

**Nýsköpunarsjóður námsmanna**  
**Lokaskýrsla-september 2010**

**Árangursmælingar á hópmeðferðarstarfi við**  
**Kvíðameðferðarstöðina (KMS)**

**Nemandi:**  
Sigurður Viðar

**Umsjónamaður:**  
Sóley Dröfn Davíðsdóttir

September 2010

Lokaskýrsla verkefnis sem styrkt er af  
Nýsköpunarsjóði námsmanna og unnið  
í samvinnu við Kvíðameðferðarstöðina

Höfundur skýrslu:  
Sigurður Viðar

Umsjónarmaður verkefnis:  
Sóley Dröfn Davíðsdóttir

## Efnisyfirlit

<b>Töfluyfirlit</b> .....	<b>4</b>
<b>Útdráttur</b> .....	<b>5</b>
<b>Inngangur</b> .....	<b>6</b>
Kvíði .....	6
Þunglyndi .....	7
<b>Hugræn atferlismeðferð</b> .....	<b>8</b>
Hugræn atferlismeðferð við kvíða .....	8
Hugræn atferlismeðferð við þunglyndi og þunglyndiseinkennum .....	10
Hugræn atferlismeðferð við fleiri en einni röskun.....	12
<b>Rannsóknarmarkmið</b> .....	<b>13</b>
<b>Aðferð</b> .....	<b>14</b>
Þátttakendur .....	14
Rannsókn 1 .....	14
Rannsókn 2 .....	14
Rannsókn 3 .....	15
Mælitæki .....	15
Rannsókn 1 .....	15
Rannsókn 2 .....	16
Rannsókn 3 .....	16
Nánari lýsing á mælitækjum.....	16
Framkvæmd .....	19
Rannsókn 1 .....	19
Rannsókn 2 .....	20
Rannsókn 3 .....	21
Úrvinnsla gagna .....	22
<b>Niðurstöður</b> .....	<b>24</b>
Rannsókn 1 .....	24
Rannsókn 2 .....	29
Rannsókn 3 .....	32
<b>Umræða</b> .....	<b>37</b>

Rannsókn 1 .....	37
Rannsókn 2 .....	39
Rannsókn 3 .....	41
<b>Almenn umræða .....</b>	<b>45</b>
<b>Heimildir .....</b>	<b>47</b>

## Töfluyfirlit

Tafla 1. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við upphaf og lok hópmeðferðar við félagsfælni.....	24
Tafla 2. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við lok hópmeðferðar við félagsfælni og í eftirfylgd einum mánuði seinna .....	27
Tafla 3. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við upphaf og lok námskeiðsins Velliðan án lyfja .....	29
Tafla 4. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við lok námskeiðsins Velliðan án lyfja og í eftirfylgd einum mánuði seinna .....	31
Tafla 5. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir allra þátttakenda á kvíðastjórnunarnámskeiði við upphaf og lok þess .....	32
Tafla 6. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir klíniska hópsins, á kvíðastjórnunarnámskeiði, við upphaf námskeiðs og við lok þess .....	33
Tafla 7. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir almenna hópsins, á kvíðastjórnunarnámskeiði, við upphaf námskeiðs og við lok þess .....	36

## Útdráttur

Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta árangur af hópmeðferðarstarfi Kvíðameðferðarstöðvarinnar. Tekin voru fyrir þrjú úrræði, þ.e. hópmeðferð við félagsfælni, námskeiðið Velliðan án lyfja og Kvíðastjórnunarnámskeið sem haldið var í samvinnu við Vinnumálastofnun. Niðurstöðurnar voru að öll úrræðin skiluðu nokkuð góðum árangri þar sem hópmeðferð við félagsfælni skilaði bestum árangri en marktæk breyting til batnaðar var á öllum spurningalistum sem notaðir voru og voru áhrifastærðir mjög háar á þeim listum sem mæla félagsfælni og þunglyndiseinkenni. Einnig benda niðurstöður úr eftirfylgdartíma að þátttakendur haldi áfram að ná árangri mánuði eftir að meðferð líkur. Námskeiðið Velliðan án lyfja skilaði einnig nokkuð góðm árangri þar sem marktæk breyting til batnaðar var á öllum spurningalistum sem notaðir voru. Áhrifin voru mikil á þunglyndiseinkenni og streitu og töluverð á kvíðaeinkenni. Niðurstöðurnar, úr eftirfylgdartíma, benda einnig til að sá árangur sem náðist á námskeiðinu hafi haldið sér mánuði eftir að því lauk. Á námskeiðinu Kvíðastjórnun voru áhrifin ekki eins mikil og í fyrrnefndum úrræðum. Misjafnt var hversu mikinn vanda þátttakendur áttu við að etja en þeir þátttakendur sem í upphafi námskeiðis skoruðu hátt á spurningalistum sem meta einkenni geðraskana lækkuðu töluvert á listum sem meta einkenni þunglyndis og kvíða. Hjá þátttakendur sem ekki skoruðu hátt á þessum listum var um lítillega bætingu á sjálfsmati og lífsgæðum að ræða. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að hópmeðferðarstarf Kvíðameðferðarstöðvarinnar sé á góðri leið en að í sumum tilfellum þurfi að greina vandann betur í upphafi til að geta vísað fólki á sem besta meðferðarúrræðið.

Geðraskanir eru stórt heilbrigðisvandamál í nútímaþjóðfélagi og má nefna að um það bil 30 til 40% allrar örorku á Íslandi árið 2002 var vegna geðraskanana (Sigurður Thorlacius og Sigurður B. Stefánsson, 2004). Geðröskunum má skipta niður í flokka og meðal algengustu raskananna eru flokkar lyndis- og kvíðaraskanana. Sú meðferðarnálgun sem hvað mest hefur verið rannsökuð síðastliðna áratugi við þessum röskunum er hugræn atferlismeðferð. Rannsóknir á þessu meðferðarformi hafa sýnt að það er árangursríkt við kvíðaröskunum og þunglyndi (Butler, Chapman, Forman og Beck, 2006).

### Kvíði

Eins og fram kemur hér að framan eru kvíðaraskanir meðal algengari flokka geðraskanana. Samkvæmt greiningarkerfi Bandarísku geðlæknasamtakanna (DSM-IV-TR) falla þó nokkrar raskanir undir þennan flokk en helstar þeirra eru; felmtursröskun (*panic disorder*) með eða án víðáttufælni (*agoraphobia*), sértæk fælni (*specific phobia*), félagsfælni (*social phobia*), þráhyggju- árátturöskun (*obsessive-compulsive disorder*), áfallastreituröskun (*posttraumatic stress disorder*) og almenn kvíðaröskun (*general anxiety disorder*) (American Psychiatric Association, 1994).

Kvíðaraskanir eru oft langvarandi (*chronic*), valda mikilli vanlíðan og eru að jafnan viðvarandi ef engin meðferð er veitt (National Institute for Clinical Excellence, 2004). Þessu til stuðnings má nefna niðurstöður rannsóknar Hirschfeld frá 1996 þar sem fram kom að í aðeins 18% tilfella gekk félagsfælni til baka yfir tveggja ára tímabil, almenn kvíðaröskun í 25% tilfella og felmtursröskun með víðáttufælni í 18% tilfella. Þunglyndi gekk hins vegar til baka í 80% tilfella á þessu tímabili (sjá í Barlow, 2002). Þess ber einnig að geta að kvíðaraskanir geta leitt til þunglyndis og misnotkunar á vímuefnum. Þessu til stuðnings má nefna að 37% félagsfælinna mælast þunglyndir (Kessler, Stang, Wittchen, Stein, og Walters, 1999) og kemur þunglyndið í kjölfar félagsfælninnar í meira en 80% tilfella (Rapee, 1995). Þá mælast 24% félagsfælinna með áfengisfíkn (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle og Kessler, 1996). Kvíðaraskanir eru því klárlega kostnaðarsamar fyrir einstaklinginn og samfélagið í heild.

Félagsfælni er algengasta kvíðaröskunin en um 7 til 13% fólks á Vesturlöndum er haldið henni (Furmark, 2002). Félagsfælni er í raun þriðja algengasta geðröskunin þar sem aðeins þunglyndi og áfengisfíkn er algengari (Bruce og Saeed, 1999). Félagsfælni einkennist af þrálátum ótta við félagslegar aðstæður þar sem frammistaða þess kvíðna kanna að vera neikvætt metinn af öðrum (American Psychiatric Association, 1994). Félagsfælni kemur oftast fram á unglingsárunum og getur varað alla ævi ef ekkert er að gert. Í rannsókn Yonkers,

Dyck og Keller (2001) þar sem fólki með félagsfælni var fylgt eftir í átta ár kom í ljós að lítið dró úr einkennum félagsfælninnar á þessum tíma. Aðeins 35% þátttakanda voru einkennalausir að átta árum liðnum. Niðurstöður úr faraldsfræðilegum rannsóknum benda til að fólk með félagsfælni hafi einkennin í að meðaltali 10 til 21 ár (Wittchen og Fehm, 2003).

## Þunglyndi

Samkvæmt greiningarkerfi Bandarísku geðlæknasamtakanna (DSM-IV-TR) fá um 10-25% kvenna þunglyndi (*major depression disorder*) einhvern tímann á ævinni en um 5-12% karla (American Psychiatric Association). Ekki eru til nógu góðar tölur um algengi þunglyndis á Íslandi en Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal (2009) skoðuðu algengi geðraskanna á Stór-Reykjavíkursvæðinu hjá þrem aldurshópum og höfðu 13% þátttakanda sögu um einhverskonar lyndisröskun á ævinni. Enginn greinarmunur var þó gerður á hvers konar lyndisröskun var um að ræða. Til að greinast með þunglyndi samkvæmt DSM-IV-TR þarf viðkomandi að hafa upplifað minnst eina þunglyndislotu og einkennin má ekki vera hægt að skýra betur með annarri geðröskun (American Psychiatric Association, 1994). Sumt fólk fær aðeins eina þunglyndislotu en aðrir endurteknar lotur. Þó líklegra sé að þunglyndi gangi yfir án meðferðar en hinar ýmsu kvíðaraskanir (Rapee, 1995) er oft talað um að sá sem fær einu sinni þunglyndi hafi tilhneigingu á að fá fleiri lotur. Samkvæmt DSM-IV-TR eru um 60% líkur á að fólk sem fær eina þunglyndislotu fái aðra, 70% líkur eru á því að sá sem hefur fengið tvær fái þá þriðju og um 90% þeirra sem fær þrjár fær þá fjórðu (American Psychiatric Association, 1994). Mikilvægt er því í hvers konar meðferð, hjá einstaklingi sem hefur fengið eina þunglyndislotu, að draga úr hættunni á endurteknum lotum. Þunglyndi getur verið vægt, miðlungs alvarlegt eða alvarlegt og fer það eftir því hversu mörg af ofangreindum einkennum viðkomandi uppfyllir (American Psychiatric Association, 1994).

