



Háskólinn
á Akureyri
University
of Akureyri

Hug- og félagsvísindasvið

Félagvísindadeild

Sálfræði, 2013

Árangursmat hugrænnar atferlismeðferðar í hópi
við félagsfærni og lágu sjálfsmati

Justyna Wróblewska

Sólveig Dröfn Jónsdóttir

Lokaverkefni við Hug- og félagsvísindasvið



Háskólinn
á Akureyri
University
of Akureyri

Hug- og félagsvísindasvið

Félagvísindadeild

Sálfræði, 2013

Árangursmat hugrænnar atferlismeðferðar í hópi
við félagsfælni og lágu sjálfsmati

Justyna Wróblewska

Sólveig Dröfn Jónsdóttir

Leiðbeinandi: Elín Díanna Gunnarsdóttir

Lokaverkefni til 180 eininga B.A. prófs við Hug- og félagsvísindasvið

„Við lýsum því hér með yfir að við einar erum höfundar þessa verkefnis og að það er

ágóði eigin rannsóknar“

Justyna Wróblewska

Sólveig Dröfn Jónsdóttir

„Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til

B.A. prófs við Hug- og félagsvísindasvið“

Elín Díanna Gunnarsdóttir

Útdráttur

Félagsfærni er geðröskun sem hefur í för með sér mikla skerðingu á virkni fólks í daglegu lífi. Fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á áhrif félagsfærni á heildarlífsgæði einstaklinga og tengsl félagsfærni við aðrar geðraskanir. Einnig benda niðurstöður fyrri rannsókna til tengsla á milli félagsfærni og lágs sjálfsmats. Því er mikilvægt að fá gagnreynda meðferð til að vinna á félagsfærni. Markmið rannsóknarinnar var að meta áhrif sérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar á félagsfærni og sjálfsmat en auk þess skoðuðu rannsakendur áhrif á þunglyndi, kvíða, streitu og lífsgæði. Þátttakendur voru 37 og þurftu að ná 30 stigum á félagsfærnikvörðum til að taka þátt í meðferðinni. 4 luku ekki meðferð. Meðferð var framkvæmd af tveimur sálfræðingum og svöruðu þátttakendur matslistum í upphafstíma, lokatíma og í eftirfylgd. Niðurstöður leiddu í ljós að meðferðin er árangursrík við félagsfærni og hún hafði auk þess í för með sér marktæka hækkun á sjálfsmati. Stigafjöldi þátttakenda á félagsfærnikvörðunum SIAS og SPS hélt áfram að lækka eftir að meðferð lauk og stigafjöldi á sjálfsmatskvarðanum SCQ hækkaði einnig eftir meðferð. Þunglyndi, kvíði og streita lækkaði einnig marktækt á meðferðartíma og lífsgæði þátttakenda jukust. Marktæk fylgni var á milli stigafjölda á félagsfærnikvörðunum og undirkvarða DASS. Einnig var neikvæð fylgni á milli félagsfærnikvarðanna, SCQ og lífsgæðakvarðans QOLS. Hlutfall þátttakenda sem mældust með alvarleg félagsfærnieinkenni lækkaði verulega á milli upphafs- og lokatíma en jókst á milli lokatíma og eftirfylgdar. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til skilvirkni hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfærni, lágu sjálfsmati og öðrum tilfinningalegum vandamálum, svo sem þunglyndi, kvíða og streitu.

Abstract

Social phobia is a mental disorder that can greatly affect the quality of daily life for those who suffer from it. Previous studies have demonstrated the impact of social phobia on people's overall quality of life and its relationship to other mental disorders. Previous research has also suggested that there is a relationship between social phobia and low self-esteem. Therefore it is important that the health care system has an evidence-based treatment for social phobia. The objective of this study was to estimate the effect of a cognitive behavior therapy for social phobia and low self-esteem but the treatment's effect on depressive, anxiety and stress symptoms were also estimated as well as participants' quality of life. There were 37 participants and they had to reach 30 points on the social phobia scales to participate in the treatment. Four individuals did not finish treatment. The treatment was carried out by two psychologist and participants were required to fill out evaluation scales in the first and last session as well as in follow-up. Results showed that the treatment was significantly effective for social phobia and also caused a significant increase in self-esteem. Participants' mean scores on social phobia scales, SIAS and SPS, continued to decrease after treatment and their scores on SCQ, Robson's self concept questionnaire, continued to increase. Symptoms of depression, anxiety and stress also decreased significantly during treatment and participants' quality of life increased. Significant correlation was found between scores on the social phobia scales and DASS subscales. The social phobia scales were negatively and significantly correlated with SCQ and QOLS, quality of life scale. The percentage of participants who had severe symptoms of social phobia decreased significantly between first and

last session and increased between the last session and follow-up. These findings indicate the effectiveness of cognitive behavioral therapy for social phobia, low self-esteem and other emotional problems such as depression, anxiety and stress.

Þakkarorð

Við viljum þakka leiðbeinanda okkar, Elínu Díönnu Gunnarsdóttur, dósent við Háskólann á Akureyri, fyrir mikla og góða leiðsögn við gerð þessarar rannsóknar. Einnig þökkum við þeim Sigrúnu V. Heimisdóttur og Alice H. Björgvinsdóttur fyrir afnot af meðferðargögnum. Miklar þakkir fara auk þess til Kjartans Ólafssonar, lektors við félagsvísindadeild Háskólans á Akureyri fyrir aðstoð við tölfræðilega úrvinnslu. Að lokum viljum við þakka fjölskyldum okkar og mökum fyrir hvatningu og stuðning.

Efnisyfirlit

Myndayfirlit	2
Töfluyfirlit.....	2
Inngangur	3
Félagsfærni.....	3
Algengi og upphafsaldur félagsfærni	5
Áhrif félagsfærni	6
Samsláttur við aðrar geðraskanir.....	7
Sjálfsmat.....	9
Hugræn atferlismeðferð	12
Hugræn atferlismeðferð við félagsfærni.....	13
Árangur hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfærni	15
Brottfall	18
Aðferð	21
Þátttakendur	21
Mælitæki	21
Frankvæmd meðferðar	24
Tölfræðileg úrvinnsla.....	25
Niðurstöður	27
Áhrif meðferðar á félagsfærni	27
Áhrif meðferðar á sjálfsmat	29
Áhrif meðferðar á þunglyndi, kvíða, streitu og lífsgæði	30
Brottfall	32
Umræður	34

Heimildir.....	39
Viðaukar.....	46
Viðauki I.....	46
Viðauki II.....	48
Viðauki III.....	49
Viðauki IV.....	51
Viðauki V.....	53
Viðauki VI.....	56

Myndayfirlit

Mynd 1 Áhrif meðferðar á stigafjölda á SIAS félagsfærnikvarðanum.....	27
Mynd 2 Áhrif meðferðar á stigafjölda á SPS félagsfærnikvarðanum.....	27
Mynd 3 Áhrif meðferðar á stigafjölda á SCQ sjálfsmatskvarðanum.....	29
Mynd 4 Áhrif meðferðar á stigafjölda á undirkvörðum DASS.....	30
Mynd 5 Áhrif meðferðar á stigafjölda á QOLS lífsgæðakvarðanum.....	31

Töfluyfirlit

Tafla 1 Fylgni á milli stigafjölda á mismunandi kvörðum í lokatíma meðferðar.....	31
Tafla 2 Fjöldi þátttakenda sem mættu í tíma.....	32

Inngangur

Öll finnum við stundum fyrir kvíða og er hann eðlilegur hluti af lífi fólks. Oft hjálpar hann okkur að ná árangri og undirbýr líkama okkar og sál gegn hinum ýmsu streituvöldum. Margir finna hins vegar fyrir óeðlilega miklum kvíða í daglegum aðstæðum, svo sem við það að tala fyrir framan aðra, fara í búðina eða hringja símtal. Oft er kvíðinn ekki í samræmi við þær aðstæður sem einstaklingurinn er staddur í og varir auk þess lengur en eðlilegt þykir. Algengt er að þeir einstaklingar sem upplifa kvíða í félagslegum aðstæðum forðist þær til að koma í veg fyrir eða minnka kvíða sem þær aðstæður valda, jafnvel svo mikið að það hamlar eðlilegri virkni þeirra. Sú hegðun er einmitt algengt bjargráð hjá þeim sem þjást af félagsfælni, ásamt öðrum skaðlegum bjargráðum.

Markmið þessarrar rannsóknar er að athuga hvort að sérhæfð hugræn atferlismeðferð í hópi hafi jákvæð áhrif á félagsfælni og sjálfsmat þátttakenda. Stuðst verður við eftirfarandi rannsóknarspurningar við úrvinnslu gagna.

1. Hefur hugræn atferlismeðferð í hópi áhrif á félagsfælni?
2. Hefur sérhæfð hugræn atferlismeðferð við félagsfælni einnig áhrif á sjálfsmat þátttakenda?
3. Tengist brottfall alvarleika félagsfælnieinkenna í upphafi meðferðar?

