

**September 2010**

**Hópmeðferð við félagsfælni**  
**Árangursmæling við Kvíðameðferðarstöðina (KMS)**

Sigurður Viðar  
Sóley Dröfn Davíðsdóttir

September 2010

*Hópmeðferð við félagsfælni:  
Árangursmæling við Kvíðameðferðar-  
stöðina (KMS) er hluti af verkefninu  
Árangursmæling á hópmeðferðarstarfi  
við Kvíðameðferðarstöðina (KMS) sem  
styrkt var af Nýsköpunarsjóði  
námsmanna og unnið í samvinnu við  
Kvíðameðferðarstöðina*

Höfundur:  
Sigurður Viðar

Umsjónarmaður:  
Sóley Dröfn Davíðsdóttir

## Efnisyfirlit

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| <b>Töfluyfirlit .....</b>      | <b>2</b>  |
| <b>Rannsóknarmarkmið .....</b> | <b>3</b>  |
| <b>Aðferð .....</b>            | <b>3</b>  |
| Þátttakendur .....             | 3         |
| Mælitæki .....                 | 3         |
| Framkvæmd .....                | 6         |
| Úrvinnsla gagna .....          | 7         |
| <b>Niðurstöður .....</b>       | <b>9</b>  |
| <b>Umræða .....</b>            | <b>14</b> |
| <b>Heimildir.....</b>          | <b>16</b> |

## Töfluyfirlit

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tafla 1. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við upphaf og lok hópmeðferðar við félagsfælni .....                           | 9  |
| Tafla 2. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við lok hópmeðferðar við félagsfælni og í eftirfylgd einum mánuði seinna ..... | 12 |

## Rannsóknarmarkmið

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna árangur hópmeðferðar við félagsfælni sem byggir á aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar og fram fór á Kvíðameðferðarstöðinni síðastliðin ár. Hugræn atferlismeðferð í hópi hefur ekki verið mikið rannsökuð hér á landi og er þetta í fyrsta sinn, svo höfundur sé kunnugt um, að slíkt úrræði sé rannsakað hjá sjálfstætt starfandi sálfræðistofu. Niðurstöður þessarar rannsóknar munu gegna ákveðnu gæðaeftirliti á Kvíðameðferðarstöðinni auk þess sem þær munu efla þekkingu á meðferð við geðröskunum hér á landi. Niðurstöðunum verður jafnframt komið á framfæri til bæði almennings og fræðimanna og mun vonandi leiða til þess að þeir sem á þurfa að halda leyti sér viðeigandi meðferðar fyrir en ella.

## Aðferð

### Þátttakendur

Þátttakendur í rannsókninni voru allir þeir sem sóttu hópmeðferð við félagsfælni hjá Kvíðameðferðarstöðinni á tímabilinu frá ágúst 2007 til júní 2010 og svöruðu spurningalistum bæði við upphaf meðferðar og við lok hennar. Í rannsókninni eru þátttakendur úr 18 hópum en alls voru 162 sem tóku þátt í þessum hópum og innihélt hver hópur um átta til tólf manns. Ekki eru til svör fyrir alla þátttakendur fyrir bæði upphaf meðferðar og lok hennar en alls vantar gögn fyrir 60 þátttakendur. Þátttakendur í rannsókninni eru því alls 102 eða 39 karlar (38,2%) og 63 konur (61,8%). Upplýsingar um aldur 14 þátttakenda (13,7%) vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 30,5 ár ( $sf = 10,5$ ) og aldursspönnin 17 til 62 ár. Meðalaldur karla var 29,4 ár ( $sf = 9,0$ , spönn 18 til 58 ár) og meðalaldur kvenna var 31,2 ár ( $sf = 11,4$ , spönn 17 til 62 ár). Mikið er um að þátttakendur mæti ekki í eftirfylgdartíma sem haldinn er mánuði eftir lok eiginlegrar meðferðar en af þátttakendum rannsóknarinnar mættu 20 (19,6%) í þennan tíma og voru karlar 6 talsins (30%) og konur 14 (70%).

### Mælitæki

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

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

Spurningalistaum er ætlað að meta samskiptakvíða, svo sem óttann við að hitta fólk og halda uppi samræðum, við mat annarra á neikvæðum eiginleikum í eigin fari og óttann við að verða hunsaður. Kvarðinn samanstendur af 20 fullyrðingum sem metnar eru á fimm punkta Likert kvarða og er því hægt að fá 0 til 80 stig á kvarðanum. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi SIAS sem skimunartæki. Rannsókn Mattick og Clarke (1998) sýndi fram á góðan innri áreiðanleika og endurprófunaráreiðanleika og benda niðurstöður jafnframt til þess að aðgreiningarréttmæti kvarðans sé viðunandi. Niðurstöður rannsókna hafa einnig bent til viðunandi hugsmíðaréttmæti kvarðans. Í rannsókn Mattick og Clarke (1998) skoruðu félagsfælnir að meðaltali 34,6 stig ( $sf = 16,4$ ) á kvarðanum en heilbrigðir 18,8 stig ( $sf = 11,8$ ). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss þýddi kvarðann en tvær rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á próffræðilegum eiginleikum SIAS (Margrét A. Hauksdóttir, 2005; Óla B. Eggertsdóttir, 2004). Niðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna góðan innri áreiðanleika ( $\alpha > 0,91$ ) og réttmætis íslenskrar þýðingar SIAS meðal íslenskra háskólastúdenta og einstaklinga sem leita sér aðstoðar vegna geðrænna vandamála. Í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) skoruðu félagsfælnir að meðaltali 57,1 stig ( $sf = 9,2$ ) á SIAS sem er töluvert hærra skor en í rannsókn Mattick og Clarke (1998). Þó ber að taka fram að í íslenska úrtakinu voru ekki nema 12 þátttakendur. Í rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) mældist meðalskor íslenskra háskólanema 23,1 stig ( $sf = 12,3$ ).