Samkvæmt hugrænu líkani Becks (1976) um þunglyndi er það reynsla fólks, yfirleitt snemma af lífsleiðinni, sem gerir það að verkum að fólk þróar með sér ákveðin viðhorf (kjarnaviðhorf) og reglur (lífsreglur) um sig sjálft, annað fólk og framtíðina. Þessi viðhorf og reglur hafa svo áhrif á það hvernig fólk metum þær aðstæður sem það lendir í seinna meir. Þessar reglur og viðhorf eru mjög fastar fyrir og breytast því ekki auðveldlega. Hjá þunglyndu fólki eru þessar reglur og viðhorf yfirleitt óhjálplegar og neikvæðar. Þetta er þó ekki nóg til þess að fólk verði þunglynt en vandinn byrjar þegar fólk lendir í aðstæðum það sem reynir á reglurnar og viðhorfin. Þegar það gerist koma fram neikvæðar sjálfvirkar hugsanir hjá fólkinu. Hugsanirnar leiða svo til þess að fólk upplifir slæma líðan, finnur fyrir líkamlegum óþægindum og hegðun þess breytist. Þegar það gerist hefur það svo einnig staðfestandi áhrif á



viðhorfin og reglurnar sem leiðir svo enn til meiri óþæginda. Við þetta skapast sem sagt vítahringur sem oft er erfitt að rjúfa (Fennel, 1989).

## **Hugræn atferlismeðferð**

Hugræn atferlismeðferð er byggð á ákveðnu líkani sem gerir ráð fyrir að tengsl séu á milli hugsana, tilfinninga, hegðunar og líkamsstarfsemi fólks. Í meðferðarnálguninni er unnið með hugrænan þátt geðraskanna og þá hegðun sem á þátt í að viðhalda þeim. Fólki er kennt að koma auga á þær hugsanir sem liggja að baki tilfinningum eins og kvíða og depurð með það fyrir augum að endurskoða þær á raunhæfan hátt. Í mörgum tilfellum liggja einhverskonar hugsanaskekkjur að baki þessum tilfinningum og með raunhæfri endurskoðun er hægt að draga úr neikvæðum tilfinningum. Í því líkani sem unnið er eftir er gert ráð fyrir fólk grípi til ýmiskonar hegðunar til að draga úr slæmum tilfinningum, t.d. að horfa ekki í augun á fólki, forðast eða flýja úr erfiðum aðstæðum. Þessi hegðun dregur oft úr tilfinningunum til skamms tíma en til lengri tíma litið á hún þátt í að viðhalda vandanum. Í hugrænni atferlismeðferð er reynt að koma auga á þessa hegðun og í kjölfarið draga úr henni. Gert er ráð fyrir að með því að breyta hugsunum fólks og hegðun sé hægt að draga úr bæði neikvæðum tilfinningum og líkamlegum einkennum raskananna. Í samantekt Butler o.fl. (2006) þar sem teknar voru saman niðurstöður 16 allsherjargreininga kom í ljós að hugræn atferlismeðferð virkar vel við ýmiskonar kvillum, þó best við þunglyndi, almennri kvíðaröskun, felmtursröskun með eða án víðáttufælni, félagsfælni og áfallastreituröskun. Rannsóknir hafa einnig sýnt að hugræn atferlismeðferð ber árangur þegar þunglyndi og kvíði fara saman (Hafrún Kristjánsdóttir, Jón Friðrik Sigurðsson, Agnes Agnarsdóttir og Engilbert Sigurðsson, 2008; McEvoy og Nathan, 2007).

## **Hugræn atferlismeðferð við kvíða**

Eins og fram kemur hér að ofan ganga kvíðaraskanir sjaldnast til baka af sjálfsdáðum og er því nauðsynlegt að kanna hvers konar meðferð beri árangur í meðhöndlun á kvíða. Nefna má að t.d. félagsfælni er í flestum tilfellum lærður ótti við félagslegar aðstæður (Antony og Swinson, 2000). Einnig hafa rannsóknir sýnt að þeir sem eru félagsfælnir hafa meira af neikvæðum hugsunum um sig í þessum aðstæðum en flestir og hugsa þeir að jafnaði meira um að koma sér úr aðstæðunum en að takast á við þær (Heimberg og Becker, 2002). Hugræn atferlismeðferð hefur skilað góðum árangri í meðhöndlun kvíðaraskana og má nefna að National Institute for Clinical Excellence (NICE) mæla

með að hún sé fyrsti kostur þegar velja á hvaða meðferðarræði er notað við kvíðaröskunum. NICE er ráðgefandi fyrir Bresku heilbrigðisþjónustuna og gefur út leiðbeiningar um hvaða meðferð sé áhrifaríkust fyrir hina ýmsu sjúkdóma og geðraskanir. Þessar ráðleggingar eru byggðar á álit sérfræðinga auk nýjustu rannsóknum á hverju sviði fyrir sig (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Í rannsóknum á hugrænni atferlismeðferð við félagsfælni hefur komið í ljós að meðferðin skilar talsverðum árangri (Craske, 1999; Rodebaugh, Holaway og Heimberg, 2004; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach og Clark, 2003). Í allsherjargreiningu (*meta analysis*) Moreno, Méndez og Sánchez frá 2001 mældist áhrifastærð hugrænnar atferlismeðferðar 0,77 í lok meðferðar og 0,95 í þriggja mánaða eftirfylgd en samkvæmt viðmiðum Cohens (1988) samsvarar þetta miklum meðferðaráhrifum. Þessar niðurstöður benda enn fremur til að áhrif hugrænnar atferlismeðferðar haldist og aukist jafnvel eftir að meðferð er hætt. Þegar hugræn atferlismeðferð við félagsfælni hefur verið borin saman við lyfjameðferð hafa niðurstöður verið á þá leið að bæði meðferðarform skila árangri (Zaider og Heimberg, 2003). Í rannsókn Liebowitz, Heimberg, Schneider, o.fl. (1999) þar sem hugræn atferlismeðferð í hóp var borin saman við lyfjameðferð, þar sem MAOI lyf var notað, voru niðurstöðurnar á þá leið að þátttakendur í báðum tegundum meðferðarforma lækkuðu marktækt meira en viðmiðunarhópar, á mælitækjum sem mæla félagsfælni, meðan á meðferð stóð. Þegar mælingar sem teknar voru sex mánuðum eftir að meðferð lauk voru hins vegar skoðaðar kom í ljós að um helmingur þeirra sem náðu árangri með lyfjum hafði farið aftur og náðu aftur greiningarviðmiðum fyrir félagsfælni en af þeim sem höfðu fengið hugræna atferlismeðferð var aðeins 17% þátttakenda sem hafði farið jafn mikið aftur.

Í allsherjargreiningu Ponniah og Hollon (2008) þar sem 30 rannsóknir á hugrænni atferlismeðferð við félagsfælni voru skoðaðar með það fyrir augum að kanna hvaða þættir meðferðarinnar skiptu mestu máli kom í ljós að bæði hugræni hluti meðferðarinnar og berskjöldunaræfingar sýna góðan árangur en misjafnt er þó milli rannsókna hvort berskjöldun ein og sér eða berskjöldun auk hugræns endurmats sé betra. Félagsfælniþjálfum ein og sér virtist þó ekki skila ásættanlegum árangri. Sambærilegur árangur hjá hóp sem fékk meðferð sem fólst í berskjöldunaræfingum og hóp sem fékk þessar sömu æfingar auk hugrænnar meðferðar, hvorki í lok meðferðar eða í eftirfylgdar í nokkur skipti í eitt ár. Engin munur var á árangri milli meðferðarhópanna en þeir sýndu báðir árangur fram yfir samanburðarhóp á biðlista (Salaberria og Echeburua, 1998).

Mikil aukning hefur verið í því að hugræn atferlismeðferð sé veitt í hóp á síðustu árum en árangur af hópmeðferð við kvíðaröskunum hefur mælst góður erlendis og í mörgum rannsóknum álíka góður og einstaklingsmeðferð (sjá t.d. Rodebaugh, Holaway og Heimberg, 2004; Stangier o.fl.,

2003). Kostir þess að veita meðferð í hóp eru nokkrir og má þar nefna að þátttakendur læra hverjir af öðrum og njóta stuðnings annarra hópmeðlima. Þegar um félagsfælna er að ræða hefur sjálf viðveran í hópnum einnig meðferðarlegt gildi út af fyrir sig. Að vera innan um aðra er oft það sem félagsfælnir óttast hvað mest og læra þátttakendur í hópum að takast á við kvíðann með því að dvelja í aðstæðunum þar til kvíðinn minnkar. Hópmeðferð er einnig hagkvæmt meðferðarúrræði fyrir alla aðila, hún er hlutfallslega ódýrari en einstaklingsmeðferð, unnt er að meðhöndla fleiri á sama tíma, veita fleirum fræðslu í einu, en fræðsla um kvíðaviðbragðið og stjórnun þess, er ríkur þáttur í hugrænni atferlismeðferð við kvíða. Þegar hópmeðferð hefst með reglulegu millibili styttest biðtíminn einnig eftir meðferð því þá þurfa þátttakendur ekki að bíða eftir að pláss losni í einstaklingsviðtöl hjá önnur köfnum meðferðaraðilum.

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á árangri hugrænnar atferlismeðferð í hóp hérlandis en þær sem gerðar hafa verið hafa lofað góðu (sjá t.d. Brynjar Halldórsson, 2006; Hulda Sævarsdóttir, 2009; Sóleyju D. Davíðsdóttur, Guðrúnu Írisi Þórsdóttur og Brynjar Halldórsson, 2006). Það er mikilvægt að bæta meðhöndlun kvíðaraskana á Íslandi því kvíðaraskanir eru langvinnar og hamlandi í eðli sínu, og ganga sjaldnast til baka sé ekkert að gert. Með árangursmælingum yrði byggð upp þekking á eðli og meðhöndlun kvíðaraskana á Íslandi og þeim komið á framfæri til almennings og fræðimanna með skrifum í vísindatímarit og birtingu á heimasíðu. Þetta myndi vonandi leiða til þess að fólk leitaði sér fyrir aðstoðar en nú er, en til dæmis má nefna að félagsfælnir leita sér nú aðstoðar að meðaltali 15-25 árum eftir að félagsfælnin hefst og eru oft orðnir þunglyndir í kjölfarið og hafa misst af ótal tækifærum í lífinu. Þeir vita sjaldnast að öfluga meðferð er hægt að fá.

