

PSYPRO4100: Hovedoppgave.

Tittel:

Kognitiv behandling ved sosial fobi:

Fra innhold til prosess?

Skrevet av Lasse Tveter Solbu.

Veileder: Roger Hagen.

Høsten, 2010.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Innledning	3
Diagnostiske kriterier	3
Omfang/prevalens	4
Konsekvenser	5
Behandling	6
Problemstilling.....	8
Del 1: Tradisjonell kognitiv atferdsterapi for sosial fobi	9
Tradisjonell kognitiv modell	9
Kognitiv restrukturering.....	11
Eksposering.....	13
Eksposering + kognitiv restrukturering.....	14
Sosial ferdighetstrening.....	15
Avslapningstrening og ”applied relaxation”	16
Diskusjon og resultater fra meta-analyser	17
Konklusjon	20
Del 2: Clark og Wells’ kognitive terapi for sosial fobi	21
Clark og Wells’ kognitive modell	21
Empiri for den kognitive modellen til Clark og Wells	26
Beskrivelse av Clark og Wells’ kognitive terapi	27
Empiri i forhold til Clark og Wells kognitive terapi for sosial fobi.....	29
Konklusjon.....	32
Del 3: Wells’ metakognitive terapi for sosial fobi	32

Den metakognitive modellen	32
Empiri for den metakognitive modellen	36
Grunnleggende prinsipper ved metakognitiv terapi	36
Spesifikke metakognitive teknikker	38
Empiri i forhold til metakognitiv behandling av sosial fobi.....	40
Forslag til metakognitiv behandlingsplan for sosial fobi.....	43
Oppsummering og konklusjon	44
Referanser	49

Sammendrag

Sosial fobi er en av de mest prevalente angstlidelsene. Sosial fobi kjennetegnes av intens opplevelse av angst i sosiale situasjoner, og er assosiert med betydelige funksjonstap og reduksjon i livskvalitet for de personene som rammes, blant annet i forhold til akademisk/yrkesmessig fungering og utviklingen av sosiale relasjoner. I mange år har tradisjonell kognitiv atferdsterapi (CBT) vært den anbefalte psykologiske behandlingen for denne lidelsen. Hovedfokuset i denne behandlingen ligger på modifisering av dysfunksjonelle antagelser gjennom kognitiv restrukturering, men den kan også inneholde diverse former for atferdsmessige intervensjoner. Mange pasienter opplever imidlertid ikke å bli bedre av denne behandlingen. En nyere kognitiv tilnærming, utviklet av David Clark og Adrian Wells, er mer spesifikt rettet mot å modifisere dysfunksjonelle opprettholdende prosesser ved sosial fobi (hovedsakelig selvfokusert oppmerksomhet, trygghetsatferd, bekymring og ruminering). Denne tilnærmingen har vist bedre effekt enn tradisjonell CBT i flere nye studier. Wells har også begynt å anvende metakognitiv terapi (MCT) ved behandlingen av flere angstlidelser. MCT utgjør en ny tilnærming overfor psykiske lidelser der fokuset ligger mer på ”tanker om tanker” (metakognisjon) og dysfunksjonelle reaksjonsmønstre i forhold til egne tanker (kognitivt oppmerksomhetssyndrom). Denne behandlingen har så langt ikke blitt tilpasset til pasienter med sosial fobi, men har vist lovende resultater blant annet overfor pasienter med GAD, OCD og PTSD. Oppgaven vil vurdere muligheten av en metakognitiv behandling overfor sosial fobi.

Innledning

Sosial fobi er en psykisk lidelse som ofte oppstår i ungdomsalderen og som kjennetegnes ved en *overdreven* og *vedvarende* angst for å interagere med andre mennesker (WHO, 1993). Sosial fobi skiller seg fra andre angstlidelser og fobier gjennom at frykten er avgrenset til, eller forekommer primært i, sosiale situasjoner (WHO, 1993). De siste tiårene har vi fått økt kunnskap om denne psykiske lidelsen, blant annet i forhold til dens diagnostiske kjennetegn, omfang/prevalens, konsekvenser, og behandling.

Diagnostiske kjennetegn

Ifølge ICD-10 er sosial fobi en lidelse som “er sentrert rundt frykten for å bli gransket kritisk av andre mennesker i forholdsvis små grupper” (WHO, 1993). Vedkommende frykter at han eller hun skal opptre på en måte som vil føre til ydmykelse, latterliggjøring, avvisning, kritikk, osv. Typiske eksempler på situasjoner som kan framkalle angst er situasjoner der vedkommende skal møte nye mennesker, ta ordet i en forsamling, snakke i telefonen, gå i et selskap, snakke med fremmede eller autoriteter, osv. Den sosiale angsten ledsages nesten alltid av diverse *fysiologiske symptomer*, som rødming, skjelving, svetting, hjertebank, pusteproblemer, osv., og kan i enkelte tilfeller videreutvikles til panikkanfall. Angst *før* sosiale situasjoner fører også ofte til at personer med sosial fobi *unngår* mange sosiale sammenhenger, og de bruker generelt mye tid og krefter (både før, under og etter sosiale situasjoner) på å gruble og bekymre seg i forhold til sin sosiale prestasjon og hvordan de blir oppfattet av andre. Til tross for dette har mennesker med sosial fobi ofte et indre ønske om å delta mer sosialt; det er den sosiale angsten som holder dem tilbake. Mennesker med sosial fobi innser også ofte at deres angst er irrasjonell og overdreven, uten at dette

bidrar til å lette symptomene. Sosial fobi er kjennetegnet ved betydelig funksjonstap i hverdagen, særlig i forhold til akademisk/yrkesmessig fungering og evnen til å utvikle sosiale relasjoner (APA, 1994; WHO, 1993).

Det er blitt vanlig å skille mellom to ulike diagnostiske undergrupper av sosial fobi:

1. *Spesifikk sosial fobi (SSP)*, der angsten blir aktivert i bare én eller noen få sosiale situasjoner, og
2. *Generalisert sosial fobi (GSP)*, der angsten gjør seg gjeldende i de fleste sosiale situasjoner (APA, 1994; WHO, 1993).

Personer med SSP kan ha angst for å snakke eller spise offentlig, angst for å interagere med en person av det motsatte kjønn, angst for autoriteter, osv. SSP kan være meget hemmende i enkelte tilfeller der den rammer “viktige” eller “frekvente” situasjoner. GSP anses likevel for å være mer alvorlig fordi angsten utløses i et større antall situasjoner og dermed utgjør en mer kronisk form for belastning (Hope, Herbert & White, 1995).

Omfang/prevalens

Mennesker med sosial fobi har ofte et inntrykk av at de er de eneste som sliter med dette problemet, men epidemiologiske undersøkelser har avdekket at de er langt fra alene. En oversiktsartikkel, som sammenfattet resultatene fra epidemiologiske studier helt tilbake til 1980, avdekket at 7-13 % av befolkningen i den vestlige verden vil tilfredsstille de diagnostiske kriteriene for sosial fobi én eller flere ganger i løpet av sitt liv (Furmark, 2002). Prevalenstall varierer en del mellom studier, blant annet på grunn av noe ulik bruk av diagnostiske kriterier, ulike terskler for diagnosekriterier, og variasjon i bruk av ulike måleinstrumenter. Noe av forskjellen kan også skyldes

reelle kulturelle forskjeller. Punktprevalensen for sosial fobi (prosentandelen som til enhver tid har sosial fobi) har for eksempel blitt estimert til å være alt fra 2,3 % i Frankrike (Pelissolo, Moulard-Martin, Wittchen, & Lepine, 2000), til 9,8 % i Canada (Stein, Walter & Forde, 1996) til 15,6 % i Sverige (Furmark et al, 1999). I en stor amerikansk spørreundersøkelse, gjennomført ansikt til ansikt med over 9000 personer, avdekket man at sosial fobi var den fjerde mest vanlige av alle psykologiske lidelser, med en livstidsprevalens på 12,1% (Kessler et al, 2005). I en norsk studie, som kartla utbredelsen av ulike psykiske lidelser blant innbyggerne i Oslo, fant man en gjennomsnittlig livstidsprevalens for sosial fobi på 13,6 % (Torgersen, Cramer og Kringlen, 2002).

Konsekvenser

Konsekvensene av å være rammet av en sosial fobi kan være svært alvorlige, særlig for områder knyttet til sosial- og akademisk/yrkesmessig fungering. Forskingen har for eksempel avdekket at mennesker med sosial fobi har små sosiale nettverk, lite omgang med venner, vanskeligheter med å utvikle intime/romantiske relasjoner, og at de sjelden blir gift og/eller stifter familie (Alden & Taylor, 2004; Wittchen et al, 1999). Videre er det avdekket at personer med sosial fobi har en økt sjanse for å avbryte utdanning/skolegang (Bruch, Fallon & Heimberg, 2003). De tar ofte et veivalg i livet ut i fra hva som innebærer minst kontakt med andre mennesker (snarere enn å forfølge reelle mål). De skyr ofte unna utfordringer og ansvar på grunn av deres sosiale angst (Bruch et al, 2003). Personer med sosial fobi er også overrepresentert på statistikken over arbeidsløse og/eller fungerer ofte ikke optimalt i arbeidslivet (høyt jobbfravær, redusert produktivitet, problemer med kommunikasjon/samarbeid, osv.) (Wittchen et al, 1999).

Mennesker med sosial fobi også har vist seg å være i faresonen for å utvikle en rekke *komorbide psykiske lidelser*. Blant annet er det blitt oppdaget at personer med sosial fobi ofte sliter med lav selvfølelse og depresjon (Wittchen og Fehm, 2003). Mange begynner å misbruke alkohol og/eller andre rusmidler for å mestre sine angstsymptomer (Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000). Det er også et betydelig antall som utvikler sekundære angstlidelser som panikklidelse, agorafobi og generalisert angstlidelse (Wittchen og Fehm, 2003). Det er også påvist en betydelig økt fare for suicid (Davidson, Hughes, George & Blazer, 1993). En stor amerikansk spørreundersøkelse avdekket at 81% av alle personer med sosial fobi også tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for minst én annen psykisk lidelse (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996). I over halvparten av tilfellene har også den sosiale fobien oppstått *forut for* annen psykisk lidelse, noe som antyder at sosial fobi kan være en direkte/indirekte årsak til utviklingen av sekundær patologi (Wittchen et al, 1999).

Behandling

I dag finnes det flere behandlingsformer, både farmakologiske og psykoterapeutiske, som har vist seg å være effektive i behandlingen av sosial fobi.

Innenfor psykofarmakologiske tilnærminger er det benzodiazepiner, "monoamine oxidase inhibitorer" (MAOI), og "selektive serotonin reopptak inhibitorer" (SSRI) som har best dokumentert effekt (Muller, Koen, Seedat & Stein, 2005). På grunn av faren for avhengighet er det ikke anbefalt å bruke benzodiazepiner i mer enn korte perioder. Blant MAOI-preparatene er det phenelzine som har vist best effekt (Heimberg et al, 1998; Liebowitz, 1992). Flere SSRI-preparater, som fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine og sertraline, har vist seg å føre til betydelig

symptomreduksjon for mange mennesker med sosial fobi (Blanco et al, 2003; Ipser, Kariuki & Stein, 2008). SSRI har også en relativt mild bivirkningsprofil, og anses for å være førstevalget ved psykofarmakologisk behandling av sosial fobi.

Når det gjelder psykoterapeutiske intervensjoner har det spesielt vært ulike former for *kognitiv behandling* som har vært anvendt. Tradisjonell kognitiv atferdsterapi (CBT), blant annet i form av kognitiv gruppeterapi (Heimberg og Becker, 2002), regnes for å være førstevalget ved psykologisk behandling av denne lidelsen (NICE, 2004). Flere meta-analyser har vist at CBT har en reliabel og robust positiv behandlingseffekt på pasienter med sosial fobi (Rodebaug, Holaway og Heimberg, 2004). En meta-analyse som sammenlignet CBT med medisiner (Federoff & Taylor, 2001), konkluderte med at SSRI har en sterkere umiddelbar effekt (fører til en raskere reduksjon av symptomer). Noen studier har imidlertid vist at CBT er assosiert med bedre effekt på lang sikt og færre tilfeller av tilbakefall (Liebowitz et al, 1999; Haug et al, 2003).

Til tross for at resultatene er gode er det imidlertid mange pasienter som ikke opplever å bli bedre med dagens behandling. I en studie av Heimberg et al (1998) viste det seg for eksempel at prosentandelen av pasienter som ble klassifisert som responsive i forhold til behandlingen var 58% ved CBT, 63% for phenelzine (MAOI-medikament), 33% for pille placebo, og 27% for psykologisk placebo. I en annen nyere studie av Davidson et al (2004) fant man en responsrate på ca. 50 % for både CBT og medikamentet fluoxetine (SSRI). Effekten av en eventuelt kombinert behandling (medisiner + CBT) viser foreløpig tvetydige resultater, der noen studier taler for en økt effekt (Blanco et al, 2010) og andre viser at det ikke har noen betydning (Davidson et al, 2004).