*Félagsfælnikvarðinn (Social Phobia Scale, SPS) (Mattick & Clarke, 1998).*

Spurningalistaum er ætlað að meta kvíða tengdan frammistöðu í félagslegum aðstæðum, svo sem óttann við að verið sé að fylgjast með athöfnum, meta þær og þá aðallega óttann við að aðrir taki eftir líkamlegum einkennum kvíða við slíkar aðstæður. Kvarðinn samanstendur af 20 fullyrðingum sem metnar eru á fimm punkta Likert kvarða og er því hægt að fá 0 til 80 stig á kvarðanum. Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss þýddi kvarðann. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi SPS sem skimunartæki. Rannsókn Mattick og Clarke (1998) sýndi fram á góðan innri áreiðanleika og endurprófunaráreiðanleika og benda niðurstöður jafnframt til þess að aðgreiningarréttmæti kvarðans sé viðunandi. Niðurstöður rannsókna hafa einnig bent til viðunandi hugsmíðaréttmæti kvarðans. Í rannsókn Mattick og Clarke (1998) skoruðu félagsfælnir að meðaltali 40 stig ( $sf = 16$ ) á kvarðanum en almenningur 14,4 stig ( $sf = 11,2$ ). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss þýddi kvarðann en tvær rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á próffræðilegum eiginleikum SPS (Margrét A. Hauksdóttir, 2005; Óla B.

Eggertsdóttir, 2004). Niðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna góðan innri áreiðanleika ( $\alpha > 0,91$ ) og réttmætis íslenskrar þýðingar SIAS meðal íslenskra háskólastúdenta og einstaklinga sem leita sér aðstoðar vegna geðrænna vandamála. Í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) skoruðu félagsfælnir að meðaltali 41,6 stig ( $sf = 9,2$ ) á SPS og í rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) mældist meðalskor íslenskra háskólanema 11,3 stig ( $sf = 9,3$ ).

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

Spurningalistanum er ætlað að mæla þunglyndiseinkenni próftaka síðustu tvær vikur áður en prófið er tekið. Kvarðinn samanstendur af 21 atriðum sem gefa 0 til 4 stig og er því hægt að fá 0 til 63 stig á kvarðanum. Stigafjöldi á bilinu 0 til 13 stig gefur til kynna að engin eða lítil þunglyndiseinkenni séu til staðar, 14 til 19 stig benda til vægra einkenna, 20 til 28 stig til nokkurra einkenna og 29 til 63 stig til mikilla einkenna. Íslensk þýðing á kvarðanum var í höndum sálfræðinganna Jóns F. Sigurðssonar og Gísla H. Guðjónssonar. Í rannsókn á henni kom í ljós að bæði áreiðanleiki og réttmæti svipaði mjög til þess sem gerist í Bandaríkjunum (Arnarsson, Ólason, Smári og Sigurðsson, 2008).

*Sjálfsmatskvarði Robsons (Robson Self Concept Questionnaire, RSCQ) (Robson, 1989)*

Spurningalistanum metur sjálfstraust fólks. Kvarðinn samanstendur af 30 fullyrðingum sem próftaki tekur afstöðu til á 8 punkta kvarða (0 til 7) þar sem 0 þýðir að viðkomandi sé algerlega ósammála fullyrðingunni og 7 þýðir að hann sé algerlega sammála henni. Hægt er að fá frá 0 til 210 stig á kvarðanum en sjálfstraust telst í meðallagi í 139,2 stigum ( $sf = 19,9$ ) samkvæmt höfundi kvarðans (Robson, 1989). Innri áreiðanleiki ( $\alpha > 0,87$ ) og endurprófunaráreiðanleiki kvarðans mælast hér ( $r > 0,87$  þegar tíminn á milli prófanna er 4 til 8 vikur). Réttmætisathuganir á kvarðanum gefa einnig til kynna gott samleitni- og aðgreiniréttmæti (Robson, 1989). Kvarðinn var þýddur af Sóleyju D. Davíðsdóttur sálfræðingi en engar rannsóknir hafa verið gerðar á honum hér á landi.