### **Hugræn atferlismeðferð við þunglyndi og þunglyndiseinkennum**

Eins og fram kemur hér að ofan getur þunglyndi verið vægt, miðlungs alvarlegt eða alvarlegt. Einnig er um að ræða þunglyndi sem nær ekki greiningarviðmiðum en það er þegar töluverð einkenni þunglyndis eru en einkennin eru þó færri en fimm eins og fram kemur í greiningarviðmiðunum (*subthreshold depression*). Samkvæmt leiðbeiningum NICE ætti fyrsti kostur við þunglyndi sem ekki nær greiningarviðmiðum, vægu þunglyndi eða miðlungs alvarlegu þunglyndi að vera annað hvort hóp- eða einstaklingsmeðferð sem byggir á aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar en ekki ætti að nota lyf nema að viðkomandi einstaklingur eigi sögu um alvarlegt þunglyndi, þunglyndiseinkennin hafi verið til staðar í minnst tvö ár eða þegar það hefur sýnt sig áður að hugræn atferlismeðferð virki ekki ein og sér. Við miðlungs alvarlegu og alvarlegu þunglyndi mælir NICE með því að þunglyndislyf séu notuð í sambland við hugræna atferlismeðferð. Tekið er sérstaklega fram að nauðsynlegt sé að nota hugræna

atferlismeðferð með lyfjameðferð og þá sérstaklega til að koma í veg fyrir bakslag sjúklinga (*relapse prevention*). Til að koma í veg fyrir bakslag er mælt með í NICE að notast sé annað hvort við hugræna atferlismeðferð eina og sér eða hugræna atferlismeðferð auk árvekni (*mindfulness-based*) (National Institute for Clinical Excellence, 2009).

Rannsóknnum hefur ekki alltaf borið saman um það hvort hugræn atferlismeðferð eða lyfjameðferð sé besti kosturinn við þunglyndi. Því hefur verið haldið fram að þegar þunglyndið sé miðlungs alvarlegt eða alvarlegt sé nauðsynlegt að notast við lyfjameðferð. Í rannsókn DeRubeis o.fl. (2005) voru þessir hópar skoðaðir með það fyrir augum að skoða mun á hugrænni atferlismeðferð, lyfjameðferð og lyfleysumeðferð (viðmiðunarhóp). Rannsóknin var tvíblind sem þýðir að hvorki þátttakendur, í lyfjahóp og viðmiðunarhóp, né matsmenn vissu hvorum hópnum þeir tilheyrðu. Virku meðferðirnar stóðu yfir í 16 vikur en lyfleysumeðferð var hætt eftir átta vikur þar sem það hafði þegar sýnt sig að virku meðferðirnar báru meiri árangur og ekki talið nauðsynlegt eða siðlegt að halda lyfleysumeðferð áfram (þátttakendum í hópnum var því boðin virk meðferð sér að kostnaðarlausu). Eftir þessar átta vikur höfðu 43% þeirra sem fengið höfðu hugræna atferlismeðferð náð ásættanlegum árangri, 50% þeirra sem fengu lyf og 25% úr viðmiðunarhóp. Eftir vikurnar 16 var svo hlutfallið sem hafði náð ásættanlegum árangri búið að hækka í 58% hjá báðum hópum. Þessi rannsókn rennir stoðum undir það að með hugrænni atferlismeðferð náist sambærilegum árangri og lyfjameðferð fyrir fólk með miðlungsalvarlegt eða alvarlegt þunglyndi. Í rannsókn DeRubeis o.fl. (2005) var árangurinn þó aðeins metin á meðan á meðferð stóð og svo í lok hennar og er því óvíst um langtímaárangur þeirra. Í framhaldi af þessari rannsókn var svo gerð önnur rannsókn til að skoða áhrif meðferðarformanna til lengri tíma (Hollon o.fl., 2005). Þátttakendur sem áður höfðu fengið hugræna atferlismeðferð og náð ásættanlegum árangri voru metnir aftur eftir 12 mánuði (þar sem þeir höfðu haft aðgang að allt að þrem upprifjunartímum, booster sessions) og 24 mánuði (þar sem engin meðferð var veitt). Þeir sem höfðu áður fengið lyfjameðferð var skipt í annars vegar lyfjahóp sem fékk lyf áfram í 12 mánuði og hins vegar viðmiðunarhóp sem fékk lyfleysu í sama tíma og þátttakendur í þessum hópum einnig metnir eftir 12 mánuði (þar hættu allir á lyfjum eða lyfleysu) og svo eftir 24 mánuði. Áfram var um tvíblinda rannsókn þegar kom að lyfjahóp og viðmiðunarhóp. Í 12 mánaða matinu höfðu 30,8% úr hugræna atferlismeðferðarhópnum fengið annað þunglyndiskast, 47,2% úr lyfjahópnum og 76,2% úr viðmiðunarhópnum. Árangur hugrænnar atferlismeðferðar var því marktækt betri eftir 12 mánuði en hjá viðmiðunarhópnum en ekki var marktækur munur á hugræna atferlismeðferðar- og lyfjahópnum en þó vísbending um betri árangur hugræna atferlismeðferðarhópsins. Í 24

mánaða voru þeir sem ekki höfðu fengið neitt þunglyndiskast í 12 mánuði svo aftur metnir. Í matinu höfðu aðeins 15% þeirra sem áður höfðu fengið hugræna atferlismeðferða búnir að fá þunglyndiskast en 50% þátttakenda úr hinum hópunum. Ekki var þó um marktækan mun að ræða þar sem svo fáir þátttakendur voru eftir í rannsókninni. Í annarri rannsókn sem einnig skoðaði árangur til langs tíma komu svipaðar niðurstöður út. Þetta er rannsókn Fava, Rafanelli, Grandi, Conti og Belluardo (1998) þar sem skoðað var hvort hugræna atferlismeðferð væri góður kostur í að koma í veg fyrir fleiri þunglyndisköst hjá fólki sem á sögu um endurtekin þunglyndisköst (þrjú eða fleiri yfir ævina). Þátttakendur höfðu allir verið í þriggja til fimm mánaða lyfjameðferð við þunglyndi og höfðu náð góðum árangri. Þegar þeir hættu á lyfjunum var þeim annars vegar skipt í hóp sem fékk fyrirbyggjandi hugræna atferlismeðferð og hins vegar hóp sem fékk aðeins fræðslu (viðmiðunarhópur). Hugræna atferlismeðferð var töluvert betri kostur í að fyrirbyggja bakslag en í tveggja ára eftirfylgd voru aðeins 25% þeirra sem höfðu fengið hugræna atferlismeðferð fengið bakslag en 80% viðmiðunarhópsins. Í allsherjargreiningu Gloaguen, Cottraux, Cucherat og Blackburn (1998) var bakslag einnig kannað og kom í ljós að 29,5% fólks sem hafði fengið hugræna atferlismeðferð hafði fengið bakslag en 60% þeirra sem voru í lyfjameðferð. Þessar rannsóknir rennir miklum stöðum undir það að hugræna atferlismeðferð sýni betri árangur til langs tíma en lyfjameðferð.

### **Hugræn atferlismeðferð við fleiri en einni röskun**

Rannsóknir benda til að um helmingur fólks sem uppfyllir greiningaskilmerki fyrir kvíðaröskun uppfylli greiningarskilmerki fyrir að minnsta kosti eina aðra kvíða- eða lyndisröskun (Brown og Barlow, 2002). Margar skýringar geta legið að baki þessu og má nefna að sameiginlegar erfðarfræðilegar- eða sálfélagslegar orsakir séu fyrir röskununum, ein röskun getur valdið annarri, einhverjar raskanir gætu hugsanlega verið mismunandi birtingamyndir sömu röskunar og í einhverjum tilfellum er skörun á greiningarviðmiðum mismunandi raskanna hugsanlega of mikil. Ekki verður þó farið frekar í þessar skýringar hér en bent er á Brown og Barlow (2002) til frekari glöggvunar.

Sálfræðimeðferðir sem ætlaðar eru einni kvíðaröskun minnka oft einkenni annarra kvíða- og lyndisraskanna, þó svo ætlunin sé ekki að vinna með einkenni annarra raskanna (Brown og Barlow, 2002). Í rannsókn Erickson, Janeck og Tallman (2007) var hugræn atferlismeðferð í hóp veitt fyrir fólk með margskonar kvíðaraskanir. Niðurstöðurnar voru að þátttakendurnir náðu marktækt meiri árangri en samanburðarhópur (biðlistahópur) á

spurningalista sem metur alvarleika kvíðaeinkenna (BAI). Í rannsókn Lang (2003) þar sem fólk með þunglyndi og/eða kvíða var sett saman í hóp og veitt stutt útgáfa af hugrænni atferlismeðferð kom í ljós að það dró úr þunglyndis- og kvíðaeinkennum auk þess sem virkni fólks jókst. Hugræn atferlismeðferð virkar einnig fyrir vægt þunglyndi sem fer samhliða líkamlegum sjúkdómum í því að draga úr þunglyndiseinkennum og gera líkamleg einkenni bærilegri (Miranda og Munoz, 1994). Í rannsókn rannsókn McEvoy og Nathan (2007) var hugræn atferlismeðferð veitt fólki með ýmiskonar kvíðaraskanir og lyndisraskanir og var fólk með persónuleikaraskanir og fólk á lyfjum ekki undanskilin þátttöku. Niðurstöðurnar voru að það dró úr kvíða- og þunglyndiseinkennum og hélt árangurinn sér í eins mánaðar eftirfylgd. Í íslenskri rannsókn Hafrúnar Kristjánsdóttur o.fl. (2008) þar sem borin var saman meðferð við þunglyndi einu og sér og kvíðatengdu þunglyndi kom í ljós að hugræn atferlismeðferð sýndi svipaðan árangur fyrir báða hópa. Þeir sem voru með kvíðatengt þunglyndi skoruðu þó töluvert hærra á spurningalistum sem meta þunglyndi í upphafi meðferðar og gerðu það enn í lok meðferðar. Báðir hópar höfðu þó lækkað svipað mikið. Niðurstöður þessara rannsókna benda til þess að hugræn atferlismeðferð við fleiri en einni röskun sýni ágætis árangur.

## **Rannsóknarmarkmið**

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða árangur hópmeðferðarstarfs sem fram hefur farið á Kvíðameðferðarstöðinni síðastliðin ár. Teknar eru fyrir þrjár tegundir meðferðarforma, þ.e. hópmeðferð við félagsfælni, námskeiðið Velliðan án lyfja og námskeiðið Kvíðastjórnun. Hugræn atferlismeðferð í hóp hefur ekki verið mikið rannsökuð hér á landi og er þetta í fyrsta sinn, svo höfundur sé kunnugt um, að slíkt úrræði hefur verið 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 fyrr en ella.

## Aðferð

### Þátttakendur

#### Rannsókn 1

Þátttakendur í rannsókn 1 voru allir þeir sem sóttu hópmeðferð við félagsfærni 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%).

