Moreno, Méndez og Sánchez frá 2001 mældist áhrifastærð (mismunur á meðaltölum) hugrænnar atferlismeðferðar 0,77 við lok meðferðar og 0,95 í þriggja mánaða eftirfylgd en samkvæmt viðmiðum Cohens (1988) samsvarar þetta miklum meðferðaráhrifum. Þessar niðurstöður benda enn fremur til að áhrif hugrænnar atferlismeðferðar haldist og aukist jafnvel eftir að meðferð lýkur.

Þrátt fyrir að aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar beri árangur við meðhöndlun félagsfélni fela aðferðirnar í sér ólíka samsetningu aðferða og ekki er ljóst hvaða þættir meðferðar skila mestum árangri (MacManus, Clark, Grey o.fl., 2009; Ponniah og Hollon, 2008; Stein og Stein, 2008). Um það hefur verið deilt hvort notkun hugræns endurmats bæti einhverju við þátt berskjöldunar eða hvort að nóg sé að beita einungis berskjöldun (Clark, Ehlers, Hackman og fl., 2006). Í allsherjargreiningu Ponniah og Hollon (2008) voru teknar saman niðurstöður 30 rannsókna á árangri af hugrænni atferlismeðferð við félagsfélni með það fyrir augum að kanna hvaða þættir meðferðarinnar skiptu mestu máli. Í ljós kom að bæði hugrænt endurmat og berskjöldun báru góðan árangur en misjafnt var þó milli rannsókna hvort berskjöldun ein og sér eða berskjöldun auk hugræns endurmats væri betri. Í rannsókn Clark, Ehlers, Hackman o.fl. (2006) voru áhrif hugræns endurmats borin saman við berskjöldun og hagnýta vöðvaslökun (*applied muscle relaxation*) og reyndist hugræna meðferðin bera meiri árangur en berskjöldun og slökun. Yfirlit Rodebaugh, Holaway og Heimberg (2004) yfir rannsóknir sem gerðar hafa verið á samanburði á ólíkum þáttum HAM við félagsfélni benti til að þær aðferðir sem rætt var um hér að ofan (berskjöldun, hugrænt endurmat, sameining berskjöldunar og hugræns endurmats, þjálfun í félagsfélarni og slökun) hefðu miðlungsmikil til mikil áhrif umfram það sem sjá mátti hjá biðlistahópum. Meginniðurstöður greinar Rodebaugh og félaga voru þó þær að meðferðaráhrif hugrænnar

atferlismeðferðar reyndust ekki meiri en áhrif berskjöldunar einnar og sér. Rannsókn Clark, Ehlers, Hackman og fl. (2006) benti þó til þess að nauðsynlegt væri að hafa hugræna þáttinn með og hafa fleiri rannsóknir stutt þá ályktun (Ponniah og Hollon, 2008; Rodebaugh, Holaway og Heimberg, 2004).

Þess ber að geta að í hugrænum líkönum af félagsfælni gegnir sjálfmiðuð athygli lykilhlutverki í að viðhalda félagsfælni og er þá átt við athygli sem félagsfælnir beina að eigin frammistöðu, kvíðaeinkennum og hugsunum. Sjálfmiðuð athygli er talin eiga ríkan þátt í að viðhalda neikvæðum hugmyndum þess félagsfælna um sjálfan sig (Clark og Wells, 1995). Athyglisvert er að í engum af fyrrnefndum rannsóknnum er tæpt á þáttum sem ætlað er að draga úr sjálfmiðaðri athygli. Þess ber þó að geta að berskjöldun og atferlistilraunir fela í raun í sér athyglipjálfun en niðurstöður rannsóknar Wells og Papegeorgiou (1998) sýndu fram á að þegar skjólstæðingar fengu leiðbeiningar um að beina athyglinni að berskjöldunaraðstæðunum jókst árangur af meðferðinni umtalsvert.

Árangur af hópmeðferð við félagsfælni hefur mælst góður erlendis og í mörgum rannsóknnum álíka góður og árangur af einstaklingsmeðferð (sjá t.d. Rodebaugh, Holaway og Heimberg, 2004; Stangier o.fl., 2003). Kostir þess að veita meðferð í hóp eru nokkrir og má þar nefna að þátttakendur læra hverjir af öðrum og njóta stuðnings annarra hópmeðlima. Þegar um félagsfælna er að ræða hefur sjálf viðveran í hópnum meðferðarlegt gildi, þeir dvelja í aðstæðum sem þeim finnast óþægilegar þar til kvíðinn minnkar. Hópmeðferð er einnig hagkvæmt meðferðarúrráði, hún er hlutfallslega ódýrari en einstaklingsmeðferð, unnt er að meðhöndla fleiri og veita fleirum fræðslu í einu, en fræðsla um félagsfælni og þá vítahringi sem eru að verki, er ríkur þáttur í hugrænni atferlismeðferð við kvíða. Þegar hópmeðferð er í boði með reglulegu millibili styttest jafnframt biðtíminn eftir meðferð. Ókostir þess að meðhöndla félagsfælni í hóp geta þó verið nokkrir. Erfitt getur verið að laga meðferð

að þörfum hvers og eins, minni sveigjanleiki næst þannig ásamt því sem hver og einn þátttakandi fær minni athygli meðferðaraðila. Því er mælt með fremur fáum eða á bilinu sex til átta þátttakendum í hverjum hóp (Heimberg og Becker, 2002). Undanfarin ár hefur verið umdeilt hvort eigi að beita hópmeðferð við félagsfælni eða einstaklingsmeðferð. Niðurstöður rannsóknar Stangier og félaga frá 2003 sýndu að einstaklingsmeðferð bæri meiri árangur en meðferð í hóp. Rannsóknir hafa þó ítrekað sýnt fram á árangur af HAM í hóp við félagsfælni (Stangier o.fl., 2003).

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á árangri hugrænnar atferlismeðferðar í hóp hlendis en þær sem gerðar hafa verið hafa sýnt fram á góðan árangur (sjá t.d. Brynjar Halldórsson, 2006; Hulda Sævarsdóttir, 2009; Sóley D. Davíðsdóttir, Guðrún Íris Þórsdóttir og Brynjar Halldórsson, 2005-2006). Í einni rannsókn var sex hópum veitt 10 vikna meðferð við endurhæfingarsvið Landspítala-háskólasjúkrahúss og mældist árangur meðferðar miðlungsgóður ( $d = 0,49$ ). Fjórtaán, eða 31,1% þátttakenda mældist undir lok meðferðar fyrir neðan viðmiðunarmörk á félagsfælnikvarða Liebowitz (Sóley Dröfn Davíðsdóttir o.fl., 2005-2006). Í rannsókn Huldu Sævarsdóttur (2009) var árangur félagsfælinna skjólstæðinga heilsugæslunnar sem hafði verið vísað í ósérhæfða 5 vikna hugræna atferlismeðferð af heimilislækni metinn og borinn saman við árangur skjólstæðinga með aðrar geðraskanir, svo sem kvíða og þunglyndi. Niðurstöður sýndu að meðalskor þátttakenda á mælingum á félagsfælni lækkuðu umtalsvert og voru, tveimur til fjórum árum eftir að meðferð lauk, fyrir neðan viðmiðunarmörk.

