

**Korttidsterapi av sosial fobi med  
situasjonell oppmerksomhetsrefokusering  
og oppmerksomhetstrening.**

## **Innledning**

Sosial fobi er en av mest utbredte angstlidelsene, med store ringvirkninger i de livene det påvirker. Det er også vist at sosial fobi er en risiko faktor for å utvikle andre psykiske lidelser. Det er mange forskjellige tilnærminger til behandling av sosial fobi som inkluderer eksponering, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening, avslapningsteknikker, og flere mulige kombinasjoner av disse. Det har vært påpekt at det er mangel på komponentanalyser for å se hva som er faktisk virksom innfor terapi. Denne oppgaven ser på effekten av oppmerksomhets trening og situational attentional refocusing gitt i løpet av åtte timers intervensjon. Disse to metakognitive teknikkene viser seg å føre til et gjennomsnittelig symptom fall 61% og viser store effektstørrelser på over 0.80. Noe som tyder på at korttids intervensjoner med oppmerksomhets trening og situational attentional refocusing er teknikker som fungerer mot sosial fobi.

# **Korttidsterapi av sosial fobi med situasjonell oppmerksomhetsrefokusering og oppmerksomhetstrening.**

## **Introduksjon**

Blant angstlidelsene viser studier at sosial fobi har høyest prevalens etter spesifikke fobier (Kessler et al., 1994; Kessler et al., 2005). Ohayona og Schatzberg (2010) viste i sin studie at prevalensen av sosial fobi i en normalpopulasjon var 4,4 %, med en litt høyere forekomst hos kvinner enn hos menn (odds ratio 1.6). Flere studier har også vist at sosial fobi har en tidlig start med noe variasjon fra tidlig i tenårene til nærmere slutten av tenårene (Acarturk, de Graaf, van Straten, Have, & Cuijpers, 2008; Beesdo et al., 2007; Knappe et al., 2010; Ohayona & Schatzberg, 2010).

Sosial angst påvirker flere livsområder. Lidelsen har blitt knyttet til lavere livskvalitet gjennom dens negative påvirkning på utdanningslengde og jobbdeltagelse (Stein & Kean, 2000; Stein, Torgrud, & Walker, 2000; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000). Funn fra en nederlandsk populasjonsstudie antyder at sosial fobi koster samfunnet ca. 136 millioner euro per million innbyggere (Acarturk et al., 2009). Disse kostnadene skyldes at de som har denne lidelsen med stor sannsynlighet er uten jobb, har lav produktivitet og høyt fravær fra jobben. (Acarturk, et al., 2009; Patel, Knapp, Henderson, & Baldwin, 2002).

Empirien tyder også på at personer som lider av sosial fobi har en høy bruk av offentlige tjenester i sammenligning mot de som ikke har sosial fobi. Det viser seg at denne gruppen ikke oppsøker disse tjenesten for sin angstlidelse, men for andre problemer (Acarturk, de Graaf, et al., 2008).

Sosial fobi synes å være en risikofaktor for utvikling av andre type psykiske lidelser (Ohayona & Schatzberg, 2010). Funn fra epidemiologiske studier (Acarturk, de Graaf, et al.,

2008; Ohayona & Schatzberg, 2010) viser at sosial fobi har en høy komorbiditet med andre psykiatriske diagnoser, som blant annet fobier, panikk, PTSD, GAD, depresjon og rus (Beesdo, et al., 2007). Belastningene av å ha sosial fobi er derfor store og fører med seg mye tilleggsproblematikk.

### **Behandlingsmodeller ved sosial fobi**

Det har vært brukt flere behandlingsmetoder ved sosial fobi, som inkluderer eksponering, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening, avslapningsteknikker, og flere mulige kombinasjoner av disse (Acarturk, Cuijpers, van Straten, & de Graaf, 2008). Meta-analyser av randomiserte psykologiske behandlingsstudier viser at den foretrukne behandlingen av sosial fobi er kognitiv restrukturering, eksponerings terapi, sosial trening eller avspenningstrening som har effektstørrelser 0.70. Det som gjør det vanskelig å skille disse studiene helt fra hverandre er at studiene ofte bruker en blanding av de forskjellige teknikkene. På den måten er det vanskelig å peke på effekten av en spesifikk teknikk (Acarturk, Cuijpers, et al., 2008). I tråd med denne kritikken fra Acarturk, Cuijpers et al. (2008), påpekte Kazdin (2007) på manglende komponentanalyser for å se hva som er faktisk virksom innfor terapi.

Atferdstilnærminger fokuserer på varig eksponering til sosiale stimuli både i terapi og mellom sesjoner som hjemmeoppgaver (Newman, Hofmann, Trabert, Roth, & Taylo, 1994). Eksponeringen går ut på å sette personen i den sosiale situasjonen som de synes er vanskelig, som kan være alt fra å prate foran mennesker, holde i en kaffe kopp mens andre ser på og/eller delta på sosiale hendelser (Butler, 1985). Ved gjentatte eksponeringer er hypotesen at angsten vil gå ned p.g.a habituering til de sosiale stimuli.

Kognitiv terapi fokuserer på å korrigere negative tanker om personen som lider av sosial angst, og spesielt antagelser som overdriver sannsynligheten og konsekvensene av

negative sosiale evalueringer (Rapee & Heimberg, 1997). Kognitiv atferdsterapi bruker både kognitiv restrukturering og eksponering av fryktede situasjoner, for på denne måten å få fram de negative fortolkningene og overvurderingen av de negative konsekvenser av sosial evaluering (Heimberg, Salzman, Holt, & Blendell, 1993).