#### Rannsókn 2

Þátttakendur í rannsókn 2 voru allir þeir sem sóttu námskeiðið Velliðan án lyfja hjá Kvíðameðferðarstöðinni á tímabilinu frá nóvember 2008 til maí 2010 og svöruðu spurningalistum bæði við upphaf námskeiðs og við lok þess. Í rannsókninni eru þátttakendur úr fimm hópum en alls voru 90 sem tóku þátt í þessum hópum og innihélt hver hópur á bilinu 10 til 20 manns. Ekki eru til svör fyrir alla þátttakendur bæði fyrir upphaf námskeiðs og við lok þess en alls vantar gögn fyrir 11 þátttakendur. Þátttakendur í rannsókninni eru því alls 79 eða 23 karlar (29,1%) og 56 konur (70,9%). Upplýsingar um aldur 34 þátttakenda (43%) vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 41,8 ár ( $sf=13,8$ ) og aldursspönnin 18 til 70 ár. Meðalaldur karla var 39,6 ár ( $sf=13,1$ , spönn 18 til 56 ár) og meðalaldur kvenna var 43 ár ( $sf=13,6$ , spönn 20 til 70 ár). Mikið er um að þátttakendur mæti ekki í eftirfylgdartíma sem haldinn er mánuði eftir lok námskeiðs en af þátttakendum rannsóknarinnar mættu 29 (36,3%) í þennan tíma og voru karlar 9 talsins (31%) og konur 20 (69%).

### Rannsókn 3

Þátttakendur rannsóknar 3 eru allir þeir sem sótt hafa námskeiðið Kvíðastjórnun, sem er sérstaklega haldin í samstarfi við Vinnumálastofnun fyrir fólk sem misst hefur atvinnu, á tímabilinu frá desember 2008 til mars 2010. Þátttakendur svöruðu spurningalistum bæði við upphaf námskeiðs og við lok þess. Í rannsókninni eru þátttakendur úr sjö hópum en alls voru 117 sem tóku þátt í þessum hópum og innihélt hver hópur um 15 til 25 manns. Ekki eru til svör fyrir alla þátttakendur fyrir bæði upphaf námskeiðs og lok þess en alls vantar gögn fyrir 16 þátttakendur. Þátttakendur í rannsókninni eru því alls 101 eða 24 karlar (23,8%) og 77 konur (76,2%). Upplýsingar um aldur 18 (17,8%) þátttakenda vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 42,8 ár ( $sf = 12,4$ ) og aldursþönnin 17 til 64 ár. Meðalaldur karla var 39,7ár ( $sf = 13,4$ , spönn 18 til 61 ár) og meðalaldur kvenna var 43,9 ár ( $sf = 12$ , spönn 17 til 64 ár).

Þar sem ekkert greiningaviðtal á sér stað áður en námskeiðið hefst var misjafnt hvaða vandamál þátttakendur voru helst að kljást við og ekki víst að allir hefðu uppfylla greiningarskilmerki fyrir geðröskun. Skoðað var hversu margir úr hópnum voru með nokkur til mikil depurðareinkenni (BDI-II), nokkur til mikil kvíðaeinkenni (BAI) eða voru með skor sem er einkennandi fyrir fólk með félagsfærni á félagsfærnikvörðum (SIAS og SPS). Þessi hópur er verður kallaður klínískur hópur og voru 66 manns (65,3%) sem féllu í þann hóp en 35 manns (34,7%) voru ekki með nein einkenni eða væg einkenni depurðar og kvíða og voru með skor á félagsfærnikvörðum sem eru einkennandi fyrir almennung. Þessi hópur verður kallaður almennur hópur. Í klíníska hópnum voru 18 karlar (27,3%) og 48 konur (72,7%). Upplýsingar um aldur 11 (16,7%) þátttakenda vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 42,3 ár ( $sf = 12,3$ ) og aldursþönnin 17 til 64 ár. Í almenna hópnum voru sex karlar (17,1%) og 18 konur (82,9%). Upplýsingar um aldur 9 (25,7%) þátttakenda vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 43,9 ár ( $sf = 13,0$ ) og aldursþönnin 21 til 63ár.

### Mælitæki

#### Rannsókn 1

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).



## Rannsókn 2

Fjórir spurningalistar voru lagðir fyrir í við upphaf námskeiðs, við lok þess og í eftirfylgd. Þessum kvörðum er ætlað að mæla alvarleika þunglyndiseinkenna (BDI-II) og kvíðaeinkenna (BAI), hversu streituvaldandi aðstæður þátttakendur búa við (PSS-10) og lífsgæði þeirra (QOLS).

## Rannsókn 3

Sex spurningalistar voru lagðir fyrir í upphafi námskeiðs og í lok þess. Þessum listum er ætlað að mæla kvíða í félagslegum samskiptum (SIAS), frammistöðukvíða (SPS), alvarleika þunglyndiseinkenna (BDI-II), sjálfsmat þátttakenda (R-SCQ), lífsgæði þeirra (QOLS) og einkenni kvíða (BAI).

## Nánari lýsing á mælitækjum

Hér að neðan er nánari lýsing á þeim mælitækjum sem notuð voru í fyrrnefndar rannsóknir:

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

Spurningalistanum 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).*

Spurningalistanum er ætlað að meta kvíða tengdan frammistöðu í félagslegum aðstæðum, svo sem óttann við að verið sé að fylgjast með athöfnum, meta þær og þá aðallega óttann við að aðrir taki eftir líkamlegum einkennum kvíða við slíkar aðstæður. 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 geðlægd (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 hár ( $r > 0,87$  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 rannsóknar á próffræðilegum eiginleikum kvarðans gefa til kynna að samleitni- og aðgreiniréttmæti sé gott, innri áreiðanleiki sé góður ( $\alpha = 0,82 - 0,92$ ) og áreiðanleiki endurtekinnna 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 ( $sf = 15,61$ ).

#### *Mælikvarði Beck á kvíða (Beck Anxiety Inventory, BAI) (Beck, og Steer, 1993).*

Spurningalistanum er ætlað að meta alvarleika kvíðaeinkenna viku aftur í tímann. 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 7 stig gefa til kynna að engin eða lítil kvíðaeinkenni séu til staðar, 8 til 15 benda til vægra einkenna, 16 til 25 til nokkurra einkenna og 26 til 63 til mikilla einkenna. Eiríkur Örn Arnarsson þýddi listann á íslensku en próffræðilegir eiginleikar hans í íslenskri þýðingu hafa ekki verið rannsakaðir ítarlega.

*Streitukvarðinn (Perceived Stress Scale-10, PSS-10) (Cohen, Karmarck og Merlmelstein, 1983).*

Spurningalistanum metur hversu streituvaldandi aðstæður próftaka hafa verið síðastliðinn mánuð. PSS-10 er 10 spurninga listi sem metinn er á 5 punkta kvarða (0 til 4). Erlendar rannsóknir benda til að innri áreiðanleiki listans sé góður ( $\alpha = 0,75$  til  $0,86$ ) og hefur PSS-10 fylgni við aðra lista sem mæla streitu (Cohen o.fl, 1983). Kvarðinn var íslenskaður af Guðrúnu Árnadóttur en ekki hafa verið birtar niðurstöður um próffræðilega eiginleika íslensku þýðingarinnar.

## **Framkvæmd**

Áður en rannsóknvinnan hófst voru leyfi fyrir henni fengin hjá Vísindasiðarnefnd og Kvíðameðferðarstöðinni. Einnig var rannsóknin tilkynnt til Persónuverndar.

### **Rannsókn 1**

Gagnasöfnun fyrir hópmeðferð við félagsfælni 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 þátttakenda 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 sjálfsmynd 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 viðvörðunarkerki. 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.

## **Rannsókn 2**

Gagnasöfnun fyrir námskeiðið Velliðan án lyfja fór fram á Kvíðameðferðarstöðinni frá nóvember 2008 til maí 2010. Engin eiginleg inntökuskilyrði eru sett fyrir námskeiðið, og því

ekkert greiningaviðtal, en námskeiðið er ætlað öllum þeim sem vilja öðlast bætt líðan, ná tökum á spennu og streitu eða annarri vanlíðan eins og kvíða og/eða depurð.

Námskeiðið sjálft tekur átta skipti, tvisvar í viku, í fjórar vikur og stendur í um tvo klukkutíma í senn (auk eftirfylgdartíma mánuði eftir að námseiði lýkur). Að námskeiðinu koma ávalt tveir sálfræðingar sem stýra því. Í fyrsta tíma eru hópreglur kynntar, spurningalistar eru lagðir fyrir og þátttakendur fá fræðslu um hugmyndafræðina sem liggur að baki hugrænnar atferlismeðferðar. Fræðsla um vellíðan og vanlíðan á sér stað og vandi hvers þátttakanda er kortlagður. Að síðustu eru slökunaræfingar kenndar í fyrsta tíma. Í öðrum tíma er fjallað um hugsanir, tilfinningar og hegðun og samspil þessara þátta varðandi upphaf og viðhald á vanlíðan. Í þriðja tíma eru kenndar undirstöðuatriði í hugleiðslu. Fjallað er um árvekni (*mindfulness*) sem leið til að öðlast hugarró. Í fjórða tíma er fræðsla um sjálfsmyndina og fjallað um áhrifaríkar leiðir til að efla sjálfstraustið. Í fimmta og sjötta tíma er fjallað um eiginleika góðra samskipta og leiðir til að leysa ágreining, taka gagnrýni og sýna áræðni. Í sjöunda tíma er fræðsla um álags- og streitueinkenni og hvernig best sé að stjórna tíma sínum og takast á við frestunaráráttu. Í áttunda, og síðasta, tímanum eru ráð gefin við bakslögum og fræðsla um helstu viðvörunarmerki. Í þessum tíma eru spurningalistar svo lagðir fyrir aftur. Námskeiðið er í kennsluformi og fá þátttakendur fjölbreytileg heimaverkefni á milli tíma sem byggja á því efni sem farið hefur verið yfir. Eftir að námskeiði 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 námskeiðinu Vellíðan án lyfja er þessi eftirfylgdartími haldin um mánuði eftir að námskeiði lýkur.

### **Rannsókn 3**

Gagnasöfnun fyrir námskeiðið Kvíðastjórnun, sem er sérstaklega haldin í samstarfi við Vinnumálastofnun fyrir fólk sem misst hefur atvinnu, á fór fram í Kvíðameðferðarstöðinni frá desember 2008 til mars 2010. Engin eiginleg inntökuskilyrði eru sett fyrir námskeiðið, og því ekkert greiningaviðtal, en námskeiðið er ætlað fólki sem misst hefur atvinnuna og upplifir vanlíðan, kvíða, áhyggjur og/eða streitu í kjölfarið. Námskeiðið er haldið í samstarfi við Vinnumálastofnun og eru leiðir hugrænnar atferlismeðferðar kenndar til að draga úr áhyggjum og almennum kvíða og auka streituþol og vellíðan. Námskeiðið stendur í fjórar vikur þar sem þátttakendur koma saman tvisvar í viku, í um tvo klukkutíma í senn, og byggist námskeiðið upp á fræðslu og ýmsum æfingum.