Í þeirri meðferð sem hér er til rannsóknar var ákveðið að taka mið af ofangreindum þáttum sem reynst hafa árangursríkir í HAM í hóp við félagsfælni. Áhersla var lögð á hugrænt endurmat með hugsanaskrá og atferlistilraunum, og athyglipjálfun veitt í þeim tilgangi að auðvelda þátttakendum að afla réttra upplýsinga úr umhverfi og draga úr kvíða. Unnið var að því að draga úr öryggisráðstöfunum þátttakenda

og félagsfærniþjálfun kennd sem jafnframt fól í sér berskjöldun þar sem æfingar fóru fram fyrir framan hópinn. Að lokum ber að nefna að myndbandsupptök voru notaðar í þeim tilgangi að leiðrétta hugmyndir þátttakenda um eigin frammistöðu. Af hagkvæmnisástæðum var ákveðið að notast við hópmeðferð.

Markmið þessarar rannsóknar var að meta árangur af ofangreindri meðferð við félagsfærni sem hefur verið veitt við Kvíðameðferðarstöðina undanfarin ár. Niðurstöður munu gefa vísbendingar um hvernig betrubæta megi meðferðina og þannig gegna hlutverki gæðaeftirlits við stöðina. Jafnframt munu niðurstöður eiga þátt í að efla þekkingu á meðhöndlun geðraskana á Íslandi.

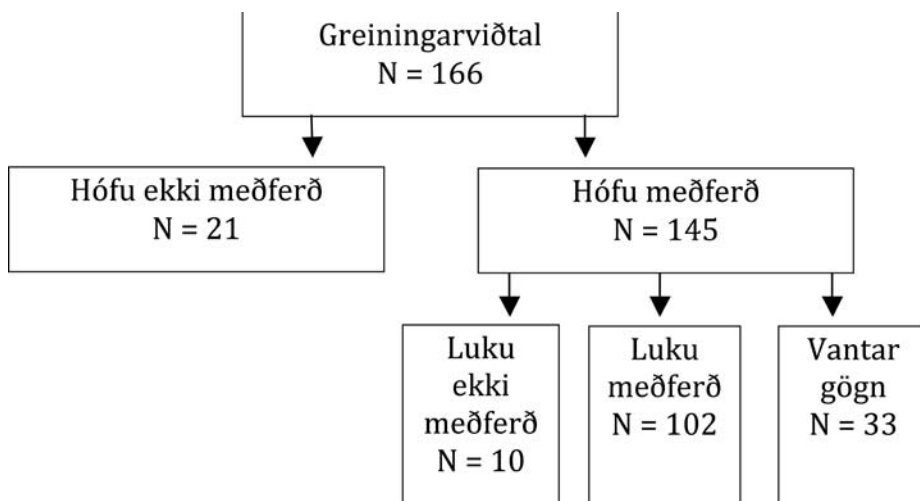
## Aðferð

### Þátttakendur

Þátttakendur í rannsókninni voru allir sem sóttu hópmeðferð við félagsfærni hjá Kvíðameðferðarstöðinni á tímabilinu ágúst 2007 til júní 2010. Þátttakendur uppfylltu allir greiningarskilmerki DSM-IV fyrir félagsfærni metið með spurningum á MINI-greiningarviðtalinu (*Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0.*; Sheehan

o.fl.,1998) og svöruðu jafnframt spurningalistum við upphaf, lok meðferðar og í eftirfylgdartíma. Útilokunarskilyrði frá hópmeðferð voru vímuefnaneysla, geðrofs-einkenni, persónuleikaröskun (önnur en forðunarpersónuleikaröskun) og alvarlegt þunglyndi. Þátttakendur í hópnum voru ýmist á lyfjum eða ekki en ekki liggur fyrir hve margir voru á lyfjameðferð, á hvaða lyfjum og hversu lengi þeir hefðu tekið þau. Aftur á móti voru þátttakendur í hópnum hvattir til þess að taka ekki inn róandi lyf fyrir tímana og halda lyfjameðferð óbreyttri meðan á hópmeðferð stæði. Leyfi frá Vísindasiðanefnd fékkst til að vinna úr klínískum gögnum eftir að þeim hafði verið safnað og var því ekki notast við upplýst samþykki enda voru gögnin sem unnið var úr ópersónugreinanleg.

Alls hófu 145 manns hópmeðferð í 18 hópum á þessu tímabili (1. mynd). Ekki voru til svör fyrir 33 þátttakendur á þeim mælitækjum sem stuðst var við í þessari rannsókn og vantaði svör ýmist við upphaf og lok meðferðar. Ýmsar ástæður eru fyrir því að ekki eru gögn fyrir alla þátttakendur. Í fimm tilfellum vantaði upphafsmælingar sökum þess að fólk mætti ekki fyrir en í öðrum tíma og láðist að leggja spurningarlista fyrir þá, í 28 tilfellum mætti



1. mynd: Flæðirit yfir fjölda þátttakenda sem hófu og luku meðferð

fólk ekki í lokatímamann þrátt fyrir að hafa tekið þátt í meðferðinni og svöruðu því ekki spurningalistum undir lok meðferðar. Alls 10 þátttakendur luku ekki meðferð (mættu ekki í þrjá tíma eða fleiri) og er brottfall því 6,9%. Þátttakendur í rannsókninni voru því alls 102 eða 39 karlar (38,2%) og 63 konur (61,8%). Upplýsingar um aldur 14 þátttakenda (13,7%) vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 30,5 ár ( $sf = 10,5$ ) og aldursspönnin 17 til 62 ár. Meðalaldur karla var 29,4 ár ( $sf = 9,0$ , spönn 18 til 58 ár) og meðalaldur kvenna var 31,2 ár ( $sf = 11,4$ , spönn 17 til 62 ár). Mikið var um að þátttakendur mættu ekki í eftirfylgdartíma sem haldinn var mánuði eftir lok eiginlegrar meðferðar en af þátttakendum rannsóknarinnar mættu 20 (19,6%) í þennan tíma og voru karlar 6 talsins (30%) og konur 14 (70%).

### Mælitæki

Fjórir spurningalistar voru lagðir fyrir við upphaf meðferðar, lok hennar og við eftirfylgd. Þessum kvörðum er ætlað að mæla kvíða í félagslegum samskiptum (SIAS), frammistöðukvíða (SPS), alvarleika þunglyndiseinkenna (BDI-II) og lífsgæði (QOLS). Hér að neðan er nánari lýsing á þessum spurningalistum.