Basert på tidligere teorier av bl.a. Beck, Epstein, Brown og Steer (1988), Butler, (1985) Heimberg og Barlow (1988) utviklet Clark og Wells (1995) en modell for sosial fobi som utvidet fokusområdet til ikke bare å gjelde kognitiv restrukturering og eksponering, men som i større grad hadde fokus på kognitive prosesser. Modellen ser på hvordan den som sliter med sosial angst blir fanget i seg selv og dermed en selvforsterkende tilstand. For de som sliter med sosial angst har reaksjonen på situasjonen blitt for stor i forhold til hvor farlig den faktisk er. Stilt ovenfor den sosiale situasjonen vil de kroppslige og kognitive symptomer på angst blir tatt som kilde til ytterligere fare og angst. Personer med sosial fobi fokuserer på sine kroppslige symptomer og negative tanker og opprettholder dermed et negativt fokus på seg selv. Et slikt fokus hindrer dem i å få med seg den objektive sosiale situasjonen.

Atferdsrepertoaret til personer med sosial angst (f.eks. si mindre, se ned) kan gjøre at de fremkaller mindre varm sosial atferd fra andre og dermed får bekreftet sin antagelser. Angstatferden som reaksjon på situasjonen (f.eks. "kontrollere kroppen sin") er med på å produsere faktisk fryktet opplevelse som økt hjerte rytme, svimmelhet og tåkesyn (Clark & Wells, 1995). I tilknytning til denne modellen pekes det på fire prosesser som er med på opprettholder denne tilstanden. Disse prosessene er (1) selvfokusert oppmerksomhet, (2) sikkerhetsatferd, (3) hvordan angst reduserer prestasjon og forstyrrer tenking og atferd og (4) forventningsbekymring og ruminering etter den sosiale situasjonen.

En av de mest vellykkede behandlingstilnærmingene for sosial fobi innfor kognitiv terapi er modellen til Clark og Wells (1995) vist bl.a. Clark et al. (2003). Denne behandlingsmodellen har vært utprøvd i en rekke studier med god effekt med effektstørrelser

fra 1.77 til 2.65 (Clark et al., 2006; Mörtberg, Clark, Sundin, & Åberg, 2007; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003).

### **Mot en metakognitiv forståelse av sosial fobi**

Wells og Papageorgiou (2001) viste med gode resultater at arbeid med modifisering av selvfokus og avbryting av forventningsbekymring og grubling etter den sosiale situasjonen hadde en positiv effekt for å redusere den sosiale angsten for deltagerne i sin studie. S-REF modellen viser hvordan oppmerksomhetsprosesser kan være opprettholdene faktor for emosjonelle forstyrrelser, og innen denne modellen har Cognitive Attentional Syndrome (CAS) en sentral rolle. Innfor S-REF modellen er CAS beskrevet som et mønster av kognitive prosesser som ufleksibelt selvfokusert oppmerksomhet, persevererende tenkning (ruminering og bekymring), trusselovervåking og mestringsatferd som hindrer avkrefte av negative antagelser (Wells & Matthews, 1994, 1996). Forhøyd selvfokus som en viktig opprettholdene faktor i sosial fobi har blitt bekreftet i mange studier. (Bögels & Mansell, 2004; Hartman, 1983; Hope, Gansler, & Heimberg, 1989).

Situational Attentional Refocusing (SAR; Wells, 2009) er en metakognitiv teknikk som fokuserer på å manipulere oppmerksomheten i de situasjoner som oppleves som vanskelig. Ved sosial fobi hvor et forhøyd selvfokus er vanlig blir SAR bruk for å manipulere dette fokuset som pasienten opplever når de tar del i sosiale situasjoner. Bl.a. viser Wells, Clark, Ahmad (1998) hvordan oppmerksomhet gjør at de som sliter med sosial fobi tenderer til å se seg selv i sosiale situasjoner istedenfor å fokusere på de ytre hendelsene. I SAR intervensjonen får personer med sosial fobi som oppgave å snu oppmerksomheten ut på ytre nøytrale egenskaper ved situasjonen.

Wells og Papageorgiou (1998) har vist en god effekt av oppmerksomhetsmanipulasjon i eksponering for pasienter med sosial fobi. Denne manipuleringen av oppmerksomheten har også blitt brukt med gode resultater på pasienter med PTSD (Wells & Sembi, 2004).

Oppmerksomhetstrening (Attention Training Technique, ATT) er en annen metakognitiv teknikk som er ment for å modifisere kontrollen over oppmerksomheten. Teorien bak teknikken, er at ved psykiske lidelser blir kontrollen over oppmerksomheten bundet opp i perserverende, selvfokuserte og bekymringsbaserte prosesser. Gjennom å omdirigere oppmerksomheten bort fra slik aktivering kan man manipulere effekten av CAS og styrke sin kontroll over sin oppmerksomhet (Wells, 2009).

ATT trening er en metode basert på auditive stimuli hvor målet er å ha mellom fire til syv forskjellige lyder tilgjengelig under treningssituasjonen. Det man trener på i ATT er tre elementer av oppmerksomheten; selektiv oppmerksomhet, raske skifter av oppmerksomhet og delt oppmerksomhet.

Wells (2000) argumenterer for at ATT kan ha positiv effekt for de som sliter med sosial fobi, gjennom å svekke CAS og dens negative prosesser, samt at det kan øke den eksekutive kontrollen over oppmerksomheten. ATT har blitt utprøvd i flere singel case studier ved bl.a. panikkforstyrrelse og sosial fobi (Wells, 1990; Wells, White, & Carter, 1997), hypokondri (Papageorgiou & Wells, 1998), depresjon (Papageorgiou & Wells, 2000) og auditive hallusinasjoner (Valmaggia, Bouman, & Schuurman, 2007). Disse studiene fant at ATT er assosiert med symptomforbedring. I en studie av Rutle (2009) ble ATT og SAR gitt i samme time til 5 personer med sosial fobi over en periode på 5 sesjoner, med lovende resultater.