Félagsfælni

Félagsfælni (*e. social phobia*) er kvíðaröskun sem lýsir sér í miklum og stöðugum ótta við félagslegar aðstæður eða aðstæður þar sem frammistaða einstaklingsins gæti verið dæmd. Kvíði og vanlíðan getur vaknað bæði í aðstæðunum sjálfum og þegar einstaklingur væntir þess að lenda í aðstæðunum (American Psychiatric Association,

2000). Til að greinast með félagsfælni samkvæmt DSM-IV-TR, þarf einstaklingur að uppfylla eftirfarandi viðmið:

A: Greinilegur og viðvarandi ótti við eina eða fleiri félagslegar aðstæður, þar sem einstaklingurinn óttast að hann muni gera eitthvað niðurlægjandi eða vandræðalegt fyrir framan annað fólk. Óttinn beinist aðallega að því að vera sér til skammar.

B: Félagslegar aðstæður leiða til mikils kvíða hjá einstaklingi sem getur birst sem aðstæðubundið kvíðakast þannig að kvíðakastið kemur áður en komið er í aðstæður eða í aðstæðunum sjálfum.

C: Einstaklingurinn gerir sér grein fyrir að óttinn er of mikill eða óraunhæfur.

D: Einstaklingurinn forðast annað hvort þær félagslegu aðstæður sem hann óttast eða þraukar þær og upplifir á meðan mikinn kvíða og vanlíðan.

E: Forðun, ótti og kvíði við félagslegar aðstæður veldur truflun á daglegu lífi, atvinnu og félagslegum samskiptum eða einstaklingurinn hefur verulegar áhyggjur yfir að vera með þennan kvíða.

F: Hjá einstaklingum undir 18 ára aldri þurfa einkennin að vera til staðar í að minnsta kosti sex mánuði.

G: Ótti og forðun eru ekki afleiðingar efnamisnotkunar (vímuefna- eða lyfjanotkunar), líkamlegra sjúkdóma eða annarrar geðröskunar.

H: Ef líkamlegir eða geðrænir sjúkdómar eru til staðar er kvíðinn í viðmiði A ekki tilkominn vegna þeirra.

DSM-IV-TR gerir grein fyrir tveimur undirflokkum félagsfælni; almennri (e. *generalized*) og sértækri (e. *specific*) félagsfælni. Einstaklingar með almenna félagsfælni óttast flestar tegundir félagslegra aðstæðna, bæði þær sem snúast um þeirra eigin hegðun og mat annarra einstaklinga á hegðun þeirra sem og aðstæður sem fela í sér félagsleg samskipti við aðra. Einstaklingar með sértæka félagsfælni óttast

hins vegar aðeins ákveðnar félagslegar aðstæður, jafnvel aðeins eina tiltekna tegund aðstæðna (American Psychiatric Association, 2000).

Algengi og upphafsaldur félagsfælni

Af öllum geðröskunum eru kvíðaraskanir algengastar og meðal kvíðaraskanana er einna líklegast að einstaklingur greinist með félagsfælni (Kessler, Chiu, Demler og Walters, 2005; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas og Walters, 2005). Eins árs algengi félagsfælni er talið vera 6,8% (Kessler, Chiu o.fl., 2005) og lífsalgengi 12,1%. Almennt er talið að kvíðaraskanir séu algengari meðal kvenna en karla (Kessler, Berglund o.fl., 2005; American Psychiatric Association, 2000) en lítið er vitað um hvers vegna það er. McLean og Anderson (2009) ályktuðu að þar skiptu kynhlutverk og umhverfi miklu máli, þ.e. hvernig ætlast er til að kynin bregðist við kvíðavaldandi aðstæðum.

Margir finna fyrir ótta við ákveðnar félagslegar aðstæður án þess að greinast með félagsfælni en þó eru ákveðin tengsl milli félagslegs ótta og félagsfælni. Rannsókn Ruscio, Brown, Chiu, Sareen, Stein og Kessler (2008) sýndi að þrjár algengustu aðstæðurnar sem vekja ótta meðal fólks voru að tala opinberlega, að tala á fundum eða í kennslustund og að hitta nýtt fólk. Óalgengustu aðstæðurnar til að vekja ótta voru að nota salerni fjarri heimili sínu og að skrifa, borða eða drekka fyrir framan aðra. Eftir því sem þátttakandi óttaðist fleiri félagslegar aðstæður þeim mun meiri líkur voru á að hann þjáðist af félagsfælni.

Meðalupphafsaldur félagsfælni er lægri en margra annarra geðraskana eða 13 ár. Í rannsókn Kessler, Berglund og félaga (2005) var algengast að félagsfælni kæmi fyrst fram á aldrinum átta til 15 ára en þó gat hún komið fram bæði fyrir og eftir þennan aldur. Lægsti upphafsaldur félagsfælni var fimm ár og hæsti 52 ár í rannsókn

þeirra. Önnur rannsókn staðfesti að algengasti upphafsaldur félagsfælni sé á milli snemmbarnsku og miðunglingssára. Sama rannsókn sýndi einnig fram á að fjöldi þeirra félagslegu aðstæðna sem þátttakendur óttuðust hafði jákvæð tengsl við lægri upphafsaldur félagsfælni (Ruscio o.fl., 2008).

Áhrif félagsfælni

Félagsfælni er mjög alvarlegur sjúkdómur sem getur haft í för með sér mikla skerðingu í lífi fólks sem þjáist af honum. Félagsleg samskipti er óhjákvæmilegur hluti af lífi okkar því hvert sem við förum er mjög erfitt að komast hjá því að hafa samskipti við aðra til dæmis í skóla, vinnunni og úti í búð. Vegna þess hve erfitt er að forðast félagsleg samskipti eða þær aðstæður sem geta valdið kvíða getur ótti við það haft í för með sér mikla skerðingu á lífsgæðum og virkni einstaklinga. Kvíðinn sem þeir upplifa getur komið í veg fyrir að þeir nýti sér mörg af þeim tækifærum sem þeim gefast í lífinu eins og að fara í skóla og fá vinnu, stunda íþróttir eða kynnast nýju fólki (Stein og Kean, 2000). Rannsóknir hafa staðfest það og sýnt fram á að margir þeirra sem þjáist af félagsfælni hafa minni menntun og lægri félagslega stöðu. Í umfjöllun den Boer (2000) kom í ljós að aðeins um 50% einstaklinga með félagsfælni útskrifuðust úr gagnfræðaskóla, meira en 70% voru í lágum stöðum í þjóðfélaginu og um 22% fengu greiðslur frá velferðarþjónustu, sem bendir til atvinnuleysis. Aðrar rannsóknir hafa einnig sýnt fram á einstaklingar með félagsfælni séu líklegri til þess að vera atvinnulausir og nái auk þess minni árangri í vinnu, þeir telji að frammistaða þeirra sé ekki nógu góð og fyrir neðan væntingar og að þeir séu líklegri til að vera frá vinnu vegna heilsufarsvandamála (Wittchen og Fehm, 2003).

Félagsfælni hefur einnig mikil áhrif á einkalíf einstaklinga en samkvæmt den Boer (2000) eru þeir líklegri til að greina frá vandamálum í sambandi og eru margir

þeirra einhleypir eða fráskildir. Einstaklingar með félagsfælni eru auk þess ólíklegri en aðrir til þess að giftast og líklegri til að skilja við maka sinn en niðurstöður rannsóknar Keller (2003) sýndu að einungis 34% þátttakenda með félagsfælni voru gift samanborið við 57% þeirra sem þjáðust ekki af henni.

Niðurstöður rannsókna hafa sýnt fram á að skerðing einstaklinga með félagsfælni er þó ekki aðeins á sértækum sviðum lífsins heldur á heildarlífsgæðum þeirra. Wittchen og Fehm (2003) sýndu fram á að hjá 31,4% fólks með félagsfælni var greinanleg skerðing á lífsgæðum og 51% þátttakenda rannsóknar þeirra upplifðu mikla skerðingu miðað við einstaklinga án félagsfælni. Stein og Kean (2000) skoðuðu einnig áhrif félagsfælni á lífsgæði og í rannsókn þeirra kom í ljós að félagsfælni hefur neikvæð áhrif á líf einstaklinga á mörgum sviðum, svo sem daglegum athöfnum á borð við fjölskyldulíf, vinnu og tómstundir og í öðrum mikilvægum þáttum lífsins. Þeir komust að því að einstaklingar sem þjáast af félagsfælni voru líklegri til að falla í námsfögum og hætta í skóla en þeir sem ekki þjáast af henni og voru auk þess líklegri til að meta virkni sína sem skerta eða lélega. Þessir einstaklingar láta einnig í ljós meiri óánægju með lífið og upplifa minni lífsgæði (Stein og Kean, 2000).

Lítið er til af rannsóknum sem skoða þessa þættir hér á landi en eins og sjá má á fyrrnefndum rannsóknum hefur félagsfælni mikil áhrif á lífsgæði fólks. Því er mikilvægt að þetta sé skoðað frekar þannig að hægt sé að auka líkur á að einstaklingar með félagsfælni geti náð árangri á ýmsum sviðum lífsins.

Samsláttur við aðrar geðraskanir

Algennt er að einstaklingar með félagsfælni uppfylli einnig greiningarviðmið fyrir aðrar geðraskanir og eru líkurnar á því meiri eftir því sem félagsfælnin er alvarlegri og víðtækari (Ruscio o.fl., 2008). Chavira, Stein, Bailey og Stein (2004) komust að

Því að þetta á ekki eingöngu við um fullorðna heldur börn og unglunga líka. Rannsókn þeirra sýndi að börn og unglingar sem höfðu almenna gerð félagsfærni voru líklegri til að þjást af fleiri samkvillum á borð við þunglyndi, almenna kvíðaröskun og athyglisbrest með ofvirkni en þau sem höfðu sértæka gerð félagsfærni. Einnig leiddi rannsókn þeirra í ljós að börn með almenna gerð félagsfærni höfðu alvarlegri einkenni samkvilla en börn með sértæka gerð félagsfærni (Chavira o.fl., 2004).