Problemstilling

Det er med andre ord betydelig rom for forbedring innenfor dagens behandlingstilbud overfor personer med sosial fobi. Noe av utfordringen innenfor den psykoterapeutiske behandlingsforskningen er at CBT er en eklektisk terapiretning som består av så mange forskjellige typer av intervensjoner. CBT leveres ofte som ulike ”pakkeløsninger” som kan bestå av varierende terapeutiske komponenter. For å komme nærmere et svar på hva som fungerer og ikke fungerer innenfor CBT er det derfor nødvendig å analysere individuelle terapeutiske komponenter hver for seg. Dette danner grunnlaget for denne hovedoppgavens problemstilling, som lyder slik: Hvilke terapeutiske komponenter bidrar mest aktivt til pasientenes bedring innenfor den kognitive behandlingen av sosial fobi?

Denne problemstillingen vil bli belyst gjennom å dele oppgaven i tre ulike deler:

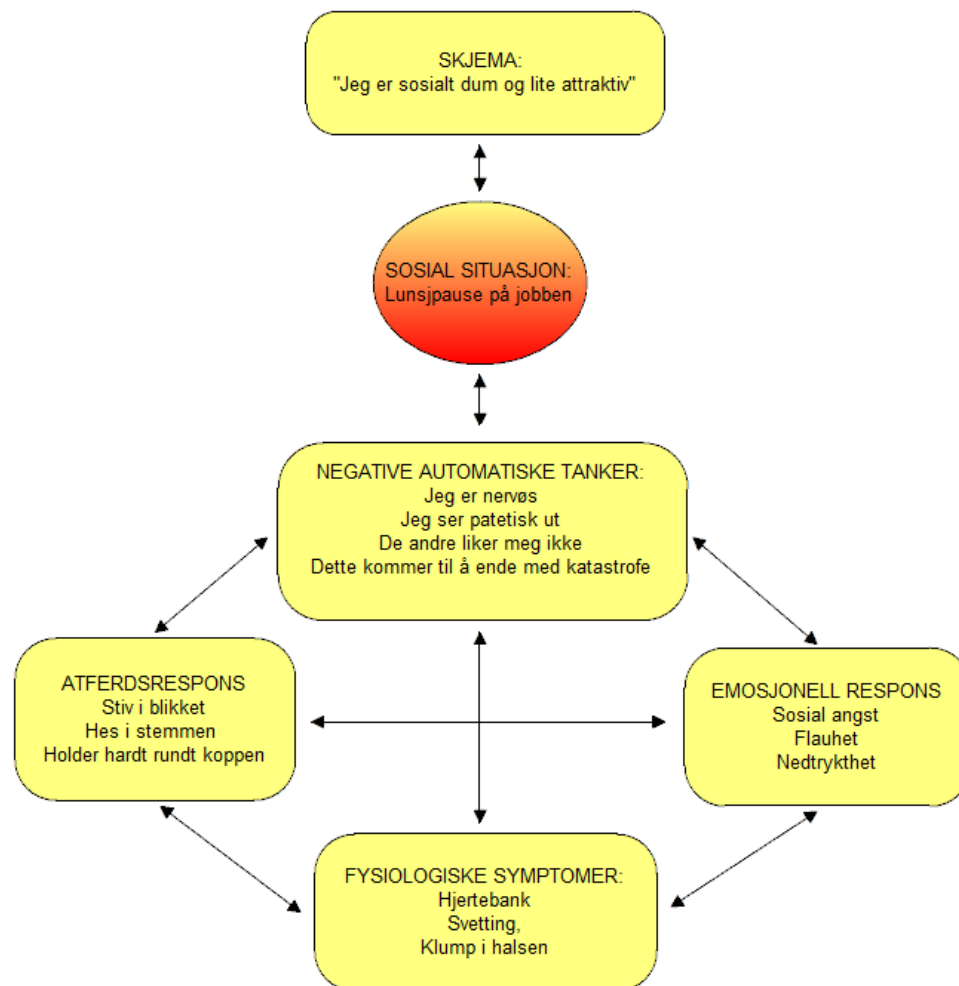
- 1) I den første delen vil jeg ta for meg ”tradisjonell CBT” (Heimberg & Becker, 2002), og gjennomgå de mest sentrale terapeutiske komponentene som har vært anvendt innenfor tradisjonell CBT behandling av sosial fobi i løpet av de siste 20-30 årene.
- 2) I den andre delen vil jeg ta utgangspunkt i en ny form for kognitiv terapi utviklet av David Clark og Adrian Wells (Wells, 1997). Denne behandlingen har mange likhetstrekk med tradisjonell CBT, men fokuserer i sterkere grad på opprettholdende prosesser ved sosial fobi. Dette har ført til integreringen av en rekke nye terapeutiske komponenter og en modifisering av eksisterende komponenter innenfor CBT.
- 3) I tredje og siste del vil jeg diskutere en ny terapeutisk retning kalt metakognitiv terapi (MCT), også utviklet av Adrian Wells (Wells, 2009). Det spesifikke fokuset innenfor MCT er på ”metakognisjon” (tanker om tanker) og hvordan man responderer på sine egne tanker. MCT utgjør en mer radikalt ny og annerledes terapiretning.

Oppgaven vil presentere grunnleggende prinsipper og teknikker assosiert med alle de tre behandlingstilnærmingene og evaluere tilgjengelig empiri i forhold til behandlingen av sosial fobi.

Del 1: Tradisjonell kognitiv atferdsterapi for sosial fobi

Tradisjonell kognitiv modell

Den grunnleggende tankegangen innenfor tradisjonell CBT er at dysfunksjonelle tanker og antagelser er det som ligger til grunn for pasientens opplevde problemer (Gaudiano, 2008). Det er tankene pasienten har om en situasjon som fører til psykiske problemer, snarere enn situasjonen i seg selv. Hvordan tanker kan skape grunnlaget for sosial angst er illustrert i en tradisjonell kognitiv modell presentert i figur 1 på neste side. Modellen tar utgangspunkt i en fiktiv person (Kari). Som det framgår av figur 1 så har personen det her er snakk om (Kari) en grunnleggende antagelse om at hun er "sosialt dum og lite attraktiv". En slik antagelse kalles et *skjema*. Skjemaer kan defineres som fundamentale oppfatninger en person har om seg selv og verden (Wright, 2006). Et slikt skjema er formet av livshendelser over tid (for eksempel mobbing) og styrer i stor grad hvordan Kari tolker nåværende sosiale hendelser. Problemet med et slikt skjema er det kan være feilaktig og/eller overdrevet og føre til en forvridd virkelighetsoppfatning. I følge den kognitive modellen er det Karis oppfatning om at hun er grunnleggende sosialt dum og lite attraktiv som sørger for å aktivere en rekke negative automatiske tanker i den sosiale situasjonen ("jeg er nervøs", "jeg ser patetisk ut", "de andre liker meg ikke" osv.) (Wright, 2006). Disse negative automatiske tankene fører igjen til aktiveringen av en rekke andre angstkomponenter: negativ affekt, fysiologiske symptomer og unngåelses- og beskyttelsesatferd. Sammen sørger disse komponentene for å opprettholde Karis



Figur 1: Tradisjonell kognitiv modell av sosial fobi.

selvfokusering og opplevelse av sosial angst i situasjonen. Som pilene i figur 1 illustrerer er det en kompleks sammenheng (og gjensidig påvirkning) mellom de ulike komponentene. For eksempel kan negativ affekt (angst, flauhet, nedtrykthet, osv.) føre til aktivering av flere negative tanker og dermed føre til forsterket angst. Likeledes kan atferd, som for eksempel å unngå blikkontakt med andre, føre til økt fokus på seg selv og dermed forsterke en opplevelse av indre angstsymptomer. Innenfor den kognitive forståelsesrammen er det likevel de negative tankene som regnes for å være ”primære utløserer” av den sosiale angsten (Wright, 2006).

Et av de viktigste prinsippene innenfor CBT er å bevisstgjøre pasientene overfor den generelle sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Dette kalles ofte for *psykoedukasjon* og har som mål å gi pasienten bedre innsikt i sin situasjon og hva som fører til psykiske problemer (Wright, 2006). Spesielt viktig vil det være å vektlegge betydningen av skjemaer og negative automatiske tanker for pasienten, og hjelpe pasienten å forstå hvordan slike tanker kan ligge grunn for hans/hennes opplevelse av sosial angst. Dette kan gjøres for eksempel gjennom å lage en *individuell kasusformulering* med utgangspunkt i den kognitive modellen presentert i figur 1 (Veale, 2003). I denne kasusformuleringen vil det spesifikke reaksjonsmønsteret til hver enkelt pasient blir kartlagt i detalj.

CBT går deretter ut på å anvende ulike teknikker som mer aktivt forsøker å frambringe en endring i pasienten. Ifølge Aaron Beck kan CBT best forstås som anvendelsen av den kognitive modellen tilknyttet en spesifikk lidelse sammen med bruken av en rekke teknikker som har den hensikt å modifisere dysfunksjonelle antagelser og dysfunksjonell informasjonsprosessering knyttet til hver lidelse (Gaudiano, 2008). De CBT-komponentene som har fått mest oppmerksomhet i forhold til behandlingen av sosial fobi er *kognitiv restrukturering*, *eksponering*, *sosial ferdighetstrening* og *avslapningstrening* (Rodebaugh et al, 2004). Hovedprinsippene og det empiriske grunnlaget for disse komponentene (ved behandlingen av sosial fobi) vil bli presentert nedenfor.

Kognitiv restrukturering

Modifisering av dysfunksjonelle tanker, antagelser og skjemaer innenfor CBT skjer primært gjennom *kognitiv restrukturering* (Heimberg & Becker, 2002). Dette bygger videre på den individuelle kasusformuleringen, der pasientenes unike

reaksjonsmønstre er kartlagt i detalj. Kognitiv restrukturering går ut på å utfordre disse tankene verbalt (gjennom sokratiske dialog) (Wright, 2006). Eksempler på vanlige tanker hos mennesker med sosial fobi kan være tanker knyttet til viktigheten av å bli likt, tanker om at folk er grunnleggende kritiske, en oppfatning om hva som er akseptert sosial atferd, tanker om de potensielt negative konsekvensene av å handle på tvers av sosiale forventninger, osv. Kognitive restruktureringsteknikkene som ofte brukes innenfor CBT er blant annet en vurdering av bevis for og imot tanker, en bevisstgjøring i forhold til vanlige "tankefeller" ved sosial fobi (katastrofetenkning, overgeneralisering og svart/hvitt-tenkning, osv.), og fremming av mer alternative og realistiske måter å tolke seg selv og virkeligheten på (Wright, 2006).

De to mest anvendte "rene" kognitive terapiene ved sosial fobi er Ellis' "Rational Emotive Therapy" (RET; Ellis, 1980) og Becks "kognitive terapi" (BCT; Beck, Emery & Greenberg, 1985). Begge terapiformene fokuserer på rasjonell utfordring av negative tanker, selv om RET anses for å være noe mer didaktisk og konfronterende i stilen og Becks kognitive terapi noe mer sokratiske (Vallis, Howes & Miller, 1991). Flere studier har vist at både RET og BCT har effekt ved behandlingen av sosial fobi. Pasienter som får behandling med RET blir bedre enn de som står på venteliste eller får behandling med psykologisk placebo (Kanter & Goldfried, 1979; Schelver og Gutsch, 1983; Trexler og Karst, 1972). En studie viste også at RET alene hadde like god effekt som eksponeringsterapi (Emmelkamp, Mersch, Vissia og van der Helm, 1985). En studie av Taylor et al (1997) viste at BCT førte til en langt større reduksjon av sosiale angstsymptomer og grad av negativ kognisjon enn psykologisk placebo. En studie har også vist at BCT overgår effekten av en medikamentplacebo-gruppe og MAOI-medikamentet moclobemide (Oosterbaan et al, 2001).

Eksponering

Hvilke atferdsmessige intervensjoner som brukes innenfor CBT kan variere noe fra lidelse til lidelse og til en viss grad fra pasient til pasient. Ved angst og fobier har det vært spesielt vanlig å gjennomføre ulike former for ”in-vivo” *eksponering* (Chambless & Ollendick, 2001). Eksponeringsterapi går ut på å bli eksponert for det man frykter (sosiale situasjoner, edderkopper, små rom, høyder, osv.) med det mål at det skal finne sted en ”habituerings” (tilvenning) overfor det fryktede stimuli og en påfølgende ekstinksjon (reduksjon/eliminering) av angstsymptomer (Heimberg og Becker, 2002). Eksponeringsterapi foregår som oftest gradvis og hierarkisk, og gjennomføres ofte i kontrollerte former i selve terapitimene, men følges ofte opp med hjemmeoppgaver hvor pasienten blir bedt om å eksponere seg selv i det daglige (Heimberg og Becker, 2002). Et avgjørende poeng ved eksponeringsterapi er at den sosiale eksponeringen utløser tilstrekkelig grad av angst hos pasienten, slik at det danner grunnlaget for en korrigerende opplevelse og ny læring (Foa og Kozak, 1986). Det er viktig at pasienten er fullt og helt tilstede i den sosiale situasjonen og ikke anvender fysiske og/eller mentale beskyttelsesstrategier som å se vekk, tenke på noe annet, osv.