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

Spurningalistanum er ætlað að meta lífsgæði fólks. Kvarðinn samanstendur af 16 atriðum sem svarað er á 7 punkta skala (1 til 7) þar sem hægt er að fá 16 til 112 stig. Meiri stigafjöldi á kvarðanum bendir til betri lífsgæða. Kvarðinn hefur í gegnum tíðina verið notaður til að meta lífsgæði fólks með sjúkdóma, verki og geðraskanir (Burckhardt og Anderson, 2003). Niðurstöður rannsókna á próffræðilegum eiginleikum kvarðans gefa til kynna að samleitni- og aðgreiniréttmæti sé gott, innri áreiðanleiki sé góður ( $\alpha = 0,82 - 0,92$ ) og áreiðanleiki endurtekinna prófanna (miðað

við 3 vikur) sé það einnig ( $r = 0,78 - 0,84$ ) (Burckhardt, Woods, Schultz og Ziebarth, 1989). Kvarðinn hefur verið þýddur á fjölda tungumála, til dæmis sænsku og norsku, og eru próffræðilegir eiginleikar þessara þýðinga mjög góðir (Liedberg, Burckhardt og Henriksson, 2005; Wahl, Rustöen, Hanestad, Lerdal og Moum, 2004). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss íslenskaði kvarðann. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) skora háskólanemar á Íslandi að meðaltali 86,2 stig ( $sf = 9,03$ ). Þetta eru samskonar niðurstöður og fengist hafa fyrir almenning í Noregi (Wahl, o.fl., 2004). Klínískt úrtak úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) skoraði að meðaltali 70,41 stig ( $sf = 15,61$ ).

## **Framkvæmd**

Áður en rannsóknavinnan hófst voru leyfi fyrir henni fengin hjá Vísindasiðarnefnd og Kvíðameðferðarstöðinni. Einnig var rannsóknin tilkynnt til Persónuverndar. Gagnasöfnun fór fram á Kvíðameðferðarstöðinni frá ágúst 2007 til júní 2010. Áður er en skjólstæðingar Kvíðameðferðarstöðvarinnar hefja hópmeðferð hitta sálfræðingar stöðvarinnar sérhvern þátttakanda í einstaklingsviðtali þar sem vandinn er kortlagður og mat lagt á hvort hópmeðferð henti viðkomandi eða hvort önnur úrræði komi að meira gagni. Þeir sem uppfylla greiningu samkvæmt DSM-IV um félagsfælni (American Psychiatric Association, 1994), hafa félagsfælni sem meginvanda og ekkert annað er talið til fyrirstöðu fyrir þátttöku í hópmeðferð (t.d. mikil vímuefnaneysla eða geðrofseinkenni) fá inngöngu í meðferðina. Í einstaklingsviðtali fá skjólstæðingar einnig fræðslu um hópmeðferðina og þeim gefinn kostur á að spyrjast fyrir um fyrirkomulag meðferðarinnar. Þátttakendum er einnig gert grein fyrir því að við upphaf meðferðar kann kvíði þátttakanda að aukast tímabundið og eru þeir jafnframt hvattir til að taka ekki inn kvíðastillandi lyf til að slá á þann kvíða (ef viðkomandi tekur lyf að staðaldri). Viðtalið er einnig notað til að mynda tengsl við tilvonandi þátttakendur í von um að þeir treysti sér frekar til að mæta í meðferðina.

Hópmeðferðin sjálf tekur 10 skipti á jafn mörgum vikum og stendur í um tvo klukkutíma í senn (auk eftirfylgdartíma mánuði eftir að eiginlegri meðferð lýkur). Að meðferð koma ávalt tveir meðferðaraðilar, tveir sálfræðingar eða einn sálfræðingur og sálfræðinemi í starfsþjálfun. Í fyrsta tíma eru hópreglur kynntar, spurningalistar eru lagðir fyrir og fræðsla um félagsfælni og meðferðarformið á sér stað. Í öðrum tíma er fræðsla um áhrif athygli á félagsfælni og hvernig hægt sé að vinna með athyglisskekkjur í félagskvíða. Félagsfælni hvers þátttakanda er einnig kortlögð og byrjað er að setja upp kvíðastigveldi hvers og eins. Í þriðja