*Kvíði í félagslegum samskiptum (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS) (Mattick og Clarke, 1998).*

Spurningalistanum er ætlað að meta samskiptakvíða, svo sem óttann við að hitta fólk og halda uppi samræðum, óttann við mat annarra á neikvæðum eiginleikum í eigin fari og óttann við að verða hunsaður. Listinn samanstendur af 20 fullyrðingum sem metnar eru á fimm punkta Likert-kvarða og er því hægt að fá 0 til 80 stig á listanum. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi SIAS sem skimunartækis. Rannsókn Mattick og Clarke (1998) sýndi fram á góðan innri áreiðanleika og endurprófunaráreiðanleika og benda niðurstöður jafnframt til þess að aðgreiningarréttmæti listans sé viðunandi.

Niðurstöður rannsókna hafa einnig bent til viðunandi hugsmíðaréttmætis listans. Í rannsókn Mattick og Clarke (1998) skoruðu félagsfælnir að meðaltali 34,6 stig ( $sf = 16,4$ ) á kvarðanum en heilbrigðir 18,8 stig ( $sf = 11,8$ ). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur við geðsvið Landspítala-háskólasjúkrahúss þýddi listann en tvær rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á próffræðilegum eiginleikum íslensku þýðingarinnar (Margrét A. Hauksdóttir, 2005; Óla B. Eggertsdóttir, 2004). Niðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna góðan innri áreiðanleika ( $\alpha > 0,91$ ) og réttmæti íslenskrar þýðingar SIAS meðal íslenskra háskólastúdenta og einstaklinga sem leita sér aðstoðar vegna geðrænna vandamála. Í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) fengu félagsfælnir að meðaltali 57,1 stig ( $sf = 9,2$ ) á SIAS sem er töluvert herra skor en í rannsókn Mattick og Clarke (1998). Þó ber að taka fram að í íslenska úrtakinu voru ekki nema 12 þátttakendur. Í rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) mældist meðalskor íslenskra háskólanema 23,1 stig ( $sf = 12,3$ ).

*Félagsfælnivardinn (Social Phobia Scale, SPS) (Mattick og Clarke, 1998).*

Spurningalistanum er ætlað að meta kvíða tengdan frammistöðu í félagslegum aðstæðum, svo sem óttann við að verið sé að fylgjast með athöfnum, meta þær og þá aðallega óttann við að aðrir taki eftir líkamlegum einkennum kvíða við slíkar aðstæður. Listinn samanstendur af 20 fullyrðingum sem metnar eru á fimm punkta Likert-kvarða og er því hægt að fá 0 til 80 stig á listanum. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi SPS sem skimunartækis. Rannsókn Mattick og Clarke (1998) sýndi fram á góðan innri áreiðanleika og endurprófunaráreiðanleika og benda niðurstöður jafnframt til þess að aðgreiningarréttmæti listans sé viðunandi. Niðurstöður rannsókna hafa einnig bent til viðunandi hugsmíðaréttmæti listans. Í rannsókn Mattick og Clarke (1998) skoruðu félagsfælnir að meðaltali 40 stig ( $sf = 16$ ) á listanum en almenningur 14,4 stig ( $sf = 11,2$ ). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði

Landspítala-háskólasjúkrahúss þýddi kvarðann en tvær rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á próffræðilegum eiginleikum íslensku þýðingarinnar (Margrét A. Hauksdóttir, 2005; Óla B. Eggertsdóttir, 2004). Niðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna góðan innri áreiðanleika ( $\alpha > 0,91$ ) og réttmæti íslenskrar þýðingar meðal íslenskra háskólastúdenta og einstaklinga sem leita sér aðstoðar vegna geðrænna vandamála. Í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) skoruðu félagsfélgnir að meðaltali 41,6 stig ( $sf = 9,2$ ) á SPS og í rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) mældist meðalskor íslenskra háskólanema 11,3 stig ( $sf = 9,3$ ).

*Mælikvarði Beck á geðlægð (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) (Beck, Steer, og Brown, 1996).*

Spurningalistaum er ætlað að mæla alvarleika þunglyndiseinkenna síðustu tvær vikur áður en honum er svarað. Listinn samanstendur af 21 atriði sem gefa 0 til 3 stig og er því hægt að fá 0 til 63 stig á listanum. Stigafjöldi á bilinu 0 til 13 stig gefur til kynna að engin eða lítil þunglyndiseinkenni séu til staðar, 14 til 19 stig benda til vægra einkenna, 20 til 28 stig til nokkurra einkenna og 29 til 63 stig til mikilla einkenna. Íslensk þýðing á listanum var í höndum sálfræðinganna Jóns F. Sigurðssonar og Gísla H. Guðjónssonar. Í rannsókn á henni kom í ljós að áreiðanleiki og réttmæti íslenskrar þýðingar svipar mjög til þess sem gerist í Bandaríkjunum (Arnarsson, Ólason, Smári og Sigurðsson, 2008).

*Mat á lífsgæðum (Quality Of Life Scale, QOLS)*

Spurningalistaum er ætlað að meta lífsgæði fólks. Listinn samanstendur af 16 atriðum sem svarað er á sjö punkta skala (1 til 7) þar sem hægt er að fá 16 til 112 stig. Meiri stigafjöldi á listanum bendir til betri lífsgæða. Kvarðinn hefur í gegnum tíðina verið notaður til að meta lífsgæði fólks með sjúkdóma, verki og geðraskanir (Burckhardt og Anderson, 2003). Niðurstöður rannsóknar á próffræðilegum

eiginleikum listans gefur til kynna að samleitni- og aðgreiningarréttmæti sé gott, innri áreiðanleiki sé góður ( $\alpha = 0,82 - 0,92$ ) og áreiðanleiki endurtekinna prófanna (miðað við 3 vikur) sé það einnig ( $r = 0,78 - 0,84$ ) (Burckhardt, Woods, Schultz og Ziebarth, 1989). Listinn hefur verið þýddur á fjölda tungumála, til dæmis sænsku og norsku, og eru próffræðilegir eiginleikar þessara þýðinga mjög góðir (Liedberg, Burckhardt og Henriksson, 2005; Wahl, Rustöen, Hanestad, Lerdal og Moum, 2004). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss íslenskaði listann. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) fá háskólanemar á Íslandi að meðaltali 86,2 stig ( $sf = 9,03$ ). Þetta eru samskonar niðurstöður og fengist hafa fyrir almenning í Noregi (Wahl, o.fl., 2004). Klínískt úrtak í rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) skoraði að meðaltali 70,41 stig ( $sf = 15,61$ ).