Algengast er að samsláttur sé á milli félagsfærni og þunglyndis annars vegar og félagsfærni og annarra kvíðaraskana hins vegar (Ruscio o.fl., 2008). Þetta samspil hefur mikið verið skoðað og virðast einstaklingar með bæði félagsfærni og þunglyndi hafa alvarlegri félagsfærnieinkenni og upplifa meiri skerðingu á getu sinni heldur en einstaklingar sem eingöngu þjást af félagsfærni. Þeir hafa einnig lægri meðallaun og lægri stigafjölda á virknistigskvarða DSM-IV (Erwin, Heimberg, Juster og Mindlin, 2002). Rannsóknir hafa sýnt að félagsfærni á unglingsárum er stór áhættuþáttur fyrir það að fá þunglyndi snemma á fullorðinsárum. Enn stærri áhættuþáttur er að þjást af bæði þunglyndi og félagsfærni samtímis en það eykur líkurnar meira en ef eingöngu annar sjúkdómurinn er til staðar. Þeir sem þjást af báðum sjúkdómum á unglingsárum eru einnig líklegri til að upplifa alvarlegra þunglyndi en aðrir sem kemur fram í tíðari sjálfsvígshugsunum og sjálfsvígstilraunum, fleiri þunglyndiseinkennum í hverju þunglyndiskasti og tíðari þunglyndsköstum (Stein, Fuetsch, Müller, Höfler, Lieb og Wittchen, 2001).

Þó að erfitt sé að fullyrða um orsakasamband í samslætti geðraskana hafa niðurstöður rannsókna bent til þess að í mörgum tilfellum komi félagsfærnin á undan öðrum geðröskunum. Chartier, Walker og Stein (2003) komust að því að félagsfærni þróaðist á undan öðrum kvíðaröskunum í 32% tilfella, á undan lyndisröskunum í 71%

tilfella og á undan vímuefnamissnotkun í 80% tilfella. Félagsfærni virðist líka koma á undan þunglyndi hjá börnum (Chavira o.fl., 2004).

Einstaklingar með félagsfærni eru í aukinni hættu á að verða háðir bæði áfengi (Chartier o.fl., 2003) og nikótíni (Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller og Liebowitz, 2000). Rannsókn Wittchen og félaganna (2000) benti til þess að ástæðan gæti verið sú að þetta væru lærð bjargráð einstaklinga sem þjást af félagsfærni til að takast á við vanlíðan sína. Niðurstöður rannsóknar þeirra sýndu að tíðni þess að einstaklingar væru háðir nikótíni var næstum tvisvar sinnum meiri hjá félagsfærnihóp heldur en samanburðarhóp og tíðni áfengissýki var næstum þreföld tíðni samanburðarhóps.

Sjálfsmat

Ásamt því að hafa tengsl við aðrar geðraskanir virðist félagsfærni einnig hafa tengsl við sjálfsmat en sjálfsmat vísar í mat einstaklings á eigin virði og getu. Í rannsókn Izgiç, Akyüz, Doğan og Kuğu (2004) sem gerð var á háskólanemendum sýndu þeir fram á að einstaklingar með félagsfærni eru líklegri til að vera með lægra sjálfsmat en einstaklingar án félagsfærni. Auk þess hafa þeir neikvæðari og jafnvel brenglaðri líkamsímynd. Baumeister, Campbell, Krueger og Vohs (2003) gerðu ítarlega samantekt á rannsóknum sem skoðað hafa tengsl sjálfsmats og annarra þátta. Þær rannsóknir sýndu fram á tengsl á milli lágs sjálfsmats og átraskana en brengluð líkamsímynd er einmitt eitt af einkennum átraskana. Samantekt Baumeister og félaganna (2003) benti einnig til þess að einstaklingar með hátt sjálfsmat væru líklegri en þeir með lágt sjálfsmat til að halda áfram í verkefnum eða athöfnum þrátt fyrir að gera mistök. Þeir voru auk þess líklegri til að vita hvenær tími væri kominn til að gefast upp og leita á ný mið.

Sjálfsmat hefur oft verið tengt við ýmislegt annað en félagsfærni og segja Baumeister og félagar (2003) að sterkustu tengslin séu á milli háa sjálfsmats og hamingju; að einstaklingar með hátt sjálfsmat séu marktækt hamingjusamari en einstaklingar með lágt sjálfsmat. Aðrar rannsóknir hafa staðfest sterka jákvæða fylgni á milli þessara tveggja þátta og auk þess sýnt fram á sterka neikvæða fylgni á milli lágs sjálfsmats og þunglyndis (Cheng og Furnham, 2003).

Rannsóknir hafa sýnt að sjálfsmat er ekki stöðugt í gegnum allt lífið heldur þróast það með árunum. Block og Robins (1993) gerðu langtímarannsókn á 47 stelpum og 44 stráku til að skoða þróun sjálfsmats frá unglingsárum og að snemmfullorðinsárum. Fyrstu mælingar fóru fram við 14 ára aldur, því næst 18 ára og seinast 23 ára. Niðurstöður sýndu að almennt virtist sjálfsmat stráka aukast á þessum árum en sjálfsmat stelpna lækkaði oftar. Þróun sjálfsmats á unglingsárum tengdist mismunandi persónueinkennum hjá stelpum og stráku. Verndunareðli, gamansemi, samkennd og örlæti við 14 ára aldur virtist auka sjálfsmat hjá stelpum á unglingsárum en sjálfsmat stelpna sem voru gagnrýnar, fjandsamlegar og neikvæðar við 14 ára aldur minnkaði. Sjálfsmat stráka sem voru rólegir, voru ánægðir með sig og voru ekki kvíðnir í félagslegum aðstæðum við upphaf rannsóknar jókst en sjálfsmat kvíðinna og dagdreymandi stráka minnkaði á unglingsárum (Blocks og Robins, 1993). Þetta bendir til að stelpur sem eru hamingjusamar og líður vel og strákar sem ekki þjást af félagsfærni hafi betra sjálfsmat. Þetta er í samræmi við niðurstöður rannsókna sem Baumeister og félagar (2003) tóku saman um tengsl hamingju og sjálfsmats og niðurstöður rannsóknar Izgiç og félaga (2004) sem sýndi fram á tengsl félagsfærni og sjálfsmats.

Baumeister og félagar (2003) benda á mikilvægi þess að mæla sjálfsmat á hlutlausan hátt en þeir segja að flestar rannsóknir á sjálfsmati notist við

sjálfsmatskvarða. Gallinn við að nota sjálfsmatskvarða er að kvarðarnir eru aðeins mat einstaklingsins á sjálfum sér. Þeir sem skora hátt á sjálfsmatskvörðum gera það oft á tíðum vegna þess að þeir vilja lýsa sjálfum sér á jákvæðan hátt. Tilhneiging þeirra til að lýsa sér á jákvæðan hátt nær ekki eingöngu til þeirra sjálfra heldur einnig til samskipta þeirra við aðra og velgengni í lífinu almennt. Þannig myndi einstaklingur sem hefur jákvæða sýn á sjálfan sig hafa tilhneigingu til að segja að öðrum líki vel við sig, finnist þeir aðlaðandi og að þeim gangi vel í vinnu og skóla svo dæmi séu tekin. Þess konar svör eru svo oft notuð sem sönnun þess að hátt sjálfsmat hafi í för með sér ýmsar jákvæðar afleiðingar (Baumeister o.fl., 2003).

Mikilvægt að gera greinarmun á hvers konar sjálfsmat um er að ræða enda er hugtakið vítt. Sjálfsmat getur verið bæði almennt (e. *global*) og sértækt (e. *specific*) alveg eins og viðhorf til annarra hluta. Auk þess getur sjálfsmat verið bæði leynt (e. *implicit*) og ljóst (e. *explicit*) þar sem ljóst vísar til þess sjálfsmats sem kemur fram á sjálfsmatskvörðum og leynt vísar til mats einstaklings á sjálfum sér sem hann er jafnvel ekki meðvitaður um (Jordan, Spencer og Zanna, 2005). Eins og áður kom fram vilja Baumeister og félagar meina að flestar rannsóknir á sjálfsmati notist við sjálfsmatskvarða en þess háttar mælingar skoða eingöngu ljóst sjálfsmat. Þetta hefur fyrrnefnd vandkvæði í för með sér. Þeir benda á að á undanförunum árum hafi rannsóknar í sífellt meiri mæli farið að nýta sér aðferðir til að mæla leynt sjálfsmat. Sem dæmi vísa þeir í rannsókn Greenwald og Farnham (2000) sem skoðaði sjálfsmat með því að mæla viðbragðstíma þátttakenda við jákvæðum eða neikvæðum orðum sem tengjast sjálfinu.

