

Vil medikamentell tilleggsbehandling i form av
SSRI øke effekten av Kognitiv terapi?
– En foreløpig undersøkelse av et poliklinisk
utvalg.

Hovedoppgave – Profesjonsstudiet i psykologi ved Norges
Teknisk og Naturvitenskapelige Universitet, NTNU

Pål Inderberg Vestrum
[10.01.2011]

Abstract

Denne hovedoppgaven analyserer behandlingsresultater fra et studie på behandling av sosial fobi utført ved Norges Teknisk – og Naturvitenskapelige Universitet NTNU. Pasientene (N=42) oppfylte ved behandlingsstart DSM-IV-kriteriene for generell sosial fobi eller spesifikk sosial fobi. De er via randomisering fordelt i to grupper. Den ene gruppen mottok kognitiv atferdsterapi etter en behandlingsmodell av Wells & Clarke over maksimalt 12 uker. Den andre gruppen mottok, i tillegg til samme type kognitiv terapi, medisinsk behandling med SSRI-preparatet Seroxat mens terapien pågikk, og ytterligere 12 uker etter behandlingsslutt. Behandlingseffekt ble målt med selvrapportskjema. Fear of Negative Evaluation scale (FNE)(Watson & Friend, 1969, (oversatt til norsk)), Beck Anxiety Inventory(BAI)(Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988(oversatt til norsk)) og Social Phobia Rating Scale(SPRS) (A. Wells 1997, oversatt til norsk av H.M. Nordahl og P.A. Vogel) er de tre skjemaene som blir analysert i denne oppgaven. Målingene ble foretatt ved behandlingsstart, umiddelbart etter behandlingsslutt og ved oppfølgingssamtale 12mnd etter behandlingsslutt(heretter ”follow-up 12 mnd.”) Resultatene viser at det ved behandlingsslutt ikke var noen statistisk signifikant forskjell i behandlingseffekt mellom de to gruppene.

1.	Innledning:	1
1.1	Utbredelse av lidelsen.....	2
1.2	Utbrudd av lidelsen, kjønnsforskjeller, lidelsesforløp, og pasienters livspåvirkning av lidelsen.	2
1.3	Komorbide lidelser	3
1.4	Kombinasjonsbehandling eller ikke?.....	5
2.	Hypoteser for oppgaven:	5
3.	Behandling av sosial fobi.	6
3.1	Kognitiv atferdsterapi.	6
3.1.1	Clark & Wells` modell for sosial fobi og behandling av denne.....	7
3.2	Medikamentell behandling.	11
	MAO-inhibitorer	12
	Benzodiazepiner:	12
	SSRI-preparater	12
4.	Metode.....	14
4.1	Mål på sosial fobi som analyseres i denne oppgaven:.....	14
4.2	Gruppenes ulike behandling:	16
4.3	Dataanalyser:	17
	SPRS.....	17
	FNE	18
	BAI.....	18
5.	Resultater:.....	18
5.1	SPRS:.....	18
5.2	FNE:.....	20
5.3	BAI:	21
6.	Diskusjon:.....	22
7.	Konklusjon:	25
8.	Referanseliste:	26

1. Innledning:

Leary et.al. (1995) snakker om hverdagens sceneskrek. Det er følelsen av å være nervøs, selvbevisst og usikker før og under møte med andre mennesker. Folk opplever angst i en rekke sosiale situasjoner; fra store, viktige møter til trivielle sammenkomster. Man kan bli nervøs ved jobbintervju, i interaksjon med det motsatte kjønn, i samtaler med sjefen eller i konversasjon med fremmede. Sosial fobi er tidlig beskrevet av Marks & Gelder (1966). De beskrev det som frykten for å se tåpelig ut foran andre, da med hovedfokus på de mest vanlige uttrykksformene; spise foran andre, snakke foran andre og andre typer atferd på sosiale arenaer. Den Diagnostiske og Statistiske manual for Mentale forstyrrelser (DSM-4) beskriver sosial angst som en intens, irrasjonell og varig redsel for å bli lagt merke til eller bli negativt evaluert av andre (American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th. Edn., American Psychiatric Association: Washington, DC).

En viss engstelse eller nervøsitet i sosiale situasjoner er svært vanlig. De fleste kan føle en viss ansenhet i møte med visse sosiale situasjoner, kanskje spesielt hvis denne inneholder en form for opplevd krav til prestasjon. Det er først når angsten blir så alvorlig at den hindrer personen i å utføre selv de enkleste og dagligdagse oppaver at en kaller det sosial fobi.

Hos mennesker med denne lidelsen vil redselen for sosiale situasjoner kunne fremprovosere alt fra mildt ubehag til panikkanfall (Bruce J.T et.al. 1999). Sosial fobi deles inn i to subtyper; generalisert sosial fobi og spesifikk sosial fobi. Generalisert sosial fobi innebærer en frykt for negativ evaluering i de fleste sosiale situasjoner. Spesifikk sosial fobi innebærer en frykt for et begrenset antall sosiale situasjoner, for eksempel frykt for å snakke foran et publikum eller frykt for å spise foran andre (American Psychiatry Association, 1994).

Sosial fobi er underrapportert og underdiagnostisert, men forskning viser at lidelsen er den mest vanlige angstlidelsen, og den tredje mest vanlige psykiske lidelsen (Bruce J.T. et al

1999). Behandling av sosial fobi gjøres både medikamentelt og via psykoterapi, eller ved en kombinasjon av de to behandlingsformene. Det er imidlertid lite forskning om grupper som mottar samme type psykoterapi, men som enten får eller ikke får medikamentell oppfølging i tillegg.

1.1 Utbredelse av lidelsen

Sosial angstlidelse, også omtalt som sosial fobi, har lenge vært underrapportert og underbehandlet (Bruce J.T et.al.1999). Nyere epidemiologiske studier har vist at sosial fobi har en livstidsprevalens på 13,3 prosent og en ett-års-prevalensrate på 7,9 prosent i et utvalg av befolkningen i USA. Dette gjør lidelsen til den tredje mest utbredte psykiske lidelsen etter rusmisbruk og depresjon (Kessler RC, McGonagle DK, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al.(1994). Av rapporten *Cost of disorders of the brain in Europe* fra 2004 framgikk det at om lag 582000 mennesker i Norge var rammet av angstlidelser, og at det kostet samfunnet 5,4 milliarder kroner (H.U Wittchen et. al. 2004). Hvor stor del av dette antallet mennesker som var rammet av sosial fobi sier rapporten ingenting om, men siden sosial fobi er tidligere er funnet å være den mest utbredte angstlidelsen,(Kessler et.al.(1994), er det rimelig å anta at et stort antall av disse menneskene har sosial fobi.

1.2 Utbrudd av lidelsen, kjønnsforskjeller, lidelsesforløp, og pasienters livspåvirkning av lidelsen.

Lidelsen har som oftest utbrudd i alderen mellom 11 og 19 år. Utbrudd etter 25års alder er sjelden (Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM.(1992) og (Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM., 1990). Sosial fobi er kronisk og tilbakevendende hvis pasienten ikke mottar behandling for det. Selektiv unngåelse av sosiale situasjoner kan medføre midlertidig reduksjon av symptomer, men etterlater vanligvis personens underliggende frykt intakt. I en studie rapporterte omtrent halvparten av pasientene at lidelsen hadde hatt sitt utbrudd etter en spesifikk ydmykende eller pinlig opplevelse. De andre pasientene rapporterte at de alltid hadde hatt problemer med sosial angst

(Øst, L. G. & Hugdahl, K. (1981). Lidelsen fører ofte til alvorlige livsvansker for pasienten, som er vanskelige å forandre på. Omtrent 85 prosent av pasientene med lidelsen i en studie, opplevde akademiske vansker og vansker i arbeidslivet på grunn av sine problemer på sosiale arenaer (Bruce, T. J. et. al.(1999). I en epidemiologisk studie av rapporterte halvparten av et utvalg av amerikanske pasienter med sosial fobi at de ikke klarte å fullføre high school. 70 prosent var, i denne studien, innen den laveste sosioøkonomiske halvdel av befolkningen, og om lag 22 prosent var trygdede. Litt flere kvinner enn menn rammes av sosial fobi (Schneier et. al. 1992). En studie viste at sosial fobi medførte økt risiko for nevrologiske lidelser. Sosial fobi var også forbundet med økt risiko for selvmordsforsøk, antisosial atferd, dårlige skoleprestasjoner i ungdommen, dårligere fysisk helse, dårlig fungering i arbeidslivet, redusert sosial interaksjon og dårlig sosial støtte (Davidson, J. R. Hughes, D. L. George, Linda K. Blazer, D. G. 1993). Selv om de fleste studier på sosial angst er utført i Nord-Amerika, Europa og Australia, er ikke dette et unikt vestlig problem. Krysskulturelle studier viser at sosial angst opptrer i alle kulturer som er studert og at prevalensen er minst like høy i østlige kulturer som India, Japan og Saudi-Arabia (Chaleby et.al., 1987 i Leary & Kowalski, 1995).