Dette studiet vil prøve å replisere funnet fra studiet til Rutle (2009) for å undersøke om behandlingskomponentene SAR og ATT, kan være en effektiv behandling ved sosial fobi.

Følgende hypoteser ønskes undersøkt

- (1) Det forventes at SAR og ATT, administrert i to ulike rekkefølger, vil gi signifikante reduksjoner i sosial angst symptomer.
- (2) Det forventes at administrasjon av ATT og SAR også vil føre til reduksjoner i tilleggssymptomer på depresjon og generell angst.

## **Metode**

### **Design**

Studien har et cross over design med tilfeldig fordeling til en av to behandlingsbetingelser som får den samme behandlingen, men i forskjellige rekkefølge. SAR og ATT blir gitt i åtte ukentlige individuelle behandlingstimer. Disse er fordelt på fire sesjoner for hver teknikk.

Det er lagt inne et minimum to ukers pause mellom disse to behandlingsrundene. Betingelse en starter med SAR og deretter ATT, mens betingelse to starter med ATT og så SAR.

Pasientene ble målt før oppstart, i pausen (midt) og etter endt behandling med et semistrukturert intervju og en testpakke. Det ble også delt ut to spørreskjema til hver time. I løpet av alle sesjonene, ble det samlet inn data om pasientenes forståelse av rasjonale til ATT og SAR. Hver sesjon varte i 45-60 min.

### **Pasienter**

13 pasienter ble tatt med i studien, 7 menn og 6 kvinner. Gjennomsnittalderen var 27,54 (SD 10,74) med en range fra 21 til 56 år. Tre andre pasienter ble ekskludert fordi de manglet en sosial fobi diagnose. En pasient ble tatt ut av studien fordi vedkommende startet opp med en annen medisinsk behandling og klarte dermed ikke å fullføre.



Pasienten ble randomisert til betingelse en eller to etter loddtrekning. Deltageren ble vurdert med semi- strukturert kliniske intervju ADIS- IV (DiNardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993 ). Antallet i betingelse en var n= 8 og antallet i gruppe to n= 5.

**Tabell 1:** Alder, kjønn, diagnoser og utdanning

Variabel	Intention to treat (n= 13)
Alder (Mean, SD)	27,54 (10,76)
Kjønn	
Kvinne	6
Mann	7
Diagnoser	
Sosial fobi	13
Andre angstlidelser	3
Depresjon	7
Høyeste fullførte utdanning	
VGS	10
Høyere utdanning	3

*Merk:* modellen viser gjennomsnitts alder, kjønnsfordeling, diagnoser og utdanning.

### Måleinstrumenter

Ved målingene før- (pre), midt- (etter 4 timer) og etter- (post) behandling ble en testpakke som inneholdt Social Phobia Rating Scale (SPRS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck

Anxiety Inventory (BAI) administrert. Pasientene ble bedt om å fylle ut BAI og SPRS til hver time.

Social Phobia Rating Scale (SPRS; Wells, 1997) inneholder 6 spørsmål som vurderer momenter i Clark og Wells (1995) kognitiv modell for sosial fobi den siste uka. Disse inkluderer forstyrrelse (0-8), unnvikelse (0-8), selvfokus (0-8), frekvens av sikkerhetsatferd (0-8), negative tanker (0-100) og grubling (0-8).

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) består av 21 spørsmål som måler alvorligheten av ulike angstsymptomer for den siste uken. BAI er etablert som et reliabelt og valid mål (Beck & Steer, 1993).

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979) ble brukt for å måle depressive symptomer BDI består av 21 spørsmål som også er etablert som et reliabelt og valid mål for depresjon alvorlighet både i en klinisk og ikke klinisk populasjon (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS- IV; DiNardo, Moras, Barlow, Repee & Brown, 1993), er et semi-strukturert diagnostisk intervju basert på DSM- IV kriteriene og utviklet primært for å diagnostisere angstlidelser. Gjennom intervjuet vurderes grad av symptomalvorlighet og funksjonsforstyrrelse med skårer som kan variere fra en skala fra 0-8, hvor 4 indikerer minimumsterskelen for en diagnose er oppnådd, og skårer over det reflekterer alvorligere grader av belastning.

### **Behandlingsprotokoll**

Deltakerne mottok ukentlig sesjoner over 4 ganger, så en pause på minimum to uker, og så fire nye sesjoner, med en varighet fra 45 til 60 min.

Den første time i begge betingelser startet med å lage et frykthierarki over sosialsituasjoner som de opplevde som vanskelig. Deretter fulgte timene en relativ fast mal med utgangspunkt i en sjekklister utarbeidet for ATT og SAR (se appendiks 3 og 4).

ATT som metode ble gjennomført ved at pasientene ved oppstart fikk beskrevet rasjonalet for teknikken og trening på ATT. Rasjonalet fokuserer på selvfokus som opprettholdende av problemet og at ATT kun er trening og ikke unnvikelse av angstsymptomer. I tillegg får pasienten med seg et registreringskjema hjem som de skal fylle ut til neste time med plass til trening to ganger om dagen. De blir etter treningen i timen og hjemme bedt om å rangere ytre eller indre fokus fra -3 (totalt ytre fokus) til +3 (totalt indre fokus).