Eins og fyrr segir hafa rannsóknir sýnt fram á tengsl á milli sjálfsmats, hamingju og þunglyndis og virðist gott sjálfsmat því vera mikill kostur (Cheng og Furnham, 2003). Auk þess hafa rannsóknirnar sem hér voru nefndar sýnt fram á tengsl

félagsfælni og lágs sjálfsmats og að einstaklingar með félagsfælni séu líklegri til að vera með lágt sjálfsmat en aðrir (Izgiç o.fl., 2004; Blocks og Robins, 1993). Þessar niðurstöður sýna fram á mikilvægi þess að hjálpa þeim sem þjást af félagsfælni, enda getur minnkun á félagsfælnieinkennum leitt til hærra sjálfsmats sem aftur getur mögulega haft í för með sér aukna hamingju og lífsgæði.

Hugræn atferlismeðferð

Til eru ýmsar aðferðir til að aðstoða einstaklinga með félagsfælni að takast á við sjúkdóm sinn. Meðferðir eru í grófum dráttum tvenns konar; annars vegar lyfjameðferð og hins vegar sálfræðimeðferð. Ein gerð sálfræðimeðferðar sem mikið er notuð í dag er hugræn atferlismeðferð en hún er umfangsmikil meðferð sem er í sífelldri þróun.

Hugræn atferlismeðferð er undir áhrifum tveggja meðferðarforma; annars vegar atferlismeðferðar sem þróuð var af Wolpe og fleirum á 6. og 7. áratug síðustu aldar, og hins vegar hugrænnar meðferðar sem komið var á fót af Aaron T. Beck um 1960 (Westbrook, Kennerly og Kirk, 2007). Í upphafi var atferlismeðferð undir sterkum áhrifum af atferlishyggju sálfræðinnar sem vildi meina að það sem gengi á inni í huga einstaklingsins væri ekki sjáanlegt og því ekki unnt að rannsaka það á vísindalegum grunni. Hún forðaðist vangaveltur um ómeðvituð ferli, faldar hvatir og ósýnilega uppbyggingu hugans og í stað þess notaði hún grundvallarlögmál námskenninga til að breyta óæskilegri hegðun og tilfinningasvörun einstaklinga (Westbrook, Kennerly og Kirk, 2007).

Þrátt fyrir þann góða árangur sem atferlismeðferð náði og þá sérstaklega við kvíðaröskunum eins og fælni, árattu- og þráhyggjuröskun ríkti óánægja með takmarkanir meðferðarinnar. Þar sem hugræn ferli eins og hugsanir, skoðanir, túlkun

o.fl. eru svo augljós hluti af lífi einstaklinga þótti fáránlegt fyrir sálfræði að takast ekki á við þá hluti líka. Þessi óánægja leiddi síðan til hugrænnar byltingar árið 1970. Leitað var leiða til að koma hugrænum þáttum aftur í sálfræðimeðferðir og inn í sálfræðina í heild sinni. Hugrænar meðferðir og atferlismeðferð þróuðust hratt og höfðu áhrif á hvor aðra sem leiddi til hugrænnar atferlismeðferðar eins og við þekkjum hana í dag (Westbrook, Kennerly og Kirk, 2007).

Eins og sjá má hefur hugræn atferlismeðferð þróast hratt og er hún enn að breytast í dag. Því geta niðurstöður rannsókna sem skoða árangur hugrænnar atferlismeðferðar í dag verið ólíkar niðurstöðum rannsókna sem skoðuðu hana fyrir nokkrum árum. Það er því mikilvægt að bæta reglulega í bókmenntaflóruna til að ávallt séu til nýlegar rannsóknir á meðferðinni sem endurspeglar árangur meðferðarinnar á hverjum tímapunkti.

Hugræn atferlismeðferð við félagsfælni

Samkvæmt hugmyndafræði hugrænnar atferlismeðferðar eru vandamál einstaklinga samspil annars vegar einstaklingsþátta eins og hugsana, hegðunar, tilfinninga og líkamlegra einkenna og hins vegar umhverfisins sem hann er í. Hugræn atferlismeðferð skoðar alla þætti sem tengjast vandamáli einstaklinga og samspil þeirra, þar sem þættirnir hafa gagnkvæm áhrif á hvern annan. Þannig getur breyting á einum þætti haft áhrif á hina þættina. Þessi skilgreining einblínir á ákveðna þætti vandamálsins og með henni er hægt að ná skilningi á því hvaða þættir hafa áhrif og hverjir ekki. Hugræn atferlismeðferð við félagsfælni leggur áherslu á að breyta neikvæðum hugsanamynstrum skjólstæðinga og neikvæðri túlkun þeirra á atburðum og umhverfi. Hún felur einnig í sér atferlistengd verkefni sem auka lærdóm

skjólstæðinga og ýta undir alhæfingargildi meðferðar yfir í daglegt líf (Westbrook, Kennerly og Kirk, 2007).

Samkvæmt Stein og Stein (2008) hafa margar rannsóknir sýnt fram á skilvirkni hugrænnar atferlismeðferðar við kvíðaröskunum. Þeir segja að algengustu aðferðirnar sem notaðar eru í hugrænni atferlismeðferð við félagsfælni séu berskjöldun, hugrænt endurmat og þjálfun í slökun og félagsfærni. Hugræn atferlismeðferð miðar að því að kenna skjólstæðingum hugræna og atferlistengda færni sem eykur virkni þeirra og auðveldar daglegt líf (Stein og Stein, 2008). Heimberg (2002) lýsir aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar á eftirfarandi hátt:

Berskjöldun. Berskjöldun felst í því að hjálpa skjólstæðingum að mæta þeim félagslegu aðstæðum sem valda ótta og að halda sér uppteknum (e. *engaged*) svo að hann hugsi um eitthvað annað en óttann. Skjólstæðingur og meðferðaraðili byrja á því að setja saman lista með kvíðavekjandi aðstæðum. Skjólstæðingurinn vinnur fyrst með þær aðstæður sem valda minnstum kvíða og færist síðan í sífellt erfiðari aðstæður þegar árangri er náð í þeim fyrri. Æfingarnar eru svo endurteknar þangað til kvíðinn fer dvínandi.

Hugrænt endurmat. Í hugrænu endurmati er skjólstæðingum í fyrsta lagi kennt að greina neikvæðar hugsanir sem eiga sér stað fyrir, á sama tíma eða eftir kvíðavekjandi aðstæður, í öðru lagi að meta réttmæti hugsana þeirra í ljósi upplýsinga sem fengnar eru úr viðtali eða úr atferlisæfingum og í þriðja lagi að öðlast rökhugsun á grundvelli aflaðra upplýsinga. Einstaklingar eru hvattir til að endurskoða mat sitt á aðstæðum sem valda þeim kvíða. Í flestum tilfellum hafa einstaklingar með félagsfælni áhyggjur

af því hvernig þeir eigi að hegða sér við ákveðnar aðstæður og eru hræddir um að fólk dæmi hegðun þeirra eða að þeir fái kvíðakast sem muni valda þeim niðurlægingu.

Þjálfun í slökun. Slökun hjálpar skjólstæðingum að ná stjórn á lífeðlislegri örvun sem þeir upplifa í aðdraganda kvíðavaldandi aðstæðna og á meðan þeim stendur. Skjólstæðingar læra að slaka á líkamanum með æfingum sem í byrjun eru æfðir í tímum og eru síðan í formi heimaverkefna.

Þjálfun í félagsfærni. Þjálfun í félagsfærni byggir á þeirri hugmynd að einstaklingar með félagsfærni sýni óviðurkennda félagslega hegðun á borð við lélegt augnsamband og slæma samskiptahæfni sem veldur neikvæðum viðbrögðum frá öðrum. Þessi neikvæðu viðbrögð verða til þess að einstaklingnum líður enn verr í félagslegum aðstæðum. Í þjálfuninni eru notaðar atferlisæfingar, endurgjöf frá meðferðaraðila, félagsleg styrking til dæmis í formi hróss, og heimaverkefni (Heimberg, 2002).

Árangur hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfærni

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar sem birt var í Sálfræðitímaritinu árið 2011 og skoðaði áhrif hugrænnar atferlismeðferðar í hóp við félagsfærni hafði meðferðin mikil og jákvæð áhrif á samskipta- og frammistöðukvíða þátttakenda. Auk þess dró marktækt úr þunglyndiseinkennum ásamt því að sjálfsmat þátttakenda jókst. Áhrif meðferðarinnar sjást greinilega þegar horft er til þess að við upphaf hennar skoraði meirihluti þátttakenda hátt í félagsfærnilistunum SIAS, sem mælir samskiptakvíða, og SPS, sem mælir frammistöðukvíða, en við lok meðferðar voru 60-70% þátttakenda með sambærilegan stigafjölda á þessum listum og almenningur (Sigurður Viðar,

Sigurbjörg Jóna Ludvigsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Helena Jónsdóttir og Unnur Jakobsdóttir Smári, 2011).

Rannsóknir hafa einnig skoðað hvaða aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar eru árangursríkastar og hversu árangursríkar þær eru í samanburði við aðrar meðferðir. Niðurstöður stórrannsóknar (e. *meta-analysis*) sem skoðaði áhrif hugrænnar atferlismeðferðar á ýmis geðræn vandamál sýndu að áhrif á félagsfærni voru mikil þegar hún var borin saman við áhrif þess að vera á biðlista og fá ekki meðferð og áhrif lyfleysu (Butler, Forman og Beck, 2006). Önnur stórrannsókn sýndi einnig fram á skilvirkni hugrænnar atferlismeðferðar við félagsfærni og báru meðferðir sem notuðu eingöngu berskjöldunaraðferðir í bland við hugræna endurskipulagningu einna mestan árangur (Gould, Buckminster, Pollack, Otto og Massachusetts, 1997). Þessar niðurstöður voru í samræmi við niðurstöður stórrannsóknar Tyler (1996) en hann vildi meina að meðferð sem væri blanda af hugrænni endurskipulagningu og berskjöldun væri betri en þessar aðferðir einar og sér. Blanda af hugrænni endurskipulagningu og berskjöldun var einnig marktækt betri en lyfleysumeðferð.