tíma er fjallað um öryggisráðstafanir og hvaða kostir og ókostir fylgja þeim þegar kemur að félagsfælni. Hver þátttakandi byrjar að kortleggja eigin öryggisráðstafanir og í tímanum eru æfingar í að halda uppi samræðum án þess að grípa til öryggisráðstafanna. Í fjórða tíma er fjallað um tengsl hugsana og tilfinninga og fræðsla um helstu hugsanaskekkjur. Einnig er fjallað um hvernig hægt sé að prófa réttmæti hugsananna. Þátttakendum er kennt að gera hugsanaskrár og í tíma eru æfingar í að meta réttmæti neikvæðra forspáa með atferlisæfingum. Í fimmta tíma er fjallað um eiginleika góðra samskipta. Í tímanum eru æfingar í hlustun og í að halda uppi samræðum. Í sjötta tíma er haldið áfram að fjalla um samskipti og farið yfir gagnleg og ógangelg viðbrögð. Fjallað er um mikilvægi þess að setja mörk og í tíma æfa þátttakendur það tveir og tveir fyrir framan hina í hópnum. Í sjöunda tíma er fjallað um viðhorf og lífsreglur og tengsl þeirra við lágt sjálfsmat. Í tíma eru æfingar í að halda fyrirlestur fyrir framan aðra. Áttundi tími fer allur í æfingar en þátttakendur halda ýmis erindi sem tekin eru upp á myndband. Þátttakendur horfa svo á sjálfan sig og meta sig eins og þeir væru hlutlausir aðilar. Þessar æfingar stuðla að bættri sjálfsmýnd þar sem þátttakendur fá raunhæfari mynd af sér. Í níunda tíma kortleggja þátttakendur ótta sinn um það hvernig þeir halda að þeir komi öðrum fyrir sjónir. Í tíma er farið á staði þar sem líklegt er að töluvert að fólki sé samankomið og æfingarnar snúa að því að prófa það sem þeir óttast, þ.e. að líta út fyrir að vera vitlausir, skrítnir, öðruvísi en aðrir eða annað sem þátttakendur óttast. Í tíunda og síðasta tíma eru ráð gefin við bakslögum og fræðsla um helstu viðvörunarmerki. Í tíunda tímanum eru spurningalistar svo lagðir fyrir aftur. Á milli tíma eru sett fyrir heimaverkefni sem einnig taka mið umfjöllunarefni hvers tíma fyrir sig. Þátttakendur velja jafnframt í lok hvers tíma eitt atriði af kvíðastigveldi sem þeir ákveða að takast á við milli tíma. Eftir að eiginlegri meðferð lýkur er öllum þátttakendum boðið að sækja eftirfylgdartíma þar sem farið er yfir gang mála hjá hverjum og einum, veitt er upprifjun og spurningalistar eru lagðir fyrir aftur. Í hópmeðferð við félagsfælni er þessi eftirfylgdartími haldin um mánuði eftir að eiginlegri hópmeðferð lýkur.

## Úrvinnsla gagna

Við úrvinnslu gagna var notast við tölfræðiforritið SPSS 16 fyrir Windows. Til að kanna hvort munur væri á milli hóps sem mætti í eftirfylgd og þeirra sem gerðu það ekki, varðandi skor á spurningalistum, áhrifastærð og aldur, var notast við óháð *t*-próf (*independent sample t-tests*). Til að kanna hvort munur væri á kynjaskiptingu milli hópanna var gert kí-kvaðratpróf (*Pearson Chi-square,  $\chi^2$* ). Til að kanna hvort munur væri á



heildarskori á spurningalistum í upphafi meðferðar og í lok hennar var notast við þöruð *t*-próf (*paired sample t-tests*). Til að meta árangur meðferðarinnar voru reiknaðar áhrifastærðir (*Cohens d*). Þetta er gert með því að draga hærra meðalskor frá lægra meðalskori og deila svo með samlagðri dreifitölu staðalfrávikanna fyrir og eftir meðferð. Munur á meðalskori fyrir og eftir meðferð samsvarar hækkun eða lækkun á kvörðunum á meðan meðferð stendur (breytingarskor). Samlögð dreifitala staðalfrávika er fengin með því að setja bæði staðalfrávik í annað veldi, leggja þau saman, deila með tveimur og að því loknu er kvaðratróttin tekin af útkomunni. Áhrifastærðir eru mikið notaðar til að meta hvort áhrif frumbreytu á fylgibreytu, s.s. meðferð á einkenni geðraskana, séu klínískt mikilvæg og skipti máli fyrir viðkomandi þátttakendur. Áhrifastærðin  $d = 1.0$  gefur til kynna að meðalskor hafi hækkað eða lækkað um sem nemur einu staðalfráviki en samkvæmt viðmiðum Cohen (1988) samsvarar áhrifastærðin 0,2 litlum áhrifum, 0,5 miðlungsáhrifum og 0,8 eða hærra miklum áhrifum.

Einnig var kannað hvort sú breyting sem átti sér stað á meðan á meðferð stóð væri klínískt marktæk (*clinically significant change*) og áreiðanleg (*reliable change*). Klínískt marktæk breyting á sér stað þegar skor sem er einkennandi fyrir klínískan hóp breytist yfir í skor sem er einkennandi fyrir almennan hóp (Jacobson og Truax, 1991). Til þess að geta reiknað út hvenær þessi breyting hefur átt sér stað þarf að finna út hvaða skurðpunktur (*cutt-off*) sé heppilegastur til að greina þarna á milli. Jacobsons og Truax (1991) leggja til þrjár mismunandi leiðir til að finna þennan skurðpunkt, eða leið A, B og C. Þegar leið A er notuð er einungis nauðsynlegt að hafa viðmið fyrir klínískan hóp en metið er hvort skor próftaka sé meira en tvö staðalfrávik frá meðalskori sem er einkennandi fyrir klínískan hóp. Þegar leið B er notuð er einungis nauðsynlegt að hafa viðmið fyrir almennan hóp en metið er hvort skor próftaka sé meira en tvö staðalfrávik frá meðalskori sem er einkennandi fyrir almennan hóp. Þegar leið C er notuð er hins vegar nauðsynlegt að vera með viðmið fyrir bæði almennan- og klínískan hóp og fellur skurðpunkturinn því mitt á milli þess sem gerist í leið A og B (Jacobson og Truax, 1991). Þegar viðmið fyrir almennan hóp eru til taks og dreifing hópanna skarast, eins og er raunin með flesta spurningalista í þessari rannsókn, er æskilegast að notast við leið C við útreikninga á skurðpunktum (Jacobson og Truax, 1991). Reiknað var út hversu hátt hlutfall þátttakenda var með skor sem er einkennandi fyrir klínískan hóp í upphafi meðferðar, í lok hennar og í eftirfylgd.