1.3 Komorbide lidelser

Omtrent halvparten av personer med sosial fobi har komorbide psykiske lidelser, eller ruslidelser (Katzelmick D, 1998), (Sanderson, et al, 1990 i Bruce, T.J et al 1999).

Longitudinelle studier viser at sosial fobi oppstår før de komorbide lidelsene i omtrent 70% av tilfellene, noe som kan tyde på at de komorbide lidelsene oppstår som følge av sosial angst (Schneier et al, 1992). Personer med sosial fobi har fire ganger høyere risiko for å utvikle depresjon enn gjennomsnittet. Hvis pasienter med sosial fobi utvikler depresjon vil man se at den sosiale angsten nesten alltid har utspring før depresjonen (Kessler R. C., Stang, P. Wittchen, H.U., Stein, M., Walters E.E. 1999). Alkohol- eller rusmisbruk er blant de vanligste

komorbide lidelsene i forbindelse med sosial fobi. Pasienter med sosial fobi kan stå i fare for å utvikle en ruslidelse på grunn av selvmedisinering med alkohol eller andre rusmidler. Denne selvmedisineringshypotesen ble blant annet undersøkt i en studie av Carrigan & Randall. Resultatene viste både at personer med sosial angst har en økt tendens til å bruke alkohol for å mestre sosiale situasjoner og at alkohol ikke hjelper mot angsten i særlig grad (Carrigan & Randall, 2003). Undersøkelser har også vist at lang tids bruk av alkohol forverrer symptomene på sosial angst (Kushner & Thuras, 2000 i Carrigan & Randall, 2003), noe som kan tenkes å lede personen inn i en ond sirkel. Man bruker altså alkohol for å døyve redselen for sosiale situasjoner, men ender opp med at den forsterkes. Et annet studie viser at opp mot 16 % av alle pasienter med sosial fobi misbruker alkohol, og mange pasienter som søker behandling for rusmisbruk oppfyller diagnosekriterier for sosial fobi (Schneier F.R. Martin L.Y. Liebowitz M.R. Gorman J.M. Fyer A.J. 1989).

Sosial angst er altså en psykisk lidelse der personen er plaget av sterk angst for å gjøre ting sammen med andre. Personen kan vegre seg for å snakke med andre, og vil ikke komme i sentrum for oppmerksomhet. Vedkommende vil, i den sosiale siuasjonen, kunne ha en følelse av at de skjelver på hendene eller rødmer. Man kan få hodepine, diare, ustebesvær, trang til vannlatning, kvalme og oppkast. Disse symptomene kan utvikle seg til panikkanfall. En strategi for å unngå denne angsten kan rett og slett være å unngå sosiale situasjoner (Dr.med. Holsten, F 2005).

Prediktorer for gode behandlingsresultater er blant annet funnet å være utbrudd av lidelsen etter fylte 11 år, ingen komorbide lidelser og høyere utdanning (Davidson, J. R. Hughes, D. L. George, Linda K. Blazer, D. G.(1993).

1.4 Kombinasjonsbehandling eller ikke?

Det finnes effektive behandlingsformer mot sosial fobi; både medikamentelle og psykoterapeutiske. Både medikamenter og psykoterapi brukes i stor grad av behandlere, og med gode resultater. I studien som datamaterialet i denne oppgaven kommer fra, brukes medikamentet Seroxat. Dette er en spesifikk serotoninreopptakshemmer (SSRI). Jeg vil beskrive forskning på ulike medikamentelle behandlingsformer for sosial fobi under punkt 4.2. SSRI er funnet å ha god effekt mot sosial fobi, og å ha færrest bivirkninger av de medikamentene som er funnet å ha god effekt, samt at det er enkelt å administrere. Av psykoterapeutiske metoder har kognitiv atferdsterapi vist seg å ha god effekt. Dette vil beskrives nærmere i punkt 4.1 i oppgaven. En studie fra 1996 viste at SSRI-preparatet Fenelzin og gruppebasert kognitiv atferdsterapi var like effektive etter 12 ukers behandling. Halvparten av pasientene som mottok Fenelzin hadde imidlertid fått tilbakefall seks måneder etter behandlingsslutt, mens de fleste som mottok kognitiv terapi fortsatt fungerte godt (Sutherland, Tupler, Colket, & Davidson, 1996). I en gjennomgang av behandlingsformer fra 2000 konkluderes det med at det kan se ut som om medikamentell behandling har raskest effekt og best korttidseffekt, mens kognitiv atferdsterapi har bedre effekt over tid (Gråwe & Nordahl, 2000). Med dette som utgangspunkt kan det være betimelig å spørre om en kombinasjonsbehandling ville være det beste. Man ville kanskje kunne vente raskere resultater og bedre korttidseffekt hos pasienter, men samtidig god langtidseffekt. Dette er også noe av bakgrunnen for studien som datamaterialet i oppgaven er hentet fra.

2. Hypoteser for oppgaven:

Jeg setter opp som hovedhypotese at kognitiv terapi med SSRI vil øke effekten av Kognitiv terapi ved bedre effekt på SPRS, og FNE. Av dette kan det utledes at resultatene for de to

gruppene som undersøkes vil være forskjellige, både umiddelbart etter behandlingsslutt og ved rediagnostisering 12 mnd etter behandlingsslutt. I tillegg antar jeg at begge behandlingsformene vil ha signifikant effekt på reduksjon av sosial angst.

3. Behandling av sosial fobi.

3.1 Kognitiv atferdsterapi.

Kognitiv atferdsterapi er dokumentert å ha god effekt på pasienter med sosial fobi. Et metastudie over behandlingsmetoder for sosial angst viste at alle former for kognitiv terapi har moderat til god effekt på sosial fobi. Her inkluderes kognitiv terapi uten eksponering, eksponeringsterapi, avslapningsøvelser (applied relaxation) og kognitiv terapi kombinert med eksponeringstrening. Studien konkluderer med at det er vanskelig å finne målbare forskjeller mellom de ulike typene kognitiv terapi, og at bare kognitiv terapi kombinert med eksponering har bedre effekt ved 12 måneders oppfølgingssamtale enn placebobehandling ved samme måletidspunkt. Sistnevnte funn er imidlertid vanskelig å replisere, og må ansees som usikkert (Rodebaugh, T.L, Holaway, R.M, Heimberg, R.G.; 2004). Det er blitt diskutert hvorvidt det er nødvendig med kognitiv terapi i tillegg til eksponeringsterapi. Dette kan være et betimelig spørsmål, all den tid eksponeringsterapi har vist seg å være en effektiv terapiform. I en artikkel publisert i *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (1999), argumenterer Morgan, H. og Raffle C. for at redusering av tryggingssatferd gjennom kognitiv terapi hjelper mot sosial fobi (Morgan & Raffle, 1999). Battersby, M. argumenterer i et brev, som respons til denne artikkelen, for at eksponeringsbasert atferdsterapi allerede inneholder det å kartlegge og fjerne vaner og typer av atferd som fungerer for å unngå angst. Han sier at kognitiv restrukturering ikke kan bevises å være en nødvendig del av behandling av sosial fobi, siden kartlegging av slik tryggingssatferd allerede er en del av en standard atferdsterapi, og at resultatene avhenger av at terapeuten klarer å lage et effektivt eksponeringsprogram som fjerner tryggingssatferd i en passende grad og dermed oppnår at pasienten eksponeres for