Að námskeiðinu koma ávalt tveir stjórnendur, tveir sálfræðingur eða einn sálfræðingur og sálfræðinemi í starfsþjálfun. Í fyrsta tíma eru hópreglur kynntar og spurningalistar eru lagðir fyrir. Því næst er fræðsla um kvíða, depurð og lágt sjálfstraust og sérstaklega fjallað um tengsl atvinnuleysis við þessa þætti. Í öðrum tíma eru fræðsla um tengsl hugsana við tilfinninga og fjallað er um helstu hugsanaskekkjur og hvernig hægt sé að hafa áhrif á líðan sína með því að endurmeta hugsanir á raunhæfari hátt. Í þriðja tíma er fræðsla um áhrif athygli á kvíða og vanlíðan og hvernig hægt sé að vinna með athyglisskekkjur í kvíða og vanlíðan. Í fjórða tíma er fræðsla um forðun og önnur óhjálpleg viðbrögð og fjallað er um hvernig þessi viðbrögð myndast og viðhaldast og hvaða áhrif þau hafa á kvíða og vanlíðan. Í fimmta tíma er fjallað um sjálfstraust, hvernig það myndast og hvernig hægt er að auka það. Fjallað er um viðhorf sem ýta undir og viðhalda lágu sjálfstrausti, þátttakendur reyna að koma auga á slík viðhorf hjá sér og endurskoða þau. Í sjötta tíma er fjallað um aðferðir við lausn vandamála auk fræðslu um óvissu og óvissuþol. Í sjöunda tíma er fjallað um samskipti og áræðni. Í áttunda tíma er fjallað um áhrif virkni á líðan og unnið með það að fjölga ánægjulegum athöfnum. Í áttunda tímanum eru spurningalistar svo lagðir fyrir aftur. Í flestum tímum eru æfingar sem taka mið af umfjöllunarefnum og á milli tíma eru sett fyrir heimaverkefni sem einnig taka mið af því.

### Úrvinnsla gagna

Við úrvinnslu allra gagna var notast við tölfræðiforritið SPSS 16 fyrir Windows. Í rannsókn 1 og 2 var notast við óháð *t*-próf (*independent sample t-tests*) 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 aldri. Í rannsókn 3 var notast við óháð *t*-próf til að kanna hvort munur væri á milli klíniska og almenna hópsins varðandi aldur. Til að kanna hvort munur væri á kynjaskiptingu milli hópanna var gert kí-kvaðratpróf (*Pearson Chi-square,  $\chi^2$* ). Í öllum rannsóknunum var notast við pörðuð *t*-próf (*paired sample t-tests*) til að kanna hvort munur væri á heildarskori á spurningalistum við upphafi meðferðar og við lok hennar. 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 staðalfrávikanna er fengin með því að setja bæði staðalfrávik í annað veldi, leggja þau

saman, deila með tveimur og að því loknu er kvaðratrótin tekin af útkomunni. Áhrifastærðir eru mikið notaðar til að meta hvort áhrif frumbreytu á fylgibreytu séu klínískt mikilvæg og skipti máli fyrir viðkomandi þátttakendur, t.d. áhrif meðferðar á einkenni geðraskana. Áhrifastærðin  $d = 1.0$  gefur til kynna að meðalskor hafi hækkað eða lækkað um sem nemur einu staðalfráviki en samkvæmt viðmiðum Cohens (1988) samsvarar áhrifastærðin 0,2 litlum áhrifum, 0,5 miðlungsáhrifum og 0,8 eða hærra miklum áhrifum.

Í öllum rannsóknum var einnig kannað hvort sú breyting sem átti sér stað á meðan á innngripi 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

### Rannsókn 1

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 félagsfælni

	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 félagsfælni hér á landi eru að finna í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) en úrtak þeirrar rannsóknar var

aðeins 12 manns. Ákvörðun var því tekin að nota meðalskor úr þessari rannsókn en úrtak hennar er mun stærra og því líklegra til að vera marktækt meðalskor fyrir félagsfælna 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 félagsfælni 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 félagsfælna 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 marktæka 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 eftirfylgdartímann og þeim sem gerðu það ekki. Þetta var gert með óháðum *t*-prófum og kom í ljós að enginn munur var hópunum 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 hópunum ( $p > 0,05$ ). Þetta bendir til þess að ekki sé munur á þeim sem ljúka meðferð og koma mánuði seinna í eftirfylgdartíma og þeim sem ljúka meðferð en koma ekki í eftirfylgdartímann 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*). BDI-II = Becks Depression Inventory II, BAI = Becks Anxiety Inventory, QOLS = Quality Of Life Scale, PSS-10 = Persived Stress Scale 10. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

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 eftirfyldartímanna 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 eftirfyldartímanna 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%.

## Rannsókn 2

Meðaltöl og staðalfrávik allra mælinga við upphaf og lok námskeiðs eru birt í töflu 3. Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

**Tafla 3.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við upphaf og lok námskeiðsins Velliðan án lyfja

	Við upphaf námskeiðs		Við lok námskeiðs		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
<b>BDI-II</b>	21,24	9,33	11,69	7,05	78	77	10,06***	1,15
<b>BAI</b>	17,23	8,94	10,92	8,10	79	78	6,89***	0,74
<b>QOLS</b>	72,72	14,50	79,41	13,14	77	76	-5,15***	0,48
<b>PSS-10</b>	21,12	5,73	16,02	5,65	64	63	7,65***	0,88

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*). BDI-II = Becks Depression Inventory II, BAI = Becks Anxiety Inventory, QOLS = Quality Of Life Scale, PSS-10 = Persived Stress Scale 10. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir meðaltöl á skorum þátttakenda á listunum við upphaf og lok námskeiðs sýna að munurinn er í öllum tilfellum marktækur. Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað tilætluðum árangri, s.s. að dregið hafi úr þunglyndis-, kvíðaeinkennum og streitu og að lífsgæði þátttakenda hafi aukist. Áhrifastærðirnar benda til að námskeiðið hafi haft mikil áhrif á þunglyndiseinkenni og streitu og töluverð áhrif á kvíðaeinkenni. 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 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 námskeiðs voru 77,2% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 33,3%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað

var við staðalfrávik skors fyrir námskeið (9,33) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008) ( $\alpha = 0,93$ ). Viðmiðið var 6,8 stig og höfðu 53,8% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 84,6% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á BDI-II eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir BAI var notast við skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Braga Reynis Sæmundssonar (2009).

Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 15,17 stig en í upphafi voru 51,9% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 20,3%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið (8,94) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Braga Reynis Sæmundssonar (2009) ( $\alpha = 0,92$ ). Viðmiðið var 7 stig og höfðu 18,8% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 83,5% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á BAI 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 námskeiðs voru 66,7% þátttakenda, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok hennar hafði hlutfallið lækkað niður í 48,7%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið (14,5) og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) ( $\alpha = 0,89$ ). Viðmiðið var 13,3 stig og höfðu 18,9% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 60,3% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á QOLS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Þar sem engin íslensk viðmið eru til fyrir PSS spurningalistann hvorki fyrir almennan né klínískan hóp voru ekki reiknuð út klínískt marktækar- eða áreiðanlegar breytingar fyrir listann.

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

Meðaltöl og staðalfrávik allra mælinga við lok námskeiðs og í eftirfylgd (um einum mánuði eftir að því lauk) eru birt í töflu 4. Niðurstöður paraðra  $t$ -prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

**Tafla 4.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir við lok námskeiðsins Velliðan án lyfja og í eftirfylgd einum mánuði seinna

	Við lok námskeiðs		Í eftirfylgd		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
<b>BDI-II</b>	11,93	6,29	11,11	9,53	28	27	0,63	0,12
<b>BAI</b>	10,41	8,63	9,04	6,29	28	27	0,93	0,19
<b>QOLS</b>	79,03	11,69	81,62	11,56	29	28	-1,53	0,18
<b>PSS-10</b>	15,66	6,11	15,25	6,047	28	27	0,10	0,22

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*). BDI-II = Becks Depression Inventory II, BAI = Becks Anxiety Inventory, QOLS = Quality Of Life Scale, PSS-10 = Persived Stress Scale 10. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

Niðurstöður paraðra  $t$ -prófa fyrir meðaltöl á skorum þátttakenda á listunum við lok námskeiðs og í eftirfyldartíma sýna að ekki var marktækur munur á skorum þátttakenda á neinum spurningalista. Þetta bendir til að sá árangur sem þátttakendur náðu á námskeiðinu sjálfu hafi haldist í mánuð eftir að því lauk.



### Rannsókn 3

Meðaltöl og staðalfrávik allra mælinga við upphaf og lok námskeiðs eru birt í töflu 5. Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

**Tafla 5.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir allra þátttakenda á kvíðastjórnunarnámskeiði við upphaf og lok þess

	Við upphaf námskeiðs		Við lok námskeiðs		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
<b>SIAS</b>	35,38	15,53	29,76	12,90	94	93	4,82***	0,39
<b>SPS</b>	20,39	14,90	16,37	13,04	94	93	3,86***	0,29
<b>BDI-II</b>	22,61	11,82	14,03	9,30	99	98	9,10***	0,81
<b>R-SCQ</b>	117,02	26,09	128,19	28,48	101	100	-5,33***	0,41
<b>QOLS</b>	68,73	15,69	73,43	16,03	100	99	-3,12**	0,30
<b>BAI</b>	16,36	10,04	12,02	9,25	83	82	4,56***	0,45

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, BAI = Becks Anxiety Inventory. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir meðaltöl við upphaf og lok námskeiðs sýna að munurinn er í öllum tilfellum marktækur. Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað tilætluðum árangri, s.s. að dregið hafi úr samskipta- og frammistöðukvíða, þunglyndiseinkennum og líkamlegum einkennum kvíða auk þess sem sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra hafa aukist. Áhrifastærðirnar benda til að námskeiðið hafi einungis haft mikil áhrif á þunglyndiseinkenni þátttakenda. Áhrifin á öllum öðrum kvörðum voru á milli þess að vera lítil og miðlungs mikil.

Þar sem ekkert greiningaviðtal átti sér stað áður en námskeiðið hófst var misjafnt hvaða vandamál þátttakendur voru helst að kljást við og ekki víst að allir hefðu uppfylla greiningarskilmerki fyrir geðröskun. Þetta getur haft áhrif á niðurstöðurnar þar sem eðlilegt er að þeir sem hafa lítil eða engin einkenni geðraskana lækki minna á spurningalistum sem meta alvarleika þeirra. Þegar skoðað var hversu margir úr hópnum voru með nokkur til mikil depurðareinkenni (BDI-II), nokkur til mikil kvíðaeinkenni (BAI) eða voru með skor sem er

einkennandi fyrir fólk með félagsfærni á félagsfærnikvörðum (SIAS og SPS) kom í ljós að 66 manns (65,3%) uppfylltu þessi skilyrði, og er sá hópur kallaður klínískur hópur. Þeir sem ekki voru með nein, lítil eða væg einkenni depurðar og kvíða og voru með skor á félagsfærnikvörðum sem eru einkennandi fyrir almenning eru kallaðir almennur hópur en í hann féllu 35 manns (34,7%). Ákveðið var að kanna áhrif námskeiðs á hvorn hópinn fyrir sig. Kannað var fyrst hvort munur væri á hópunum varðandi aldur með óháðu *t*-prófi og varðandi kynjaskiptingu með kí-kvaðrat prófi. Ekki var neinn munur á hópunum varðandi þetta tvennt ( $p > 0,05$ ).