## Framkvæmd

Sótt var um leyfi til Vísindasiðanefndar (VSNb2010060012/03.1) til að vinna úr niðurstöðum spurningalista sem þátttakendur í hópmeðferð við félagsfélgni hjá Kvíðameðferðarstöðinni höfðu fyllt út á tímabilinu ágúst 2007 til júní 2010. Rannsóknin var jafnframt tilkynnt til Persónuverndar (S4829). Áður en skjólstæðingar Kvíðameðferðarstöðvarinnar hófu hópmeðferð hittu sálfræðingar stöðvarinnar væntanlega þátttakendur í einstaklingsviðtali þar sem vandinn var kortlagður og mat lagt á hvort hópmeðferð hentaði viðkomandi eða hvort önnur úrræði kynnu að koma að meira gagni. Reynt var að hafa fyrir reglu að þeir sem sinntu hópmeðferðinni tækju viðtölin en í einhverjum tilvikum hittu aðrir sálfræðinga þátttakendur. Þeir sem uppfylltu greiningarskilmerki DSM-IV fyrir félagsfélgni (American Psychiatric Association, 2000), höfðu félagsfélgni að meginvanda og var ekkert annað talið því til fyrirstöðu (vímuefnavandi, geðrofseinkenni, alvarlegt þunglyndi eða persónuleikaröskun)

að þátttakendur fengju inngöngu í meðferðina. Í einstaklingsviðtalinu fengu skjólstæðingar einnig fræðslu um hópmeðferðina og þeim gefinn kostur á að spyrjast fyrir um fyrirkomulag meðferðarinnar. Þátttakendum var einnig gerð grein fyrir því að við upphaf meðferðar kynni kvíði þátttakenda að aukast tímabundið og voru þeir hvattir til að taka ekki inn skammverkandi lyf (t.d. bensodiazepín) til að slá á þann kvíða en að öðru leyti að breyta ekki út af þeirri lyfjameðferð sem þeir voru þegar á. Viðtalið var einnig notað til að mynda tengsl við tilvonandi þátttakendur í von um að þeir treystu sér frekar til að mæta í meðferðina. Flestir þátttakendur í hópmeðferð við félagsfælni greiddu sjálfir fyrir meðferðina en þó var hluti þeirra sem fékk styrk frá stéttarfélögum, félagsþjónustu síns bæjarfélags eða frá starfsendurhæfingarsjóði.

Hópmeðferðin sjálf tók 10 skipti á jafn mörgum vikum og stóð í um tvo klukkutíma í senn (auk eftirfylgdartíma um það bil mánuði eftir að eiginlegri meðferð lauk). Að hópmeðferð komu ávallt tveir meðferðaraðilar, tveir sálfræðingar eða einn sálfræðingur og sálfræðinemi í starfsþjálfun. Tekið skal fram að þeir sálfræðingar sem stjórnuðu hópnum sáu jafnframt um að safna svörum við spurningalistum. Í fyrsta tíma voru reglur hópsins kynntar, farið var í gegnum fræðslu um félagsfælni og hvernig skipulag tímanna yrði. Í öðrum tíma fékk hver og einn aðstoð við að útbúa eigið kvíðastigveldi. Einnig var veitt fræðsla um áhrif athygli á félagsfælni og hvernig hægt væri að draga úr athyglisskekkjum í félagskvíða. Æfingar í tíma miðuðu að því að komast að því hvaða áhrif sjálfmiðuð athygli hefði á frammistöðu og líðan í samtali. Í þriðja tíma var fjallað um öryggisráðstafanir og áhrif þeirra á félagskvíðann. Þátttakendur byrjuðu að kortleggja eigin öryggisráðstafanir og í tímanum voru æfingar sem miðuðu að því að komast að því hvaða áhrif öryggishegðun hefði á samræður. Í fjórða tíma var fjallað um tengsl hugsana og tilfinninga og fræðsla veitt um helstu hugsanaskekkjur. Einnig var fjallað um hvernig hægt væri að prófa réttmæti

neikvæðra hugsana með atferlistilraunum og þátttakendur aðstoðaðir við að útbúa eina atferlistilraun. Í fimmta tíma var fjallað um eiginleika góðra samskipta og viðtalstækni kennd og æfð. Í sjötta tíma var haldið áfram að fjalla um samskipti og farið yfir gagnleg og ógagnleg viðbrögð í samskiptum. Kenndar voru leiðir til að leysa ágreining, setja mörk og ná sínu fram og æfðu þátttakendur þessar aðferðir tveir og tveir fyrir framan hópinn. Í sjöunda tíma var farið í vettvangsferð þar sem þátttakendur voru hvattir til að takast á við það sem þeir óttuðust helst, svo sem að líta út fyrir að vera vitlausir, skrytnir eða kjánalegir og þeir beðnir um að fylgjast með hvort viðbrögð annarra yrðu eins slæm og þeir höfðu spáð. Í áttunda tíma voru æfingar sem hafa áhrif á mat þátttakenda á eigin frammistöðu með myndbandsupptökum. Í níunda tíma var fjallað um viðhorf og lífsreglur og tengsl þeirra við lágt sjálfsmat. Í tíunda og síðasta tíma settu þátttakendur sér markmið til að vinna að fram að eftirfylgdartíma. Einnig var farið yfir bakslagsvarnir og spurningalistar lagðir fyrir. Undir lok hvers tíma var þátttakendum sett fyrir heimaverkefni sem iðulega tóku mið af umfjöllunarefni hvers tíma fyrir sig. Þátttakendur völdu jafnframt við lok hvers tíma eitt atriði af kvíðastigveldi sínu sem þeir ákváðu að takast á við milli tíma. Þess skal einnig getið að í upphafi hvers tíma var farið yfir heimaverkefni þátttakenda og þeir látnir greina frá því (fyrir framan allan hópinn) hvernig gekk og hvaða lærdóm þeir gætu dregið af vinnu sinni. Öllum þátttakendum var svo boðið að sækja eftirfylgdartíma þar sem farið var yfir gang mála hjá hverjum og einum, helstu atriði rifjuð upp og spurningalistar lagðir fyrir aftur. Þessi tími var haldin um mánuði eftir að eiginlegri hópmeðferð lauk. Með ofangreindu fyrirkomulagi var reynt að tryggja að allir hóparnir hlytu sömu meðferð með því að fylgja fyrirfram ákveðnu skipulagi þar sem ákveðið efni var tekið fyrir í hverjum tíma með aðstoð glæra, verkefna og meðferðarhandbókar sem Sóley Dröfn Davíðsdóttir, sérfræðingur í klínískri sálfræði skrifaði. Markmið með

hverjum tíma var skýrt, formið á hverjum tíma eins á milli hópa og heimaverkefni voru sett fyrir í hverjum tíma.