Þrátt fyrir að rannsóknir hafi ítrekað sýnt fram á gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar við ýmsum geðröskunum ná ekki allir skjólstæðingar sama árangri. Í tilraun til að bæta meðferðina hafa þættir sem gætu spáð fyrir um meðferðarárangur verið skoðaðir. Í rannsókn Chambless, Tran og Glass (1997) hafði þunglyndi mesta forspárgildið fyrir meðferðarárangur og voru skjólstæðingar með fleiri stig á þunglyndiskvarða Becks áður en meðferð hófst ólíklegri til að bæði ná bata og halda honum þegar kom að áhyggjum, sjálfmetnum kvíða og færni í samskiptahlutverkjaleikjum. Einnig höfðu væntingar skjólstæðinga til meðferðarinnar í byrjun hennar tengsl við meðferðarárangur; þeir sem höfðu hærri væntingar um

ávinning af meðferð og höfðu mikla trú á henni voru líklegri til árangurs en þeir sem höfðu minni væntingar til þessara þátta. Þeir sýndu auk þess fram á að tilhneiging skjólstæðinga til neikvæðs hugsunarháttar höfðu skýr tengsl við áhrif meðferðarinnar á félagsfærni, hvort sem hún var mæld með sjálfsmatskvörðum eða í atferlismati (Chambless o.fl., 1997).

Jákvæð áhrif hugrænnar atferlismeðferðar eiga sér ekki eingöngu stað á meðan á meðferð stendur heldur virðast þátttakendur í mörgum tilfellum tileinka sér það sem þeir læra og nota það eftir að meðferð lýkur. Í rannsókn Huldu Sævarsdóttur (2009) hélt stigafjöldi þátttakenda áfram að lækka eftir að þeir luku meðferð og var hann lægri í þriggja mánaða eftirfylgd en í lokatíma meðferðar. Auk þess mátu þátttakendur lífsgæði sín marktækt meiri í þriggja mánaða eftirfylgd heldur en í bæði greiningarviðtali og í lokatíma meðferðar. Watzke, Rüdell, Jürgensen, Koch, Kriston, Grothgar, Schulz (2012) sýndu einnig fram á áframhaldandi árangur og betri árangur en í öðrum meðferðum en þeir báru saman hugræna atferlismeðferð og dýnamíska meðferð. Þátttakendum var raðað tilviljunarkennt í meðferðir. Í sex mánaða eftirfylgd kom í ljós að alvarleiki einkenna þeirra þátttakenda sem voru í hugrænni atferlismeðferð var marktækt minni en þeirra sem voru í dýnamískri meðferð. Heilsutengd lífsgæði þátttakenda í hugrænni atferlismeðferð voru marktækt meiri og einnig bar minna á samskiptavandamálum en hjá þátttakendum í dýnamískri meðferð (Watzke o.fl., 2012). Langtímaeftirfylgd gefur svipaðar niðurstöður eins og kom í ljós í rannsókn Heimberg, Salzman, Holt og Blendell (1993). Þeir báru saman langtímaárangur hugrænnar atferlismeðferðar og lyfleysumeðferðar með því að hafa samband við þátttakendur 4.5 til 6.25 árum eftir að meðferðum lauk og biðja þá að svara sjálfsmatskvörðum um líðan sína. Niðurstöður þeirra sýndu að þátttakendur í

hugrænni atferlismeðferð héldu meðferðarárangri marktækt betur en þátttakendur í lyfleysumeðferðinni.

Brottfall

Eins og sjá má af fyrirtöldum rannsóknum hafa þær sýnt fram á áhrif hugrænnar atferlismeðferðar á bæði félagsfælni og sjálfsmat. Til að ná enn meiri árangri er mikilvægt að skoða þá þætti sem hafa áhrif á meðferðarárangur og er einn af þessum þáttum brottfall. Ekki er til ein algild skilgreining á brottfalli og geta rannsóknarniðurstöður því verið mjög misjafnar. Að missa af þremur eða fleiri tímum af 10, að mæta í færri en þrjá tíma, að mæta ekki í síðasta tíma og að hætta í meðferð án þess að fá samþykki meðferðaraðila eru aðeins nokkrar af þeim skilgreiningum sem notaðar hafa verið í rannsóknum síðustu ára (Sigurður Viðar o.fl., 2011; Þorgerður Guðmundsdóttir, 2008; Hofmann og Suvak, 2006). Því er erfitt að átta sig á tíðni brottfalls þar sem það sem er skilgreint sem brottfall í einni rannsókn er ekki endilega skilgreint sem brottfall í annarri.

Rannsókn Lilju Sifjar Þorsteinsdóttur (2011) leiddi í ljós að aukinn kvíði hafði í för með sér auknar líkur á brottfalli meðal þátttakenda, það er þátttakendur sem hættu meðferð áður en henni lauk voru kvíðnari við upphaf meðferðar en þeir sem luku meðferð. Einnig hefur verið sýnt fram á að alvarleiki þunglyndiseinkenna meðal unglinga sem ná greiningarviðmiðum fyrir kvíða og það að tilheyra þjóðernisminnihlutahópi auki líkur á brottfalli úr meðferð. Forspárgildi þessara breyta fer þó eftir hvernig brottfall er skilgreint (Gonzales, Weersing, Warnick, Scahill og Woolston, 2011). Aðrar rannsóknir hafa þó sýnt fram á lítinn mun á bæði lýðfræðilegum og klínískum breytum hjá þeim sem hætta í meðferð og þeim sem klára hana en í rannsókn Þorgerðar Guðmundsdóttur (2008) skýrðu þessar breytur

einungis 10% dreifingarinnar þegar mest var. Í rannsókn Hofmann og Suvak (2006) var eini munurinn á þessum hópum viðhorf þeirra gagnvart meðferðinni og enginn munur fannst á lýðfræðilegum breytum né geðröskunum á ási I og II.

Þrátt fyrir að margar rannsóknir finni ekki mun á milli þeirra sem ljúka meðferð og þeirra sem ekki gera það á lýðfræðilegum og klínískum breytum virðist ýmislegt annað geta spáð fyrir um brottfall. Það hvernig þátttakendur bregðast við streituvöldum og takast á við vanlíðan sína virðist hafa ákveðið forspárgildi um brottfall. Erwin og Heimberg (2003) skoðuðu samband félagsfærni, reiði og þunglyndis en rannsókn þeirra sýndi fram á að brottfall var mest hjá þeim sem höfðu tilhneigingu til reiði í mörgum aðstæðum, reiði án þess að vera ögrað og þeim sem höfðu tilhneigingu til að verða reiðir þegar þeir voru gagnrýndir, metnir á neikvæðan hátt eða þegar komið var fram við þá á ósanngjarnan hátt (Erwin og Heimberg, 2003). Önnur rannsókn sýndi að þátttakendur sem notuðu áfengi eða vímuefni til að takast á við vanlíðan sína voru líklegri til að hætta meðferð áður en henni lauk heldur en aðrir þátttakendur (Lilja Sif Þorsteinsdóttir, 2011).

Hunt og Andrews (1998) komust að því að einstaklingar sem annað hvort hófu ekki meðferð sem þeim var boðin eða luku henni ekki voru marktækt verr staddir í mælingum á felmtursröskun og félagsfærni en þeir sem luku meðferð. Brottfall er þó ekki eingöngu slæmt fyrir skjólstæðingana sjálfa heldur rannsakendur líka þar sem brottfall úr meðferð getur skekkt rannsóknarniðurstöður þar sem að mikið brottfall getur valdið ofmati á árangri meðferðarinnar (Sigurður Viðar o.fl., 2011). Það er því mikilvægt að koma auga á þá þætti sem hafa áhrif á og spá fyrir um brottfall til að hægt sé að auka meðferðarheldni meðal þátttakenda.

Á grundvelli þeirra rannsókna sem hér hefur verið fjallað um má sjá að félagsfærni er algengt og alvarlegt vandamál meðal fólks sem getur skert virkni og

Lífsgæði þess verulega. Hugræn atferlismeðferð er gagnreynd aðferð við félagsfælni og hefur endurtekið verið sýnt fram á gagnsemi hennar sem og yfirburði hennar yfir öðrum meðferðum. Hún hefur einnig haft jákvæð áhrif á lágt sjálfsmat en eins og fyrr segir hafa rannsóknir sýnt fram á tengsl á milli sjálfsmats, hamingju og þunglyndis. Því virðist gott sjálfsmat vera mikill kostur. Auk þess hafa rannsóknirnar sem hér voru nefndar sýnt fram á tengsl félagsfælni og lágs sjálfsmats; það er að einstaklingar með félagsfælni séu líklegri til að vera með lágt sjálfsmat en aðrir. Þessar niðurstöður sýna fram á mikilvægi þess að hjálpa þeim sem þjást af félagsfælni, enda getur minnkun á félagsfælnieinkennum leitt til herra sjálfsmats sem aftur getur mögulega haft í för með sér aukna hamingju og lífsgæði.