angsten i en grad som ikke er for sterk eller for svak. Dette er i følge ham en like effektiv metode som kan være tidsbesparende i forhold til kognitiv terapi av lengre varighet (Battersby, 2000). I Morgans respons til dette brevet skriver han at kognitiv restrukturering kan være nødvendig for at pasienten skal forstå hvordan hans atferd fungerer som tryggingsatferd. Han beskriver at også tankemønstre kan fungere som tryggingsatferd all den tid det er ment å forhindre pasienten i å oppleve angsten fullt ut. Han sier også at slike tankemønstre best kan forstås via en kognitiv modell, hvor de tjener hensikten å unngå en tenkt negativ konsekvens av situasjonen. En kognitiv modell kan derfor være brohode mellom tryggingsatferden og den underliggende forventningen om katastrofe. Han argumenterer videre med at pasienter lett kan forstå termen ”tryggingsatferd” og at kognitiv kartlegging av denne og underliggende ideer kan gi pasienten og terapeuten økt innsikt i pasientens psyke (Morgan H. 2000).

3.1.1 Clark & Wells` modell for sosial fobi og behandling av denne

Clark & Wells(1995) har utviklet en modell for forståelse og behandling av sosial fobi. Denne modellen er brukt som utgangspunkt for behandlingen i forskningsprosjektet som denne oppgaven henter materiale fra. Modellen kan forklares via fire underpunkter:

1. Kognitive prosesser i tenkning omkring selvet i en sosial situasjon.
2. Negative automatiske tanker som en fasilitator av negativ atferd.
3. Selvfokusert oppmerksomhet.
4. Atferd som utføres med mål å begrense angst eller unnvike den angstskapende situasjonen, såkalt tryggingsatferd (saftey behavior)

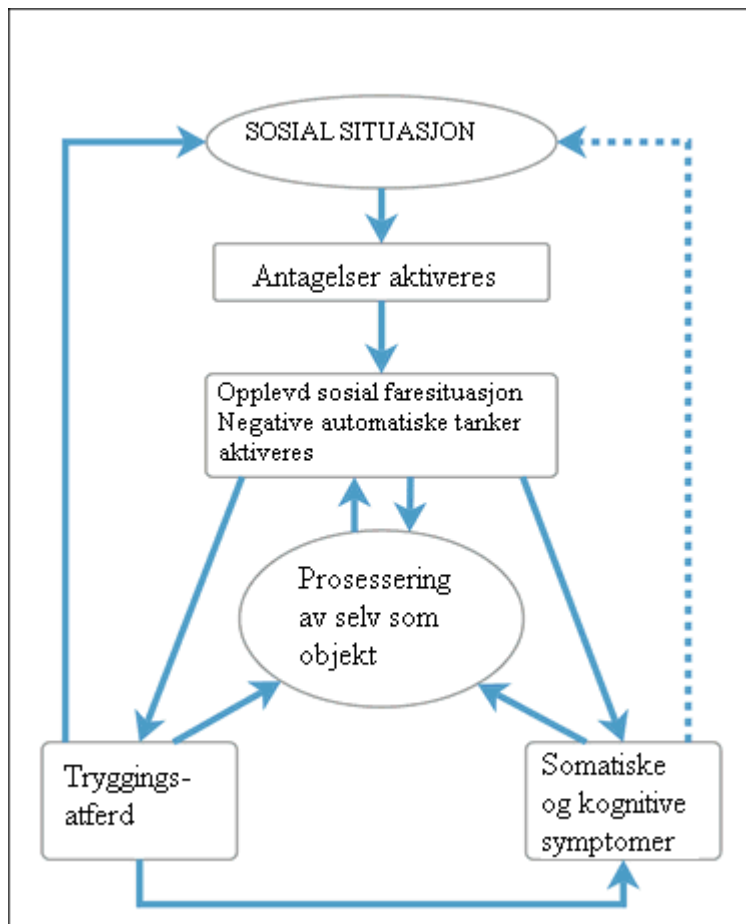
Clark & Wells beskriver følgende kognitive modell for sosial fobi;

I møte med en sosial situasjon aktiveres bestemte regler (for eksempel ”jeg må alltid gi inntrykk av å være en smart fyr”), antagelser (for eksempel ”ingen ville like meg hvis de

visste hvordan jeg egentlig er”) eller ideer om en selv(for eksempel ”jeg er et kjedelig menneske”). Når personen tror de står i fare for å bli evaluert negativt av andre forekommer et skifte i oppmerksomheten. Fra å ha oppmerksomhet rettet utover mot det som foregår rundt en, til å fokusere på indre prosesser og på hvordan man selv framstår for andre. Et skifte til innadrettet oppmerksomhet altså. Personer med sosial angst bruker informasjon fra sin egen opplevelse av seg selv til å bestemme hvordan andre oppfatter dem. Hvis personen tenker at han er dum blir dette et tegn på at andre også opplever ham som dum. Merker han at han skjelver på hendene vil dette være et tegn på at andre ser at han skjelver. Bildet personen får av seg selv er negativt ladet og assosieres med følelsen av å være engstelig. Personen inntar et observatørperspektiv hvor han observerer seg selv i et overdrevet negativt lys. Innholdet i dette bildet kan for eksempel inkludere rødming, stamming, pipende stemme, skjelving og klumsethet. Bildet representerer ikke det personene rundt ham ser, men et forvrengt negativt bilde hvor alt negativt er framhevet. For å unngå situasjonene og angsten i dem bruker personen atferdsstrategier kalt tryggingsatferd. Tryggingsatferd og dens rolle i opprettholdelsen av sosial fobi ble beskrevet av Salkovskis. Salkovskis beskrev hvordan ”in-situation safety behaviors” kunne forsinke eller forhindre at eksponering under angstbehandling hadde angstreduserende effekt, gjennom at pasienten blir forhindre fra å forstå at fraværet av en fryktet hendelse(for eksempel at folk peker og ler eller at man besvimer) betyr at situasjonen er mindre farlig enn de trodde (Salkovskis, 1991 og 1996). Clark & Wells` modell for forståelse av sosial angst er sterkt influert av analysen til Salkovskis (Clark, 1999). Tryggingsatferd er atferd som er ment å hindre at sosiale ”faresituasjoner” oppstår, eller atferd som skal skjule hvor nervøs personen er i en aktuell situasjon. Det kan også være tankemåter eller unngåelse. Eksempler på slik atferd kan være å unngå øyekontakt, trekke pusten nøye før man snakker for å unngå at man går tom for luft, holde hardt i koppen for å ikke søle, si minst mulig for å ikke si noe dumt, unngå steder eller

arrangementer hvor man kan ende opp i oppmerksomhetens fokus, bruk av alkohol eller overdreven tendens til å spørre for å unngå å få oppmerksomheten rettet mot sin egen person. Det problematiske med tryggingsatferd er at den forhindrer at personen opplever at han ikke dummer seg ut (ved for eksempel å unngå sosiale situasjoner som kunne ha vært positive erfaringer), at den kan øke selvfokuseringen og selvmonitoreringen som et ledd i å undersøke om atferden fungerer slik den er tenkt, og at atferden i seg selv øker de kroppslige symptomene på angst (holde armene knyttet fører til økt opplevelse av svetting), samt at den økte oppmerksomheten og selvmonitoreringen gjør at personen blir mer oppmerksom på sine egne indre angstsymptomer. Tryggingsatferd kan også forårsake nettopp det personene er redd for, nemlig at han oppleves som kjedelig, kald og uinteressert, eller at han får oppmerksomhet generelt på grunn av en merkelig atferd. Dette blir da en selvoppfylgende profeti, all den tid atferden var ment å forhindre en antatt sosial "katastrofe". En tredje opprettholdende faktor ved sosial fobi, som beskrives av Clark & Wells, er grubling før eller etter sosiale situasjoner. Personen grubler og gruer seg foran en situasjon, og ser for seg hvordan han vil dumme seg ut og hva andre vil tenke om ham. Etter en sosialt engstelig situasjon vil personen ofte tenke tilbake på, og evaluere situasjonen. Evalueringen og grublingen før situasjonen er svært negativt farget av antagelser og forvridde bilder av hvor negativt man framsto eller vil framstå (Clark & Wells, 1995).