### Úrvinnsla gagna

Við úrvinnslu gagna var notast við tölfræðiforritið SPSS 16 fyrir Windows. Til að kanna hvort munur væri á milli hóps sem mætti í eftirfylgd og þeirra sem gerðu það ekki, varðandi skor á spurningalistum, áhrifastærð og aldur, var notast við óháð *t*-próf (*independent sample t-tests*). Til að kanna hvort munur væri á kynjaskiptingu milli hópanna var gert kí-kvaðratpróf (*Pearson Chi-square,  $\chi^2$* ). Til að kanna hvort munur væri á heildarskori á spurningalistum í upphafi meðferðar og í lok hennar var notast við pörðuð *t*-próf (*paired sample t-tests*). Til að meta árangur meðferðarinnar voru reiknaðar áhrifastærðir (*Cohens d*). Þetta er gert með því að draga hærra meðalskor frá lægra meðalskori og deila svo með samlagðri dreifittölu staðalfrávikanna fyrir og eftir meðferð. Munur á meðalskori fyrir og eftir meðferð samsvarar hækkun eða lækkun á kvörðunum meðan á meðferð stendur (breytingarskor). Samlögð dreifitala staðalfrávik er fengin með því að setja bæði staðalfrávik í annað veldi, leggja þau saman, deila með tveimur og að því loknu er kvaðratrótin tekin af útkomunni. Áhrifastærðir eru mikið notaðar til að meta áhrif frumbreytu á fylgibreytu, svo sem meðferð á einkenni geðraskana. Áhrifastærðin  $d = 1,0$  gefur til kynna að meðalskor hafi hækkað eða lækkað um sem nemur einu staðalfrávik en samkvæmt viðmiðum Cohen (1988) samsvarar áhrifastærðin 0,2 litlum áhrifum, 0,5 miðlungsáhrifum og 0,8 eða hærra miklum áhrifum.

Þegar mikið brottfall er úr meðferð og einungis er stuðst við gögn þeirra sem ljúka meðferð geta niðurstöðurnar oft verið ofmat á árangri meðferðarinnar. Í slíkum tilfellum er mælt með að nota gögn allra sem hefja meðferð, eða með öðrum orðum, allra sem ætlunin er að veita meðferð (ITT, *Intention to treat approach*). Í þessari rannsókn er nokkrar

ástæður fyrir því að gögn vantar, flestir þeirra eru fólk sem kláraði meðferðina samkvæmt skilgreiningu (mætti í sjö eða fleiri tíma) en hjá aðeins 10 þátttakendum (30,3% af þeim sem hjá vantar gögn) var um eiginlegt brottfall að ræða. Með ITT aðferðinni væri því verið að gera ráð fyrir að allir þeir sem gögn vantar hjá hefðu ekki náð árangri og því sennilega um mikið vanmat á meðferðinni að ræða. Því var tekin sú ákvörðun að nota einungis gögn þeirra sem svöruðu bæði spurningalistum við upphaf og lok meðferðar og reikna einungis út árangur þeirra. Vegna þess er ekki hægt að fullyrða um árangur allra sem hefja meðferð, en aðeins þessa hóps, og verður því að gera ráð fyrir því við túlkun niðurstaðna.

Einnig var kannað hvort sú breyting sem átti sér stað meðan á meðferð stóð væri klínískt marktæk (*clinically significant change*) og áreiðanleg (*reliable change*). Klínískt marktæk breyting á sér stað þegar skor sem er einkennandi fyrir klínískan hóp breytist yfir í skor sem er einkennandi fyrir almennan hóp (Jacobson og Truax, 1991). Til þess að reikna út hvenær þessi breyting hefur átt sér stað þarf að finna út hvaða skurðpunktur (*cut-off*) sé heppilegastur til að greina þarna á milli. Jacobsons og Truax (1991) leggja til þrjár mismunandi leiðir til að finna þennan skurðpunkt, leið A, B og C. Þegar leið A er notuð er einungis nauðsynlegt að hafa viðmið fyrir klínískan hóp en metið er hvort skor próftaka sé meira en tveimur staðalfrávikum frá meðalskori sem er einkennandi fyrir klínískan hóp. Þegar leið B er notuð er einungis nauðsynlegt að hafa viðmið fyrir almennan hóp en metið er hvort skor próftaka sé meira en tveimur staðalfrávikum frá meðalskori sem er einkennandi fyrir almennan hóp. Þegar leið C er notuð er hins vegar nauðsynlegt að vera með viðmið fyrir bæði almennan og klínískan hóp og fellur skurðpunkturinn því mitt á milli þess sem gerist í leið A og B (Jacobson og Truax, 1991). Þegar viðmið fyrir bæði almennan og klínískan hóp eru til taks og dreifing hópanna skarast telja Jacobson og Truax (1991) æskilegt að notast við leið



**1. tafla.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við upphaf og lok hópmeðferðar við félagsfælni

	Við upphaf meðferðar		Við lok meðferðar		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
SIAS	53,24	10,78	35,21	13,78	99	98	13,85***	1,46
SPS	35,42	14,40	19,82	11,08	97	96	11,23***	1,21
BDI-II	18,06	9,73	10,44	9,06	90	89	8,34***	0,81
QOLS	64,94	13,35	72,20	14,54	79	78	-5,33***	0,52

M = meðaltal, sf = staðalfrávik, n = fjöldi þátttakenda (fjöldi þátttakenda sem svarar hverjum spurningalista er breytilegur vegna tapaðra gilda (*missing values*)), df = frígráður, t = gildi paraðs *t*-prófs, d = áhrifastærð (*Cohens' d*). SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, SPS = Social Phobia Scale, BDI-II = Becks Depression Inventory II, QOLS = Quality Of Life Scale. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

C við útreikninga á skurðpunktum. Í þessari rannsókn voru bæði til viðmið fyrir almennan og klínískan hóp auk þess sem skörun var á dreifingu hópanna og var því notast við viðmið C við útreikning á skurðpunktum. Reiknað var út hversu hátt hlutfall þátttakenda var með skor sem er einkennandi fyrir klínískan hóp við upphaf meðferðar og við lok hennar.

Áreiðanleg breyting er mælikvarði á það hvort sú breyting sem mælist sé nógu mikil til að hægt sé að fullyrða með nokkurri vissu að hún sé ekki tilkomin vegna óstöðugleika í mælingum. Þessi aðferð tekur mið af staðalfrávikum fyrir breytingu og innri áreiðanleika mælitækisins sem notað er (Jacobson og Truax, 1991). Reiknað var hversu margir þeirra þátttakenda sem voru, við lok meðferðar, enn með skor sem eru einkennandi fyrir klínískan hóp náðu nógu miklum árangri til að hægt sé að segja að breyting hafi verið áreiðanleg.