SAR rasjonalt fokuserer på at man må oppsøke og trene på de situasjonene som vedkommende synes er vanskelig. Fokuset var på å få til en endring i oppmerksomhet i de sosiale situasjoner fra et forhøyet selvfokus til et ytre fokus. De ble da bedt om å fokusere på nøytrale stimuli som f.eks. hårfarge, øyefarge, dialekt, type klær under eksponeringen. Dette øves på i timen hvor terapeut og pasienten finner ut av passende øvelser som passer med frykthierarkiet til pasienten. I tillegg til dette får pasienten med seg et registreringskjema (se appendiks 6) der det skal beskrives sosiale situasjoner pasienten har eksponert seg for mellom timene. De blir også bedt om å rangere angst fra 0 til 8 og selvfokus fra 0 til 8.

Ved alle avtalene ble det samlet inn data om pasientenes forståelse av rasjonalet til ATT og SAR. Dette blir gjort ved å spørre etter subjektiv oppfattelse på en skala fra 0-100 der 0 er ingen tro på rasjonale og 100 er fullstendig tro på rasjonale.

## **Behandlere**

Terapeutene som ble brukt under studiet var studenter med erfaring fra intern klinisk praksis ved NTNU. De fikk opplæring i teknikkene gjennom undervisning om rasjonale og

gjennomføring av teknikken. Timene ble filmet slik at terapeutene hadde anledning til å få tilbakemelding på sine terapitimer etter behov. Det ble lagt vekt på at behandlere ikke skulle diskutere innholdet i pasientenes tanker omkring vanskelige sosiale situasjoner slik som ville være vanlig i en kognitiv terapi for sosial angst, men behandlingssesjonene var preget av en respektfull og empatisk holdning til pasientenes problemer. Behandlingen som skulle gis ble betegnet som en anledning til å trene på aktive metoder for å mestre deres sosiale angst i settinger som ikke hadde sosiale konsekvenser for deres sosiale nettverk eller karriere. Hvis pasientene ikke var fornøyd med resultatet av behandlingen kunne de få henvisning til fortsatt behandling ved universitetets student poliklinikktilbud. Ingen benyttet seg av dette tilbudet.

### **Analyser**

Analysene i studiet var basert på pasienter som gjennomførte alle spørreskjemaene og som har fullført alle behandlingstimene. Endringer i sosialangst symptomer ble målt fra pre til post på fem ulike mål: graden av sosialangst på ADIS, og SPRS spørsmålene 1 (forstyrrelse), 2 (unnavikelse), 3 (selvfokus), og 6 (grubling). En Bonferroni korreksjon for fem beslektede paired t-test analyser ble fulgt slik at signifikansnivået for disse testene ble  $p < .01$ , to-halet. Det ble også sett på to mål på pre til post endringer i angst- og depresjonssymptomer: BAI og BDI. Bonferroni korreksjon på disse paired t-tests var testet med  $p < .025$ , to-halet, signifikans nivå. Effekt størrelser ble regnet ut med Cohen's d (Cohen, 1992).

### **Resultater**

Drop- out var 31% altså 4 av 13 pasienter. Alle de 4 pasientene falt ut under SAR betingelsen. Felles for alle de som droppet ut var at de hadde mer enn en diagnose. Gjennomsnittsalderen for de som droppet var 33,25, med range fra 25 år til 56 år, det er ingen signifikant forskjell i alder mellom drop- out og fullførte. 3 av disse pasientene hadde høyere utdanning og var i

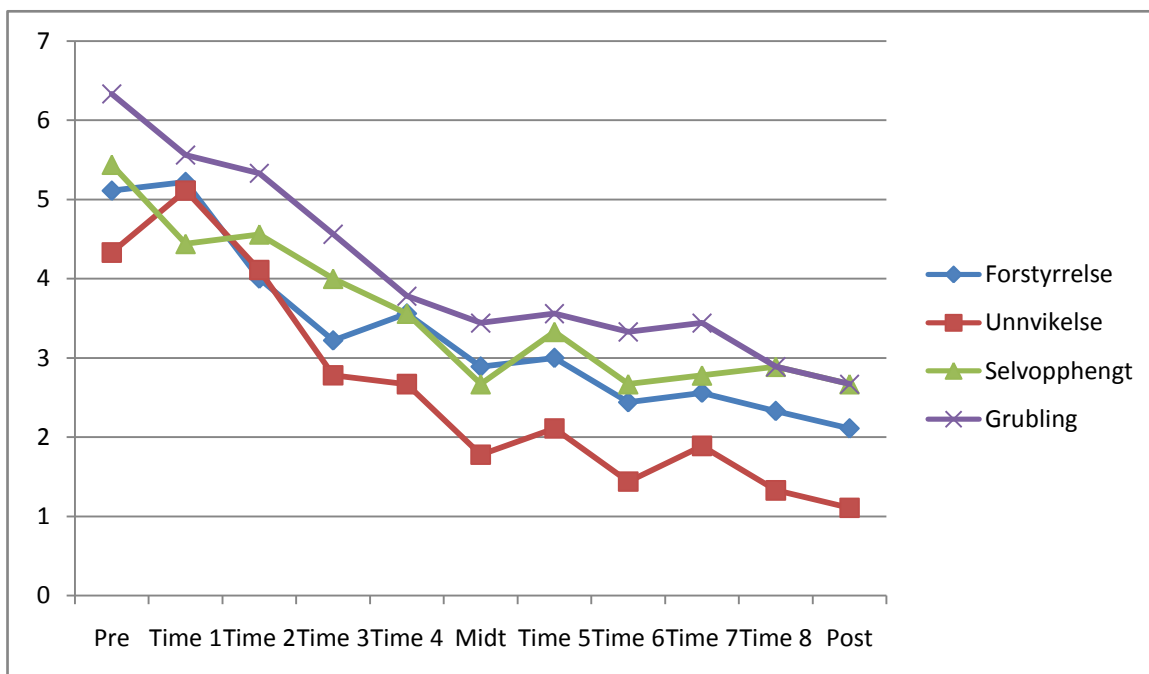
arbeidsforhold, den siste var en student som hadde VGS som høyeste fullførte utdanningsnivå. De droppet etter første eller andre timer med SAR uavhengig om de hadde hatt ATT før eller ikke. Det var ingen signifikant forskjell mellom fullført og dropp out med hensyn til alvorlighets grad på ADIS-IV.