Modellen for hvordan kognitive prosesser foregår er denne;



(Figur 1, kognitiv modell av sosial fobi(Clark & Wells, 1995))

Vi ser at i en sosial situasjon aktiveres antagelser om hva som kommer til å skje og hvordan andre oppfatter en, noe som så aktiverer negative automatiske tanker om hvordan man vil oppfattes, noe som gjør at man driver med tankemessig prosessering av seg selv som objekt, en selvfokusert observatørrolle. De negative automatiske tankene aktiverer somatiske og kognitive angstsymptomer og gir motivasjon for tryggingsatferd som gir forsterkende effekt på somatiske og kognitive symptomer(tankekaos og kroppslige angstsymptomer).

Tryggingsatferden, hans opplevelse av kroppslige symptomer og vansker med å tenke klart bidrar hele tiden også til at han får et oppmerksomhetsfokus som er rettet inn mot sin egen person, altså prosessering av selv som objekt.

Behandlingsmodellen fra Clark & Wells går ut på å gjøre personen oppmerksom på tryggingsatferdens negative rolle i deres lidelse, å korrigere negative bilder av, og antagelser om en selv, og å få personen til å slutte med tryggingsatferd. I tillegg kartlegges personens negative automatiske tanker for at han skal være i stand til å kjenne disse igjen og forholde seg til dem på en mer adaptiv måte. Dette kan gjerne skje gjennom utprøving av sosiale situasjoner hvor personen vekselvis benytter og ikke benytter tryggingsatferd. Dette øker sjansen for at personen skal lære at sosiale situasjoner ikke nødvendigvis innebærer katastrofe, og at han opplever at andre har et mindre negativt bilde av ham enn han selv trodde. Behandleren kan benytte videofilming av sosiale eksperiment med pasienten i hovedrollen. Ved å vise ham opptaket vil behandleren kunne bevise for pasienten at bildet han har av seg selv ikke stemmer med det man i virkeligheten ser som observatør. Personen stammer kanskje ikke så mye som han trodde, rødmer kanskje ikke så mye, skjelver kanskje ikke så mye. Gjennom å filme pasienten mens han utfører sosialt utfordrende oppgaver og vekselvis benytter og ikke benytter tryggingsatferd, kan han selv se hvordan tryggingsatferden bidrar til problemet heller enn å løse det. Man kan også bruke eksponeringseksperiment foran grupper av hjelpere eller andre som etterpå kan fortelle pasienten hvordan de oppfattet ham. Denne vil da mest sannsynlig få andre, og oftest mindre negative, evalueringer fra publikum enn han forventet. På samme måte kan pasienten vekselvis bruke og ikke bruke tryggingsatferd for å se effekten av denne. Terapimodellen er utarbeidet som et tolv ukers program, men kan forlenges eller forkortes alt etter pasientens behov. (Manualen for behandlingen vises i vedlegg 1. i denne oppgaven).

3.2 Medikamentell behandling.

Medisinsk behandling av sosial fobi er vanlig, og flere typer legemidler er vist å ha effekt på lidelsen. Spesifikt kan nevnes Monoaminoksydasehemmere(MAO-inhibitorer), spesifikke serotoninreopptaksinhibitorer (SSRI) og benzodiazepiner.

MAO-inhibitorer: I en studie fra 1991 ble det vist at omtrent to tredeler av pasientene vil ha klinisk signifikant bedring ved bruk av MAO-inhibitorer. MAO-inhibitorer kan imidlertid ofte ha alvorlige bivirkninger for pasienten (Gelernter C.S., Uhde T.W., Cimboic P., Arnkoff D.B., Vittone B.J., Tancer M.E., et al. (1991).

Benzodiazepiner: Benzodiazepiner er svært ofte effektive på kort sikt, med en hurtig angstdempende effekt, men har noen store bakdeler i behandling av sosial fobi. Kontrollerte studier av alprazolam og clonazepam har vist bedring hos henholdsvis 40 og 80 prosent av pasientene (Gelernter et. al. 1991, og Davidson JR, Potts N, Richichi E, Krishnan R, Ford SM, Smith R. 1993), men det viser seg ofte at doseringen ikke er tilstrekkelig over lengre tid, og at faren er stor for akutt tilbakefall av symptomer (Gelernter C.S. et. al. 1991).

Benzodiazepinbehandling kan også være risikabelt fordi pasientene kan utvikle en toleranse og avhengighet av dem. Pasienter med sosial fobi er som nevnt ovenfor, en risikogruppe for ruslidelser, så det er naturlig å tenke at man bør være forsiktig og oppmerksom ved bruk av mulige avhengighetsskapende medisiner.

SSRI-preparater: SSRI-preparatet Seroxat (med virkemiddelet Paroxetine), som er legemiddelet som brukes i denne studien, var frem til 2003 det eneste legemiddelet som var godkjent indikert for behandling av sosial fobi av Statens Legemiddelverk. Mange studier har vist at sosial fobi kan behandles effektivt med SSRI-preparater. Store kontrollerte studier av effekten av paroxetinepreparater og fluvoxamin på sosial fobi rapporterer positiv effekt. I et studie ble 187 personer som møtte DSM-IV-diagnosekriteriene for generell sosial angst behandlet med enten Paroxetine eller placebo. 55% av pasientene i gruppen for paroxetinebehandling opplevde signifikant bedring etter endt behandling (Stein MB,

Liebowitz MR, Lydiard RB, Pitts CD, Bushnell W, Gergel I. 1998). Et studie fra Sør-afrika, med 93 deltakere med sosial fobi, viste signifikant bedring for gruppen med paroxetinebehandling og større effekt av paroxetine enn placebogrupperen (Stein DJ, Berk M, Els C, Emsley RA, Gittelson L, Wilson D, et al. 1999). I nok en studie ble 92 pasienter med sosial fobi behandlet med fluvoxamine. Resultatet viste signifikant bedre resultat for pasientene som ble behandlet med fluvoxamine enn for pasientene i placebogruppa, henholdsvis 44,9 prosent og 22,7 prosent av de to gruppene responderte at de var ”mye bedre” eller ”svært mye bedre” (Stein MB, Fyer AJ, Davidson JR, Pollack MH, Wiita B, 1999).