Eksponeringsterapi har vist seg å utgjør effektiv behandling ved en lang rekke angstlidelser og fobier, inkludert sosial fobi (Chambless & Ollendick, 2001). Eksponering har blant annet vist seg å overgå effekten av venteliste-kontrollgrupper (Mersch, 1995; Newman et al, 1994; Salaberria & Echeburua, 1998) og en medisinsplacebo gruppe (Turner, Beidel, & Jacob, 1994). I en studie av Hope, Heimberg og Bruch (1995) hadde eksponeringsterapi alene like god effekt som Heimbergs kognitive gruppeterapi (CBGT). I en større skandinavisk studie, basert på 375 personer med generalisert sosial fobi, viste det seg at eksponering alene var

forbundet med bedre langtidsvirkninger enn SSRI medikamentet sertraline (Haug et al, 2003).

Eksponering + kognitiv restrukturering

Å *integrere* eksponering og kognitiv restrukturering har etter hvert blitt standard praksis innenfor CBT (Magee, Erwin og Heimberg, 2009). Dette vil si at en restrukturering av dysfunksjonelle tanker foregår parallelt med atferdsmessig utprøving og realitetstesting. Dette er i tråd med den grunnleggende filosofien innenfor CBT om at erfaringer man gjør seg i praksis skal hjelpe en å tenke annerledes og vise versa.

Noen studier har vist at eksponering alene kan modifisere dysfunksjonelle antagelser (Newman et al, 1994). Det er imidlertid reist tvil om eksponering alene medfører tilstrekkelig grad av kognitiv endring, særlig siden kjernefrykten ved sosial fobi anses å være et kognitivt konstrukt ("frykt for negativ evaluering") (Magee et al, 2009). Kognitiv restrukturering, på sin side, antar å være mest effektivt hvis det kombineres med eksponering, fordi tanker har behov for å bli testet ut og modifisert gjennom erfaring.

Behandling som integrerer eksponering og kognitiv restrukturering har fått bred empirisk støtte i litteraturen. I en studie av Mattick, Peters & Clarke (1989) viste det seg for eksempel at pasienter som fikk en kombinasjon av eksponering og kognitiv restrukturering oppnådde større grad av bedring enn de som stod på venteliste og større grad av kognitiv endring enn de som bare fikk eksponering. Heimbergs CBGT (Heimberg og Becker, 2002) er den mest anvendte behandlingsprotokollen ved sosial fobi som integrerer eksponering og kognitiv restrukturering. CBGT har gjennomgående vist seg å føre til bedre effekt enn venteliste-betingelser (Hope et al,

1995) psykologisk placebo (Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990) og medisinplacebo (Heimberg et al, 1998). CBGT har også blant annet vist seg å gi bedre langtidseffekt enn behandling med MAOI-preparatet phenelzine (Liebowitz et al, 1999), og synes også å fungere godt i en naturlig klinisk setting (Gaston, Abbott, Rapee & Neary, 2006).

Sosial ferdighetstrening

Sosial ferdighetstrening (SST) er en annen type av atferdsmessig intervensjon som brukes i behandlingen av sosial fobi. Filosofien bak SST er at sosial fobi forårsakes og/eller forverres av en mangel på sosial kompetanse (Rowa og Antony, 2005). Et dysfunksjonelt interaksjonsmønster hos en person med sosial fobi (passivitet, lukkethet og mangel på affektuttrykk, osv.) kan for eksempel forverre situasjonen gjennom at det utløser negative reaksjoner fra andre mennesker. I eksempelet med Kari kan for eksempel manglende blikkontakt og mangel på verbal deltakelse føre til at kollegaene rundt lunsjbordet oppfatter henne som negativ, uinteressert og/eller arrogant. Dette kan igjen smitte over på Kari og forsterke ytterligere hennes frykt for å bli negativt evaluert. SST argumenter derfor for at en viktig del av behandlingen ved sosial fobi handler om å gi disse pasientene innsikt i og trening i sosiale ferdigheter (Van Dam-Baggen og Kraaimaat, 2000). Dette kan innebære alt fra å lære pasientene til å ta initiativ til og/eller opprettholde en samtale, gi uttrykk for sine meninger, takle komplimenter, takle kritikk, spørre om ting de lurer på, være i stand til å si nei, osv. SST er basert på prinsipper fra *sosial læringsteori* (Bandura, 1986) og gjennomføres ved hjelp av modelløring, praktiske øvelser, tilbakemelding og belønning/forsterkning (Dam-Baggen og Kraaimaat, 2000).

Bakgrunnen for å bruke SST er noe kontroversiell. Noen studier har vist at

personer med sosial fobi presterer svakere i sosiale sammenhenger (Stopa & Clark, 1993), men det er uklart i hvilken grad denne reduserte prestasjonen skyldes en mangel på kunnskap/evner eller en hemning forårsaket av sosial angst (Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993). SST har imidlertid vist god effekt overfor pasienter med sosial fobi i flere studier. En studie av Wlazlo et al (1990) viste for eksempel at gruppebasert SST hadde like god effekt som "in-vivo" eksponering. To studier (Mersch et al, 1989; Mersch, Emmelkamp og Lips, 1991) har også vist at SST alene har like god effekt som RET. I et kvasiexperimentelt studie gjennomført av Van Dam-Baggen og Kraaimaat (2000) var effekten av SST *større* enn ved RET.

Avslapningstrening og "applied relaxation" (AR)

Uliker former for *avslapningstrening* har også vært anvendt ved behandlingen av sosial fobi. Hensikten med avslapningstrening er å øke pasientenes kontroll over ulike fysiologiske reaksjoner (som hjertebank, svetting og skjelving), som utgjør en sentral komponent av deres opplevelse av sosial angst. Den teknikken som har fått mest oppmerksomhet i forbindelse med sosial fobi er en teknikk kalt "applied relaxation" (AR; Öst, 1987). Denne teknikken er utviklet og beskrevet av Öst (1987) og utgjør en videreutvikling av Edmund Jacobsons PMR-metode. PMR handler om å lære pasientene teknikker for å roe seg ned gjennom først å spenne og deretter slappe av i spesifikke muskelgrupper (Berstein, Borkovec & Hazlett, 2001). PMR i seg selv har vist liten effekt ved behandlingen av sosial fobi (Al-Kubaisy et al, 1992; Alström et al, 1984). AR integrerer imidlertid PMR-metoden inn i et mer omfattende eksponeringsprogram, der pasientene lærer å anvende avslapningsteknikkene først i nøytrale situasjoner, og deretter i sosiale angstfremkallende situasjoner (derav navnet "applied relaxation"). (Öst, 1987).

AR har primært blitt testet ut gjennom en serie studier i Sverige. Öst, Jerremalm og Johansson (1981) viste at effekten av 10 timers individuell behandling med AR var like god som effekten av sosial ferdighetstrening. Jerremalm, Janson og Öst (1987) viste at pasienter som fikk behandling med AR oppnådde et bedre resultat enn de som var på venteliste, men at effekten var noe svakere enn ved ”self-instructional training”, (en mer kognitivt fokusert metode). En nyere studie av Bögels (2006) viste også at AR medførte bedre resultatet enn å være på venteliste. Effekten var imidlertid svakere enn ved ”task concentration training” (TCT), som er en metode der pasientene lærer seg å omdirigere oppmerksomheten vekk fra seg selv og over på det som skjer i situasjonen.

Diskusjon og resultater fra meta-analyser

Effekten av de ulike komponentene innenfor CBT har blitt sammenlignet gjennom flere meta-analyser. Rodebaugh et al (2004) sammenfattet resultatene fra 5 store meta-analyser og kom til den konklusjonen at *resultatene er tvetydige* i forhold til hvilke CBT-komponenter som har best effekt. Alle CBT teknikkene later til å vise moderate til store effektstørrelser ved posttest sammenlignet med venteliste-betingelser (kontrollerte effektstørrelser), så vel som moderate til store effektstørrelser når man sammenligner de samme pasientene mellom pre- og posttest (ukontrollerte effektstørrelser). Effekten av CBT-teknikkene opprettholdes også generelt over tid eller viser en viss framgang over en periode på 2-6 måneder (Rodebaugh et al, 2004). Det åpenbare unntaket er AR, som er undersøkt i to meta-analyser, men hvor oppfølgingsdata mangler (Federoff & Taylor, 2001; Ruhmland og Margraff, 2001). Det finnes ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de ulike CBT-komponentene (Rodebaugh et al, 2004). Det er imidlertid en ”tendens” til at

eksponering alene (eller eksponering kombinert med kognitiv restrukturering) oppnår noe høyere effektstørrelser enn de andre komponentene. I en meta-analyse gjort av Taylor (1996) var det for eksempel bare kombinasjonen av EXP+CR som førte til signifikant større effekt enn placebo. Og i en "kontrollert" meta-analyse av Gould et al (1997) var det EXP (med eller uten CR) som oppnådde de største effektstørrelsene.

Mangelen på statistisk signifikante forskjeller kan ha flere forklaringer. Én mulig forklaring på dette kan være at de ulike CBT-teknikkene ikke har noen nevneverdig effekt og at endringene som skjer er bare tilfeldige (Rodebaugh et al, 2004). Dette virker imidlertid ikke sannsynlig siden alle CBT-teknikkene oppnår moderate til store effektstørrelser og systematisk bedre effekt sammenlignet med venteliste-betingelser. En annen mulighet er derfor at effekten er "ikke-spesifikk" (skyldes generelle terapeutiske faktorer) (Rodebaugh et al, 2004). Denne hypotesen kan til en viss grad forsvares gjennom at det er noe tvetydig hvorvidt CBT-komponentene i disse meta-analysene overgår effekten man ser ved placebo. En tredje mulighet er at tendensen man ser i meta-analysene representerer reelle forskjeller, og at EXP eller EXP+CR dermed utgjør bedre behandlingstilnærminger overfor sosial fobi enn CR alene, SST alene og AR alene. Årsaken til at forskjellen ikke når et statistisk signifikant nivå kan ha sammenheng med noen problemer knyttet til å bruke meta-analyse som metode (Rodebaugh et al, 2004). Et av problemene kan være at man i mange tilfeller har for få studier til å gjøre en meningsfull sammenligning mellom ulike komponenter, noe som resulterer i "lav statistisk kraft" og problemer med å oppnå statistisk signifikans. I meta-analysen til Federoff & Taylor (2001) var for eksempel AR bare basert på 4 studier, mens EXP+CR var basert på 21 studier. Det er også åpenbart at det er noen systematiske forskjeller mellom de ulike kategoriene av studier som ikke så lett lar seg oppdage i en meta-analyse, for eksempel i forhold til hva slags forskningsdesign

som er brukt. EXP og CR har for eksempel blitt undersøkt i et betydelig antall *randomiserte kontrollerte studier*, mens sosial ferdighetstrening stort sett har blitt undersøkt i ukontrollerte studier (Magee et al 2009; Ponniah & Hollon, 2008).

Alt i alt er det mye som taler for å inkludere en eksponeringskomponent ved behandlingen av sosial fobi. Troen på at eksponering utgjør en essensiell del av behandlingen har også blitt forsterket gjennom det faktumet at de fleste meta-analyser ikke har funnet noen signifikante forskjeller mellom effekten av EXP+CR versus EXP alene (Federoff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Gil et al, 2001; Gould et al, 1997; Powers, 2008; Ruhmland & Margraff, 2001). I de tilfellene der CBGT har blitt sammenlignet med EXP alene har effekten vært omtrent ekvivalent (Feske & Chambless, 1995; Hope, Heimberg, & Bruch, 1995). Dette er et noe overraskende resultatet gitt den grunnleggende filosofien innenfor CBT om nytten av å integrere kognitive og atferdsmessige teknikker.

Det har imidlertid vært et omdiskutert tema hvorvidt det er mulig å skille mellom eksponering og kognitiv restrukturering (Zaider og Heimberg, 2003). I praksis kan det virke som disse to teknikkene nesten fungerer som to sider av samme sak.

Eksponering involverer vanligvis en viss grad av aktiv kognitiv restrukturering både før, under og etter sosial eksponering (Heimberg og Becker, 2002). Noe av effekten man ser ved eksponering kan dermed sannsynligvis forklares gjennom at pasienten får modifisert sine negative antagelser. Kognitiv restrukturering på sin side involverer også vanligvis en viss grad av aktiv eksponering, for eksempel i form av atferdseksperimenter og realitetstesting av negative tanker, både i og utenfor terapirommet (Heimberg og Becker, 2002). I praksis er derfor disse to terapeutiske komponentene vanskelige å skille (Rodebaugh et al, 2004).

Det er mer uklart i hvilken grad sosial ferdighetstrening utgjør en effektiv

komponent ved behandlingen av sosial fobi. SST har vist god effekt i noen studier hvor SST alene har blitt sammenlignet med andre etablerte intervensjoner (Wlazlo et al, 1990; Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000). Det er imidlertid vanskelig å si hvor mye av denne effekten som er et resultat av den sosiale eksponeringen som inngår i prosedyren (Magee et al, 2009). I nyere tid har SST imidlertid vist lovende resultater som en integrert del av mer sammensatte CBT-pakker. I ”Comprehensive Cognitive Behavioral Therapy” (CCBT) integreres for eksempel SST med Heimbergs CBGT, noe som har vist seg å forsterke effekten av denne behandlingen (Herbert et al, 2005).