### Niðurstöður

Meðaltöl og staðalfrávik allra mælinga við upphaf og lok meðferðar eru birt í 1. töflu. Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

Niðurstöður paraðs *t*-prófs fyrir meðaltöl á skorum þátttakenda á listunum við upphaf og lok meðferðar sýna að munurinn er í öllum tilfellum tölfræðilega marktækur. Þetta bendir til að meðferðin hafi skilað tilætluðum árangri, að dregið hafi úr samskipta- og frammistöðukvíða og þunglyndiseinkennum auk þess sem sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði hafa aukist. Áhrifastærðir benda til að meðferðin hafi haft mikil áhrif á samskipta- og frammistöðukvíða, þunglyndiseinkenni og sjálfsmat þátttakenda. Minnstu áhrifin voru á lífsgæði þátttakenda en þau voru þó miðlungsmikil samkvæmt viðmiðum Cohen (1988).

Notaðir voru skurðpunktar sem reiknaðir voru með aðferð Jacobson og Truax (1991) til að meta hvort breyting sem átti sér stað á skorum þátttakenda á listunum væri klínískt marktæk. Við útreikninga á skurðpunkti fyrir SIAS spurningalistann var notað meðalskor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004). Einu upplýsingarnar um meðalskor á SIAS spurningalistanum fyrir fólk með félagsfælni hér á landi eru að finna í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) en úrtak þeirrar rannsóknar var aðeins 12 manns. Ákvörðun var því tekin

að nota upphafsskor þátttakenda í hópmeðferð við félagsfælni hjá Kvíðameðferðarstöðinni (þ.e. þátttakenda þessarar rannsóknar) en sá hópur er mun stærri og því líklegri til að vera lýsandi fyrir meðalskor fólks með félagsfælni á Íslandi en skorið úr rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005). Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 39,2 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 89% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 32,7%.

Fundið var út viðmið til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri á SIAS spurningalistanum þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð (10,8) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) ( $\alpha = 0,91$ ). Viðmiðið var 9 stig og höfðu 40,6% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um að minnsta kosti tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að eftir meðferð var 81,2% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á SIAS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir klínískt marktæka breytingu á SPS spurningalistanum var skor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) notað. Eins og með SIAS spurningalistanum eru einu upplýsingarnar um meðalskor á SPS spurningalistanum fyrir fólk með félagsfælni hér á landi að finna í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005). Ákvörðun var því tekin að nota upphafsskor þessarar rannsóknar við þennan útreikning. Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 21,2 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 82,8% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 40,6%.

Fundið var út viðmið til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri á SPS spurningalistanum þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð

(14,4) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) ( $\alpha = 0,90$ ). Viðmiðið var 12,6 stig og höfðu 46,2% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að eftir meðferð voru 79% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á SPS eða höfðu náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir klínískt marktæka breytingu á BDI-II spurningalistanum voru skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008) notuð. Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 13,7 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 63,3% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 30,1%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð (9,7) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008) ( $\alpha = 0,93$ ). Viðmiðið var 7,1 stig og höfðu 29,6% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um að minnsta kosti tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að eftir meðferð voru 78,5% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á BDI-II eða höfðu náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir klínískt marktæka breytingu á QOLS spurningalistanum voru skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) notuð. Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 80,4 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 85,4% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 73,9%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori

þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð (13,4) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) ( $\alpha = 0,89$ ). Viðmiðið var 12,3 stig og höfðu 23,2% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um að minnsta kosti tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að eftir meðferð voru 40,9% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á QOLS eða höfðu náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Meðaltöl og staðalfrávik allra mælinga við lok meðferðar og í eftirfylgd (um einum mánuði eftir að meðferð lauk) eru birt í 2. töflu.

Í 2. töflu sést að þeir sem mættu í eftirfylgdartímum héldu áfram að lækka á spurningalistum sem mæla samskipta- og frammistöðukvíða og þunglyndiseinkenni. Kannað var hvort munur væri á þeim sem mættu í eftirfylgdartímum og þeim sem gerðu það ekki. Þetta var gert með óháðu  $t$ -prófi og kom í ljós að enginn munur var á aldri ( $p > 0,05$ ), á skori á spurningalistum, hvorki við upphaf meðferðar né við lok hennar ( $p > 0,05$ ). Ekki var heldur munur á áhrifastærð þátttakenda á hverjum spurningalista fyrir sig ( $p > 0,05$ ). Til að kanna hvort munur væri á kynjaskiptingu milli hópanna var gert kí-kvaðrat próf og kom

í ljós að enginn munur var hópunum ( $p > 0,05$ ). Þetta bendir til þess að ekki sé munur á þeim sem ljúka meðferð og koma mánuði seinna í eftirfylgdartíma og þeim sem ljúka meðferð en koma ekki í eftirfylgdartímum hvað varðar aldur, kynjaskiptingu, þunglyndiseinkenni, kvíðaeinkenni, sjálfsmat eða lífsgæði við upphaf eða lok meðferðar eða þeim árangri sem þátttakendur ná í meðferð. En þar sem einungis 20 manns mættu í eftirfylgdartíma er þó ekki hægt að álykta um árangur hópsins í heild mánuði eftir að meðferð lauk.

## Umræða

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að skor þátttakenda í hópmeðferð við félagsfælni lækkuðu á öllum kvörðum sem mældu félagsfælni og þunglyndiseinkenni og hækkuðu á kvarða sem mældi lífsgæði meðan á meðferð stóð.

Áhrifastærðir meðferðar við félagsfælni mældust í þessari rannsókn mjög háar á þeim kvörðum sem mældu félagsfælni ( $d = 1,46$  á SIAS og  $d = 1,21$  á SPS). Áhrifin voru töluvert meiri en í íslenskri rannsókn Sóleyjar Drafnar Davíðsdóttur o.fl. (2005-2006) þar sem áhrifastærðin var 0,49 og í allsherjargreiningu Moreno o.fl. (2001) þar sem áhrifastærðin var 0,77. Þó ber að hafa í huga að ýmsir annmarkar

**2. tafla.** Meðaltöl og staðalfrávik við lok hópmeðferðar við félagsfælni og í eftirfylgd einum mánuði seinna

	Við lok meðferðar		Í eftirfylgd		n
	M	sf	M	sf	
SIAS	32,35	11,62	25,70	9,28	20
SPS	17,89	9,10	11,63	6,13	19
BDI-II	10,58	5,28	4,00	3,05	12
QOLS	79,00	13,47	81,25	6,60	4

M = meðaltal, sf = staðalfrávik, n = fjöldi þátttakenda (fjöldi þátttakenda sem svarar hverjum spurningalista er breytilegur vegna tapaðra gilda (*missing values*)). SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, SPS = Social Phobia Scale, BDI-II = Becks Depression Inventory II, QOLS = Quality Of Life Scale.

sem fjallað verður um hér fyrir neðan koma í veg fyrir að hægt sé að draga óbyggjandi ályktanir af ofangreindum samanburði.