Aðferð

Þátttakendur

Samtals hófu 37 þátttakendur af báðum kynjum meðferð í þremur hópum á mismunandi tímum, 10 einstaklingar í fyrsta hópnum, 13 í öðrum og 14 í þeim þriðja. 33 einstaklingar luku meðferð og var brottfall úr meðferð 10,8%. Meðferð fór fram fyrir fyrsta hópinn vorið 2011, annar hópurinn var haustið 2011 og þriðji og seinasti hópurinn haustið 2012. Hluta þátttakenda var vísað til meðferðaraðila frá sálfræðingum eða ráðgjöfum, svo sem VIRK starfsendurhæfingarsjóði, læknum, sálfræðingum á stofum, heilsugæslum eða geðdeild og endurhæfingardeildum Sjúkrahússins á Akureyri. Auk þess gátu einstaklingar hringt og óskað eftir forviðtali ef þeir töldu sig þjást af félagsfærni. Þeir sem náðu greiningarviðmiðum á SIAS og SPS félagsfærnikvörðunum, eða 30 stigum fengu að taka þátt í meðferðinni. Útilokunarviðmið voru þau að þátttakendur sýndu einkenni geðrofs.

Mælitæki

Spurningalistar voru lagðir fyrir þátttakendur í bæði upphafs- og lokatíma meðferðar og auk þess um það bil mánuði eftir að meðferð lauk. Spurningarlistarnir sem lagðir voru fyrir voru Social Phobia Scale (SPS) sem mælir frammistöðukvíða, Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) sem mælir samskiptakvíða, Robson Self Concept Questionnaire (SCQ) sem mælir sjálfsmat, Depression Anxiety Stress Scales (DASS) sem mælir þunglyndi, kvíða og streitu og Quality of Life Scale (QOLS) sem mælir lífsgæði.

Social Phobia Scale (SPS) metur kvíða í aðstæðum þar sem frammistaða einstaklings gæti mögulega verið dæmd. Þetta geta verið aðstæður á borð við að borða, drekka og skrifa fyrir framan aðra eða annað sem einstaklingur óttast að gera

fyrir framan fólk. SPS samanstendur af 20 fullyrðingum og metur einstaklingur hversu vel hver fullyrðing á við sig á fimm punkta kvarða frá núll (alls ekki einkennandi eða satt fyrir mig) og upp í fjóra (mjög einkennandi eða satt fyrir mig). Stigafjöldi fæst með því að leggja stig allra fullyrðinga saman og getur hann verið á bilinu núll til 80 (Osman, Gutierrez, Barrios, Kopper og Chiro, 1998).

Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) var hannaður til að meta kvíða einstaklinga í aðstæðum sem fela í sér að koma á og viðhalda samskiptum við fólk í félagslegum aðstæðum. Listinn er byggður upp á sama hátt og SPS, hann inniheldur 20 fullyrðingar sem svarað er á sama fimm punkta kvarða og SPS. Líkt og í SPS eru stig allra fullyrðinga lögð saman til að fá heildarstigafjölda einstaklings og getur hann verið á bilinu núll til 80 (Osman o.fl., 1998).

Osman og félagar (1998) skoðuðu próffræðilega eiginleika SPS og SIAS og bentu niðurstöður rannsóknar þeirra til þess að kvarðarnir mældu ólíka en þó tengda þætti félagsfælni. Báðir kvarðar höfðu marktæka neikvæða fylgni við mælingar á félagslegu ágæti (e. *social desirability*) auk þess sem báðir kvarðar höfðu gott samtímaréttmæti. Rannsókn sem gerð var á úrtaki framhaldsskólanema og skoðaði próffræðilega eiginleika íslenskrar þýðingar SPS og SIAS (Halla Ósk Ólafsdóttir, 2012) leiddi í ljós háa fylgni á milli kvarðanna sem bendir til góðs samleitniréttmætis. Innri samkvæmni kvarðanna var góð með Cronbachs alfa yfir 0,8 á bæði SIAS og SPS.

Depression Anxiety Stress Scales (DASS) er sjálfsmatskvarði fyrir þunglyndi, kvíða og streitu og samanstendur hann af 42 fullyrðingum. Kvarðinn skiptist í þrjá þætti; þunglyndi, kvíði og streita sem innihalda 14 fullyrðingar hver. Þeim er svarað á fjögurra punkta kvarða frá núll (átti alls ekki við mig) upp í þrjá (átti mjög vel við eða mest allan tímann). Kvarðinn mælir einkenni þunglyndis, kvíða og

streitu sem einstaklingurinn hefur fundið fyrir undanfarna viku. Hægt er að fá mest 3 stig í hverjum flokki og stigafjöldi sem hægt er á fá í listanum er því frá núll til 42 í hverjum þætti. Flestar rannsóknir sem gerðar hafa verið á próffræðilegum eiginleikum DASS skoða áreiðanleika og réttmæti kvarðans ásamt þáttabyggingu hans. Á öllum þremur þáttum reyndist áreiðanleiki góður, þunglyndi ($\alpha = 0,91$), streita ($\alpha = 0,89$) og kvíði ($\alpha = 0,81$) og fylgni milli þáttanna mældist há (Lovibond og Lovibond, 1995).

Robson Self Concept Questionnaire (SCQ) er kvarði sem metur viðhorf einstaklinga til sjálfs síns. Spurningalistinn samanstendur af 30 fyllyrðingum sem er svarað á sjö punkta kvarða. Eintaklingur þarf að svara hversu sammála eða ósammála hann er hverri fullyrðingu á skalanum núll til sjö (Addeo, Greene og Geisser, 1994). Niðurstöður rannsóknar Addeo, Greene og Geisser (1994) sem athugaði réttmæti kvarðans sýndu að gott hugtakaréttmæti kvarðans. Þeir sögðu kvarðann mæla þrjá þætti; sjálfsfyrirlitningu, aðlöðun og sjálfsvirðingu. Há fylgni fannst á milli Robson kvarðans og annarra sambærilegra kvarða sem bendir til góðs samleitniréttmætis og aðgreiningarréttmætis (Addeo, Greene og Geisser, 1994). Einnig hafa rannsóknir sýnt fram á háan áreiðanleika með Cronbachs alfa upp á 0,89 (Ghaderi og Scott, 2001).

Quality of Life Scale (QOLS) samanstendur af 16 staðhæfingum og mælir hann lífsgæði einstaklinga. Spurningalistanum er svarað á kvarða frá einum (mjög óánægð/-ur) og upp í sjö (mjög ánægð/-ur). Hægt er að fá minnst 16 stig á kvarðanum og mest 112 stig. Kvarðinn mælir ánægju eða óánægju þátttakenda með ákveðna þætti sem skipta máli í lífinu. Efnisleg og líkamleg vellíðan, félagsleg tengsl, samfélagsleg virkni, félagslíf, persónuleg þróun, lífsgleði, skemmtun og sjálfstæði eru atriði sem kvarðinn mælir (Burckhard og Anderson, 2003).

Próffræðilegir eiginleikar hafa verið skoðaðir bæði fyrir upphaflega kvarðann og fjölda þýðinga hans. QOLS hefur lága til miðlungs fylgni við líkamlega- og

andlega heilsu og hefur hann bæði háan endurprófunaráreiðanleika og innri áreiðanleika (Burckhard og Anderson, 2003). Samkvæmt Burckhard og Anderson (2003) er Quality of Life Scale réttmætt tæki sem mælir lífsgæði bæði yfir sjúklingahópa og mismunandi menningarheima og er eðli hans aðskilið heilbrigði eða öðru sem getur haft áhrif á lífsgæði.

Framkvæmd meðferðar

Gögnum var safnað af meðferðaraðilum, Sigrúnu V. Heimisdóttur og Alice H. Björgvinsdóttur. Þær sáu einnig um kóðun persónuupplýsinga áður en gagnaúrvinnsla hófst til að ekki væri hægt að rekja upplýsingar til þátttakenda. Þeir sem náðu greiningarviðmiðum á félagskvíðakvörðunum SIAS og SPS voru beðnir um að skrifa undir upplýst samþykki áður en meðferð hófst en hún fór fram í húsnaði Sálfræðiþjónustu Norðurlands og stundum á vettvangi þar sem þátttakendur unnu atferlistengdar æfingar. Meðferðin stóð í fimm til átta vikur, mismunandi eftir hópum og fór fram einu sinni til tvisvar í viku. Meðferðartímabil fyrsta hópsins var frá 3. maí 2011 til 7. júní 2011. Eftirfylgd með þátttakendum var 5. júlí 2011. Meðferð annars hópsins hófst þann 6. október 2011 og stóð til 1. desember 2011. Eftirfylgd fór fram 5. janúar 2012. Þátttakendur í þriðja hópnunum hófu meðferð 24. september 2012 og luku henni 15. nóvember 2012. Eftirfylgd var 10. janúar 2013. Það voru alltaf tveir sálfræðingar með hópana, einn stjórnandi og einn meðstjórnandi til aðstoðar. Þátttakendur fengu ekki að vita hvað gert yrði í hverjum tíma fyrir utan að það yrði fræðsla og æfingar. Forviðtöl voru framkvæmd og matslistar í fyrsta tíma voru lagðir fyrir af annað hvort stjórnanda eða meðstjórnanda. Í lokatíma meðferðar og í eftirfylgd sem fór fram um það bil mánuði eftir að meðferð lauk voru einkenni

Þátttakenda athuguð aftur með sömu matslistum og í fyrsta tíma til að sjá hvort að meðferðin hefði borið árangur.