Effekten av AR har blitt for lite studert til at man kan trekke noen klar konklusjon om nytten av denne komponenten. Pasienter som får behandling med AR oppnår som regel bedre effekt enn de som står på venteliste, men svakere effekt enn de som får annen behandling (Jerremalm et al, 1987; Bögels, 2006).

Konklusjon

For å komme tilbake til en av problemstillingene i denne hovedoppgaven: Hvilke terapeutiske komponenter bidrar mest aktivt til pasientenes bedring innenfor tradisjonell CBT? En konseptuell analyse av de ulike komponentene innenfor CBT antyder at de ulike komponentene ikke utgjør totalt separate behandlingsteknikker, men at de til en viss grad overlapper med hverandre (for eksempel inneholder alle komponentene eksponering til en viss grad) (Rodebaugh et al, 2004). Forskningen innenfor tradisjonell CBT viser likevel at *eksponering* eller *eksponering + kognitiv restrukturering* er det som gir best effekt ved behandlingen av sosial fobi (Magee et al, 2009; Powers, 2008). Sosial ferdighetstrening og ”applied relaxation” brukes sjelden alene, men sosial ferdighetstrening har vist lovende tendens som en integrert del av andre behandlingstilnærminger (Herbert et al, 2005; Magee et al, 2009).

Som tidligere nevnt er det fremdeles et stort forbedringspotensial innenfor CBT. Nesten halvparten av pasientene forblir i stor grad symptomatiske, til tross for at de mottar en behandling som inneholder eksponering og kognitiv restrukturering (Heimberg et al, 1998; Davdison et al, 2004). Dette har ført til en ny bølge av behandlingsforskning der man har prøvd å integrere tradisjonell CBT med andre behandlingskomponenter (Gaudiano, 2008). Den neste delen av denne oppgaven vil ta for seg en ny form for kognitiv terapi utviklet av David Clark og Adrian Wells (Wells, 1997).

Del 2: Clark og Wells' kognitive terapi for sosial fobi

Clark og Wells' kognitive modell

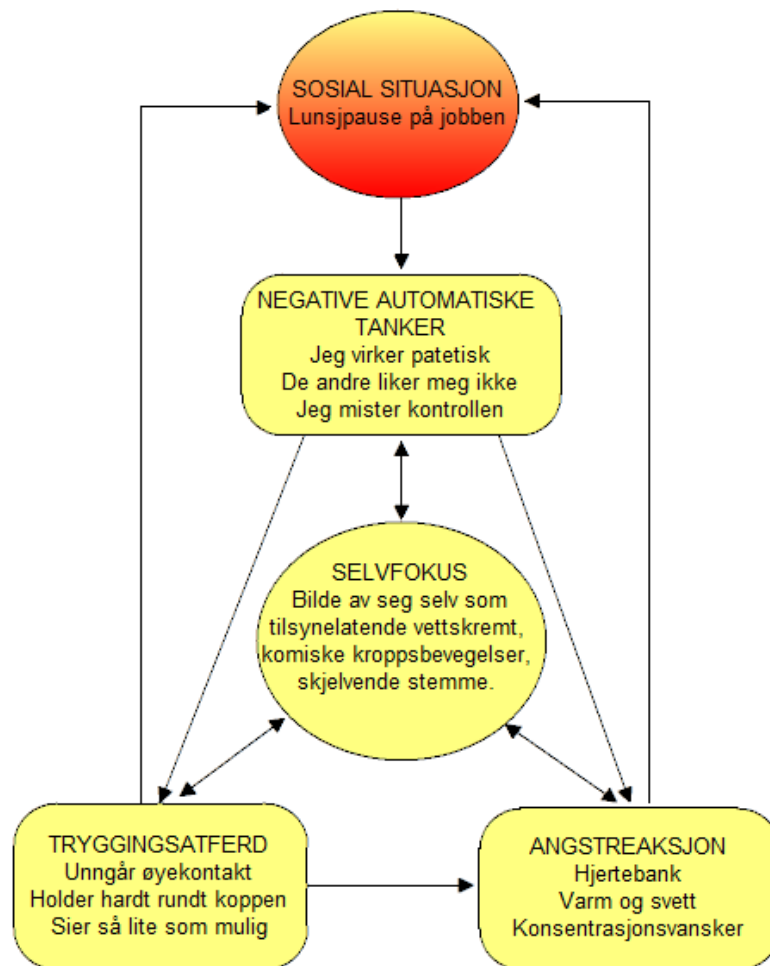
Den kognitive sosial fobi-modellen til Clark og Wells (Wells, 1997) har mange likhetstrekk med den tradisjonell kognitive modellen presentert i figur 1, men det er også noen sentrale forskjeller. Den tradisjonelle kognitive modellen fokuserer primært på negativt tankeinnhold i form av skjemaer, antagelser og negative automatiske tanker (Wright, 2006). Modellen til Clark og Wells (Wells, 1997) vektlegger i større grad *oppretholdende prosesser* ved sosial fobi . Et sentralt spørsmål som denne modellen prøver å besvare er hvorfor så mange personer med sosial fobi fortsetter å være redde for sosiale situasjoner når de daglig interagerer med andre mennesker uten å oppleve negative konsekvenser.

Clark og Wells (Wells, 1997) trekker primært frem fire prosesser som de mener bidrar til å opprettholde en sosial fobi:

- 1) Forsterket selvfokusert oppmerksomhet
- 2) Bruk av misledende intern informasjon
- 3) Omfattende bruk av tryggingsatferd
- 4) Negativt ladet ”antisipatorisk prosessering” og ”post-mortem ruinerer”

Disse fire psykologiske prosessene henger nøye sammen, forsterker hverandre, og skaper en ond sirkel det kan være vanskelig å bryte ut av.

Den kognitive modellen til Clark og Wells (Wells, 1997) er presentert nedenfor i figur 2, ved hjelp av det samme eksemplet med Kari beskrevet tidligere i oppgaven.



Figur 2: Clark & Wells kognitive modell av sosial fobi (Wells, 1997).

Den mest sentrale opprettholdende prosessen i modellen til Clark og Wells er *selvfokusert oppmerksomhet* (Wells, 1997). Grunnetlag for selvfokusert oppmerksomhet er en kroniske opptatthet i forhold til hvordan man framstår overfor andre mennesker. Dette fører til en overdreven fokusering på negative tanker, følelser

og kroppslige signaler og en manglende evne til å interagere mer spontant og naturlig. Det bidrar også til en forsterking av angstsymptomer. I Karis tilfelle kan dette for eksempel innebære at hun bli overdrevent opptatt av at hun ”ser patetisk ut”, at de andre ”ikke liker henne”, osv. Den selvfokuserte oppmerksomheten i modellen til Clark og Wells kommer primært til uttrykk gjennom dannelsen av et *indre negativt bilde* av hvordan man framstår utenfra i den sosiale situasjonen (Wells, 1997). Dette bildet er sett som fra et ”observatør-perspektiv”. I Karis tilfelle innebærer dette en idé om at hun framstår som en tilsynelatende vettskremt person, med komiske bevegelser (for eksempel når skal sette seg ned/reise seg opp, eller når hun skal løfte kaffekoppen), samt at stemmen hennes skjelver når hun prater. Dette indre bildet føre til et konstant behov hos Kari for å sjekke og regulere sin egen opptreden. Dette kalles *tryggingsatferd* (Wells, 1997) og har som mål å forhindre sosial flause og redusere grad av opplevd angst. Tryggingsatferd kan være både åpenlys (fikle med pennen) eller mer skjult/subtil (prøve å distrahere seg selv med positive tanker). Karis tryggingsatferd går ut på å unngå øyekontakt med kolleger for at de ikke skal legge merke til redselen i øynene hennes, holde ekstra hardt rundt koppen når hun drikker for å unngå å virke komisk/klumsete, og å si lite slik at de andre ikke avslører angsten i stemmen hennes.

I følge Clark og Wells er det flere onde sirkler som sørger for å opprettholde Karis opplevelse av sosial angst i den sosiale situasjonen (Wells, 1997).

Selvfokusert oppmerksomhet har for eksempel ikke bare den negative effekten at det fører til forsterket opplevelse av angst, men også at det forhindrer *prosessering av ekstern sosial informasjon*. For eksempel kan Karis selvfokusering i den sosiale situasjonen ha den negative konsekvensen at hun har vanskeligheter med å konsentrere seg om det som skjer rundt lunsjbordet - kanskje hun for eksempel ikke

klarer å følge med i samtalen mellom kollegaene. Mangel på ekstern prosessering kan også føre til vanskeligheter med å få avkreftet negative antagelser fordi man ikke er mottakelig for ytre og motstridende informasjon. For eksempel kan Karis selvfokusering føre til at hun ikke legger merke til om noen smiler til henne eller prøver å få kontakt med henne (Wells, 1997).

Det indre negativt bildet Kari danner av seg selv bidrar også til å opprettholde den sosiale fobien. Dette indre bildet er ikke basert på objektiv informasjon, men har sitt utspring i negative tanker og følelser. Slike bilder kan ofte være knyttet til minner av tidligere sosiale traumer (for eksempel fra da man ble mobbet på skolen) og har ikke lyktes å bli oppdatert. Dette bildet bidrar bare til å forsterke Karis negative selvoppfatning i den sosiale situasjonen (Wells, 1997).

Tryggingsatferd har også en rekke uheldige virkninger som bidrar til å opprettholde en sosial fobi. For det første fører tryggingsatferd til en forsterket selvfokusering. Dette er fordi oppmerksomheten blir rettet mot hva man skal gjøre for å skjule det man oppfatter som defekter og svakheter ved seg selv snarere enn å fokusere utover mot situasjonen. For det andre kan tryggingsatferd (som for eksempel å unngå blikkontakt) hindre avkrefting av negative antagelser, for eksempel gjennom at man ikke får med seg det som skjer. For det tredje kan tryggingsatferd medføre at man blir oppfattet negativt av andre i mennesker. En mangel på blikkontakt kan for eksempel føre til at kollegaene oppfatter Kari som uinteressert, arrogant, negativ, osv. Paradoksalt nok kan tryggingsatferd dermed fungere som en selvoppfyllende profeti, der det Kari frykter mest (sosial avvisning) er det hun faktisk oppnår i den sosiale situasjonen (Wells, 1997).

Det er også to prosesser til, *post-mortem ruminering* og *forventningsangst*, som ifølge Clark og Wells bidrar til å opprettholde en sosial fobi (Wells, 1997). Disse to

prosessen er ikke illustrert i modellen i figur 2 fordi de foregår *utenfor* sosiale situasjoner. ”*Post-mortem ruminering*” (Wells, 1997) foregår i etterkant av sosiale situasjoner og gjenspeiler personens behov for å tenke igjennom og analysere den sosiale situasjonen. I Karis tilfelle kan dette for eksempel innebære å reflektere rundt alt det hun sa og gjorde rundt lunsjbordet, vurdere hvorvidt de andre la merke til at det var ”noe rart med henne”, vurdere grad av vellykkethet i forhold til bruk av tryggingssatferd, osv. Denne retrospektive evalueringen er uheldig fordi den ikke er basert på nøytral informasjon, men basert på Karis negative og subjektive tolkning og hukommelse av situasjonen. Minner fra tidligere traumatiske sosiale opplevelser kan også bli aktivert i løpet av en slik evalueringsprosess. Post mortem ruminering vil på sikt kunne bidra til å opprettholde, og i verste fall forsterke Karis sosiale angst og det negative inntrykket hun har av seg selv. Prosessering i form av *forventningsangst* (Wells, 1997) har mange likhetstrekk med post-mortem ruminering, men denne prosessen forekommer forut for sosiale situasjoner. Forventningsangst kommer til uttrykk i form av bekymringer i forhold til hva som skal skje i fremtidige sosiale interaksjonen. I løpet av en slik bekymringsprosess aktiviseres ofte negative tanker, følelser og indre bilder pasienten har av seg selv, sammen med en selektiv gjenkalling av tidligere sosiale nederlag. Pasienten gjør ofte katastrofepregede prediksjoner i forhold til hva som kommer til å skje i den fremtidige sosiale situasjonen og kan bruke forventningsangst som en måte å forberede seg på. I Karis tilfelle kunne dette for eksempel innebære å se for seg ulike scenarioer av situasjonen rundt lunsjbordet, se for seg hva kollegaene kommer til å spørre henne om, øve seg på hva hun skal svare, osv. Forventningsangst har den uheldige effekten at det bringer pasienten inn i et selvfokusert modus allerede før han/hun ankommer den sosiale situasjonen. Forventningsangsten kan også i flere tilfeller bli så sterk at pasienten velger å unngå

den sosiale situasjonen (Kari kan for eksempel ringe og si at hun er syk) (Wells, 1997).