### Effekt av korttidsterapi for sosial fobi

Analyse i denne oppgaven er kun gjort for de som har fullført både ATT og SAR betingelsene.

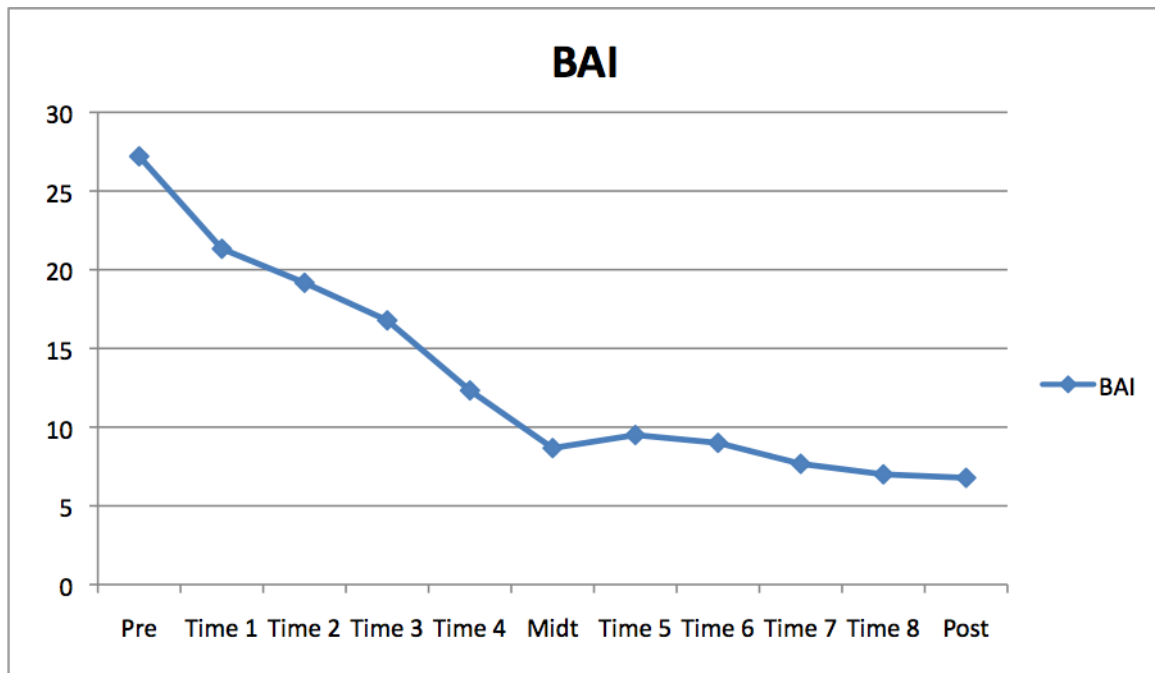
Figur 1 viser utviklingen på hvert enkelt ledd på SPRS fra pre til post på de 4 spørsmålene på SPRS som ble analysert (informasjon om de andre spørsmålene kan bli gitt ved henvendelser). Det er en gjennomsnittelig reduksjon på 60%.

**Figur 1:** SPRS utvikling fra pre til post.



Figur 2 viser gjennomsnittet av alle pasientene time for time fra pre til post måling på BAI, med et fall fra pre på 27,2 til post på 6,78. Det er en reduksjon på 75%.

**Figur2:** BAI gjennomsnitt fra time til time



Det var en prosentvis reduksjon i sosial angst og angstsymptomer med en variasjon fra 47 % til 75 % nedgang (gjennomsnitt 60 %) og 63 % nedgang på BDI. For å få et klarere bilde av størrelse på forbedringen i sosial fobi symptomer assosiert med behandlingen, ble det også regnet ut en effekt størrelse fra pre til post. Effekt størrelsen varierer fra 1.58 til 2.25 på ulike mål (se tabell 2). Cohen (1988) beskriver at effekt størrelser over 0.80 som stor.

**Tabell 2:** Gjennomsnitt, standard avvik for pre og post, signifikans Cohen's d.

Instrumenter	N	Behandling				sig	Cohen's d
		Pre		Post			
		M	SD	M	SD		
ADIS-IV	9	6.11	0.93	3.22	1.56	.002	2.25
BAI	9	27.22	13.75	6.78	5.29	.000	1.96
BDI	9	16.89	7.82	6.22	5.45	.002	1.58
SPRS 1: Forstyrrelse	9	5.11	1.17	2.11	1.27	.000	2.08
SPRS 2: Unnvikelse	9	4.33	2.45	1.11	1.17	.001	1.68
SPRS 3: Selvopphengt	9	5.44	0.88	2.67	1.58	.006	2.17
SPRS 6: Grubling	9	6.33	1.58	2.67	1.87	.009	2.11

*Merk:* M = gjennomsnitt, SD = standard avvik, sig = signifikans nivå, SPRS 1 til 6 referer til spørsmål 1 til 6 på spørreskjemaet SPRS.