Áreiðanleg breyting er mælikvarði á hvort sú breyting sem mælist sé nógu mikil til að hægt sé að fullyrða með nokkurri vissu að hún sé ekki tilkomin vegna óstöðugleika í mælingum. Þessi aðferð tekur mið af staðalfráviki fyrir breytingu og innri áreiðanleika mælitækisins sem notað er (Jacobson og Truax, 1991). Reiknað var hversu margir þeirra

þátttakenda sem voru, við lok meðferðar, enn með skor sem eru einkennandi fyrir klínískan hóp náðu nógu miklum árangri til að hægt sé að segja að breyting hafi verið áreiðanleg.

## Niðurstöður

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

**Tafla 1.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við upphaf og lok hópmeðferðar við félagsfærni

|               | Við upphaf meðferðar |       | Við lok meðferðar |       | n  | df | t        | d    |
|---------------|----------------------|-------|-------------------|-------|----|----|----------|------|
|               | M                    | sf    | M                 | sf    |    |    |          |      |
| <b>SIAS</b>   | 53,24                | 10,78 | 35,21             | 13,78 | 99 | 98 | 13,85*** | 1,46 |
| <b>SPS</b>    | 35,42                | 14,40 | 19,82             | 11,08 | 97 | 96 | 11,23*** | 1,21 |
| <b>BDI-II</b> | 18,06                | 9,73  | 10,44             | 9,06  | 90 | 89 | 8,34***  | 0,81 |
| <b>R-SCQ</b>  | 105,17               | 25,42 | 126,62            | 30,09 | 89 | 88 | -8,84*** | 0,77 |
| <b>QOLS</b>   | 64,94                | 13,35 | 72,20             | 14,54 | 79 | 78 | -5,33*** | 0,52 |

M = meðaltal, sf = staðalfrávik, n = fjöldi þátttakenda (fjöldi þátttakenda sem svarar hverjum spurningalista er breytilegur vegna tapaðra gilda (*missing values*)), df = frígráður, t = gildi paraðs *t*-prófs, d = áhrifastærð (*Cohens d*). SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, SPS = Social Phobia Scale, BDI-II = Becks Depression Inventory II, R-SCQ = Robson *Self Concept Questionnaire*, QOLS = Quality Of Life Scale. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

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

Þegar skoðað var hvort sú breyting sem átti sér stað á skorum þátttakenda á listunum væri klínískt marktæk var notast við skurðpunkta sem reiknaðir voru út með aðferð Jacobson og Truax (1991). Við útreikninga á skurðpunkti fyrir SIAS spurningalistann var notast við meðalskor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004).

Einu upplýsingarnar um meðalskor á SIAS spurningalistanum fyrir fólk með félagsfærni hér á landi eru að finna í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) en úrtak þeirrar rannsóknar var aðeins 12 manns. Ákvörðun var því tekin að nota meðalskor úr þessari rannsókn en úrtak hennar er mun stærra og því líklegra til að vera marktækt meðalskor fyrir félagsfærna en skorið úr rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005). Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 39,22 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 89% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 32,7%.

Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri á SIAS spurningalistanum var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð (10,78) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) ( $\alpha = 0,91$ ). Viðmiðið var 9 stig og höfðu 40,6% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir meðferð, var 81,2% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á SIAS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir klínískt marktæka breytingu á SPS spurningalistanum var notast við skor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004). Eins og með SIAS spurningalistann eru einu upplýsingarnar um meðalskor á SPS spurningalistanum fyrir fólk með félagsfærni hér á landi að finna í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) en úrtak þeirrar rannsóknar var aðeins 12 manns. Ákvörðun var því tekin að nota meðalskor úr þessari rannsókn en úrtak hennar er mun stærra og því líklegra til að vera marktækt meðalskor fyrir félagsfærna en skorið úr rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005). Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 21,2 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 82,8% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 40,6%.

Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri á SPS spurningalistanum var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð (14,4) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) ( $\alpha = 0,90$ ). Viðmiðið var 12,6 stig og höfðu 46,2% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir meðferð, var 79% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á SPS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir klínískt martæka breytingu á BDI-II spurningalistanum var notast við skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008). Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 13,67 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 63,3% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 30,1%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð (9,73) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008) ( $\alpha = 0,93$ ). Viðmiðið var 7,14 stig og höfðu 29,6% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir meðferð, var 78,5% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á BDI-II eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Þar sem engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á R-SCQ spurningalistanum var, við útreikninga skurðpunkts fyrir klínískt martæka breytingu, notast við meðalskor sem er einkennandi fyrir félagsfælna úr þessari rannsókn og meðalskor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn höfundar listans (Robson, 1998). Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 124,26 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 79,1% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 52,5%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð (25,42) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Robson (1998) ( $\alpha = 0,87$ ). Viðmiðið var 25,4 stig og höfðu 30,4% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir meðferð, var 64% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á R-SCQ eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir klínískt martæka breytingu á QOLS spurningalistanum var notast við skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007). Skurðpunkturinn sem fékkst úr þessum útreikningum var 80,41 stig sem þýðir að við upphaf meðferðar voru 85,4% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 73,9%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir meðferð hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir meðferð (13,35) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar

Guðmundssonar (2007) ( $\alpha = 0,89$ ). Viðmiðið var 12,3 stig og höfðu 23,2% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir meðferð, var 40,9% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á QOLS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Til að kanna hvort breyting hafi átt sér stað eftir að eiginlegri meðferð lauk og þar til þátttakendur mættu í eftirfylgd var byrjað á að kanna hvort einhver munur væri á þeim sem mættu í eftirfylgdartímum og þeim sem gerðu það ekki. Þetta var gert með óháðum  $t$ -prófum og kom í ljós að enginn munur var hópnum varðandi aldur ( $p > 0,05$ ), á skori á spurningalistum, hvorki í upphafi meðferðar né í lok meðferðar ( $p > 0,05$ ). Ekki var heldur munur á áhrifastærð þátttakenda á hverjum spurningalista fyrir sig ( $p > 0,05$ ). Til að kanna hvort munur væri á kynjaskiptingu milli hópanna var gert kí-kvaðrat próf og kom í ljós að enginn munur var hópnum ( $p > 0,05$ ). Þetta bendir til þess að ekki sé munur á þeim sem ljúka meðferð og koma mánuði seinna í eftirfylgdartíma og þeim sem ljúka meðferð en koma ekki í eftirfylgdartímum hvað varðar aldur, kynjaskiptingu, þunglyndiseinkenni, kvíðaeinkenni, streitu, sjálfsmat eða lífsgæði í upphafi eða í lok meðferðar eða þeim árangri sem þátttakendur ná í meðferð.

Meðaltöl og staðalfrávik allra mælinga við lok meðferðar og í eftirfylgd (um einum mánuði eftir að meðferð lauk) eru birt í töflu 2. Niðurstöður paraðra  $t$ -prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

**Tafla 2.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við lok hópmeðferðar við félagsfærni og í eftirfylgd einum mánuði seinna

|               | Við lok meðferðar |       | Í eftirfylgd |       | n  | df | t       | d    |
|---------------|-------------------|-------|--------------|-------|----|----|---------|------|
|               | M                 | sf    | M            | sf    |    |    |         |      |
| <b>SIAS</b>   | 32,35             | 11,62 | 25,70        | 9,28  | 20 | 19 | 5,12*** | 0,63 |
| <b>SPS</b>    | 17,89             | 9,10  | 11,63        | 6,13  | 19 | 18 | 4,05*** | 0,81 |
| <b>BDI-II</b> | 10,58             | 5,28  | 4,00         | 3,05  | 12 | 11 | 4,40*** | 1,53 |
| <b>R-SCQ</b>  | 134,73            | 31,22 | 143,36       | 31,55 | 11 | 10 | -1,72   | 0,28 |
| <b>QOLS</b>   | 79,00             | 13,47 | 81,25        | 6,60  | 4  | 3  | -0,42   | 0,21 |

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

Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir meðaltöl við lok meðferðar og í eftirfylgd sýna að munurinn á SIAS, SPS og BDI-II er marktækur sem bendir til þess að þátttakendur hafi haldið áfram að ná árangri eftir að eiginlegri meðferð lauk. Samskipta- og frammistöðukvíði og þunglyndiseinkenni höfðu minnkað enn frekar. Ekki er marktækur munur á skorum þátttakenda á spurningalistum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði en taka verður fram að mjög fáir þátttakendur svöruðu listunum í eftirfyldartíma. Þótt munurinn sé ekki marktækur benda tölurnar til að þátttakendur hafi haldið áfram að ná árangri, eftir að meðferð lauk. Áhrifastærðirnar sýna að munur á meðaltölum við lok meðferðar og í eftirfyldartíma var mikill og áhrifastærðir benda til þess að áhrifin séu mikil á þeim listum sem mæla frammistöðukvíða og þunglyndiseinkenni. Miðlungsáhrif eru á kvarðanum sem mælir samskiptakvíða (SIAS).