Empiri for den kognitive modellen til Clark og Wells

De ulike delene av den kognitive modellen til Clark og Wells (Wells, 1997) har blitt delvis bekreftet gjennom eksperimentell og korrelasjonell grunnforskning fra de siste 10-20 årene. For eksempel har det blitt avdekket at pasienter med høy grad av sosial angst viser en redusert prosessering av ekstern sosial informasjon og en forsterket tendens til selvfokusert oppmerksomhet (Mansell, Clark & Ehlers, 1999; Pineles og Mineka, 2005), og at personer med sosial fobi bruker intern informasjon (f.eks. indre negative bilder) til å trekke slutninger om hvordan de framstår overfor andre (Hackmann, Clark & McManus, 2000; Hirsch, Meynen & Clark, 2004). Det er også avdekket at post-mortem ruminering er et prominent kjennetegn ved denne pasientgruppen (Mellings og Alden, 2000; Rachman, Grüter-Andrew og Shafran, 2000), likeledes forventningsangst (Hinrichsen og Clark, 2003; Vassilopoulos, 2005).

Det er imidlertid langt større usikkerhet knyttet til de ulike kausale mekanismene i modellen (Clark & McManus, 2002). For eksempel har det vært stilt spørsmålstegn ved i hvor stor grad selvfokusert oppmerksomhet er en *årsak til* eller en *konsekvens av* personens opplevelse av angst i den sosiale situasjonen (Spurr og Stopa, 2002). I modellen til Clark og Wells igangsetter sosiale situasjoner et *internt angstprogram* som fungerer nærmest som en lukket sirkel, og som gjør pasienten mer eller mindre immun mot ytre påvirkning. Dette forklarer hvordan sosial angst kan opprettholdes nærmest *uavhengig* av hva som skjer i den sosiale situasjonen (Wells, 1997). Enkelte forskere, slik som Schultz og Heimberg (2008), har imidlertid kritisert modellen til Clark og Wells for å legge for ensidig vekt på selvfokusert oppmerksomhet og for lite

vekt på et eksternt trusselfokus og sensitivitet for negative sosiale signaler. I den kognitive modellen til Rapee og Heimberg (1997) vektlegges for eksempel i større grad *interaksjonen mellom intern og ekstern oppmerksomhet* (for eksempel hvordan ytre tegn på avvisning kan påvirke ens mentale representasjon av en selv i sosiale situasjoner).

Beskrivelse av Clark og Wells' kognitive terapi

Clark og Wells' kognitive terapi (CWCT; Wells, 1997) kan anses for å være en form for CBT, i og med at behandlingen inneholder elementer av både eksponering og kognitiv restrukturering. CWCT inkluderer også flere terapeutiske komponenter som er mer spesifikt rettet mot å reversere de opprettholdende prosessene ved sosial fobi.

CWCT benytter seg ikke av eksponering i tradisjonell forstand, men innebærer en omfattende bruk av *atferdsekspirimeter* (Wells, 1997). Et atferdsekspiriment er en målrettet og relativt kortvarig form for eksponering, som ikke trenger å bli gjentatt mange ganger og som ikke nødvendigvis fungerer ut i fra et prinsipp om habituering. Atferdsekspirimeter kan brukes i alle deler av terapien, for å fasilitere den individuelle kasusformulering, for å demonstrere deler av modellen for pasienten, for å trene på nye ferdigheter (fokusskifte, dropping av tryggingsatferd) og for å teste ut spesifikke prediksjoner pasienten har om sosiale situasjoner (realitetstesting) (Raknes, 2007; Wells, 1997).

En viktig teknikk innenfor CWCT går ut på å demonstrere den negative effekten av selvfokusert oppmerksomhet og bruk av tryggingsatferd for pasienten (Wells, 1997). Dette foregår på den måten at pasienten gjennomfører et rollespill under to ulike betingelser. Den første gangen får pasienten instruks om å være fokusert på seg selv og anvende sitt vanlige repertoar av tryggingsatferd (for eksempel å unngå

øyekontakt); den andre gangen blir pasienten bedt om *fokusere eksternt på situasjonen* og forsøke å *avstå fra å bruke tryggingssatferd*. Effekten av selvfokusert oppmerksomhet og tryggingssatferd kan deretter bli evaluert gjennom å sammenligne pasientens sosiale prestasjon og grad av opplevd angst under de to ulike betingelsene.

Et avgjørende mål innenfor CWCT er å fasilitere et *fokusskifte fra internt til eksternt* hos pasienten (Wells, 1997). Dette er viktig for å redusere problematisk selvmonitorering og for at pasienten skal få tilgang til mer korrekt informasjon om reaksjonene til andre mennesker. CWCT inneholder omfattende bruk av atferdseksperimenter og hjemmeoppgaver der pasienten får instruks om å fokusere eksternt (for eksempel å legge merke til farger og mønstre på ulike objekter).

En annen viktig teknikk innenfor CWCT er det som kalles *videofeedback* (Wells, 1997). Målet med videofeedback er å vise pasienten at deres indre inntrykk av hvordan de framstår i sosiale situasjoner er uriktig og basert på deres indre negative følelser og bilder. Eksponering med videofeedback fungerer på den måten at pasienten på forhånd operasjonelt definerer hva han/hun forventer å se på videoen, utsetter seg selv for den sosiale situasjonen, for deretter å sammenligne den subjektive beskrivelsen med det mer ”objektive” videoopptaket av situasjonen. I de fleste tilfeller vil synligheten av symptomer være mye mindre enn pasienten forventer og vil dermed (forhåpentligvis) fasilitere en revurdering av pasientens mentale representasjon av seg selv i sosiale situasjoner.

En tredje mye brukt teknikk innenfor CWCT er det som kalles “interrogating the environment” eller “widening bandwidth“ øvelser (Wells, 1997). Dette er en form for atferdseksperiment der hensikten er å utfordre pasientens rigide sosiale regler, eller å få pasienten til å gjøre noe han/hun er redd for, for deretter å observere konsekvensene. Eksempler på handlinger man kan få pasienten til å utføre er å søle

med drinken i et selskap, gi uttrykk for en politisk mening, vette armhulene og deretter sitte med hendene bak hodet, osv. Målet med slike atferdseksperimenter er at pasienten skal oppleve at de fryktede konsekvensene ved handlingen (f.eks. at folk vil se rart på pasienten eller at det vil bli en pinlig stillhet i forsamlingen) uteblir, noe som forhåpentligvis vil bidra til en revurdering av negative antagelser.

CWCT inneholder også terapeutiske intervensjoner som er mer spesifikt rettet mot å identifisere og modifisere problematiske former for prosessering før og etter sosiale situasjoner (Wells, 1997). Pasienten blir bevisstgjort i forhold til de uheldige virkningene av post-mortem ruminering og forventningsangst og blir deretter oppfordret til å begrense tidsbruken og/eller prøve å avstå fra slik prosessering.

Kognitiv restrukturering er også en viktig del av CWCT (Wells, 1997). Denne terapeutiske komponenten er imidlertid lagt mer mot slutten av behandlingen, der motstandsdyktig negative tanker (som har overlevd til tross for andre terapeutiske tiltak), blir utfordret. Den kognitive restruktureringen av tanker foregår i prinsippet på samme måte som innenfor tradisjonell CBT, men man benytter seg i større grad av realitetstesting gjennom bruk av atferdseksperimenter.

Empiri i forhold til Clark og Wells kognitive terapi for sosial fobi

Noen av behandlingskomponentene i protokollen til Clark og Wells har blitt studert hver for seg. For eksempel har det vist seg at et terapeutisk fokus på å avstå fra tryggingsatferd under eksponering er betraktelig mer effektivt enn eksponering alene i forhold til å redusere pasienters sosiale angstsymptomer og tro på negative antagelser (Morgan & Raffle, 1999; Wells, 1995). Det har også vist seg at instruksjoner om å opprettholde eksternt fokus under sosial eksponering har mye av samme effekt (Wells & Papageorgiou, 1998). "Task concentration training", der pasientene gjennom

eksponering lærer seg å omdirigere oppmerksomhet vekk fra kroppslige symptomer og over på det som skjer i situasjonen, har også vist seg å utgjøre en effektiv behandling overfor pasienter med en primær frykt for å rødme, skjelve, svette og/eller stivne (Bögels, 2006; Mulkens, Bogels, deJong, & Louwers, 2001). Empirien er noe mer tvetydig når det gjelder bruk av videofeedback. Flere studier har vist at denne teknikken kan hjelpe å korrigere pasientenes forvridde mentale representasjoner av dem selv i sosiale situasjoner (Harvey, Clark, Ehlers & Rapee, 2000; McManus et al, 2009; Parr & Cartwright-Hatton, 2009). Det er imidlertid mer uklart hvorvidt videofeedback alene fører til en reduksjon av sosiale angstsymptomer (Rodebaugh og Chambless, 2002; Smits, Powers, Buxkamper og Telch, 2006).

CWCT har vist meget lovende resultater innenfor nyere tids behandlingforskning overfor pasienter med sosial fobi. Flere randomiserte kontrollerte studier har vist at CWCT blant annet fører til bedre resultat enn å stå på venteliste (Clark et al, 2006; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003), bedre resultat enn å få medisinbehandling med SSRI (Clark et al, 2003; Mörtberg, Clark, Sundin, & Wistedt, 2007) og bedre resultat enn en psykologisk placeboterapi (Clark et al, 2003). CWCT har også vist seg å føre til langvarig bedring over en periode på opptil 12 måneder (for eksempel Clark et al, 2003).

Det er også en del nyere studier som tyder på at CWCT kan utgjøre en bedre behandlingstilnærming overfor pasienter med sosial fobi enn tradisjonell CBT. I en randomisert kontrollert studie av Clark et al (2003) viste det seg for eksempel at CWCT førte til en betydelig større reduksjon i sosial angst enn en form for kombinert behandling (fluoksetin + "selveksponering"). I en senere studie, også av Clark et al (2006), ble CWCT sammenlignet med en tradisjonell form for CBT (eksponering + "applied relaxation"). Igjen fant de en klart størst effekt for CWCT. Prosentandelen

som ble ansett som responsive (ikke lenger innfridde de diagnostiske kriteriene for sosial fobi) var på 86% for CWCT og 45 % for tradisjonell CBT. En begrensning ved denne studien var imidlertid at eksponeringsbehandlingen ikke inkluderte noen form for kognitiv restrukturering, samt at effekten av ”applied relaxation” har vist seg å være tvilsom.

I en større klinisk studie av Rapee, Gaston og Abbott (2009) ble imidlertid en ”forsterket CBT pakke” som inkluderte flere av de nye teknikkene utviklet av Clark og Wells (dropping av tryggingsatferd, trening i eksternt fokus under sosial eksponering, omfattende bruk av atferdseksperimenter) sammenlignet med en mer tradisjonell CBT-pakke som inkluderte eksponering og kognitiv restrukturering. Resultatet fra denne studien viste at det ikke var noen signifikant forskjell mellom de to behandlingstilnærmingene i forhold til reduksjon av selvrapporterte sosiale angstsymptomer. Den forsterkede CBT-pakken førte imidlertid til en signifikant bedre behandlingseffekt på en rekke andre mål, blant annet i forhold til klinikerbaserte vurderinger av bedring, i forhold til hvor mye angst pasientene opplevde i forbindelse med en improvisert tale, og i forhold til enkelte kognitiv endringsmål (for eksempel i forhold til endring av negative mentale selvrepresentasjoner).

Sannsynligvis utgjør CWCT en mer effektiv behandling enn tradisjonell CBT overfor mennesker med sosial fobi. Meta-analyser av tradisjonell CBT har rapportert ”ukontrollerte effektstørrelser” i terrenget 0.70 - 1.10 for EXP og EXP + CR (målt ved posttest) (Rodebaugh et al, 2004). Dette vil si middels til store effektstørrelser. Tilsvarende effektstørrelser i studier av individuell CWCT har vært noe høyere, fra 1.17 i en studie av Stangier et al (2003) til 1.62 i en studie av Mörtberg et al (2007) (etter 4 måneder), til 2.14 i den siste studien til Clark et al (2003).

Konklusjon

Den kognitive terapien til Clark og Wells (Wells, 1997) utgjør sannsynligvis en bedre behandling overfor sosial fobi enn tradisjonell CBT. Det later det til at teknikker som er spesifikt rettet mot å modifisere de opprettholdende prosessene ved sosial fobi (trening i eksternt fokus, dropping av tryggingsatferd, bruk av videofeedback, bruk av atferdseksperimenter) øker utbyttet pasientene får av tradisjonell form for eksponering.

Den siste delen av denne hovedoppgaven vil ta for seg en ny terapiform kalt ”metakognitiv terapi” (MCT; Wells, 2009). MCT har også et fokus på negative opprettholdende prosesser ved sosial fobi, men filosofien bak MCT er forskjellig og det tas i bruk flere nye behandlingsteknikker.