## Diskusjon

Resultatene viser at en 8 ukers korttidsintervensjon ved hjelp av SAR og ATT i forhold til symptomer på sosial fobi har en god effekt. Studien kan vise til en gjennomsnittlig 60 % symptomreduksjon på ADIS-IV, SPRS, BAI og en 61 % symptomreduksjon på BDI på de 9 som fullførte behandlingen. Denne endringen gjeldet fra pre til post for de som gjennomførte uavhengig av behandlingsrekkefølgen. Resultatene viser også en jevn reduksjon fra time til time på BAI og SPRS, som viser at bedringen skjer gradvis. Pasienter som har mottatt og gjennomført behandlingen fikk en signifikant bedring på alle målene, og iflg. Cohen (1988)

har disse endringene en stor effektstørrelse. Studiet viser også at det er en gjennomsnittelig nedgang i BDI total skåren fra pre til post på 61 %.

I begge behandlingskomponentene har man ikke utfordret tanker knyttet til pasientens sosial fobi, men valgt å fokusere på opprettholdende prosesser som oppmerksomhet og unnvikelse. I tråd med Wells og Papageorgiou (1998) viser denne studien at det å fokusere på ytre oppmerksomhet under eksponering gir en symptomlette til de som sliter med sosial fobi. ATT komponenten viste i likhet med Wells, White og Carter (1997) også en reduksjon i sosial angst.

Det var for få pasienter i studiet for å kunne teste om det var forskjeller i effektiviteten av SAR og ATT avhengig av hvilken rekkefølge de ble gitt på. Imidlertid viser studiet store symptomreduksjoner kan oppnås ganske raskt for mange pasienter ved bruk av enkle metoder for å manipulere pasientenes CAS-aktivitet. Disse metoder kan anvendes av relative uerfarne terapeuter med lite opplæring. Disse resultatene viser at intervensjon på et prosess nivå som Clark og Wells (1995) viser til i sin modell er gunstige for pasienter med sosial fobi. Dette utfordrer Heimberg og Beckers (2002) antagelse om at oppmerksomhet er noe som frigjøres etter kognitiv restrukturering, da endringene i denne studie sannsynligvis kan forklares gjennom manipulering av oppmerksomhetsprosessering. Dette studiet gir støtte til Longmor og Worell (2007) funn som antyder at det å utfordre tanken direkte ikke alltid er nødvendig for å lykkes i behandlingen. Tanken om seg selv eller om den sosial situasjonen blir ikke utfordret spesifikt som i for eksempel behandlingen til Heimberg et al. (1993). At pasienten får klare instruksjoner om hvor de skal ha oppmerksomheten sin skiller dette studiet fra Butler (1985) og hans fokus på habituering.

ATT og SAR har vist seg å være enkle å implementere i behandlingen for terapeuter uten særlig erfaring. Effektstørrelsene i dette studiet er også på høyde med de beste resultater man har oppnådd for behandling av sosial fobi (Clark et al., 2006; Mörtberg, Clark, Sundin, &



Åberg, 2007; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003). I motsetning til disse overnevnte studiene er det ikke i denne studien en kontrollgruppe eller en annen behandling å sammenligne denne bedringen med, som gjør at effektstørrelsene i denne studie nok blir unaturlig store.

Resultatene indikerer at korttidsintervensjon kan gi effekt og dermed kan være kostnadsbesparende (Acarturk, de Graaf, et al., 2008). Det kan tenkes at desto tidligere enkle behandlingsmetoder implementeres så kan det være med å hindre at mange livsområder påvirkes negativt av sosial angst (Stein & Kean, 2000; Stein, Torgrud, & Walker, 2000; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000). Det er mange gode grunner til å gi kort og spesifikk behandling for å øke livskvalitet, hindre lengde av sykdomsutvikling og samtidig forebygge andre negative psykiske problemer.

Det er noen svakheter med denne studien som bør nevnes. Antallet drop out i studien er stor og kan sannsynlig påvirke resultatene i et så lite utvalg. Det lave antallet som har vært med i denne studien kan også gjøre at den er sårbar for type I feil. Det er ikke sikkert at resultatene vil vise så stor effektstørrelser med et større utvalg og hvis det ble gjort sammenligning mot en kontroll gruppe eller aktivbehandling. Dette gjør det vanskelig å kunne si noen om generaliserbarheten til resultatene.

Det var ingen signifikant forskjell mellom alder eller alvorlighetsgrad på ADIS-IV mellom de som droppet ut og de som fullførte. De som droppet ut ser ut til å tilsynelatende tilhøre den samme gruppen som fullførte. Drop-out var størst under SAR betingelsen, både for den gruppen som hadde fått ATT og startet direkte med SAR.

Studiet har ikke en kontrollgruppe eller en intervensjonene som det sammenlignes med er en svakhet og øker sannsynligheten for en unaturlig stor effektstørrelse. Det manglet også mål på en stabil baseline og ingen oppfølgingsresultater etter endt behandling er innhentet. Dette gjør det vanskelig å utelukke naturlige svingning over tid og om effekten

oppretholdes. Noe som kan tyde på at det er intervensjon som gir bedring er at bedringen skjer så gradvis, men så lenge det ikke er noen for sammenligning så kan man ikke utelukke andre variabler.

Fremtidige studier bør øke antall pasienter for å kunne undersøkeforskjeller mellom behandlingsbetingelser SAR og ATT og eventuelle rekkefølgeeffekter av disse. Dette vil gjøre det mulig å si noe om bidraget til komponentene SAR og ATT og om det er forskjeller i hvilken rekkefølge disse intervensjonen bør gis. Resultatene så langt antyder at SAR og ATT har positive effekter på sosial fobi og vider studier bør gjøres for å utforske sammenhengen videre.