Mjög algengt er að fólk sem þjáist af félagsfærni finni einnig fyrir þunglyndi (Rapee, 1995). Rannsóknir hafa sýnt að meðferð við félagsfærni dregur einnig úr þunglyndiseinkennum (Moreno o.fl., 2001; Sóley Dröfn Davíðsdóttir o.fl., 2005-2006). Í þessari rannsókn var það raunin og sést á áhrifastærðinni að um mikinn árangur var að ræða ( $d = 0,81$ ). Á lista sem mælir lífsgæði náðist miðlungs mikill til mikill árangur á þann hátt að þátttakendur mátu lífsgæði sín meiri.

Þegar klínískt marktækur árangur (skor sem svipar til meðalskors almenning) var skoðaður sérstaklega kom í ljós að töluverður hluti þátttakenda náði slíkum árangri. Við upphaf meðferðar var meirihluti þátttakenda með há skor á þeim listum sem mældu félagsfærni og þunglyndi en við lok hennar voru tæp 70% þátttakenda með sambærileg skor og almenningur á listum sem mældu einkenni samskiptakvíða (SIAS) og þunglyndis (BDI-II) og um 60% þátttakenda með sambærileg skor og almenningur á lista sem mældi einkenni frammistöðukvíða (SPS). Sá árangur sem náðist á lista sem mældi lífsgæði var ekki eins afgerandi en um fjórðungur þátttakenda mældist með sambærileg skor og almenningur að meðferð lokinni. Klínískt marktækur árangur er eftirsóknarverður en í sumum tilfellum ef til vill óraunhæft markmið, til dæmis ef einkenni eru mjög alvarleg við upphaf meðferðar. Í slíkum tilfellum er oft skoðað hvort árangurinn sé nægilega mikill til að mark sé takandi á honum (*áreiðanleg breyting*). Þegar þetta var gert kom í ljós að meðal þeirra sem ekki náðu klínískt marktækum árangri, mældist um þriðjungur til helmingur með áreiðanlegar breytingar á listum sem mæla einkenni félagsfærni og þunglyndis og um fimmtungur á lista sem mælir lífsgæði.

Þegar kannað var hvort sá árangur sem náðist í meðferð héldist eftir að eiginlegri meðferð var lokið (í eftirfylgd) kom í ljós að á listum sem mældu einkenni félagsfærni

og þunglyndis héldu þátttakendur áfram að ná árangri. Þó ber hér að taka tillit til þess að aðeins lítill hluti þeirra sem lauk meðferð mætti í eftirfylgdartíma, eða alls 20 (19,6%) og því ekki hægt að segja til um afdrift meirihluta þátttakenda að meðferð lokinni. Ekkert bendir hins vegar til þess að þeir sem mættu í eftirfylgd hafi verið frábrugðnir hinum sem ekki mættu. Ekki var munur milli hópanna á mælingum við upphaf meðferðar eða við lok hennar, né á árangri sem náðist í meðferð, kynjahlutföllum eða aldri.

Nokkra fyrirvara ber að setja við rannsóknina og niðurstöður hennar. Fyrst má nefna að meðferðaraðilar sáu sjálfir um fyrirlögn spurningalista og því ekki hægt að útiloka að þóknunaráhrifa (*demand characteristics*) gæti í svörum þátttakenda. Meðferðarheldni sálfræðinga (*therapist adherence*) var ekki könnuð og því er ekki hægt að fullyrða að þátttakendur hafi allir hlotið sömu meðferð. Eins og áður hefur komið fram er reynt að tryggja sömu meðferð með skýru skipulagi og notkun á meðferðarhandbók. Enn fremur ber að hafa í huga að hluti þátttakenda var á lyfjameðferð þegar hópmeðferðin hófst og mögulegt að gerðar hafi verið breytingar á lyfjagjöf einhverra þátttakenda meðan á hópmeðferð stóð. Þátttakendur voru þó hvattir til að breyta ekki lyfjaskömmtum á þessu tímabili.

Stærsti ágalli rannsóknarinnar er að ekki var notast við samanburðarhóp og því ekki unnt að fullyrða að sá árangur sem þátttakendur náðu hefði ekki orðið hvort heldur sem var hefðu þeir enga meðferð fengið. Hins vegar má benda á að félagsfærni er að jafnaði langvinnur vandi sem gengur sjaldnast til baka ef ekkert er að gert (Wittchen og Fehm, 2003). Þær rannsóknir sem hafa notast við biðlistahóp, sem fær enga meðferð, til samanburðar hafa einnig sýnt að engin breyting til batnaðar á sér stað hjá biðlistahópnum (Salaberria og Echeburua, 1998; Sóley Dröfn Davíðsdóttir o.fl., 2005-2006; Taylor, 1996).

Annar ágalli á rannsókninni er að skor vantar fyrir 33 þátttakendur. Skýrist það af því

að þátttakendur hafi forfallast í annarri hvorri fyrirlofninni. Þess ber þó að geta að einungis 10 þátttakendur luku ekki meðferð (vantaði í þrjá tíma eða fleiri) og teljast þeir því til brottfalls. Þar sem mat á árangri fór aðeins fram við upphaf og lok meðferðar var tekin sú ákvörðun að fella gildi þeirra sem ekki luku meðferð úr gagnasafni við úrvinnslu en að öðrum kosti hefði mátt notast við upphafsgildi þeirra. Skoða þarf niðurstöður með þennan annmarka í huga en þess ber þó að geta að samanburður á upphafsskorum brottfallshóps og þeirra sem luku meðferð sýndi að ekki var marktækur munur á skorum.

Árangur hópmeðferðarinnar verður að teljast mjög góður. Ýmsar skýringar kunna að vera á þessum góða árangri. Þessi hópmeðferð hefur verið í þróun í áratug og ýmsir vankantar verið sniðnir af meðferðinni. Sú þróun hefur meðal annars falist í því að berskjöldun og atferlistilraunir hafa hlotið aukið vægi á kostnað hugsanaskráningar og er það í samræmi við erlendar rannsóknir sem tæpt hefur verið á, þar sem fram kemur að ekki sé vitað hverju hugsanaskráning bæti við berskjöldun. Þá hefur athyglipjálfun einnig verið bætt inn í meðferðina. Önnur skýring á árangri kann að einhverju leyti að vera sú að rík áhersla er lögð á að glæða áhuga þátttakenda í upphafi meðferðar og þeim veitt stíft aðhald í meðferð, til dæmis hringt í þá sem ekki mæta og ekki hafa boðað forföll að eftirfylgdartímanum undanskildum.