I tillegg kommer mindre studier av ulike SSRI-preparater, som også viser at behandling med SSRI er effektivt for mange pasienter med sosial fobi. Et mindre, dobbelt-blindt, placebo-kontrollert studie viste at SSRI-preparatet sertraline(Zoloft) hadde klinisk signifikant effekt på 12 pasienter med sosial fobi (Katzelnick D, Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Mantle JM, Serlin RC.(1995). I et annet studie med 60 pasienter delt i to randomiserte grupper som hver fikk enten fluoxetine eller placebo, fant man at begge gruppene hadde klinisk signifikant bedring, men at forskjellen mellom gruppene ikke var signifikant. Dette er uvanlig, da placebo oftest har en dårligere effekt enn SSRI-preparater på sosial fobi. Studien gir likevel evidens for at SSRI er effektivt i behandling av sosial fobi (van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG. 1994). Et studie av Bouwer C, Stein DJ, (1998) viste at av 22 pasienter med sosial fobi, behandlet med citalopram, hadde 86 prosent av pasientene klinisk signifikant bedring etter 12 ukers behandling (Bouwer C, Stein DJ, 1998). En metastudie på behandlingseffekt av SSRI ved sosial fobi fastslår at SSRI-preparater som gruppe har god effekt på mellom 50 og 70 prosent av pasienter med sosial fobi (Bruce T.J. et. al. 1999). Siden SSRI har mindre alvorlige bivirkninger enn MAO-inhibitorer, vil det ofte være naturlig å prøve det før man prøver MAO-inhibitorer og andre legemidler.

4. Metode

Behandlingen ble utført på pasienter med diagnosen primær sosial fobi. Aldersspennet gikk fra 17 til 63 år, med en gjennomsnittsalder på 31,6 år. Av disse var 18 kvinner og 24 menn. Til sammen 42 pasienter gjennomførte behandlingen i med de to behandlingsformene som undersøkes her.

Pasientene var hentet fra studien ”*A randomised, Triple blind, Placebo-controlled Trial Comparing the Effects of Cognitive Therapy (CT), Paroxetine and both CT and Paroxetine in the Treatment of Patients with Primary Social Phobia*” ved de Psykologiske Poliklinkker, NTNU. Alle pasientene var vurdert til å tilfredsstillende diagnosen primær sosial fobi (DSM-IV; APA, 1994) av erfarne klinikere ved bruk av SCID-I og SCID-II, samt klinisk intervju. Inklusjonskriterier var at symptomene hadde vart i minst ett år, og at pasienten var mellom 18 og 65 år. Eksklusjonskriterier var kjente somatiske lidelser, graviditet eller at man ammet barn, psykoser, suicidale symptomer, alvorlig depressiv lidelse, PTSD, kluster A-, eller kluster B- personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk. Pasienter som hadde tatt et SSRI-preparat i løpet av de siste 6 måneder, ble ikke inkludert. Pasientene ble randomisert inn to grupper ved inntak.

Som mål på behandlingseffekt ble det benyttet spørreskjema. Skjemaene som denne oppgaven analyserer presenteres under.

4.1 Mål på sosial fobi som analyseres i denne oppgaven:

1. ”Frykt for å bli vurdert negativt” (FNES; (Watson & Friend, 1969), oversatt til norsk av Hoffart, Modum Bad 1999)

Dette er et spørreskjema i 30 ledd med sant/ikke sant som svaralternativer. Det registrerer frykt for å bli vurdert negativt av andre mennesker. Eksempel på ledd kan være ”Jeg er ofte redd for at jeg skal se latterlig ut eller dumme meg ut”, og ”Det at andre misliker meg har liten virkning på meg”. Forandringer i FNES-skåre er vist å predikere behandlingsresultat

(Mattick, Peters, & Clarke, 1989). Frykt for å bli evaluert negativt er en viktig bestanddel av sosial fobi (American Psychiatric Association, 1994). Måleskjemaet er derfor mye brukt innen forskning og diagnostisering av sosial fobi. Orsillo(2001) konkluderer i en evaluering av måleredskaper for angst at FNE ser ut til å være et godt måleredskap i så måte.

2. Social Phobia Rating Scale(SPRS) (Wells, 1997, Norsk oversettelse av Hans Nordahl & Patrick A. Vogel).

Dette er et spørreskjema i 5 ledd som undersøker ulike aspekter ved sosial fobi postulert av Clark & Wells i deres modell for sosial fobi (Clark & Wells 1995). De tre første spørsmålene omhandler henholdsvis hvor forstyrrende pasienten har opplevd sin angst å være siste uke, hvor mye han har unngått sosiale situasjoner siste uke, og hvor selvopphengt han har følt seg i sosiale situasjoner siste uke. Disse spørsmålene blir i denne oppgaven analysert hvert for seg. De to siste spørsmålene handler om hvor mye tryggingstferd pasienten har brukt og hvor mye pasienten selv tror på et bestemt utvalg negative tanker når han er nervøs. Disse leddene blir ikke analysert i denne oppgaven.

3. Beck Anxiety Inventory(BAI)

Dette er et selvrapportskjema på 21 ledd som er deskriptive utsagn om opplevde angstsymptomer. De er gradert på en firepunktskala fra 0(ikke i det hele tatt) til 3(mye plaget) Skårer kan variere fra 0-63. Man kan dele respondentene i grupper ut fra totalskårer. Gruppene er 0-7(minimal angst), 8-15(mild angst), 16-25(moderat angst), 26-63(alvorlig angst). BAI er vist å ha god test-retest reliabilitet($r=0.75$) og utmerket intern konsistens (0,92) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

4.2 Gruppenes ulike behandling:

Gruppe 1 ble behandlet med manualbasert kognitiv eksponeringsterapi for sosial fobi utviklet av A. Wells (2002) (Se vedlegg 1). Behandlingen varte i maksimalt 12 uker med mindre symptomene ikke bortfalt. Behandlingen ble i så tilfelle avsluttet før 12. uke. Gruppe 1 refereres heretter til som KT-gruppen (Kognitiv Terapi)

Gruppe 2 mottok den samme typen kognitiv eksponeringsterapi i kombinasjon med behandling med Seroxat, et SSRI-preparat. Pasientene gjennomgår maksimalt 12 terapitimer fordelt over omtrent like mange uker, men i tilfelle bortfall av symptomer avsluttes terapibehandlingen tidligere. Medikamentell behandling strekker seg over 24 uker uavhengig av symptomtrykk. Gruppe 2 refereres heretter til som kombinasjonsgruppen.

Under følger en detaljert beskrivelse av behandlingsforløpet til gruppe 2:

Uke 0: Screening av psykiater, utdeling av medisin, psykofysiologisk testing.

Uke 1: Oppstart av kognitiv terapi.

Uke 2: Kognitiv terapi, samtale med psykiater og dokumentering av bivirkninger.

Uke 3: Kognitiv terapi.

Uke 4: Blodprøve tas på universitetslaboratoriet ved St. Olavs Hospital, kognitiv terapi, registrering av pasientens egen innsats og tro på behandlingen.

Uke 5: Kognitiv terapi.

Uke 6: Kognitiv terapi, samtale med psykiater, registrering av bivirkninger, registrering av pasientens egen innsats og tro på behandlingen.

Uke 7: Kognitiv terapi.

Uke 8: Kognitiv terapi.

Uke 9: Kognitiv terapi.

Uke 10: Kognitiv terapi.

Uke 11: Kognitiv terapi.

Uke 12: Rediagnostisering, psykofysiologisk retest og Kognitiv terapi.

Uke 16: Samtale med psykiater, registrering av bivirkninger, registrering av pasientens egen innsats og tro på behandlingen, samt oppfriskningstime med kognitiv terapeut.

Uke 20: Samtale med psykiater, registrering av bivirkninger, registrering av pasientens egen innsats og tro på behandlingen. Planlegging av seponering av medisin.

Uke 22: Oppfriskningstime med kognitiv terapeut.

Uke 64: Rediagnostisering.

4.3 Dataanalyser:

Analyser ble utført med SPSS 12.0 eller nyere versjoner, og alle tester ble utført med et signifikansnivå på 0,05, to-hala.

Gjennomsnittsskåre ved hvert av de tre registreringspunktene (oppstart, behandlingsslutt og follow-up 12 mnd) ble beregnet for hvert av de tre spørreskjemaene. Til dette brukes uavhengig t-test. Denne finner gjennomsnitt, standardavvik for de enkelte gruppene og forskjell mellom gruppenes gjennomsnittsskårer.