Meðferðin samanstóð af fræðslu um félagsfælni og einkenni hennar, fræðslu um hugræna atferlismeðferð ásamt atferlis- og berskjöldunaræfingum. Þátttakendur lærðu því bæði um eigin sjúkdóm sem og hvernig þeir gætu tekist á við vandamál sem honum fylgja. Æfingar fóru bæði fram á stofu og á vettvangi þar sem þátttakendur fengu tækifæri til að takast á við raunverulegar aðstæður. Æfingar urðu meira krefjandi eftir því sem leið á meðferð. Einnig lærðu þátttakendur aðferðir til að viðhalda árangri og koma í veg fyrir bakslag eftir að meðferð lyki.

Tölfræðileg úrvinnsla

Áður en gagnaúrvinnsla hófst sóttu rannsakendur um leyfi til Vísindasiðanefndar (nr. VSNb2013010042-0307) og tilkynntu rannsóknina til Persónuverndar (nr. S6140/2013). Í byrjun meðferðar höfðu þátttakendur skrifað undir upplýst samþykki þar sem þeim var gerð grein fyrir því að gögnin gætu verið notuð í rannsóknarskyni. Einnig voru persónuupplýsingar þeirra kóðaðar af meðferðaraðilum svo ekki væri hægt að rekja niðurstöður matslista til einstakra þátttakenda.

Tölfræðileg úrvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu SPSS 20. Meðferðarárangur var metinn með háðum ANOVA-prófum og brottfall með óháðum t-prófum auk þess sem áhrifastærð var reiknuð. Einnig var alvarleiki einkenna flokkaður og athugað hversu mikið einkenni jukust eða minnkuðu á milli matstíma. Skoðað var hvort að sjálfsmat hækkaði marktækt á meðferðartíma og hvort fylgni væri á milli breytinga á félagsfælni og sjálfsmati. Einnig var athugað hversu mikið brottfall var úr meðferð og hvort að alvarleiki einkenna spáði fyrir um bæði brottfall og meðferðarárangur. Að lokum var skoðað hvort að það væri marktækur

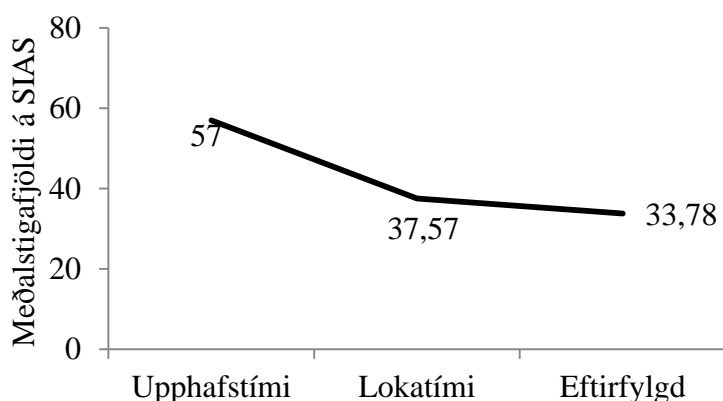
munur á mætingu á ákveðnum tímum meðferðar. Þar sem þessi rannsókn leitast við að meta áhrif meðferðarinnar á félagsfærni og sjálfsmat var mest áhersla lögð á að skoða stigafjölda á matslistunum SIAS, SPS og SCQ. Þó voru áhrif meðferðar á þunglyndi, kvíða, streitu og lífsgæði einnig athuguð með því að skoða stigafjölda á matslistunum DASS og QOLS.

Niðurstöður

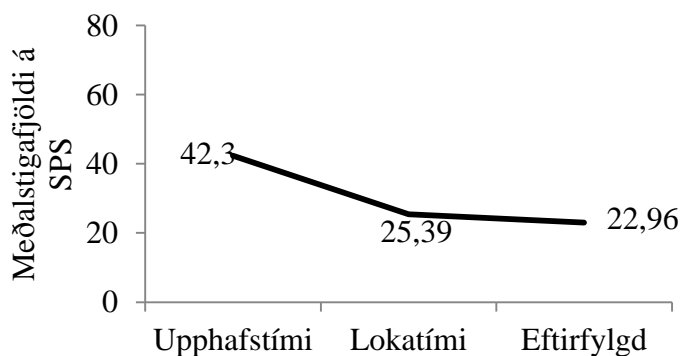
Markmið rannsóknarinnar var að athuga hvort að sérhæfð hugræn atferlismeðferð í hópi hafi áhrif á félagsfærni og sjálfsmat þátttakenda. Lagt var upp með að skoða áhrif meðferðar á félagsfærnieinkenni og sjálfsmat þátttakenda en auk þess var brottfall skoðað og athugað hvort að mæting væri minni á ákveðnum tímamarki meðferðar en öðrum. Ennfremur var skoðað hvort að meðferðin hafi áhrif á þunglyndi, kvíða, streitu og lífsgæði þátttakenda.

Áhrif meðferðar á félagsfærni

Athugað var hvort að meðferðin hefði áhrif á félagsfærni þátttakenda með háðu ANOVA-prófi.



Mynd 1. Áhrif meðferðar á stigafjölda á SIAS félagsfærniþjálfunum.



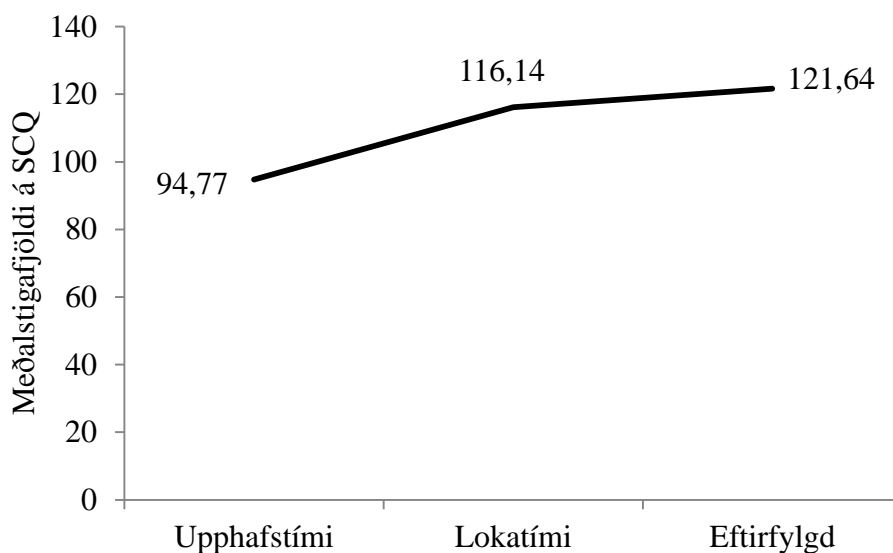
Mynd 2. Áhrif meðferðar á stigafjölda á SPS félagsfærniþjálfunum.

Eins og sjá má á myndum 1 og 2 hafði meðferðin áhrif á stigafjölda þátttakenda á báðum félagsfærnikvörðum og voru breytingarnar marktækar, SIAS, $F(2)=35,98$, $p<0,05$, og SPS, $F(2)=24,84$, $p<0,05$. Bonferroni eftirápróf sýndi að það var marktæk lækkun á stigafjölda á milli upphafstíma og lokatíma en ekki á milli lokatíma og eftirfylgdar. Einnig var marktæk lækkun á milli upphafstíma og eftirfylgdar. Á báðum kvörðum hélt stigafjöldi áfram að lækka eftir að meðferð lauk. Á SPS var stigafjöldi kominn undir viðmiðunarmörk (30 stig) í bæði lokatíma og eftirfylgd.

Stigafjöldi var flokkaður eftir alvarleika einkenna til að skoða hversu margir voru með alvarleg félagsfærnieinkenni fyrir meðferð samanborið við fjölda þeirra eftir meðferð. Notast var við flokkun meðferðaraðila og var stigafjöldi á SIAS og SPS flokkaður eins. Þeir sem skoruðu á bilinu núll til 19 höfðu enga félagsfærni, stigafjöldi frá 20 til 29 benti til hliðrunarhegðunar en þó ekki nægileg einkenni til að ná viðmiðunarmörkum fyrir félagsfærni, 30 til 39 benti til félagsfærni, 40 til 49 stig voru flokkuð sem töluverð félagsfærni og 50 stig eða fleiri bentu til alvarlegrar félagsfærni. Í byrjun meðferðar voru 70,3% þátttakenda með alvarleg einkenni félagsfærni á SIAS en í lokatíma voru aðeins 29,7% þátttakenda sem sýndu alvarleg einkenni. Í eftirfylgd hafði hlutfall þátttakenda með alvarleg einkenni hækkað í 43,2%. Hlutfall þátttakenda sem höfðu ekki félagsfærni samkvæmt SIAS jókst úr 2,7% í upphafstíma í 5,4% í lokatíma. Í eftirfylgd voru 10,8% þátttakenda sem greindust hvorki með félagsfærni né hliðrunarhegðun, það er höfðu stigafjölda á bilinu núll til 19. Áður en meðferð hófst voru 32,4% þátttakenda með alvarleg einkenni á SPS. Í lokatíma meðferðar hafði hlutfallið lækkað niður í 18,9% en í eftirfylgd hækkaði hlutfallið í 37,8%. Hlutfall þátttakenda sem höfðu ekki félagsfærni hækkaði úr 13,5% í upphafstíma í 45,9% í lokatíma. Hlutfallið lækkaði þó niður í 29,7% í eftirfylgd.