## Referanser

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2008). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*(39), 241–254.
- Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 273-279.
- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 421-429.
- 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(6), 893–897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck anxiety inventory*: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100.
- Beesdo, B. K., Bittner, A., Pine, D., S., Stein, M., B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23(6), 651-657.

- 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*(7), 827-856.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenprot, C., & Louis, B. (2003). Cognitive Therapy Versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1058-1067.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69- 93). New York: Guilford Press.
- Chon, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.
- DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1993 ). Reliability of DSM-III-R Anxiety Disorder Categories: Using the Anxiety Disorders Interview Schedule—Revised (ADIS-R). *Archives of Genral Psychiatry, 4*(50), 251-256.
- Hartman, L. M. (1983). A Metacognitive Model of Social Anxiety: Implications for Treatment. *Clinical Psychology Review, 3*, 435-456.
- Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics, 29*(1), 27.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive- Behavioral Group Therapy for Social Phobia*. New York London: the Guilford Press.

- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy & Research, 17*(4), 325-339.
- Hope, D. A., Gansler, D. A., & Heimberg, R. G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications from social psychology. *Clinical Psychology Review, 9*, 46-60.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Clinical Psychology, 3*(1), 1.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry, 62*(6), 593-602.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry, 51*(1), 8-19.
- Knappe, S., Beesdo, B. K., Fehm, L., Stein, M., B, Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2010). Social fear and social phobia types among community youth: Differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatric Research, 1-10*.
- Longmore, R., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*(2), 173-187.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö., & Åberg, W. 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*(2), 142-154.

- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T., & Taylor, B. C. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy, 25*(3), 503-517.
- Ohayona, M. M., & Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*(68), 235–243.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine*(28), 193-200.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*(7), 407-413.
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders, 68*(2-3), 221-233.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*(8), 741-756.
- Rutle, M. (2009). *Attention training and exposure with external focus as a treatment for social phobia: An explorative single case study.*
- 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*(9), 991-1007.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and Quality of Life in Social Phobia: Epidemiologic Findings. *Am J Psychiatry*(157), 1606–1613.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social Phobia Symptoms, Subtypes, and Severity: Findings From a Community Survey. *Archives of General Psychiatry, 57*, 1046-1052.

- Valmaggia, L. R., Bouman, T. K., & Schuurman, L. (2007). Attention Training With Auditory Hallucinations: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*(14), 127–133.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*(21), 273-280.
- Wells, A. (1997). A cognitive therapy of anxiety disorders: A practical manual and conceptual guide. In C. J. W. S. (Ed.).
- Wells, A. (2000). Emotional disorder metacognition: innovation cognitive therapy. : Ny: John Willey & Sons. Ltd.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A., Clark, D. M., & Ahmad, S. (1998). How do I look with my mind's eye: Perspective taking in social phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 631-634.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). Attention and emotion; A clinical Perspective. *Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates*.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling Cognition In Emotional Disorder: The S-REF Model. *Pergamon*, 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(6), 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, Vol. 4* (4), 226-232.

Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry, 15*(1), 46-58.



# Appendiks 1

## Hierarki

For lettere å arbeide og overvinne angsten, skal du lage et *frykthierarki*. Hierarkiet skal bestå av ca 7 situasjoner som du finner angst skapende. Målet er å trene på disse situasjonene, og merke hvordan angsten reduseres.

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

Det er viktig at du utfordrer deg selv utenom timene. Prøv å oppsøke situasjoner som ligner på de du har vært med på. Husk å registrer dem.

## Appendiks 2

### Oppmerksomhetstrening rasjonale

I løpet av en dag har vi alle mange tanker. Noen tanker husker vi ikke å ha tenkt. Andre tanker bruker vi mye tid på. Ingen av oss har helt kontroll over hva vi tenker på, det er heller ikke meningen. Om du får beskjed om å ikke tenke på en blå kanin, er det sannsynlig at du tenkte på nettopp en blå kanin. Vår hjerne fungerer slik. Det vi har mulighet til å kontrollere, er hva vi skal rette fokuset vårt mot. Du skal nå få lære en teknikk kalt Oppmerksomhetstrening (OT) som skal hjelpe deg til å få mer kontroll over oppmerksomheten din.

OT er en auditiv oppmerksomhetsøvelse. Den innebærer trening av selektivoppmerksomhet, raske skift av oppmerksomhet og delt oppmerksomhet. Alle delene trenes i løpet av en OT sesjon. Du vil få med deg en CD som gir instruksjoner.

Det er viktig å teste din forståelse av denne teknikken, og hvor mye du tror den kan hjelpe deg. Du blir derfor spurt "Hvor mye tror du denne prosedyren vil hjelpe deg med å overvinne dine problemer? Kan du uttrykke det på en skala fra 0-100  
Før og etter treningen, vil du bli spurt på en skal fra -3 - +3 om grad av selvfokus. Det er viktig at du forstår hva som menes med selvfokus.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Helt			Lik			Helt
eksternt			mengde			selvfokusert
fokusert						

Selvfokus øker intensiteten i indre reaksjoner. Det avdekker flere slike reaksjoner, og er med på å opprettholde dem etter hendelse negative antakelser og emosjoner. Målet er ikke å skyve bort alt annet fra bevisstheten, men å trene på å rette oppmerksomheten i en bestemt retning. De negative tankene og emosjonene skal få lov til å utfoldes seg som de må. Prosedyren er ikke enkel og krever trening. Om det dukker opp distraherende tanker, kan dette sees på som ekstra trening. Det er viktig at du fortsetter å trene, spesielt når det er vanskelig. Som alle andre ting du har lært deg, var det sjelden du fikk det til med en gang. Teknikken vil bli enklere om du fortsetter å trene. Det anbefales at du trener min 2 ganger daglig.