Til að kanna hversu margir af þeim sem komu í eftirfyldartímum væru enn með skor sem er einkennandi fyrir félagsfælna var notast við sömu skurðpunkta þegar klínískt marktæk breyting var reiknaður í upphafi og lok meðferðar hér að ofan. Taka verður tillit til þess hve fáir mættu í eftirfyldartíma og að þeir sem mættu svöruðu ekki allir öllum spurningalistunum. Af þeim sem mættu í eftirfyldartímum var hlutfallið 15% sem var með klínískt skor á SIAS spurningalistanum við lok meðferðar en í eftirfyldartíma var hlutfallið aðeins 5%. Af þeim sem mættu og svöruðu SPS spurningalistanum var hlutfallið 31,6% með klínískt skor við lok meðferðar og í eftirfyldartíma var hlutfallið aðeins 5%. Af þeim sem mættu og svöruðu BDI-II spurningalistanum var hlutfallið 26,7% með klínískt skor við lok meðferðar en í eftirfyldartíma var enginn með klínískt skor á listanum. Af þeim sem mættu og svöruðu R-SCQ spurningalistanum var hlutfallið 47,4% með klínískt skor við lok meðferða og í eftirfyldartíma var hlutfallið 25%. Af þeim sem mættu og svöruðu QOLS spurningalistanum var hlutfallið 73,3% með klínískt skor við lok meðferða en í eftirfyldartíma var það 25%.

## Umraeda

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar eru að skor þátttakenda í hópmeðferð við félagsfærni lækkuðu á öllum kvörðum sem mæla félagsfærni og þunglyndiseinkenni og hækkuðu á þeim kvörðum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði á meðan á meðferð stóð. Einnig eru niðurstöðurnar vísbending um að eftir að eiginlegri meðferð lýkur haldi skor þátttakenda áfram að lækka á þeim kvörðum sem mæla félagsfærni og þunglyndiseinkenni.

Áhrifastærðir meðferðar við félagsfærni mældust í þessari rannsókn mjög háar á þeim kvörðum sem mæla félagsfærni (1,46 á SIAS og 1,21 á SPS). Áhrifin voru töluvert meiri en í íslenskri rannsókn Sóleyjar Drafnar Davíðsdóttur o.fl. (2006) ( $d = 0,49$ ) og í erlendum allsherjargreiningum (Gould o.fl., 1997; Moreno o.fl., 2001; Taylor, 1996). Í allsherjargreiningu Gould o.fl. (1997) var áhrifastærðin 0,74 og hjá Moreno o.fl. (2001) var hún 0,77. Taka verður fram að í allsherjargreiningu Gould o.fl. frá 1997 mældust áhrifastærðir stærri þegar aðeins voru tekin fyrir meðferðarform sem innihéldu berskjöldunaræfingar. Meðaláhrifastærð í meðferðarformum sem eingöngu fela í sér berskjöldun var 0,89 og þar sem meðferðir felur í sér berskjöldun auk hugræns endurmats var hún 0,80 (Gould o.fl., 2001). Í allsherjargreiningu Taylors frá 1996 komu meðferðarform sem innihéldu bæði berskjöldun og hugrænt endurmat best út með meðaláhrifastærðina 1,06. Eins og áður hefur komið fram er mjög algengt að fólk sem þjáist af félagsfærni finni einnig fyrir þunglyndi (Rapee, 1995). Rannsóknir hafa sýnt að meðferð við félagsfærni dregur einnig úr þunglyndiseinkennum (Moreno o.fl., 2001; Sóley Dröfn Davíðsdóttir o.fl. 2006). Í þessari rannsókn var það raunin og sést á áhrifastærðinni að um mikinn árangur var að ræða ( $d = 0,81$ ) sem er meiri árangur en í fyrrgreindum rannsóknum. Á listum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði náðist miðlungs til mikill árangur sem bendir til þess að bæði sjálfsmat og lífsgæði þátttakanda hafi batnað töluvert.

Þegar klínískt marktækur árangur (skor sem svipar til meðalskors almennings) var skoðaður sérstaklega kom í ljós að töluverður hluti þátttakenda náðu slíkum árangri. Við upphafi meðferðar var meiri hluti þátttakenda með há skor á þeim listum sem mæla félagsfærni og þunglyndi en við lok hennar féllu tæp 70% þátttakenda í hóp með almenningi á listum sem mæla einkenni samskiptakvíða (SIAS) og þunglyndis (BDI-II) og um 60% þátttakanda féll í hóp með almenningi á lista sem mælir einkenni frammistöðukvíða (SPS). Meirihluti þátttakenda var einnig með lág skor á listum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði en sá árangur sem náðist á þeim var ekki eins afgerandi. Við lok meðferðar féll um helmingur þátttakenda í hóp með almenningi á lista sem mælir sjálfsmat og um fjórðungur á lista sem

mælir lífsgæði. Það að ná klínískt marktækum árangri er vissulega eitthvað sem flestir sækjast eftir en er þó í sumum tilfellum óraunhæf markmið, t.d. ef einkenni eru mjög mikil í upphafi. Í þeim tilfellum getur því verið gott að skoða hvort árangurinn sé það mikill að takandi sé mark á honum (áreiðanleg breyting). Þegar þetta var gert kom í ljós að af þeim sem ekki náðu klínískt marktækum árangri var töluvert hlutfall þátttakenda með áreiðanlega breytingu eða um þriðjungur til helmingur þeirra á listum sem mæla einkenni félagsfærni og þunglyndis og um fimmtungur á lista sem mælir lífsgæði og um þriðjungur á lista sem mælir sjálfsmat.