Del 3: Wells’ metakognitive terapi for sosial fobi

Den metakognitive modellen

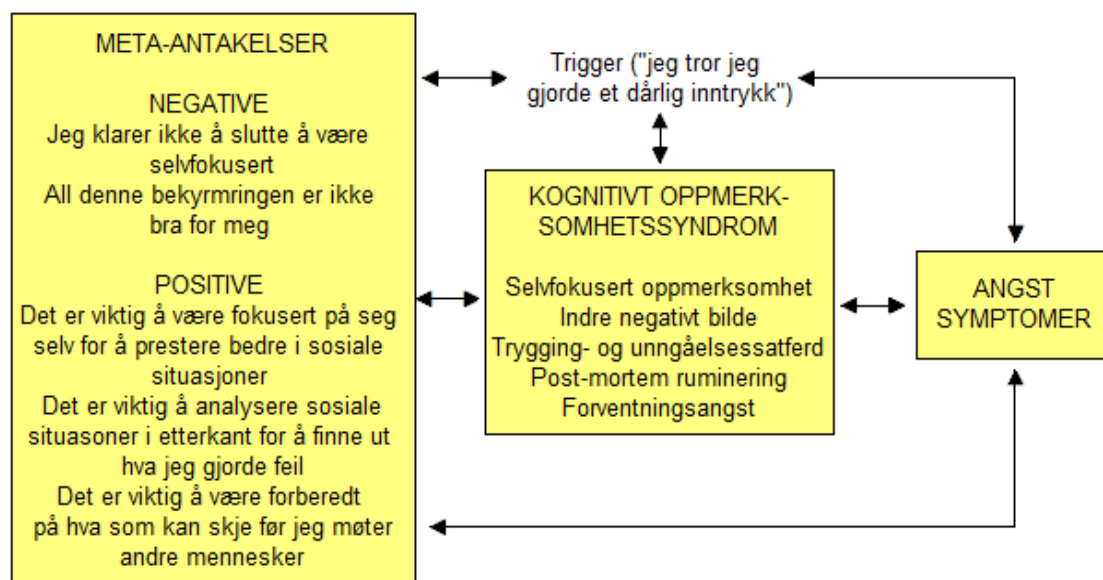
MCT baserer sitt teoretiske grunnlag på S-REF-modellen som ble utarbeidet av Adrian Wells og Gerald Matthews (1996). S-REF modellen representerer en ny konseptualisering av psykiske lidelser. Det mest radikalt nye innenfor S-REF modellen, sammenlignet med tradisjonell CBT, er vektleggingen av metakognisjon som sterkt medvirkende for dannelsen og opprettholdelsen av psykiske lidelser (Wells & Matthews, 1996). Metakognisjon handler om menneskers evne til å reflektere over og være seg bevisst sin egen tenkning (Wells & Matthews, 1996). Tradisjonell CBT vektlegger ”konkrete tanker” (om seg selv og verden). Dette er tanker som ligger til grunn for hvordan vedkommende tolker hendelser og som antas å ligge til grunn for pasientens opplevelse av psykiske problemer (Wright, 2006). Tankene som vektlegges innenfor MCT er imidlertid ”tanker om tanker”, kalt metatanker (eller

meta-antakelser) (Wells, 2009). Slike meta-antagelser kan være av flere typer. Meta-antagelser kan for eksempel være knyttet til de positive sidene ved tanker og tankeprosesser ("det er viktig å bekymre seg for å forutsi framtidige problemer"), tilliten man har til sine egne tanker ("jeg har dårlig hukommelse"), i hvilken grad man er fokusert på sine egne tanker ("jeg er hele tiden bevisst på hva jeg tenker"), farligheten ved tanker ("all denne bekymringen er skadelig for meg"), manglende kontroll i forhold til tanker og tankeprosesser ("jeg klarer ikke å slutte å gruble/bekymre meg") og viktigheten av å kontrollere tanker ("jeg må prøve å undertrykke negative tanker" (McEvoy, Mahoney, Perini & Kingsep, 2009; Wells, 2009).

Ifølge S-REF modellen er slike meta-antagelser viktige fordi de avgjør hvordan en person *reagerer på sine egne negative tanker* (Wells & Matthews, 1996). Alle mennesker har positive og negative meta-antagelser om sin egen tenkning, men problemet er når slike meta-antagelser begynner å legge grunnlaget for et problematisk og anstrengt forhold til ens egne tanker. Positive og negative meta-antagelser kan på hver sin måte bidra til en overdreven fokusering på og forsøk på å kontrollere egne tanker (Wells, 2009). For eksempel kan en negativ meta-antagelse om at tanker er farlige føre til gjentatte forsøk på å undertrykke slike tanker. Likeledes kan en positiv meta-antagelse om at det er viktig å bekymre seg (for eksempel for å forutse framtidige problemer) bidra til opprettholdelsen av en slik negativ bekymrings- og grubleprosess. Det er slike negative prosesser knyttet til oppmerksomhet, bekymring og ruminering (og andre kontrollstrategier) som i følge S-REF modellen utgjør selve kjerneproblemet ved opprettholdelsen av psykologiske problemer (Wells & Matthews, 1996). Wells kaller disse prosessene for *det kognitive oppmerksomhetsyndromet* (CAS; Wells, 2009). CAS kjennetegnes ved et rigid og

fastlåst reaksjonsmønster overfor sine egne tanker, som utvikles gradvis over tid, og som sørger for å opprettholde opplevelsen av negative symptomer (Wells, 2009).

I de senere år har Wells (2009) utviklet flere metakognitive modeller som er spesifikt tilpasset ulike psykiske lidelser, blant annet i forhold til generalisert angstlidelse (GAD), tvangslidelse (OCD) post-traumatisk stresslidelse (PTSD) og depresjon. Disse modellene varierer noe i forhold til hvilke spesifikke CAS-prosesser (og underliggende metakognitive antagelser) som er involvert. Wells har foreløpig ikke utarbeidet noen egen metakognitiv modell for sosial fobi. I figur 3 nedenfor har jeg imidlertid prøvd å beskrive en mer utpreget metakognitiv modell for denne lidelsen.



Figur 3: Hypotetisk metakognitiv modell av sosial fobi

Tankegangen innenfor den metakognitive modellen er som sagt at pasienten blir låst fast i et dysfunksjonelt forhold til sine egne tanker (Wells, 2009). I figur 3 eksemplifiseres dette gjennom en negativ automatisk tanke ("jeg tror jeg gjorde et

dårlig inntrykk”) som fungerer som en ”trigger” for CAS-aktivering i form av selvfokusert oppmerksomhet, aktivering av et indre, negativt bilde, bruk av trygging- og unngåelsesatferd, post-mortem ruminering og forventningsangst. Dette er hovedsakelig de samme prosessene som grunnforskningen har vist er assosiert med sosial fobi og som allerede inngår i den kognitive modellen til Clark og Wells (Wells, 1997). En sentral forskjell fra modellen til Clark og Wells er imidlertid at disse prosessene antas å være en del av et større og mer omfattende syndrom i forhold til hvordan vedkommende interagerer med sine egne tanker. De ulike CAS-prosessene antas å ha utviklet seg over tid som en respons på negative symptomer, og gjennom en gradvis styrking av dysfunksjonelle metakognitive antagelser. Det som bidrar til å opprettholde CAS er positive meta-antagelser knyttete til behovet for å anvende slike kognitive strategier. For eksempel bidrar den positive meta-antagelsen: ”det er viktig å analysere sosiale situasjoner i etterkant for å finne ut hva jeg gjorde feil” til å støtte opp om bruk av post-mortem ruminering i etterkant av sosiale situasjoner. Likeledes fører positive meta-antagelser knyttet til nytten av å være selvfokusert (”det er viktig å være fokusert på seg selv for å prestere bedre i sosiale situasjoner”) til et forsterket behov for å monitorere sin egen opptreden i sosiale situasjoner. Etter hvert som CAS-prosessene blir mer og mer dominerende (og angstsymptomene blir sterkere og sterkere) vil også de negative meta-antagelsene knyttet til farligheten og/eller ukontrollerbarheten ved egne tankeprosesser bli aktivert (”all denne bekymringen er ikke bra for meg”, ”jeg klarer ikke å slutte å være selvfokusert”). Slike negative meta-antagelser vil føre til enda mer intens CAS-aktivering (i form av selvfokusert oppmerksomhet, bekymring og ruminering) og ytterligere forsterking av angstsymptomer. Vedkommende blir dermed fastlåst i et negativt, selvforsterkende reaksjonsmønster overfor egne tanker og symptomer (Wells, 2009).

Empiri for den metakognitive modellen

Ifølge Wells (2009) har en lang rekke studier vist en *positiv korrelasjon* mellom metakognitive antagelser, aspekter ved det kognitive oppmerksomhetssyndromet og utviklingen av ulike former for psykiske lidelser. For eksempel viste en studie av Papageorgiou og Wells (2001) at positive meta-antagelser om ruminering hos pasienter med depresjon er positivt korrelert med deres grad av faktisk ruminering som igjen er positivt korrelert med deres grad av depresjon. Resultater fra longitudinelle og eksperimentelle studier tyder også på at metakognitive antagelser og CAS kan spille en *kausal* rolle i opprettholdelsen av psykopatologi (Wells, 2009). Et eksempel på dette er et longitudinelt studie gjennomført av Holeva, Tarrier og Wells (2001) der tendensen til å bruke bekymring som en kontrollstrategi predikerte hvorvidt personer utviklet PTSD i etterkant av en trafikkulykke.

Det finnes også noe empiri som tyder på at metakognitive antagelser kan spille en rolle i opprettholdelsen av sosial fobi. Wong og Moulds (2009) fant for eksempel en positiv korrelasjon mellom positive meta-antagelser om post-mortem ruminering og grad av sosial angst blant en gruppe med universitetsstudenter. I en studie av Dannahy og Stopa (2007) fant de også en sammenheng mellom sosialt angstnivå og kognitiv selvbevissthet (tendensen til å være bevisst på/monitorere sin egen tankeprosess) og antagelser om ukontrollerbarhet (antagelse om at man ikke kan kontrollere sin bekymring og ruminering).

Grunnleggende prinsipper ved metakognitiv terapi

S-REF modellen har fungert som utgangspunkt for utviklingen av metakognitiv terapi (MCT; Wells, 2009). MCT utgjør en ny tilnærming overfor psykiske lidelser som så

langt har vist suksess i forhold til behandlingen av flere angstlidelser, som generalisert angstlidelse (GAD), tvangslidelse (OCD) og posttraumatisk stresslidelse (PTSD; Wells, 2009). Nedenfor vil jeg kort gå igjennom noen av de mest grunnleggende prinsippene ved metakognitiv terapi.

All metakognitiv behandling kan sies å være sentrert rundt følgende tre terapeutiske mål (Wells, 2009):

- 1) modifisering av det kognitive oppmerksomhetssyndromet
- 2) modifisering av metakognitive antagelser
- 3) tilegnelsen av ny prosedural kunnskap

Som i tradisjonell CBT oppnås disse målene gjennom en kombinasjon av kognitiv restrukturering og eksponering, men det er noen radikale forskjeller mellom disse to behandlingstilnærmingene. Tradisjonell CBT har et fokus på modifisering av *konkrete antagelser* pasienten har om seg selv og verden som antas å ligge til grunn for den psykiske lidelsen (Heimberg og Becker, 2002). Innenfor MCT blir utfordring av slike tanker mindre viktig, da det er CAS som antas å opprettholde strømmen av negative tanker og symptomer (Wells, 2009). Fra et metakognitivt perspektiv blir det derfor lite meningsfullt og for eksempel utfordre konkrete negative tanker til en pasient med depresjon ("jeg er lite verdt", "verden er meningsløs", osv.) dersom pasienten likevel fortsetter å tro på nytte av å gruble og dvele over sine egne tidligere feil og svakheter. Hvis man ikke retter seg direkte mot de opprettholdende faktorene som antas å være CAS og pasientens metakognitive antagelser vil det bare stadig dukke opp nye negative tanker.

Metakognitivt fokusert kognitiv restrukturering fungerer på omtrent samme måte som kognitiv restrukturering innenfor tradisjonell CBT, men hvor man i CBT er opptatt av innholdet i pasientens tanker prøver man i MCT å rette seg mot å endre de

metakognitive antagelsene (f. eks. fordeler og ulemper ved å engasjere seg i ulike former for kognitiv aktivitet som å fokusere på trusler, bekymring og ruminering) (Wells, 2009).

Metakognitivt fokusert eksponering ligner mye på eksponering som finner sted innenfor CWCT, men også her er det noen forskjeller. Metakognitivt fokusert eksponering kan være i form av trening i eksternt fokus, videofeedback eller atferdsekspirer. En vesentlig forskjell er imidlertid at eksponeringen også har til hensikt å fremme en metakognitiv endring hos pasienten (Wells, 2009). Dette skjer gjennom at man igangsetter aktive tiltak for å modifisere CAS under eksponering som indirekte også vil føre til en utfordring av metakognitive antagelser. For eksempel kan trening i å fokusere eksternt (ny prosedural kunnskap) brukes under sosial eksponering i et forsøk på å avbryte et uheldig mønster av indre selvfokusering. Dette kan samtidig utfordre negative meta-antagelser om at pasienten ikke har kontroll over slike oppmerksomhetsprosesser. Det kan også utfordre positive meta-antagelser om nytten av å være selvfokusert i sosiale situasjoner (Wells, 2009).