Meðaltöl og staðalfrávik mælinga klíníska hópsins við upphaf og lok námskeiðs eru birt í töflu 6. Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

**Tafla 6.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir klíníska hópsins, á kvíðastjórnunarnámskeiði, við upphaf námskeiðs og við lok þess

	Við upphaf námskeiðs		Við lok námskeiðs		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
<b>SIAS</b>	42,12	13,40	33,89	12,44	64	63	5,88***	0,58
<b>SPS</b>	25,80	14,80	19,98	13,72	64	63	4,08***	0,42
<b>BDI-II</b>	28,08	10,79	17,36	9,24	64	63	8,19***	1,01
<b>R-SCQ</b>	107,36	23,21	118,73	25,59	66	65	-4,07***	0,42
<b>QOLS</b>	63,38	14,54	68,52	15,94	65	64	-2,36**	0,32
<b>BAI</b>	20,21	9,73	14,05	9,94	56	55	5,18***	0,64

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*). BDI-II = Becks Depression Inventory II, BAI = Becks Anxiety Inventory, QOLS = Quality Of Life Scale, PSS-10 = Persived Stress Scale 10. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir meðaltöl klíníska hópsins við upphaf og lok námskeiðs sýna að munurinn er í öllum tilfellum marktækur. Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað tilætluðum árangri fyrir klíníska hópinn, s.s. að dregið hafi úr samskipta- og frammistöðukvíða, þunglyndiseinkennum og líkamlegum einkennum kvíða auk þess sem sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra hafa aukist. Áhrifastærðirnar benda til að námskeiðið hafi haft mikil áhrif á þunglyndiseinkenni þátttakenda og miðlungsmikil á

samskiptakvíða (SIAS) og líkamleg einkenni kvíða (BAI). Áhrifin á frammistöðukvíða (SPS), sjálfsmat (R-SCQ) og lífsgæði (QOLS) voru á milli þess að vera lítil og miðlungs mikil.

Þegar skoðað var hvort sú breyting sem átti sér stað væri klínískt marktæk var notast við skurðpunkta sem reiknaðir voru út með aðferð Jacobson og Truax (1991). Við útreikninga á skurðpunkti fyrir SIAS var notast við meðalskor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004). Einu upplýsingarnar um meðalskor 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 rannsókn 1 (meðferð við félagsfærni) í þessari skýrslu 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 út úr þessum útreikningum var 39,22 stig sem þýðir að við upphaf námskeiðs voru 64,1% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok þess hafði hlutfallið lækkað niður í 36,4%.

Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri á SIAS spurningalistanum var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) ( $\alpha = 0,91$ ). Viðmiðið var 12,9 stig og höfðu 16,7% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 68,8% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á SIAS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir SPS 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 rannsókn 1 (meðferð við félagsfærni) í þessari skýrslu 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 út úr þessum útreikningum var 21,2 stig en í upphafi voru 56,2% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 39,1%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeiðið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) ( $\alpha = 0,90$ ). Viðmiðið var 12,6 stig

og höfðu 8% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 64% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á SPS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir BDI-II var notast við skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008). Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 13,67 stig en í upphafi voru 92,3% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 58,5%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008) ( $\alpha = 0,93$ ). Viðmiðið var 6,8 stig og höfðu 40,5% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 64,6% 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 var, við útreikninga skurðpunkts, notast við meðalskor úr þessari rannsókn og meðalskor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn höfundar listans (Robson, 1998). Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 129,6 stig en í upphafi voru 80,3% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 72,7%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Robson (1998) ( $\alpha = 0,87$ ). Viðmiðið var 25,4 stig og höfðu 6,2% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 31,8% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á R-SCQ eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir QOLS 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 út úr þessum útreikningum var 80,41 stig en í upphafi voru 87,9% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 75,4%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var

fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) ( $\alpha = 0,89$ ). Viðmiðið var 13,3 stig og höfðu 6,1% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 29,2% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á QOLS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir BAI var notast við skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Braga Reynis Sæmundssonar (2009). Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 15,17 stig en í upphafi voru 67,9% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 30%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Braga Reynis Sæmundssonar (2009) ( $\alpha = 0,92$ ). Viðmiðið var 13,3 stig og höfðu 23,5% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 76,7% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á BAI eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

**Tafla 7.** Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir almenna hópsins, á kvíðastjórnunarnámskeiði, við upphaf námskeiðs og við lok þess

	Við upphaf námskeiðs		Við lok námskeiðs		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
<b>SIAS</b>	21,00	8,28	20,93	8,89	30	29	0,04	0,00
<b>SPS</b>	8,87	5,79	8,67	6,81	30	29	0,23	0,01
<b>BDI-II</b>	12,60	5,22	7,94	5,65	35	34	5,38***	0,44
<b>R-SCQ</b>	135,23	21,22	146,03	25,12	35	34	-3,58**	0,40
<b>QOLS</b>	78,66	12,74	82,54	11,78	35	34	-2,59*	0,25
<b>BAI</b>	8,37	4,26	7,81	5,76	27	26	0,42	0,06

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*). BDI-II = Becks Depression Inventory II, BAI = Becks Anxiety Inventory, QOLS = Quality Of Life Scale, PSS-10 = Persived Stress Scale 10. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ .

Meðaltöl og staðalfrávik mælinga almenna hópsins við upphaf og lok námskeiðs eru birt í töflu 7 hér að ofan. Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir meðaltöl almenna hópsins við upphaf og lok námskeiðs sýna að munurinn aðeins marktækur á mælikvarða á depurð (BDI-II), mælikvarða á sjálfsmat (R-SCQ) og mat á lífsgæðum (QOLS). Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað þeim árangri að dregið hafi úr depurð og að sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra hafa aukist. Áhrifastærðirnar benda til að námskeiðið hafi aðeins haft lítil til miðlungs mikil áhrif á þessa þætti en engin áhrif á líkamleg kvíðaeinkenni eða félagsfærni þátttakenda (enda eru upphafsskor hópsins ekki há og því ekki mikillar lækkunar að vænta).

Það liggur í hlutarins eðli að almenni hópurinn er nær almenningi í skori á spurningalistum sem mæla félagsfærnieinkenni og eru ekki með nein, lítil eða væg einkenni depurðar og kvíða. Það var þó kannað hversu stór hluti hópsins hafi verið með skor sem er nær meðalskori klíníks hóps, á spurningalistum sem meta sjálfsmat (R-SCQ) og lífsgæði fólks (QOLS), við upphaf meðferðar og lok hennar. Til að reikna út hversu stór hluti var með klínískt skor á R-SCQ spurningalistanum var notast við sama skurðpunkt (129,6) og fyrir klíníska hópinn hér að ofan. Niðurstöðurnar voru að við upphaf meðferðar voru 45,7% þátttakanda almenna hópsins (16 manns) með klínískt skor en í lok meðferðar hafði hlutfallið lækkað niður í 22,9% (8 manns). Til að reikna út hversu stór hluti var með klínískt skor á QOLS spurningalistanum var einnig notast við sama skurðpunkt (80,41) og fyrir klíníska hópinn hér að ofan. Niðurstöðurnar voru að við upphaf meðferðar voru 60% þátttakanda almenna hópsins (21 manns) með klínískt skor en í lok meðferðar hafði hlutfallið lækkað niður í 45,7% (16 manns).

## Umræða

### Rannsókn 1

Helstu niðurstöður rannsóknar 1 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 félagsfælni finni einnig fyrir þunglyndi (Rapee, 1995). Rannsóknir hafa sýnt að meðferð við félagsfælni 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 rannsóknunum. 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 félagsfælni 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 félagsfælni 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 félagsfælni 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 lyfjaskömmum á meðan á meðferð stæði. Stærstu ágallar rannsóknarinnar eru þó að ekki er notast við samanburðarhóp. Félagsfælni 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 félagsfælni 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 félagsfælni 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).

## **Rannsókn 2**

Helstu niðurstöður rannsóknar 2 eru að skor þátttakenda á námskeiðinu Velliðan án lyfja lækkuðu á öllum kvörðum sem mæla einkenni þunglyndis, kvíða og streitu og hækkuðu á kvarða sem mælir lífsgæði, á meðan á námskeiðinu stóð. Einnig gefa niðurstöðurnar til kynna að mánuði eftir að námskeiði lýkur sé sá árangur sem náðist enn til staðar.

Áhrifastærðir námskeiðs mældust í þessari rannsókn háar á kvörðum sem mæla þunglyndi og streitu í lífi þátttakenda samkvæmt viðmiðum Cohens (1988) og nálægt þessum viðmiðum á kvarða sem mælir líkamleg einkenni kvíða. Á kvarða sem mælir lífsgæði þátttakenda var um að ræða miðlungsmikil áhrif. Áhrifastærðirnar benda því til að mikill



árangur hafi náðst hjá þátttakendum í að takast á við þunglyndi og töluverður varðandi kvíða. Einnig hafa streita í lífi þátttakenda minnkað mikið og lífsgæði þeirra aukist talsvert.

Flestar erlendar rannsóknir á áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar hafa tekið fyrir eina ákveðna geðröskun í einu og hafa niðurstöður þeirra sýnt að meðferðarformið virkar vel fyrir ýmiskonar kvilla (Butler o.fl. 2006). Færri rannsóknir hafa þó tekið fyrir blandaðan hóp eins og gert er í þessari rannsókn en þó má nefna rannsókn Erickson o.fl. (2007) sem tók fyrir blandaðar kvíðaraskanir og rannsókn McEvoy og Nathan (2007) sem tók fyrir blöndu af kvíðaröskunum og lyndisröskunum og var fólk með persónuleikaraskanir og fólk á lyfjum ekki undanskilin þátttöku. Þegar áhrifastærðir rannsókna Erickson o.fl. (2007) og McEvoy og Nathan (2007) eru bornar saman við áhrifastærðir þessara rannsókna kemur í ljós að áhrifin á einkenni kvíða í þessari rannsókn voru meiri en í fyrrgreindum rannsóknum og áhrifin á þunglyndiseinkenni voru sambærileg í þessari rannsókn og í rannsókn McEvoy og Nathan (2007).