Eins og áður segir bendir þessi rannsókn til þess að umtalsverður árangur sé af meðferðarforminu. Þegar litið er til vankanta er þó ljóst að ekki er hægt að fullyrða um hversu mikill árangurinn sé og er það miður. Árangurinn gefur hins vegar vísbendingar sem ekki er hægt að horfa fram hjá við frekari þróun á meðferðinni. Til stendur að gera framhaldsrannsókn á árangri af sömu meðferð á næstu árum. Helstu atriði sem verða lagfærð snúa að betri upplýsingum um sjúkdómsmynd og lyfjatöku þátttakenda, að gagnasöfnun við upphaf og lok verði tryggð auk þess sem gert er ráð fyrir að tilteknir spurningalistar

verði lagðir fyrir við lok hvers tíma. Með því mætti notast við síðasta þekkta skor hvers þátttakenda í gagnasafni þegar um brottfall er að ræða. Enn fremur þarf að tryggja betri mætingu í eftirfylgd svo hægt sé að fylgjast með framvindu eftir að meðferð lýkur. Nú þegar hefur eftirfylgdartími hlotið aukið vægi í lýsingu á meðferð þar sem eftirfylgdartími telst nú til 11. tíma og hefur námskeiðsgjald verið hækkað með tilliti til þess. Aðrar leiðir verða einnig skoðaðar.

Ekki má gleyma því að í kringum 20% þátttakenda ná ekki tilskildum árangri og er mikilvægt að leita skýringa á því svo unnt sé að bæta meðhöndlun þeirra. Við skoðun á þessum hópi kom í ljós að ekki var munur á upphafsskorum þessara þátttakenda á mælingum á félagsfærni (SIAS og SPS) en vert er að skoða hvort að þeir séu haldnir fleiri fylgikvillum, séu þunglyndari eða hvort að félagsfærnin kunni að vera fylgikvilli einkenna á einhverfurófi. Skoða þarf þennan hóp betur og athuga hvort þeir þurfi meira af sams konar meðferð eða í raun annars konar meðferð.

## Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Effectiveness study at the Icelandic Center for Treatment of Anxiety Disorders

Cognitive behavioural group therapy for social phobia has been practiced for some years at The Icelandic Center for Treatment of Anxiety Disorders. In this study, data from 102 participants from 2007 to 2010 were analyzed. The effectiveness of the treatment was evaluated on scales that measure social phobia (social interaction anxiety and performance anxiety), depression and quality of life at the beginning and end of treatment. Post-treatment gains were statistically significant on all scales; social interaction and performance anxiety decreased along with depressive symptoms and quality of life increased. Effect sizes were large on measurements of social phobia ( $d = 1.46$  and  $d = 1.21$ ), depression ( $d = 0.81$ ) and moderate in measurements of quality of life ( $d = 0.52$ ). Finally, clinically significant and reliable changes were evaluated. On scales that measure social interaction anxiety 81.2% of participants reached either a score comparable to a non-clinical sample or the change for the better was reliable. These figures were 79.0% for performance anxiety, 78.5% for depression and 40.9% for quality of life.

**Keywords:** Social phobia, cognitive behavioural therapy, group therapy, treatment effectiveness, anxiety.

---

Sigurður Viðar is a psychologist at Reykjalundur Rehabilitation Hospital, Department of Neurology and Habilitation and Janus Rehabilitation. Sigurbjörg Jóna Ludvígsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Helena Jónsdóttir and Unnur Jakobsdóttir Smári are psychologists at the Icelandic Center for Treatment of Anxiety Disorders. Correspondence concerning this article should be addressed to Sigurður Viðar, Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð SÍBS, 270 Mosfellsbæ, Iceland. E-mail: sigurdurv@reykjalundur.is.

## Heimildir

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR)*. Washington, DC: Höfundur.
- Arnarson, P. Ö., Ólason, D. P., Smári, J. og Sigurðsson, J. F. (2008). The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): Psychometric properties in Icelandic student and patient population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 360-365.
- Beck, A. T., Steer, R. A. og Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second Edition: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Brynjar Halldórsson (2006). *Árangur hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfælni í hóp*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Burckhardt, C. S. og Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 60, 1-7.
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A. og Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing and Health*, 12, 347-354.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2. útg.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clark, D. M., og Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Í R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, og F. R. Schneier (Ritstj.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (bls. 69-93). New York: The Guilford Press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L og Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 74, 568–578.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. New York: Basic Books.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Vampeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133–1141.
- Heimberg, R. G. og Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: Guilford Press.
- Hulda Sævarsdóttir (2009). *Mat á árangri ósérhæfðar hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfælni*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Sálfræðideild.

- Huppert, J. D., Roth, D. A. og Foa, E. B. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment of Social Phobia: New Advances. *Current Psychiatry Reports*, 5, 289-296.
- Jacobson, N. S. og Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 85-94.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. og Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- 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.
- Liedberg, G. M., Burckhardt, C. S. og Henriksson, C. M. (2005). Validity and reliability testing of the Quality of Life Scale, Swedish version in women with fibromyalgia – statistical analyses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 64-70.
- McManus, F., Clark, D. M., Grey, N., Nick, J., Hirsch, C., Fennel, M., Hackmann, A., Waddington, L., Liness, S. og Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 496-503.
- Margrét A. Hauksdóttir (2005). *Félagsfælni: Athugun á próffræðilegum eiginleikum Social interaction anxiety scale, Social phobia scale og Post-event processing questionnaire*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Mattick, R. P. og Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- 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, 17-25.
- Óla B. Eggertsdóttir (2004). *Athugun á próffræðilegum eiginleikum SIAS og SPS og á tengslum félagskvíða og bakþanka*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Ólafur V. Hrafnsson og Matthías Guðmundsson (2007). *Próffræðilegir eiginleikar Lífsgæðakvarðans (QOLS)*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Ponniah, K. og Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: A qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38, 3-14.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. Í R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope og F. R. Schneier (Ritstj.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (bls. 41-66). New York: Guilford Press.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. og Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Review*, 24, 883-908.
- Salaberria, K. og Echeburua, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262-284.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. og Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (supplement 20), 22-33.
- Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Guðrún Íris Þórsdóttir og Brynjar Halldórsson (2005-2006). Mat á árangri hugrænnar atferlismeðferðar í hóp við félagsfælni. *Sálfræðiritið-Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 10-11, 9-21.
- 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.
- Stein, M. B. og Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, 371, 1115-1125.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G. og Magee, L. (2008). Social anxiety disorder. Í D. H. Barlow (Ritstj.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (4. útg.). New York og London: The Guilford Press.
- Wahl, A. K., Rustöen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. og Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009.
- Wells, A. og Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 357-370.

- Wittchen, H. -U. og Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18.
- Zaider, T. I. og Heimberg, R. G. (2003). Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108,