SPRS er inndelt i 5. De tre første leddene er spørsmål om hvor forstyrrende angsten har vært siste uke, hvor mye man har unngått sosiale situasjoner og hvor selvopphengt man har følt seg i sosiale situasjoner siste uke. Disse spørsmålene blir i denne oppgaven analysert hvert for seg, slik at man får tre meget spesifikke mål på hvordan den sosiale fobien har preget hverdagen til pasientene. De to siste leddene i **SPRS** blir ikke undersøkt i denne oppgaven.

For å finne ut om resultatene for de to ulike gruppene kan sies å være signifikant forskjellige bruker jeg uavhengig t-test. Siden vi ikke er interessert i varians innad i gruppen er det tilstrekkelig å sammenligne hver enkelt skåre med tilsvarende skåre på den andre gruppen for det bestemte tidspunkt for å finne ut om de to gruppene skårer signifikant forskjellig på noen ledd i spørreskjemaene.

FNE aggregeres til en enkelt skåre. Gruppens skårer sammenlignes med en uavhengig t-test med tilsvarende skårer hos den andre gruppen for å finne ut om de er signifikant forskjellige.

BAI aggregeres også til en enkelt skåre. Prosedyren for analyse av dette spørreskjemaet er den samme som for FNE.

5. Resultater:

Alle pasientene i studien oppfylte diagnostiske krav til sosial fobi ved oppstart. Mål på forskjeller i behandlingseffekt blir derfor forskjeller mellom skåre ved behandlingsslutt på de tre analyserte spørreskjemaene, og ved follow-up etter 12 måneder. Alle pasientene i studien viste statistisk signifikant bedring ved behandlingsslutt.

5.1 SPRS:

En uavhengig T-test på de tre første leddene i spørreskjemaet viser at KT-gruppen og kombinasjonsgruppen ikke hadde signifikant forskjellige skårer ved oppstart av terapien på noen av leddene i spørreskjemaet. Dette var også forventet, siden pasientene ble randomisert inn i sine grupper etter inntak i studiet. Figur 2-4 viser deskriptiv statistikk for de tre spørsmålene i spørreskjemaet.

Spørsmål 1

	KT-gruppe		Kombigruppe	
	Mean	SD	Mean	SD
Pretest	4,8	1,473	4,45	1,234
Posttest	1,61	1,29	1,89	1,696
FU-12 mnd	1,89	1,269	2	2

(Figur 2, deskriptiv statistikk for første spørsmål i SPRS)

Social Phobia Rating Scale (Wells, 1997)

Spørsmål 2

	KT-gruppe		Kombigruppe	
	Mean	SD	Mean	SD
Pretest	3,95	1,877	3,1	1,944
Posttest	0,94	1,259	1,11	1,524
FU-12 mnd	0,67	0,866	1,5	1,852

(Figur 3, deskriptiv statistikk for spørsmål 2 i SPRS)

Social Phobia Rating Scale (Wells, 1997)

Spørsmål 3

	KT-gruppe		Kombigruppe	
	Mean	SD	Mean	SD
Pretest	4,15	1,531	4,5	1,235
Posttest	1,33	1,283	1,68	1,376
FU-12 mnd	1,78	1,856	2	2,138

(Figur 4, deskriptiv statistikk for spørsmål 3 i SPRS)

Videre ser vi at begge gruppene viser bedring i form av lavere skåre på alle de tre leddene ved behandlingsslutt og ved follow-up etter 12 måneder. En uavhengig t-test på hvert av spørsmålene viser om forskjellen mellom gruppene er signifikant på noe tidspunkt. Under vises tabellene for dette.

Av denne tabellen leser vi at ikke finner signifikant forskjell mellom gruppens svar på det første spørsmålet i SPRS ved noen av måletidspunktene.

Social Phobia Rating Scale (Wells, 1997)

<u>Spørsmål 1</u>	t-verdi	df	P (tohal)	Forskjell	Standardfeil
Pretest	0,815	38	0,42	0,35	0,43
Posttest	-0,57	35	0,572	-0,284	0,497
FU-12 mnd	-0,138	15	0,892	-0,111	0,802

(Figur 5, uavhengig t-test for spørsmål 1 i SPRS ved alle måletidspunkt)

Av denne tabellen leser vi at ikke finner signifikant forskjell mellom gruppenes svar på det andre spørsmålet i SPRS ved noen av målepunktene.

Social Phobia Rating Scale (Wells, 1997)					
<u>Spørsmål 2</u>	t-verdi	df	P (tohala)	Forskjell	Standardfeil
Pretest	1,407	38	0,168	0,85	0,604
Posttest	-0,349	35	0,729	-0,161	0,461
FU-12 mnd	-1,213	15	0,244	-0,833	0,687

(Figur 6, Uavhengig t-test for spørsmål 2 i SPRS ved alle måletidspunkt)

Av denne tabellen leser vi ikke finner signifikant forskjell mellom gruppenes svar på det tredje spørsmålet i SPRS

Social Phobia Rating Scale (Wells, 1997)					
<u>Spørsmål 3</u>	t-verdi	df	P (tohala)	Forskjell	Standardfeil
Pretest	-0,796	38	0,431	-0,35	0,44
Posttest	-0,801	35	0,429	-0,351	0,438
FU-12 mnd	-0,23	15	0,822	-0,222	0,968

(Figur 7, uavhengig t-test for spørsmål 3 i SPRS ved alle måletidspunkt)

Det finnes altså ingen statistisk signifikant forskjell på gruppegjennomsnittet til gruppene på noen av leddene ved behandlingsslutt. Ved Follow-up 12 mnd har antallet respondenter krympet til henholdsvis N= 9 fra KT-gruppen og N=8 fra kombinasjonsgruppen. Dette er et svakt grunnlag for å si noe om forskjeller mellom gruppene.

5.2 FNE:

Ved oppstart av behandling ser vi at de to gruppene har en ikke-signifikant forskjell i skårer på FNE. Henholdsvis gjennomsnittlig 25,29 for CBT-gruppen og 23,80 for kombinasjonsgruppen. (N=21 og N=20)

Ved behandlingsslutt er gjennomsnitt for de to gruppene 11,52 og 12,11. Dette viser en signifikant bedring i symptomtrykk for begge gruppene. (N=21 og N=18) Ved Follow-up 12 mnd er antall respondenter mindre enn ønskelig (N=16 og N=13), men begge gruppene viser

har fremdeles et gjennomsnitt som viser at de aktuelle respondenter har en betydelig bedring i forhold til ved oppstart av behandling, henholdsvis 11,13 og 14,15.

	KT-gruppe		Kombigruppe	
	Mean	SD	Mean	SD
Før behandling	25,29	3,926	23,8	5,307
Ved behandlingsslutt	11,52	5,501	12,11	8,007
Follow up 12 mnd	11,13	6,313	14,15	7,381

(Figur 8, deskriptiv statistikk for gruppenes skåre på FNE ved alle måletidspunkt)

En uavhengig t-test viser om forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant ved noe måletidspunkt. Vi ser av tabellen under at vi ikke finner noen slik forskjell på gruppenes gjennomsnittsskårer ved noen av måletidspunktene. P-verdi er aldri lav nok til å kunne si noe sikkert om eventuelle forskjeller.

	t-verdi	df	P-tohala	Forskjell	Standardfeil
Pretest	1,022	39	0,313	1,486	1,453
Posttest	-0,27	37	0,789	-0,587	2,174
FU-12 mnd	-1,172	23,783	0,253	-3,029	2,585

(Figur 9, uavhengig t-test for gruppenes svar på FNE ved alle måletidspunkt.)

5.3 BAI:

Ved oppstart av behandling ser vi at gruppenes skårer er 19,18 (KT) og 18,25 (Kombigruppe) (N=17 og N=20) Dette plasserer begge gruppenes gjennomsnittsskåre i alvorlighetsgruppen for ”moderat angst” (skåre 16-25).