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 námskeiðs var meiri hluti þátttakenda með há skor á lista sem mælir þunglyndiseinkenni en við lok hennar féllu tæp 70% þátttakenda í hóp með almenningi þessum lista. Rúmur helmingur þátttakenda var, við upphaf námskeiðs, með há skor á spurningalista sem metur líkamleg einkenni kvíða en í lok hennar var aðeins fimmtungur með klínískt skor á listanum. Á lista sem mælir lífsgæði var við upphaf námskeiðs aðeins þriðjungur þátttakenda sem féll í hóp með almenningi á listanum en við lok hennar voru rúmlega helmingur þeirra með skor sambærileg almenningi. 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 hluti þátttakenda með áreiðanlega breytingu. Rúmlega helmingur þeirra sem ekki náðu klínískt marktækum árangri á kvarða sem mælir þunglyndiseinkenni var rúmur helmingur þeirra sem snáði klínískt marktækum árangri en á listum sem mæla kvíða og lífsgæði náði um fimmtungur sama hóps slíkum árangri. Við lok námskeiðs var því mikill meirihluti þátttakenda annað hvort með skor sambærileg almenningi á spurningalistum sem mæla þunglyndis- og kvíðaeinkenni eða höfði náð klínískt marktækum árangri á listunum. Á listanum sem mælir mat þátttakenda á lífsgæðum þeirra var, í lok námskeiðs, um 60%

Þátttakendur annað hvort með skor sambærilegt almenningi eða hafði náð klínískt marktækum árangri.

Þegar kannað var hvort sá árangur sem náðist á námskeiðinu héldi sér eftir að því var lokið (í eftirfylgd) kom í ljós að á öllum listum héldu þátttakendur þeim árangri sem náðist á námskeiðinu. Taka verður tillit til að af þeim sem luku námskeiðinu mættu ekki allir í eftirfyldartíma og hugsanlegt er að sá hluti sem ekki mætti hafi síður náð árangri eftir að því 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 námskeiðs eða í lok þess, ekki á árangri á námskeiðinu og ekki á kynjahlutföllum eða aldri.

Nokkra fyrirvara ber þó að setja við rannsóknina og má þar nefna að umsjónarmenn námskeiðsins sáu um fyrirlögn spurningalista og er því ekki hægt að útiloka þóknunaráhrif. Þar sem einhverjir þátttakendur voru á lyfjum og umsjónarmenn námskeiðs ekki með umsjón með lyfjagjöf er mögulegt breytingar hafi verið á lyfjagjöf á meðan á námskeiði stóð. Þátttakendur voru þó hvattir til að breyta ekki lyfjaskömmtum á meðan á námskeiði stæði. Stærsti galli rannsóknarinnar er þó að engir samanburðarhópur var í henni. Tala verður tillit til þess að nefna að ekki er óalgengt að einkenni þunglyndis gangi til baka með tímanum en óalgengara er þó að kvíðaraskanir geri það (sjá í Barlow, 2002). Þar sem ekki var um samanburðarhóp að ræða er því ekki hægt að fullyrða að um sjálfkvæman bata hafi verið að ræða en það verður þó að teljast ólíklegt þar áhrifastærðir þessara rannsókna eru mun stærri en í flestum rannsóknum sem notast við samanburðarhópa sem fá annað hvort lyfleysu eða eru á biðlista eftir meðferð (Gloaguen o.fl., 1998).

### **Rannsókn 3**

Þegar skoðaðar eru niðurstöður alls hópsins í rannsókn 3 kemur í ljós að þátttakendur á námskeiðinu Kvíðastjórnun lækkuðu á öllum kvörðum sem mæla félagsfælni-, kvíða- og þunglyndiseinkenni og hækkuðu á þeim kvörðum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði á meðan á námskeiði stóð. Áhrifastærðirnar benda þó til þess að námskeiðið hafi einungis haft mikil áhrif á þunglyndiseinkenni þátttakenda en áhrifin á öllum öðrum kvörðum hafi verið á milli þess að vera lítil og miðlungs mikil.

Þar sem ekkert greiningaviðtal á sér stað áður en námskeiðið hófst og þátttakendur þurftu ekki að uppfylla nein skilyrði til að fá að taka þátt í því, nema að sækjast eftir því hjá Vinnumálastofnun, voru þátttakendur mjög misjafnir varðandi hvaða vandamál þeir áttu við að stríða. Mjög ólíklegt er að allir þátttakendur hafi uppfylla greiningarskilmerki fyrir

einhverri geðröskun og er líklegt að það hafi haft áhrif á niðurstöðurnar en eðlilegt er að þeir sem hafa lítil eða engin einkenni geðraskana lækki minna á spurningalistum sem meta alvarleika þeirra. Ákveðið var að skipta hópnum í klínískan hóp (þátttakendur sem líklega voru með geðröskun) og almennan hóp (þátttakendur sem voru líklega ekki með geðröskun). Þátttakendur sem féllu í klíníska hópinn voru þeir sem voru með nokkur til mikil depurðareinkenni, nokkur til mikil kvíðaeinkenni og/eða með skor sem er einkennandi fyrir fólk með félagsfærni á spurningalistum sem meta einkenni félagsfærni. Þátttakendur sem féllu í almenna hópinn voru þeir sem ekki voru með nein, lítil eða væg einkenni depurðar og kvíða og voru með skor sem eru einkennandi fyrir almenning á spurningalistum sem meta einkenni félagsfærni. Ekki var munur á hópunum að öðru leyti. Eftir þessa skiptingu kom í ljós að þriðjungur hópsins féll í almennan hóp sem rennir stoðum undir þær hugmyndir að þátttakendur í námskeiðinu séu ekki allir að glíma við eiginlegar geðraskanir. Ákveðið var því að kanna árangur námskeiðsins á hvorn hóp fyrir sig, þ.e. klínískan hóp annars vegar og almennan hóp hins vegar.

Helstu niðurstöður voru að árangur námskeiðs var meiri þegar aðeins var kannaður árangur hjá klíníska hópnum, samanborið við allan hópinn í heild eða aðeins almenna hópinn. Þegar aðeins árangur klíníska hópsins var kannaður kom í ljós að þátttakendur hans lækkuðu á öllum kvörðum sem mæla félagsfærni-, kvíða- og þunglyndiseinkenni og hækkuðu á þeim kvörðum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði á meðan á námskeiði stóð. Áhrifastærðirnar, samkvæmt viðmiðum Cohen (1988), voru töluvert stærri en þegar allur hópurinn var skoðaður en þó benda niðurstöðurnar til þess að námskeiðið hafi einungis haft mikil áhrif á þunglyndiseinkenni klíníska hópsins. Miðlungsaðhrifa gætti á listum sem mæla samskiptakvíða og líkamleg einkenni kvíða og áhrif á frammistöðukvíða og sjálfsmat hópsins var rétt undir þeim mörkum að vera miðlungsmikil. Á spurningalista sem mælir lífsgæði þátttakenda voru áhrifin lítil.

Flestar erlendar rannsóknir á áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar hafa tekið fyrir eina ákveðna geðröskun í einu og hafa niðurstöður þeirra sýnt að meðferðarformið virkar vel fyrir ýmiskonar kvilla (Butler o.fl. 2006). Færri rannsóknir hafa þó tekið fyrir blandaðan hóp eins og gert er í þessari rannsókn en þó má nefna rannsókn Erickson o.fl. (2007) sem tók fyrir blandaðar kvíðaraskanir og rannsókn McEvoy og Nathan (2007) sem tók fyrir blöndu af kvíðaröskunum og lyndisröskunum og var fólk með persónuleikaraskanir og fólk á lyfjum ekki undanskilin þátttöku. Þegar áhrifastærðir rannsókna Erickson o.fl. (2007) og McEvoy og Nathan (2007) eru bornar saman við áhrifastærðir þessara rannsókna kemur í ljós að áhrifin á einkenni kvíða í þessari rannsókn voru sambærileg í fyrrgreindum rannsóknum og þessari

rannsókn þegar allir þátttakendur þessara rannsókna voru teknir með en ef aðeins var litið til klíníska hópsins voru áhrifin meiri í þessari rannsókn. Þegar borin voru saman áhrifin á þunglyndiseinkenni á milli þessara rannsókna og rannaókna McEvoy og Nathan (2007) kom í ljós sé þau voru aðeins minni í þessari rannsókn ef miðað var við allan hópinn en ef aðeins var litið til klíníska hópsins í þessari rannsókn voru áhrifin sambærileg.

Þegar litið er til þess hve stórt hlutfall klíníska hópsins náði klínískt marktækum árangri (skor sem er nær almenningi) kom í ljós að hluti þátttakenda náðu slíkum árangri. Í upphafi námskeiðs var mikill meirihluti þátttakenda með há skor spurningalista sem mælir þunglyndi en í lok þess féllu rúm 40% klíníska hópsins í hóp með almenningi á listum sem mæla þessi einkenni. Við upphaf námskeiðs voru tæp 70% hópsins með töluverð einkenni kvíða en við lok þess voru 70% hópsins nær almenningi á listanum. Á listum sem mæla einkenni félagsfælni var um 40% hópsins nær almenningi við upphaf námskeiðs en í lok þess hafði það hlutfall hækkað upp í rúm 60%. Mun minni breytinga var vart á listum sem meta lífsgæði fólks og sjálfsmat þess. 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 á listum sem meta alvarleika þunglyndis- og kvíðaeinkenna eða um 40% á lista sem mælir einkenni þunglyndis og tæpur fjórðungur á lista sem mælir alvarleika kvíðaeinkenna. Á listum sem mæla einkenni félagsfælni, lífsgæði og sjálfsmat var árangur þeirra sem enn féllu í hóp með klínískum hópi ekki eins markverður.

Þegar árangur almenna hópsins var kannaður kom í ljós að þátttakendur hans lækkuðu marktækt á spurningalista sem mælir alvarleika depurðareinkenna og hækkuðu á listum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði á meðan á námskeiði stóð. Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað þeim árangri að dregið hafi úr depurð og að sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra hafa aukist. Áhrifastærðirnar, samkvæmt viðmiðum Cohen (1988), benda til þess að áhrifin hafi þó aðeins verið lítil til miðlungs mikil á þessum þáttum. Þar sem almenni hópurinn var búinn til með það í huga að líklega væru þátttakendur innan hans ekki með geðröskun er eðlilegt að ekki hafi verið lækkan á skori á þeim listum sem mæla einkenni félagsfælni eða líkamleg einkenni kvíða.