Spesifikke metakognitive teknikker

En generell målsetning ved all metakognitiv terapi kan sies å være å hjelpe pasienten til å utvikle en ny relasjon til sine egne tanker (særlig sine negative tanker) (Wells, 2009). Ifølge S-REF modellen kan tanker oppleves i to modus; i ”objektmodus” og i ”metakognitivt modus” (Wells og Matthews, 1996). I objektmodus interagerer man mer direkte med omverdenen; man klarer ikke å se at ens egne tanker er indre representasjoner som er konstruert uavhengig av den faktiske virkeligheten. Når man er i et metakognitivt opplevelsmodus får man imidlertid et slags utenifra-perspektiv på sin egen tenkning og blir bevisst på sine tanker som distinkte ”mentale hendelser”,

separat fra selvet og verden (Wells, 2009).

Nært knyttet til begrepet om "metakognitivt modus" er begrepet om "mindfulness". Mindfulness har blitt praktisert i flere tusener av år i østlig religioner som en måte å fremme indre balanse og spirituell vekst (Koszycki, Bengner, Shlik, Bradwejn, 2007). Wells har utviklet sin egen mindfulness-teknikk som heter "*detached mindfulness*" (DM) (Wells, 2009). DM handler om å akseptere at tanker bare er tanker, det vil si at de best kan forstås som indre og forbigående hendelser, som man ikke nødvendigvis trenger å forholde seg til på en aktiv måte. Målet med DM er å få et mer frakoblet forhold til sine negative tanker, og å klare å se negative tanker som noe uavhengig av en selv og den ytre virkeligheten. Negative tanker som dukker opp automatisk i bevisstheten fungerer ofte som trigger for en aktivering av CAS, og DM kan være en veldig hjelpsom teknikk å anvende for å stoppe en slik prosess (Wells, 2009).

En annen teknikk som brukes innenfor MCT er det som kalles "*situational attentional refocusing*" (SAR; Wells, 2009). Dette er en teknikk som har som hovedmål å redusere grad av selvfokusert oppmerksomhet og å øke innstrømmingen av *motstridende ekstern informasjon*. SAR brukes ofte i forbindelse med atferdseksperimenter der målet er å få avkreftet konkrete negative antagelser pasienten har om sosiale situasjoner. For eksempel kan pasienter med sosial fobi ha en følelse av at folk ser på dem i sosiale situasjoner. Denne oppfatningen er ikke basert på en iakttakelse av andre mennesker, men på en negativ form for selvbevissthet. I en slik sammenheng kan SAR-teknikken gå ut på eksponere pasienten for en sosial situasjon samtidig som pasienten får en spesifikk instruks om å legge merke til hvor mange personer som *faktisk* ser på han/henne. SAR kan også bli brukt til å utfordre metakognitive antakelser om ukontrollerbarheten og/eller nytten av selvfokusert

oppmerksomhet (Wells, 2009).

En tredje teknikk som brukes innenfor MCT er det som kalles ”*attention training*” (ATT; Wells, 2009). Denne teknikken er mer distinkt for MCT. ATT har som hensikt å løse opp i et fastlåst og delvis automatisert oppmerksomhetsmønster som antas å utgjøre selve kjernen av CAS. ATT foregår på den måten at pasienten blir utsatt for et sammensatt lydbilde der han/hun får kontinuerlige instruksjoner om å rette oppmerksomheten på ulike måter, for eksempel å rette oppmerksomheten selektivt mot én spesifikk lyd, å veksle kjapt mellom ulike lyder, eller å rette oppmerksomheten mot flere lyder simultant. Denne treningen må gjennomføres kontinuerlig over flere uker, og helst i situasjoner der pasienten er avslappet. Tankegangen er at systematisk trening av ”den generelle oppmerksomhetsmuskelen” vil fremme mer eksekutiv kontroll over oppmerksomheten og gjøre det lettere for pasienten å frigjøre seg fra CAS (Wells, 2009).

Empiri i forhold til metakognitiv behandling av sosial fobi

Det generelle empirigrunnlaget i forhold til MCT er foreløpig basert på små eksperimentelle studier (Wells, 2009), men lovende resultater er funnet blant annet i forhold til behandlingen av PTSD (Wells og Sembi, 2004), OCD (Fisher og Wells, 2008) og GAD (Wells og King, 2006). Så langt er det ikke utviklet noen helhetlig metakognitiv behandling for sosial fobi. Det finnes imidlertid én studie av Wells og Papageorgiou (2001) der man har laget en mer forkortet og tilspisset versjon av CWCT som er mer i tråd med et metakognitivt perspektiv. Dette vil si at behandlingen inneholder minimalt med verbal utfordring av negative tanker og større vekt på å modifisere pasientenes mønster av oppmerksomhet, bekymring og ruminering. Seks kasusstudier viste at pasienter med sosial fobi reagerte raskt og

positivt på denne behandlingen (gjennomsnittslengden på terapien var 5,5 timer). Alle pasientene oppnådde klinisk signifikant nedgang i blant annet sosial unngåelse, grad av selvbevissthet og tro på negative antagelser. Resultatet ble også opprettholdt over en periode på 6 måneder (Wells og Papageorgiou, 2001). Selv om det er noe uklart hvor metakognitiv denne behandlingen egentlig var (for eksempel i hvilken grad behandlingen involverte en utforsking/utfordring av metakognitive antagelser) antyder resultatet likevel at terapeutiske intervensjoner som fokuserer mer utelukkende på modifisering av CAS-prosesser kan utgjøre en effektiv behandling overfor pasienter med denne lidelsen.

”Detached mindfulness” har i seg selv har blitt lite studert, men det finnes noe forskning i forhold til relaterte teknikker/tilnærminger. I rundt 30 år har mindfulness-trening blitt introdusert i kliniske settinger som en intervensjon for å fremme tilpasningsdyktig håndtering med livets stress og for å fremme livskvalitet (Koszycki et al, 2007). Den mindfulness-relaterte tankegangen finnes blant annet innenfor “acceptance and commitment therapy” (ACT), dialektisk atferdsterapi (DBT), mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT), og metakognitiv terapi (MCT). MBCT har for eksempel vist seg å føre til betydelig reduksjon av angst og depresjon hos pasienter med sosial fobi (Piet, Hougaard, Hecksher og Rosenberg, 2010). ACT har også vist seg å ha en positiv effekt på pasienter med sosial fobi (Dalrymple og Herbert, 2007). Det er derfor noe evidens for at en generell mindfulness-tilnærming kan være nyttig overfor pasienter med sosial fobi. Det er imidlertid for tidlig å si om bedringen man har sett blant pasientene i disse studiene er relatert til endringer i metakognisjoner eller om det kan skyldes andre ikke-spesifikke faktorer (Corcoran og Segal, 2008).

Det finnes lite forskning som har undersøkt effekten av å anvende ATT ved

behandlingen sosial fobi. En kasusstudie fra 1997 viste at ATT *alene* førte til varig reduksjon av angst og tro på negative antagelser hos en mann med spesifikk sosial fobi (Wells, White og Carter, 1997). Men en nyere (og mye større) studie utført av McEvoy og Perini (2009) bekreftet ikke dette resultatet. 81 pasienter med sosial fobi ble fordelt på to ulike CBT betingelser: CBT + ATT og CBT + avslapningstrening (PMR). Det viste seg at pasienter i begge gruppene oppnådde signifikant bedring, men det ikke lot til at å integrere ATT i behandlingen medførte noen økt gevinst. Effekten av ATT ved sosial fobi er derfor noe tvetydig.

Effekten av SAR har fått noe mer empirisk støtte. En studie av Wells og Papageorgiou (1998) har for eksempel vist at å be pasientene om å fokusere utover på andre mennesker under sosial eksponering fører til en sterkere reduksjon av angstsymptomer og negative tanker enn bare sosial eksponering alene. Det finnes også noen studier som har undersøkt effekten av "task concentration training" (TCT). TCT går ut på å lære pasientene å fokusere utover i sosiale situasjoner (for eksempel gjennom å lytte til en fortelling som deretter følges opp med hukommelsestest), først i ikke-truende situasjoner, deretter i sosiale, angstfremkallende situasjoner (Bögels, 2006). Effekten av TCT har vist seg å være bedre enn venteliste og bedre enn AR alene for pasienter med synlige symptomer (Bögels, 2006). TCT har også vist like god effekt som "in-vivo" eksponering overfor pasienter med en redsel for å rødme (Mulkens et al, 2001). TCT og SAR later til å være ganske like teknikker. TCT involverer ikke spesifikke instruksjoner om å redigere den eksterne oppmerksomheten slik som i SAR, det vil sa fra truende til ikke-truende stimuli. Men målet er likevel det samme: å få fokuset vekk fra opplevelsen av negative symptomer og å øke innstrømningen av ny informasjon.

Det finnes noe empiri innenfor det kognitive forskningsparadigmet som antyder

at SAR kan ha en bedre effekt enn ATT ved behandlingen av sosial fobi. Tidligere eksperimentelle studier har vist at personer som skårer høyt på sosial angst retter oppmerksomheten selektivt mot blant annet negative ord og negative ansikter (Amir et al, 2003; Mogg et al, 1998). I en studie av Hereen og Philippot (2009) sammenlignet man effekten av to ulike oppmerksomhetsstrategier. I den ene deltakergruppen fikk de instruks om å rette oppmerksomheten mot bare positive ansiktsuttrykk (i tråd med SAR teknikken) og i den andre deltakergruppen fikk de instruks om å skifte oppmerksomheten mellom positivt og negativt ladede ansiktsuttrykk (mer i tråd med ATT). Resultatet viste at deltakerne i den første gruppen oppnådde signifikant bedre resultater på en lang rekke mål (blant i forhold til reduksjon av sosiale angstsymptomer og negativt oppmerksomhetsbias), enn deltakerne i den andre gruppen.

Forslag til metakognitiv behandlingsplan for sosial fobi

Basert på den foregående teoretiske og empiriske diskusjonen vil jeg nå gi en kort presentasjon av det jeg mener bør utgjøre hovedlinjene i en metakognitiv behandling for sosial fobi.

Hovedlinjene i behandlingen

I starten av den metakognitive behandlingen er det viktig å utvikle en *individuell metakognitiv kasusformulering* med utgangspunkt i den metakognitive modellen presentert i figur 3. Her er det viktig at de unike symptomene, prosessene knyttet til CAS og de metakognitive antagelsene for den aktuelle personen blir kartlagt. Den uheldige effekten av selvfokusert oppmerksomhet og bekymring/ruminering kan deretter bli demonstrert for pasienten gjennom sosialiseringseksperimenter. De

positive meta-antagelsene knyttet til nytten av CAS-strategier og de negative meta-antagelsene knyttet til ukontrollerbarheten/farligheten ved tanker bør bli utfordret gjennom *metakognitivt fokusert kognitiv restrukturering*. En ”ny plan” bør bli introdusert som går ut på å fokusere utover i sosiale situasjoner snarere enn innover på seg selv, samt å avstå fra grubling/ruminering. Terapien bør også inneholde *metakognitivt fokusert eksponering* med spesiell vekt på trening i å redigere oppmerksomheten utover mot nøytrale/positive stimuli (SAR). Terapien bør også inneholde videofeedback for å utfordre pasientens negative indre bilder av seg selv samt utfordre pasientens positive meta-antagelser om behovet for å være selvfokusert. Manipulering av tryggingssatferd (og utforskning av meta-antagelser pasienten har i forhold til bruken av tryggingssatferd) bør også inngå som en del av terapien. Begrepet om ”detached mindfulness” og bekymringsutsettelse/avståelse bør også introduseres relativt tidlig i terapien, særlig i forhold til å stoppe negative grublings- og rumineringsprosesser før og etter sosiale situasjoner. DM kan også anvendes overfor pasienten som en ny måte å forholde seg til negative (og positive) tanker på. Hjemmeoppgaver bør brukes kontinuerlig for å gi pasienten erfaring med å anvende nylærte teknikker i sin hverdag. Det er viktig at pasienten oppfordres til å eksponere seg og anvende ”den nye planen” også etter at terapien er avsluttet.

Oppsummering og konklusjon

Utgangspunktet for denne hovedoppgaven var at halvparten av pasientene med sosial fobi som får behandling med tradisjonell CBT ikke oppnår signifikant bedring (Heimberg et al, 1998; Davidson et al, 2004). Dette førte til formuleringen av en relativt bred problemstilling: Hvilke terapeutiske komponenter bidrar mest aktivt til pasientenes bedring innenfor den kognitive behandlingen av sosial fobi? Dette har ført

til en diskusjon rundt hvilke behandlingskomponenter som har størst effekt innenfor tradisjonell CBT og en utforsking av nyere behandlingstilnærminger (og nye behandlingskomponenter) for å finne ut hvordan den kognitive behandlingen ved sosial fobi kan optimaliseres. Det er på tide å samle trådene og prøve å trekke noen generelle konklusjoner av det jeg har beskrevet i denne hovedoppgaven.