Ved behandlingsslutt ser vi at begge gruppene har oppgitt en signifikant reduksjon i opplevd angst. 5,89 for CBT-gruppen og 5,74 for kombinasjonsgruppen (N=18 og N=19). Begge gruppenes skårer er innen alvorlighetsgruppen for ”minimal angst”(skåre fra 0-7), altså en betydelig bedring i opplevd angst. Ved follow-up 12mnd ser vi at gruppene fortsatt har betydelig reduksjon i skårer sammenlignet med skårene fra behandlingsstart, henholdsvis 4,63 for CBT-gruppen og 7,43 for kombinasjonsgruppen (N=8 og N=7). Begge gruppene er

fremdeles innen alvorlighetsgruppen for ”minimal angst” (skåre fra 0-7). Tabellen nedenfor gjengir dette.

Beck Anxiety Inventory (Beck et. Al. 1988)				
	KT-gruppe		Kombigruppe	
	Mean	SD	Mean	SD
Pretest	19,18	8,669	18,25	9,279
Posttest	5,89	4,588	5,74	8,95
FU-12 mnd	4,63	3,701	7,43	7,185

(Figur 10, deskriptiv statistikk over gruppenes skårer på BAI ved alle måletidspunkt)

En uavhengig t-test på gruppenes skårer viser om det finnes statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på noe måletidspunkt. Av tabellen under ser vi at vi ikke finner noen statistisk signifikant forskjell mellom gruppenes skårer. P-verdi er aldri under et statistisk signifikant nivå, og det kan derfor ikke sies noe sikkert om eventuelle forskjeller ut fra denne analysen.

Beck Anxiety Inventory (Beck et. Al. 1988)					
	t-verdi	df	P (tohala)	Forskjell	Standardfeil
Pretest	0,312	35	0,757	0,926	2,971
Posttest	0,064	35	0,949	0,152	2,358
FU-12 mnd	0,97	-13	0,35	-2,804	2,891

6. Diskusjon:

Som forventet finner vi en signifikant bedring i symptomtrykk hos begge pasientgruppene.

Som beskrevet tidligere, er effektiviteten til SSRI og kognitiv atferdsterapi som behandling for sosial fobi vel dokumentert. (for eksempel Stein MB, Liebowitz MR, Lydiard RB, Pitts CD, Bushnell W, Gergel I. 1998, og Rodebaugh, T.L, Holaway, R.M, Heimberg, R.G.2004).

Målet med oppgaven var å finne ut om det er mer eller mindre effektivt å kombinere de to behandlingsformene enn å satse på bare kognitiv terapi alene. Et annet mål var å se om en av de to behandlingsformene hadde større varig effekt på pasientene. Et vanlig problem med sosial fobi er at pasientene får tilbakefall av symptomer etter endt behandling. Liebowitz og kolleger dokumenterte for eksempel i 1999 at personer i et studie av langtidseffekt av medikamentell behandling med Phenelzine og behandling med kognitiv terapi, hadde større

tilbakefall ved bruk av medisiner enn ved kognitiv terapi (Liebowitz et.al 1999). Clark & Wells beskriver en selvforsterkende effekt av lidelsens symptomer. Spesielt nevnes at tryggingsatferd forsterker og opprettholder lidelsen. Med utgangspunkt i denne teorien er det naturlig å tenke seg at en effektiv psykologisk behandlingsform reduserer pasientens tendens til atferd som forsterker symptomene. Behandlingsmodellen til Clarke & Wells går blant annet spesifikt ut på å gjøre pasienten oppmerksom på sin egen tryggingsatferd og sine egne automatiske negative tanker, slik at han kan redusere tryggingsatferden og evaluere de negative automatiske tankene mer realistisk, for slik å begrense begge deler. En sentral del av behandlingen ligger i å overbevise pasienten om at nevnte tryggingsatferd forsterker angsten hans og øker sannsynligheten for at han får angst, og at tankene er urealistisk negative. Pasienten selv er oftest av den oppfatning at tryggingsatferden virker preventivt, både på angsten direkte og på sjansen for å havne i situasjoner som kan være angstfremkallende. For å oppnå dette benyttes for eksempel rollespill, hvor pasienten utfører angstfremkallende handlinger, mens han bes om vekselvis å gjøre så mye tryggingsatferd som mulig og å la være å benytte tryggingsatferd. I følge behandlingsmodellen, er en forutsetning for at pasienten skal oppnå varig bedring at pasienten virkelig tror på at han gjennom å kutte ut tryggingsatferd kan redusere angsten sin. Ifølge Wells er en viktig forutsetning for at dette skal skje at han opplever merkbar forskjell mellom de gangene han benytter tryggingsatferd og de gangene han ikke gjør det. Hvis han opplever at angsten blir sterkere når han benytter tryggingsatferd enn hvis han lar være å benytte den kan ny læring inntreffe (Clark & Wells, 1995). Et problem hos pasienter med sosial fobi er at de ofte kan ha et attribusjonsbias i retning av å forklare fravær av angst eller fravær av en tenkt katastrofe med faktorer som ligger utenfor seg selv, eller som nevnt tidligere, til sin tryggingsatferd. Utgangspunktet for hypotesen om at bare kognitiv atferdsterapi vil være mer effektivt på lang sikt, enn kombinasjonsbehandling, ligger i antagelsen om at medisiner med SSRI vil redusere læringseffekten i terapitimene

og ved hjemmeoppgaver av flere forskjellige grunner. Siden pasienten er under behandling med SSRI vil han kanskje kunne relatere sin opplevde bedring til andre årsaker enn de atferdsmessige endringene han prøver ut. Pasienten vil gjerne ofte ha tro på at medisinen han tar i seg selv reduserer angsten hans, og vil derfor kanskje i noen grad relatere en reduksjon i angstnivå til dennes virkning, heller enn til sin egen endrede atferd. Det er vist at medisinerer med SSRI reduserer symptomer på sosial angst. Under medisinerer med SSRI vil pasienten derfor ofte oppleve mindre angst, og en kan tenke seg at pasienten derfor kanskje oppleve mindre forskjell mellom å bruke tryggingsatferd og å la være å bruke den.

I denne oppgaven ser vi at både behandling med kognitiv atferdsterapiterapi alene, og kombinasjonsbehandling har effekt på symptomene til pasientene. Forskjellen mellom de to behandlingsformenes effektivitet er ikke signifikant forskjellig ved behandlingsslutt. Av dette kan det utledes at det i beste fall er unødvendig å medisinere pasienter med SSRI mens de samtidig går i kognitiv atferdsterapi mot sosial fobi. SSRI er ikke uten bivirkninger, og hvis man kan spare pasientene for dette er mye oppnådd. Målingene utført ved follow-up 12mnd er dessverre for få til å si noe sikkert om hvordan effekten av de to behandlingsformene er forskjellig, men man ser en ikke-signifikant tendens til at pasientene fra kombinasjonsgruppa opplever økt symptomtrykk etter 12 mnd sammenlignet med pasientene fra KT-gruppa. Hvis dette ved senere studier skulle vise seg å være en gjentakende tendens, vil man kunne fastslå at det ikke bare er unødvendig å utsette pasientene for medikamentell behandling med SSRI-preparat samtidig som de går i kognitiv terapi mot sin sosiale angst, men også at det er forbundet med høyere fare for tilbakefall.

7. Konklusjon:

Både behandling med kognitiv terapi alene og kombinasjonsbehandling gir signifikant bedring av symptomer på sosial fobi. Vi finner ikke signifikant forskjell mellom effekten av de to behandlingsformene ved behandlingsslutt. Dette kan være et godt argument for å ikke behandle pasienter med SSRI hvis de samtidig går i kognitiv terapi mot sosial fobi. Å la være å administrere medisiner vil spare pasienter for bivirkninger, og være økonomisk heldig for den behandelende innstans.