## Appendiks 3

### Sjekkliste for ATT

Dato:	Sesjon nr:	Behandler:	Pasient nr:
Oppgave:	Eventuelt:	Sjekk:	
Forberede ATT og <i>lage frykt hierarki for sosialfobi</i> . (bare første time)	Beskrivelse:		
Ta imot testpakke	Vis ikke levert, fyll ut før timen		
Kontrollere ATT registrering	Viktig at de øver hjemme. Se derfor over ATT/eksponerings registrering og oppfordre til videre trening		
Teste rasjonale av ATT	Forstår vedkommende treningen?		
Teste forventning til ATT (0-100)	Score og beskrivelse:		
Teste eksternt/internt fokus (pre)	Skala -3 - +3		
ATT			
Teste eksternt/internt fokus (post)	Skala -3 - +3: normalisere opplevelse		
<i>Kontrollere om pasient har brukt ATT i dagliglivet (ble tatt med i opprinnelig prosjekt, men er en missforståelse)</i>	Hvordan:		
Dele ut testpakke! (SPRS, BAI og registrerings skjema)	Minne på å fylle ut til neste gang		

## Appendiks 4

### Måleskjema

Å lære Oppmerksomhets trening (ATT) krever mye trening. Følg de instruksene du har fått om hvordan treningens skal foregå. Du bør trene 2 ganger pr dag. Registrer **når** du trener (dato, tidspunkt), **hvordan** du trener (CD, vanlige lyder), hvor **selvfokusert** du var før og etter treningen, og hvor lang **tid** det tok. Skriv også om du har egne kommentarer, spesielt vanskelig ect. Målig av grad av selvfokus gjør du på en skala fra -3 til +3, hvor -3 betyr helt eksternt fokus, 0 betyr lik mengde, og +3 betyr helt selvfokusert.

Dato	Kl	Hvordan trent?	Grad av selvfokus, før, etter tid			Kommentar

De fleste har opplevd og kommer til å oppleve angst eller anspenthet i spesielle situasjoner som når man står overfor mange fremmede, skal prestere noe, blir kritisert eller evaluert av viktige e.l. Dette er normal sosial engstelse og må ikke betraktes som sykelige. Sosial angst er derimot en psykisk lidelse/diagnose og innebærer langt sterkere angst av mer handikappende karakter som blir utløst i sosiale situasjoner. Dette kan være situasjoner hvor man må møte, hilse på eller snakke med mennesker man ikke kjenner særlig godt, mennesker som man skal spise sammen med, eller på andre måter bli utsatt for andres observasjon eller vurdering. Rent psykologisk handler sosial angst om frykt for å bli vurdert negativt, å bli kritisert, ydmyket eller å bli latterliggjort av andre.

Eksponeering er en kognitiv adferdsterapeutisk behandlingsteknikk for å redusere angst og fryktpensjoner. Den innebærer å trene på situasjoner som skaper ubehag.

I fryktskapende situasjoner, er den normale reaksjonen å søke bort. Velger du å gjøre det du alltid har gjort, kan du også forvente det samme resultatet. Ved å bryte mønstret av flukt fra situasjonen, som styrker frykt responsen, kan situasjonen etter hvert oppleves som mindre frykt skapende.

Vis du fort setter å unngå situasjoner som bringer angst, blir det bare hardere å komme over den. Når du starter med å gjøre eksponeeringsoppgaver, dvs å oppsøke de situasjonene som du frykter, vil du begynne med merke angst og ubehag. Det er viktig at du da ikke rømmer situasjonen eller bruker tryggingstrategier da dette vil ødelegge eksponeeringen og forhindre deg i å utfordre din angst. Du vil oppdage at hvis du står ut og holder deg i situasjonen over tid så vil angsten etter hvert reduseres (allerede etter 15-20 minutter).

Alle er engstelig når de går inn i nye situasjoner. Hvordan angsten håndteres er forskjellig. Det har tatt lang tid å utvikle angsten og du har hatt den lenge. Vær derfor beredt på at det vil ta tid å mestre den. Det finnes ingen tryllestav som fjerner angsten din. Vær også forberedt på tilbakefall og vær forberedt på å hankes med dem. Den ene dagen kjennes det helt fint, mens du i en annen dag igjen kan kjenne angsten komme. Når dette oppstår er det lett å bli skuffet. Innse at tilbakefall er en del av hele innlæringsprosessen. Som alle andre ting vi lærer oss, kreves det repetisjon for å bli dyktig. Ingen fikk til å gå ved første forsøk, og ikke alle dager var like enkle. Hvis du derimot trener regelmessig, er sjansen stor for at du lykkes. Angst er ubehagelig, men ikke farlig. Ikke steng angsten ute eller løp fra den når den kommer. Vær i situasjonen, og la opplevelsen utfolde seg. Om du lærer deg å leve med angsten, så forsvinner den.

## Appendiks 6

### **Eksponerings registrering**

For å kjenne at du kan mestre angsten, er viktig at du trener på det du har gjort i timen. Situasjonene du har opplevd, gjør at det kan føles vanskelig til å begynne med. Det er derfor lurt å skrive opp sosiale situasjoner som du opplever. Det er viktig at du forsøker å gjøre noe som ligger opp mot det du har gjort i timen.

Forventning: (0-100)	Situasjon: (beskriv)	Opplevelse etterpå (0-100)	Eksternt fokus: Hva la jeg merke til)