Av de tre behandlingsformene som har blitt fokusert på i denne hovedoppgaven - tradisjonell CBT (Heimberg og Becker, 2002), Clark og Wells' kognitive terapi (Wells, 1997), og metakognitiv terapi (Wells, 2009), er det ingen tvil om at det er tradisjonell CBT som er den best dokumenterte behandlingstilnærmingen. Et stort antall studier har vist at tradisjonell CBT i form av *eksponering alene* eller *eksponering kombinert med kognitiv restrukturering* fører til signifikant bedring for et stort antall pasienter med sosial fobi (f.eks. Rodebaugh et al, 2004; Powers et al, 2008). Clark og Wells' kognitive terapi har generelt oppnådd høyere effektstørrelser enn tradisjonell CBT (f.eks. Clark et al, 2003; 2006), men CWCT er foreløpig bare basert på et lite antall studier (8-10 studier), og innenfor metakognitiv terapi er det foreløpig ikke utviklet noen egen behandling overfor sosial fobi. Konklusjonen som kan dras fra denne forskningen er derfor at *tradisjonell CBT i form av EXP alene eller EXP + CR utgjør anbefalt behandling overfor denne lidelsen*, men at *CWCT viser lovende tendenser* i et lite antall studier, og til sist at *MCT representerer interessante muligheter som foreløpig ikke har nok empirisk basis*.

Hva nytt representerer CWCT og MCT sammenlignet med tradisjonell CBT? Den viktigste forskjellen er kanskje at CWCT og MCT representerer et fokusskifte *fra tankeinnhold og over på tankeprosess*. CWCT kan anses som en slags hybrid ettersom den fokuserer på både tankeinnhold og tankeprosess, mens MCT fokuserer mer utelukkende på tankeprosesser. Den antatte forandringsmekanismen innenfor

tradisjonell CBT er *modifisering av dysfunksjonelle negative antagelser* (Heimberg og Becker, 2002). Dette kan skje enten verbalt (kognitiv restrukturering) eller gjennom erfaring (eksponering). Eksponering er imidlertid en veldig generell terapeutisk komponent som i de senere behandlingstilnærmingene har blitt betydelig raffinert. Mer spesifikt har CWCT og MCT inkludert et fokus på å modifisere *negative opprettholdende prosesser* under eksponering (Wells, 1997; 2009). Dette inkluderer teknikker i forhold til *trening på eksternt fokus, dropping av tryggingssatferd, bruk av videofeedback, og omfattende bruk av atferdseksperimenter* (Wells, 1997; Wells, 2009). Flere av disse komponentene (spesielt trening i eksternt fokus) har vist seg å øke utbyttet disse pasientene får av tradisjonell eksponering (f.eks. Wells & Papageorgiou, 1998). Eksponeringskomponenten kan dermed sies å ha blitt langt mer målrettet og strukturert i senere behandlingstilnærminger, og mer tilpasset til de unike aspektene ved sosial fobi. Slik sett kan kanskje CWCT og MCT anses som mer lidelsesspesifikke behandlinger enn tradisjonell CBT.

MCT utgjør imidlertid en mer radikalt ny tilnærming til psykiske lidelser enn CWCT. Noe av det kontroversielle med MCT er at behandlingen ikke har noe fokus på tradisjonell etiologi (årsakslære), som for eksempel påvirkning av negative livshendelser og traumer eller sider ved pasientens personlighet. Fokuset er nesten utelukkende på modifisering av opprettholdende prosesser og meta-antagelser assosiert med disse prosessene. Det faktumet at MCT likevel har vist lovende effekt i behandlingen av flere angstlidelser (Wells, 2009) viser at opprettholdende faktorer kanskje spiller en mer sentral rolle enn først antatt. Jeg mener at tiden nå også er moden for å utvikle en egen metakognitiv behandlingsplan for sosial fobi. Det er liten grunn til å tro at metakognitiv terapi overfor sosial fobi ikke skulle fungere like godt som for andre angstlidelser, og tilgjengelig empiri gir god grunn til å være optimistisk

(f.eks. Wells og Papageorgiou, 2001). Det blir spennende å se utviklingen innenfor denne forskningen i årene som kommer.

Referanser

- Alden, L. E. & Talylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review, 24*, 857-882.
- Al-Kubaisy, T., Marks, I. M., Logsdail, S., et al (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: a controlled study. *Behavior Therapy 23*, 599-621.
- Alström, J. E., Nordlund, C. L., Persson, G., Hårding, M., Ljungqvist, C. (1984) Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 70*, 97-110.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- Amir, N., Elias, J., Klumpp, H., & Przeworski, A. (2003). Attentional bias to threat in social phobia: Facilitated processing of threat or difficulty disengaging attention from threat? *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1325-1335.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Berstein, D. A., Borkovec, T. D. & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals*. Westport, CT: Praeger.
- Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R. et al (2010). A Placebo-Controlled Trial of Phenelzine, Cognitive Behavioral Group Therapy, and Their Combination for Social Anxiety Disorder. *Archive og General Psychiatry, 67*, 286-295.
- Blanco, C., Schneier, F. R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C. R, Marshall, R. D., &

- Sanchez-La´cay, A. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety, 18*, 29–40.
- Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., & Madsbu, H. P. (2001). Randomized controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalized social phobia. *British Journal of Psychiatry, 179*, 23-20.
- Bogels, S. M. (2006). Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1199-1210.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review, 24*, 827-856.
- Bruch, M. A., Fallon, M. & Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 109-117
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 568–578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F. et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1058-1067.

- Clark, D. M., McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, *51*, 92–100
- Corcoran, K. M. & Segal, Z. V. (2008). Metacognition in depressive and anxiety disorders: Current directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 33–44.
- Dalrymple, K. L., Herbert, J., D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *35*, 785-801.
- Dannahy, L., Stopa, L. (2007). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1207-1219
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., & Compton, J. S. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1005–1013.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, *23*, 709–718.
- Ellis, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, *4*, 325-340.
- Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P., Vissia, E., & van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioural interventions. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 365–369.
- Eng, W., Roth, A., & Heimberg, R. G. (2001). Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *15*, 311-319.
- Fava, G. A., Grandi, S., & Canestrari, R. (1989). Treatment of social phobia by

- homework exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52, 209-213.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311–324.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695–720.
- Field, A. P. & Morgan, J. (2004). Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 647-663.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2005). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84–93.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33–48.

- Gaudiano, B.A. (2008). Cognitive-behavioural therapies: achievements and challenges. *Evidence-Based Mental Health*, *11*, 5–7
- Gil, P. J. M, Carrillo, F. X. M, Meca, J. S. (2001). Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: a meta-analytic review. *Psychology in Spain*, *5*, 17-25
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *4*, 291-306.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S., Saha, T. D., Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 1351–61.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, *38*, 601-610.
- Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A., & Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(12), 1183–1192
- Haug, T. T., Blomhoff, S., Hellstrom, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P., & Wold, J. E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 312–318.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2009). Attention training in social phobia: Contrasting focus on angry faces, on happy faces, and flexibility. *Poster session presented at*

*the meeting on Cognitive Bias modification in emotional disorders and addiction:
New developments, Ghent, Belgium*

Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A et al (1998). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.

Heimberg, R.G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108.

Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and Treatment* (s.189-212). New York: Springer.

Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K. & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125- 138.

Hinrichsen, H., & Clark, D. M. (2003). Anticipatory processing in social anxiety: Two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 205-218.

- Hirsch, C. R., Meynen, T., & Clark, D. M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory, 12*, 496–506.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*, 193-209.
- Holeva, V., Tarrier, N. & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy, 32*, 65-83.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioural group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 637–650.
- Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Social phobia subtype, avoidant personality disorder, and psychotherapy outcome. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 339–417.
- Ipser, J.C., Kariuki, C.M., & Stein, D.J. (2008). Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. *Expert Reviews in Neurotherapeutics, 8* (2), 235-257.
- Jerremalm, A., Jansson, L., & Öst, L.-G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 171–180.
- Kanter, N. J., & Goldfried, M. R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy, 10*, 472-490.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National

- Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2518–2526.
- Kushner, M. G., Abrams, K., Borchardt, C. (2000) Relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20: 149–71.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., et al. (1999). Cognitive– behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89.
- Liebowitz M. R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R., Klein, D. F. (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia: a placebocontrolled comparison. *Archive of General Psychiatry*, 49, 290-300.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Wittleben, I., Schroeder, B., et al. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251–1269.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159–168.
- Magee, L., Erwin, B. A., & Heimberg, R. G. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder and specific phobia. I Antony, M. M., & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (s. 334-349). New York: Oxford University Press.

- Mansell, W., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Internal versus external attention in social anxiety: an investigation using a novel paradigm. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 555–572.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 3–23.
- McEvoy, P.M., Mahoney, A., Perini, S.J., & Kingsep, P. (2009). Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 617-623.
- McEvoy, P. M., & Perini, S. J. (2009). Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 519-528.
- McManus, F., Clark, D. M., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., et al. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 496-503.
- Mellings, T. A. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 243-257.
- Mersch, P. P. A. (1995). The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 259-269.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bögels, S. M., & Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 421-434.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., & Lips, C. (1991). Social phobia: individual

- response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions: a follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 357-362.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2002). Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1403-1414.
- Morgan, H., & Raffle, C. (1999). Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 503-510.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö., & Wistedt, A. A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 142- 154.
- Mulkens, S., Bogels, S. M., deJong, P. J. & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task on concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorder*, 15, 413-432.
- Muller, J. E., Koen, L., Seedat, S., Stein, D. J. (2005), Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS Drugs*, 19, 377-391.
- Myhr, G., & Payne, K. (2006). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: implications for public health care funding policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 662-670.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk>
- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T., & Taylor, C. B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy*, 25, 503-517.
- Oosterbaan, D. B., van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., van Oppen, P., van Dyck,

- R. (2001). Cognitive therapy versus moclobemide in social phobia: a controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 263–73.
- Öst, L.-G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 397–409.
- Öst, L.-G., Jerremalm, A., & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1–16.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with Attention Training. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 407- 413.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26.
- Parr, C. J., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Social anxiety in adolescents: the effect of video feedback on anxiety and the self-evaluation of performance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 46-54.
- Pelissolo, A., Andre, C., Moulard-Martin, F., Wittchen, H. U., & Lepine, J. P. (2000). Social phobia in the community: Relationship between diagnostic threshold and prevalence. *European Psychiatry*, 15, 25–28.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 403-410.
- Pineles, S. L. & Mineka S. (2005). Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 314-318.

- Ponniah, K., Hollon, S. D. (2007). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine* 38, 3-14.
- Powers M. B., Sigmarsson, S. R., Emmelkamp, P. M. (2008). A meta-analytic review of social phobia treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 94–113
- Rachman, S., Grüter-Andrew, J., & Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611-617.
- Rapee, R.M., Gaston, J.E., & Abbott, M.J. (2009). Testing the efficacy of theoretically-derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77 (2), 317-327.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive–behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self-and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Rodebaugh, T. L., & Chambless, D. L. (2002). The effects of video feedback on self-perception of performance: A replication and extension. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 629–644.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883–908.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 308–316.
- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40.
- Salaberria, K., Echeburua, E. (1998) Long-term outcome of cognitive therapy's

- contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262–84.
- Schelver, S. R., & Gutsch, K. U. (1983). The effects of self-administered cognitive therapy on social-evaluative anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 658-666.
- Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behavior Research and Therapy*, 31, 667–81.
- Scholing, A., Emmelkamp P. M. G (1996). Treatment of generalized social phobia: results at long-term follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 34, 447–52.
- Schultz, L.T., & Heimberg, R.G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221.
- Smits, J. A. J., Powers, M. B., Buxkamper, R., & Telch, M. J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1773–1785.
- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22, 947-975.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Forde D. R.(1996). Public-speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning and diagnostic classification. *Archive of General Psychiatry*, 53, 169-174.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.

- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive– behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychology*, 27, 1-9.
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., McLean, P., Paterson, R. J., & Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. *Behavior Modification*, 21, 487-511.
- Torgersen, S., Cramer, V., Kringlen, E. (2002). Psykiske forstyrrelser i ulike bydelsregioner i Oslo. *Norsk Epidemiologi*, 12, 265-268.
- Trexler LD, Karst TO Rational-emotive therapy, placebo, and no-treatment effects on public-speaking anxiety (1972). *Journal of abnormal psychology*, 79, 60-67.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350- 358.
- Vallis, T. M., Howes, J. L., Miller, P. C. (1991) *The Challenge of Cognitive Therapy: Applications to Non-Traditional Populations*. Plenum Press, New York.
- Van Dam-Baggen, R., & Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437–451.
- Vassilopoulos, S. (2005). Anticipatory processing plays a role in maintaining social anxiety. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 18, 321–332.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester, Storbritannia: John Willy & Sons Ltd.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental*

- Psychiatry*, 37, 206-212.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881–888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.
- Wells, A. & Sembi, S. (2004). Metacognitive Therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318.
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., & Manchau, N. (1990). Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181–193.
- Wittchen, H. U., Fehm, L. (2003) Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 417, 4-18.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (1999). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia - findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 14, 118-131.
- Wong Q.J.J., Moulds M.L. (2010). Do socially anxious individuals hold positive metacognitive beliefs about rumination?. *Behaviour Change*, 27(2), 69-83.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health

- Organization. Norsk utgave: (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal.
- Wright, J. H. (2006). Cognitive behavior therapy: basic principles and recent advances. *Focus, 4*, 173-178.
- Zaider, T.I., Heimberg, R.G., Fresco, D.M., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (2003). Evaluation of the Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine, 33*, 611-622.