På grunn av høy drop-out ved Follow-up 12 mnd kan vi ikke si noe sikkert om hvordan effekten av de to behandlingsformene er forskjellig over tid. Nullhypotesen om at langvarig behandlingseffekt ikke er forskjellig for de to måletidspunktene kan derfor være riktig. Det er imidlertid fullt mulig at denne ikke stemmer, og at resultatet ville sett annerledes ut hvis responsraten ved oppfølgingssamtalen hadde vært høyere. Videre studier er nødvendig for å fastslå hvorvidt langtidseffekten av de to behandlingsformene er forskjellig.

8. Referanseliste:

1. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th. Edn., American Psychiatric Association: Washington, DC
2. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.
3. Battersby M. Response to 'Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia?' [Brev]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34:871–872
4. Clark, D. M & Wells, A. (1995): A cognitive model of social phobia. I: R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (s.69-93). New York: Guilford press.
5. Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behavior Research and Therapy*, 37, S5–S27.
6. Davidson, J. R. Hughes, D. L. George, Linda K. Blazer, D. G. *The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study*. *Psychological Medicine*. Vol 23(3), Aug 1993, 709-718.
7. Edelmann, R. J & Baker, S. R (2002). Self-reported and actual physiological responses in social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 1-14.
8. Gerlach, A. L, Wilhelm, F. H, Gruber, K & Roth, W. T (2001): Blushing and physiological arousability in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 247-258.
9. Gråwe, R. W. & Nordahl, H. M. (2000). Behandling og forståelse av sosial fobi hos voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 214-224.

10. Kessler RC, McGonagle DK, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al.
Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994 51:8-19
11. Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry* **22**, 141-173.
12. Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S.-H., Bruch, M. A., Marshall, R. D. and Klein, D. F. (1999), Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. *Depression and Anxiety*, 10: 89–98. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(1999)10:3<89::AID-DA1>3.0.CO;2-5
13. Marks I.M. & Gelder, M. G. (1966) Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221
14. Mattic R.P., Peters L., Clarke, J.C. (1988) Exposure and cognitive restructuring of social phobia: A controlled study.
15. McEwan, K. L. & Devins, G. M. (1983): Is increased arousal in social phobia noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (4), 417-421
16. Morgan H, Raffle C. Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33:503–510.
17. Orsillo, S. M. (2001). Measures for social phobia. In M. M. Antony, S. M. Orsillo, & E. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 165–187). New York: Kluwer.

18. Rodebaugh, T.L, Holaway, R.M, Heimberg, R.G.; The treatment of social anxiety disorder, 2004
19. Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behavior in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioral Psychotherapy*, 19, 6–19.
20. Salkovskis, P. M. (1996). Avoidance behavior is motivated by threat beliefs: a possible resolution of the cognitive–behavior debate. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioral therapies* (pp. 25–42). Chichester: Wiley.
21. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:282-8
22. Schneier FR, Martin LY, Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ. Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 1989;3:15-23
23. Sutherland, S.M., Tupler, L.A., Colket, J.T., & Davidson, J.R.T. (1996). A 2-year follow-up of social phobia: status after a brief medication trial. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 184, 731-738.
24. Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
25. Wells, A. (1997): *Cognitive Therapy of Anxiety Disorder: A Practice Manual and Conceptual Guide* (kap. 7). Chichester, UK: Wiley & Sons.
26. Wells, A. (2000): *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley & Sons.
27. Wilhelm, F. H & Roth, W. T. (2001): The somatic symptom paradox in DSM-IV anxiety disorders: suggestions for a clinical focus in psychophysiology. *Biological Psychology*, 57, 105-140.

28. Öst LG, Hugdahl K.(1981) Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. Behaviour Research and Therapy. Vol 19(5),1981, 439-447

Vedlegg til oppgaven:

Vedlegg 1

COGNITIVE THERAPY OF SOCIAL PHOBIA

TREATMENT PROGRAM

(c) Wells, 2002

SESSION 1

- (i) Generate individual case formulation**
- (ii) Socialise to model**
- (iii) Run safety behaviours/attention manipulation (video-tape it)**
- (iv) Homework: Practice dropping safety behaviours and external attention (DSET)**

SESSION 2

- (i) Check level of safety behaviours/attention on the SPRS and review homework**
- (ii) Safety behaviour/attention manipulations (practice in-vivo, therapist guided)**
- (iii) Discuss role of anticipatory processing and post mortem and ban them**
- (iv) Homework: Specific exposure experiments with application of DSET**

SESSION 3

- (i) Check level of safety behaviours/attention on the SPRS and review homework.**
- (ii) Deal with any difficulties arising**
- (iii) Focus on negative self-processing part of model-socialise**
- (iv) Implement video feedback experiment**
- (v) Homework: Specific exposure experiments with application of DSET**

SESSION 4

- (i) Check level of safety behaviours/attention on the SPRS and review homework.**
- (ii) Check beliefs on SPRS as guide to remaining aspects of negative self-image**
- (iii) Continue with refinements of video feedback if required**
- (iv) If not required proceed to "interrogating the environment"**
- (v) Homework: behavioural experiments to test predictions**

SESSION 5

- (i) Check beliefs on SPRS and safety behaviours/attention**
- (ii) Explore beliefs and avoidance as marker for devising new experiments.**
- (iii) Implement in-session experiments to test predictions: interrogate environment**
- (iv) Homework: behavioural experiments to test predictions**

SESSIONS 6-8

- (i) Check belief ratings/avoidance on SPRS**
- (ii) Continue behavioural experiments to modify beliefs**
- (iii) Homework: Behavioural experiment to test beliefs**

SESSIONS 9-10

- (i) Explore schemas, especially: Self as social objects, and rules**
- (ii) Modify schemas**
- (iii) Homework: Experiments, bandwidth strategies, lifestyle/appearance changes**

SESSIONS 11-12

(i) Review scores on outcome measures

(ii) Relapse prevention (a) Check residual beliefs/avoidance and work on them

(iii) Relapse prevention (b) Construct therapy blue print

(iv) Decatastrophise future anxiety and schedule follow-up sessions

Checklist for the therapist: Social Phobia

Patient _____ Therapist _____ Date _____

YES

SESSION 1

- Generated a formulation
- Socialised to the model
- Ran safety behaviours/attention manipulation (video-tape it)
- Homework: Dropping safety behaviours and external attention (DSET)

SESSION 2

- Checked level of safety behaviours/attention on the SPRS and reviewed homework
- Safety behaviour/attention manipulations (practice in-vivo, therapist guided)
- Discussed role of anticipatory processing and post mortem and banned them
- Homework: Specific exposure experiments with application of DSET

SESSION 3

- Checked level of safety behaviours/attention on the SPRS and reviewed homework.
- Dealt with any difficulties that came up
- Focused on negative self-processing part of model-socialised
- Implemented video feedback experiment

Homework: Specific exposure experiments with application of DSET

Expectancy and credibility checklist/Working Alliance Inventory

SESSION 4

Checked level of safety behaviours/attention on the SPRS and reviewed homework.

Checked beliefs on SPRS as guide to remaining aspects of negative self-image

Continued with further refinements of video feedback if required

If not required: Proceeded to "interrogating the environment"

Homework: behavioural experiments to test predictions

SESSION 5

Checked beliefs on SPRS and safety behaviours/attention

Checked beliefs and avoidance as marker for devising new experiments

Implemented in-session experiments to test predictions: interrogate environment

Homework: behavioural experiments to test predictions

SESSIONS 6-8

Checked belief ratings/avoidance on SPRS

Continued behavioural experiments to modify beliefs

Homework: Behavioural experiment to test beliefs

SESSIONS 9-10

Explored schemas, especially: Self as social objects, and rules

Modified schemas

Homework: Experiments, bandwidth strategies, lifestyle/appearance changes

SESSIONS 11-12

- Reviewed scores on outcome measures
- Relapse prevention: Check residual beliefs/avoidance, work on them
- Relapse prevention: Constructed therapy blue print
- Decatastrophise future anxiety and schedule follow-up sessions
- Scheduled booster sessions