Þegar kannað var hvort sá árangur sem náðist í meðferð héldi sér eftir að eiginlegri meðferð var lokið (í eftirfylgd) kom í ljós að á listum sem mæla einkenni félagsfærni og þunglyndis héldu þátttakendur áfram að ná árangri og þegar litið er til áhrifastærðanna var um miðlungs mikinn til mikinn árangur að ræða. Á listum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði var árangur eftir meðferð ekki eins mikill og ekki marktækur en sá árangur sem náðst hafði í meðferð hélst þó. Taka verður tillit til að aðeins hluti af þeim sem luku meðferð mættu í eftirfylgdartíma og hugsanlegt er að sá hluti sem ekki mætti hafi síður náð árangri eftir að meðferð lauk. Ekkert er þó sem bendir til þess að þeir sem mættu hafi verið frábrugðnir hinum sem ekki gerðu það. Ekki var munur milli hópanna á mælingum í upphafi meðferðar eða í lok hennar, ekki á árangri í meðferð og ekki á kynjahlutföllum eða aldri.

Nokkra fyrirvara ber þó að setja við rannsóknina og má þar nefna að umsjónarmenn meðferðarinnar sáu um fyrirlögn spurningalista og er því ekki hægt að útiloka þóknunaráhrif. Þar sem einhverjir þátttakendur voru á lyfjum og umsjónarmenn meðferðar ekki með umsjón með lyfjagjöf er mögulegt breytingar hafi verið á lyfjagjöf á meðan á meðferð stóð. Þátttakendur voru þó hvattir til að breyta ekki lyfjaskömmtum á meðan á meðferð stæði. Stærstu ágallar rannsóknarinnar eru þó að ekki er notast við samanburðarhóp. Félagfærni er þó að jafnaði viðvarandi röskun og gengur sjaldnast til baka ef ekkert er að gert (National Institute for Clinical Excellence, 2004). Niðurstöður úr faraldsfræðilegum rannsóknum benda til að fólk með félagsfærni hafi einkennin í að meðaltali 10 til 21 ár (Wittchen og Fehm, 2003). Í rannsókn Hirschfeld frá 1996 kom fram að, ef ekkert var að gert, gekk félagsfærni aðeins til baka hjá 18% fólks yfir tveggja ára tímabil á en á jafn löngum tíma var hlutfallið 80% hjá þeim sem þjáðust af þunglyndi (sjá í Barlow, 2002). Þær rannsóknir sem notast hafa við biðlistahóp, sem fær enga meðferð, til samanburðar hafa einnig sýnt að engin breyting til batnaðar á sér stað hjá þeim (Salaberria og Echeburua, 1998; Sóley Dröfn Davíðsdóttir o.fl., 2006; Taylor, 1996).



## Heimildir

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnarson, Þ. Ö., Ólason, D. Þ., Smári, J. og Sigurðsson, J. F. (2008). The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): Psychometric properties in Icelandic student and patient population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 360-365.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2. útg.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. og Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second Edition: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Burckhardt, C. S. og Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 60, 1-7.
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A. og Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing and Health*, 12, 347-354.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2. útg.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. og Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Jacobson, N. S. og Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Liedberg, G. M., Burckhardt, C. S. og Henriksson, C. M. (2005). Validity and reliability testing of the Quality of Life Scale, Swedish version in women with fibromyalgia – statistical analyses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 64-70.
- Margrét A. Hauksdóttir. (2005). *Félagsfælni: Athugun á próffræðilegum eiginleikum Social interaction anxiety scale, Social phobia scale og Post-event processing questionnaire*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Mattick, R. P. og Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.

- Moreno, P. J., Méndez, F. X. og Sánchez, J. (2001). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment in social phobia: A meta-analytic review. *Psychology in Spain*, 5, 17-25.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004, desember). *Clinical guidelines for the management of anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. Sótt 2 júní 2010 af <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg022fullguideline.pdf>
- Óla B. Eggertsdóttir. (2004). *Athugun á próffræðilegum eiginleikum SIAS og SPS og á tengslum félagskvíða og bakþanka*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Ólafur V. Hrafnsson og Matthías Guðmundsson. (2007). *Próffræðilegir eiginleikar Lífsgæðakvarðans (QOLS)*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. Í R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope og F. R. Schneier (Ritstj.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (bls. 41-66). New York: Guilford Press.
- Robson, P. (1989). Development of a new self report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-518
- Salaberria, K. og Echeburua, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262-284.
- Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Guðrún Íris Þórsdóttir og Brynjar Halldórsson. (2006). Mat á árangri hugrænnar atferlismeðferðar í hóp við félagsfælni. *Sálfræðiritið-Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 10-11, 9-21.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Wahl, A. K., Rustöen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. og Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009.
- Wittchen, H. -U. og Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears an social phobia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18.