Þegar þessar niðurstöður eru dregnar saman er greinilegt að hjá þeim þátttakendum sem líklegt er að þjáist af einhverri geðröskun (klínískur hópur) dró marktækt úr samskipta- og frammistöðukvíða, þunglyndiseinkennum og líkamlegum einkennum kvíða auk þess sem

sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra jukust. Þeir þátttakendur sem líklegast voru ekki með neina geðröskun fundu fyrir minni depurðareinkennum í lok námskeiðs, mátu lífsgæði sín betri og sjálfsmat hækkaði. Námskeiðið skilaði því nokkrum árangri til þátttakenda beggja hópa. Þó er líklegt að þátttakendur gætu náð meiri árangri ef greining færi fram og fólk yrði sent á námskeið eða í meðferð eftir því hver þeirra aðalvandi væri. Þessu til stuðnings má nefna að niðurstöður árangursmælinga á hópmeðferð við félagsfælmi, sem er framar í þessari skýrslu, benda til að þátttakendur í þeirri meðferð hafi náð töluvert meiri árangri en klíníski hópurinn á þessu námskeiði. Gera má ráð fyrir að hluti klíníska hópsins hafi uppfyllt greiningaskilmerki fyrir félagsfælmi (vegna hárra skora margra á SPS og SIAS) og hefðu þeir því átt möguleika á sérhæfðu úrræði fyrir sig ef greining hefði farið fram. Hluti hópsins hefur líklega verið að glíma við aðrar raskanir og hefðu því hugsanlega haft meira gagn af sérhæfðari úræðum fyrir sig. Líklegt er að þátttakendur almenna hópsins hafi haft gagn af almennu námskeiði, eins og þessu, sem grundvallast á hugmyndum hugrænnar atferlismeðferðar og kennir hvernig hægt sé að hafa áhrif á líðan og okkar og sjálfstraust með því að vinna með hugsanir okkar og hegðun. Hugsanlegt er þó að það að hafa fólk sem er mjög illa statt, með þunglyndi eða aðrar kvíðaraskanir, með fólki sem þarf aðallega sjálfsstyrkingu verði til þess að allur tími námskeiðsins fari í að huga að þeim fyrrnefndu og þeir síðarnefndu verði því útundan. Einnig getur verið að vissir hlutir fræðslunnar og æfinganna eigi ekki við alla á námskeiðinu. Með því að skipta hópnum eftir því hver séu helstu vandamál þátttakenda er því líklegt að þátttakendur finni sig betur í hópnum og að fræðslan og æfingarnar henti öllum þátttakendum hvers námskeiðs eða meðferðar fyrir sig.

Nokkra fyrirvara ber að setja við rannsóknina og má þar nefna að stjórnendur námskeiðsins sáu um fyrirlögn spurningalista og er því ekki hægt að útiloka þóknunaráhrif. Hugsanlega voru einhverjir þátttakendur á lyfjum og þar sem stjórnendur námskeiðsins höfðu ekki með umsjón yfir lyfjagjöf er mögulegt breytingar hafi verið á lyfjagjöf á meðan á meðferð stóð. Stærstu ágallar rannsóknarinnar eru þó annars vegar að engin greining fór fram við upphaf meðferðar og að engir samanburðarhópur var í henni. Þegar skipt er á milli þeirra þátttakenda sem eru líklegast með geðröskun (klínískur hópur) og þeirra sem eru líklega ekki með geðröskun (almennur hópur) er aðeins byggt á skori á spurningalistum, sem meta einkenni tiltekinna raskanna, en ekki eiginlegu greiningaviðtali. Það getur því verið að hluti þátttakenda sé settur í rangan hóp, þ.e. að fólk skori hátt á spurningalistum án þess að vera með eiginlega geðröskun og að hluti þeirra sem skora lágt séu með raunverulega geðröskun. Varðandi vöntun á samanburðarhópi má nefna að í rannsókn Hirschfeld frá 1996 kom fram að ekki er óalgengt að einkenni þunglyndis gangi til baka með tímanum en óalgengara er þó að

kvíðaraskanir geri það (sjá í Barlow, 2002). Þar sem ekki var um samanburðarhóp að ræða er því ekki hægt að fullyrða að um sjálfkvæman bata hafi verið að ræða en það verður þó að teljast ólíklegt þar áhrifastærðir þessara rannsókna eru mun stærri en í flestum rannsóknum sem notast við samanburðarhópa sem fá annað hvort lyfleysu eða eru á biðlista eftir meðferð (Gloaguen o.fl.,1998).

## **Almenn umræða**

Þegar teknar eru saman niðurstöður þeirra hópmeðferðaúræða sem boðið er upp á hjá Kvíðameðferðarstöðinni kemur í ljós að árangur allra hópmeðferðarúræðanna er nokkuð góður. Árangur hópmeðferðar við félagsfælni er mestur en þar dró mikið úr samskipta- og frammistöðukvíða og þunglyndiseinkennum, á meðan á meðferð stóð, auk þess sem sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra jókst töluvert. Mánuði eftir að eiginlegri meðferð lauk virðast þátttakendur enn fremur hafa haldið áfram að ná árangri, ef marka má niðurstöður þeirra sem mættu í eftirfylgd. Námskeiðið Vellíðan án lyfja er ætlað öllum þeim sem vilja öðlast bætt líðan, ná tökum á spennu og streitu eða annarri vanlíðan eins og kvíða og/eða depurð. Hjá þátttakendum námskeiðisins dró töluvert úr þunglyndis- og kvíðaeinkennum og streitu auk þess sem lífsgæði þátttakenda bötunðu að einhverju leyti. Mánuði eftir að námskeiðinu lauk hélst sá árangur sem náðist stöðugur. Síðasta námsekiðið sem tekið var fyrir er kvíðastjórnunarnámskeið sem var sérstaklega haldin í samstarfi við Vinnuálastofnun. Þetta námskeið var haldið fyrir fólk sem misst hafði atvinnu og upplifði vanlíðan, kvíða, áhyggjur og/eða streitu í kjölfarið. Ekkert greiningaviðtal var í upphafi námskeiðisins og áttu þátttakendur námskeiðisins því í misalvarlegum vanda. Þegar hópnum var skipt eftir því hvort þeir skorðu hátt á spurningalistum sem mæla alvarleika geðraskanna kom í ljós að þriðjungur hópsins var ekki með skor sem telja má einkennandi fyrir klínískan hóp. Við útreiknings var þátttakendum því skipt eftir því hvort þeir sýndu einkenni geðraskanna eða ekki. Árangur námskeiðisins var þó nokkur á þá sem sýndu töluverð einkenni geðraskanna en það dró úr þunglyndis- og kvíðaeinkennum og samskiptakvíða. Ekki voru áhrifin eins sýnileg á hinn hópinn en helst ber þó að nefna að sjálfsmat og lífsgæði þátttakenda jukust lítilega auk þess sem depurðareinkennum minnkuðu.

Þessi árangur er í flestum tilfellum sambærilegur niðurstöðum erlendra rannsókna en í tilfelli hópmeðferðar við félagsfælni var árangurinn betri. Hópmeðferð við félagsfælni er það hópmeðferðarúræði sem lengst hefur verið stundað á Kvíðameðferðarstöðinni auk þess sem sú meðferð er, af þeim úrræðum sem tekið er fyrir hér, sú eina sem er sérhönnuð fyrir ákveðna

röskun. Námskeiðið Velliðan án lyfja er fyrir fólk sem leitast eftir bættri líðan og er árangurinn mjög góður miðað við að ekki er um að ræða sérhæfðara úrræði. Þegar kvíðastjórnunarnámskeiðið er skoðað nánar kemur þó í ljós sö nauðsynlegt er að greina betur inn í það. Með betri greiningu væri hægt að vísa fólki í það úrræði sem best hentar frekar en að allir fari í það sama. Stór hluti þátttakenda í námskeiðinu átti að öllum líkinum betur heima í hópmeðferð við félagsfælni og, ef mið er tekið af niðurstöðum úr þeirri meðferð, hefðu getað náð töluvert betri árangri fyrir vikið. Sá hluti þátttakenda sem ekki var með skor sem telja má einkennandi fyrir klínískan hóp hefði líklega þurft frekar á einhverskonar sjálfsstirkingarnámskeiði að halda eða á stuttu námskeiði sem tæki á undirstöðuatriðum hugrænnar atferlismeðferðar.

Helstu annmarkar rannsóknarinnar eru að ekki voru neinir samanburðarhópar. Það er því ekki hægt að fullyrða að um sjálfkvæman bata hafi verið að ræða en það verður þó að teljast ólíklegt þar áhrifastærðir allra rannsókna eru mun stærri en í flestum rannsóknum sem notast við samanburðarhópa.

## Heimildir

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antony, M. M. og Swinson, R. P. (2000). *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears*. Oakland: New Harbinger Publication.
- 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. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin Books: New York.
- Beck, A. T. og Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. og Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second Edition: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Bragi Reynir Sæmundsson. (2009). *Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Becks Anxiety Inventory*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Brown, T. A. og Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. Í D. H. Barlow (Ritstj.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (bls. 291-327). New York: Guilford Press.
- Bruce, T. J. og Saeed, S. A. (1999). *Social anxiety disorder: A common, underrecognized mental disorder*, 60, 2311-2321.
- Brynjar Halldórsson. (2006). *Árangur hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfælni í hóp*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Burckhardt, C. S. og Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 60, 1-7.
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A. og Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing and Health*, 12, 347-354.



- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. og Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2. útg.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarch, T. og Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-386
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. New York: Basic Books.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Paula R. Young, P. R., Salomon, R. M. o.fl. (2005). Cognitive therapy vs medication in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S. og Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58, 1205-1211.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. og Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.
- Fennel, M. j. V. (1989). Depression. Í K. Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk og D. M. Clark (Ritstj.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems* (bls. 169-234). Oxford: Oxford University Press.
- Furmark, T. (2002). Social Phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. og Blackburn, I-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. og Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral an pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Hafrún Kristjánsdóttir, Jón Friðrik Sigurðsson, Agnes Agnarsdóttir og Engilbert Sigurðsson. (2008). Munur á meðferðarárangri einstaklinga með þunglyndi og kvíðatengt þunglyndi, *Sálfræðiritið*, 13, 187-197.
- Heimberg, R. G. og Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: Guilford Press.

- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P. o.fl. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medication in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hulda Sævarsdóttir. (2009). *Mat á árangri ósérhæfðar hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfælni*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, sálfræðideild.
- 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.
- Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal. (2009). Algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið*, 95, 559-564.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. –U., Stein, M. og Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.
- Lang, A. J. (2003). Brief intervention for co-occurring anxiety and depression in primary care: A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33, 141-154.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneider, F. R. o.fl. (1999). Cognitive behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- 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.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. –U., McGonagle, K. A. og Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- 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.
- McEvoy, P. M. og Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 344-350.

- Miranda, J. og Munoz, R. (1994). Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 136-142.
- 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>
- National Institute for Clinical Excellence. (2009, október). *Depression in adults: full guidance*. Sótt 20 júlí 2010 af [http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Depression\\_Update\\_FULL\\_GUIDELINE.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Depression_Update_FULL_GUIDELINE.pdf)
- Óla B. Eggertsdóttir. (2004). *Athugun á próffræðilegum eiginleikum SIAS og SPS og á tengslum félagskviða og bakþanka*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Ólafur V. Hrafnsson og Matthías Guðmundsson. (2007). *Próffræðilegir eiginleikar Lífsgæðakvarðans (QOLS)*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Ponniah, K. og Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: A qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38, 3-14.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. Í R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope og F. R. Schneier (Ritstj.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (bls. 41-66). New York: Guilford Press.
- Robson, P. (1989). Development of a new self report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-518
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. og Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Review*, 24, 883-908.
- Salaberria, K. og Echeburua, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262-284.
- Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson. (2004). Algengi örorku vegna geðraskana á Íslandi 1. desember 2002. *Læknablaðið*, 90, 615-619.

- 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.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. og Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- 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.
- Yonkers, K. A., Dyck, I, R. og Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, 52, 637-643.