Áhrif meðferðar á sjálfsmat

Skoðað var hvort að meðferðin hefði áhrif á sjálfsmat þátttakenda þrátt fyrir að hún væri sniðin að félagsfælni.



Mynd 3. Áhrif meðferðar á stigafjölda á SCQ sjálfsmatskvarðanum.

Eins og sést á mynd 3 reyndist meðferðin hafa marktæk áhrif á sjálfsmat þátttakenda, $F(2)=14,68$, $p<0,05$. Áhrifin voru marktæk á milli upphafstíma og lokatíma og á milli upphafstíma og eftirfylgdar. Stigafjöldi hélt áfram að hækka eftir að meðferð lauk en hækkunin á milli lokatíma og eftirfylgdar var ekki marktæk.

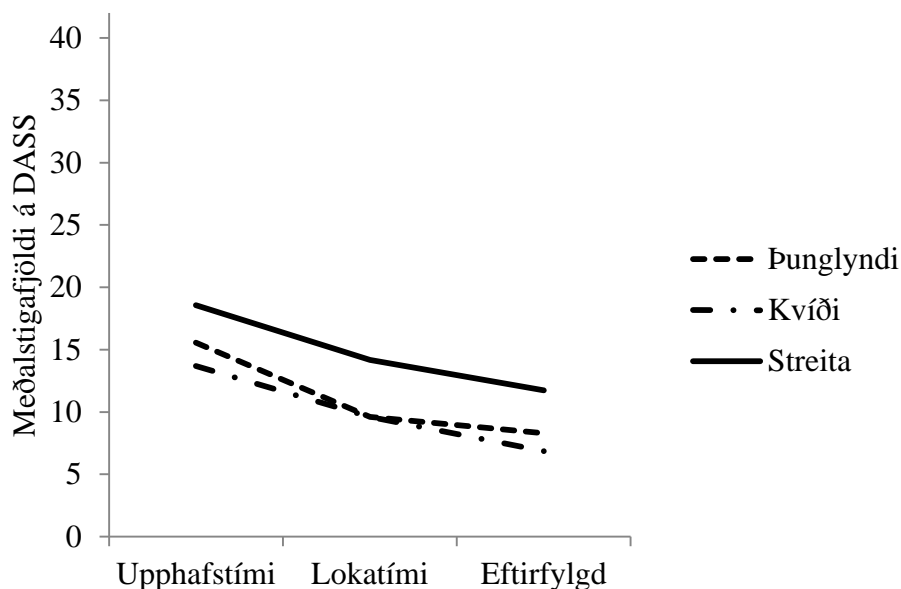
Alvarleika einkenna á SCQ var skipt í fernt. Stigafjöldi á bilinu núll til 109 var mjög lágt sjálfsmat, 110 til 129 var lágt sjálfsmat, 130 til 139 var ágætt sjálfsmat en þó undir viðmiðunarmörkum (139) og 140 eða hærra benti til góðs sjálfsmats. Í upphafstíma voru 64,9% þátttakenda með mjög lágt sjálfsmat en það hlutfall lækkaði niður í 24,3% í bæði lokatíma og eftirfylgd. Aðeins 5,4% voru yfir viðmiðunarmörkum í byrjun meðferðar en í lokatíma hafði það hlutfall hækkað upp í 37,8%. Hlutfall þátttakenda með gott sjálfsmat hélt áfram að hækka eftir að meðferð lauk og í eftirfylgd var það komið í 51,4%.

Skoðuð var fylgni á milli félagsfærni og sjálfsmats á öllum tímupunktum meðferðar og mældist hún í öllum tilvikum marktæk og neikvæð. Hæst var hún á milli stigafjölda SIAS og SCQ í eftirfylgd en þá mældist hún -0,77. Lægst mældist fylgnin á milli SIAS og SCQ í upphafstíma en þá var hún -0,63. Þetta bendir til þess að þegar stigafjöldi á félagsfærnikvörðum lækkar, hækki stigafjöldi á sjálfsmatskvarðanum.

Áhrifastærðir voru skoðaðar til að meta áhrif meðferðar á einkenni þátttakenda á félagsfærnikvörðunum tveimur og sjálfsmatskvarðanum. Áhrifastærðir voru í meðallagi á öllum þremur kvörðum, eða á bilinu 0,411 til 0,621. Mest voru áhrifin á SIAS og minnst á SCQ. Áhrifastærð fyrir SPS var 0,53.

Áhrif meðferðar á þunglyndi, kvíða, streitu og lífsgæði

Áhrif meðferðar á stigafjölda þátttakenda á DASS voru skoðuð til að athuga hvort að meðferðin hefði haft áhrif á þunglyndi, kvíða og streitu.

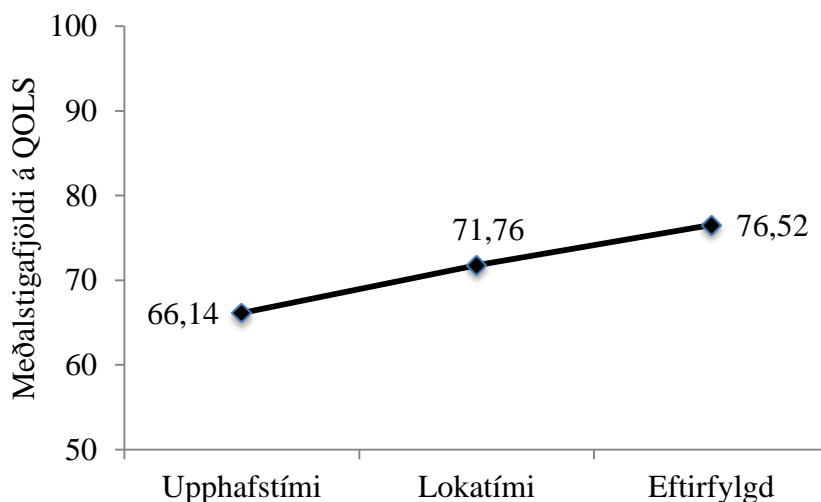


Mynd 4. Áhrif meðferðar á stigafjölda á undirkvörðum DASS

Mynd 4 sýnir lækkun stigafjölda þátttakenda á undirkvörðum DASS en lækkun á öllum undirkvörðum var marktæk. $F_{\text{þunglyndi}(2)}=11,49$, $p<0,05$;

$F_{kvíði(2)}=11,05$, $p<0,05$; $F_{streita(2)}=6,96$, $p<0,05$. Áhrifastærðir voru á bilinu 0,24 til 0,34.

Einnig var athugað hvort að stigafjöldi á lífsgæðakvarðanum QOLS breyttist á meðan meðferð stóð til að athuga hvort að lífsgæði yrðu meiri eða minni.



Mynd 5 Áhrif meðferðar á stigafjölda á QOLS lífsgæðakvarðanum

Eins og sjá má jukust lífsgæði þátttakenda á meðferðartíma og var aukningin marktæk, $F(2)=10,4$, $p<0,05$. Áhrifastærð var reiknuð og var hún 0,34.

Fylgni var reiknuð á milli félagsfærniþvæggja, DASS og QOLS til að skoða hvort að tengsl væru á milli félagsfærni annars vegar og þeirra þátta sem DASS og QOLS mæla hins vegar, það er þunglyndi, kvíði, streita og lífsgæði.

Tafla 1. Fylgni á milli stigafjölda á mismunandi kvörðum í lokatíma meðferðar

	DASSþunglyndi	DASSkvíði	DASSstreita	QOLS
SIAS	0,483*	0,498*	0,623*	-0,561*
SPS	0,657*	0,661*	0,72*	-0,645*

*Fylgnin er marktæk miðað við 99% öryggismörk

Taflan sýnir að fylgni milli þeirra kvarða sem skoðaðir voru er tiltölulega há og er fylgnin í öllum tilvikum marktæk. Mest var fylgnin á milli stigafjölda á SPS og streituhluta DASS eða 0,72 en minnst 0,483 á milli SIAS og þunglyndishluta DASS. Fylgni á milli félagsfærnikvarðanna og QOLS var í báðum tilfellum neikvæð og marktæk.

Brottfall

Brottfall var skilgreint sem það að mæta hvorki í lokatíma meðferðar né eftirfylgd. Fjórir þátttakendur af 37 féllu undir þá skilgreiningu og því var brottfall 10,81%. Athugað var hvort að þeir sem hættu í meðferð áður en henni lauk hefðu hærri eða lægri upphafsstigafjölda á SIAS og SPS en þeir sem luku meðferð með óháðum t-prófum. Enginn marktækur munur fannst, hvorki á upphafsstigafjölda SIAS, $t(35)=-1,465$, $p>0,05$ né á SPS, $t(35)=-0,847$, $p>0,05$. Sjálfsmat þeirra sem ekki luku meðferð var heldur ekki marktækt ólíkt sjálfsmati þeirra sem luku henni, $t(34)=0,231$, $p>0,05$.

Athugað var hversu margir mættu í hvern tíma og niðurstöður má sjá í töflu 2.

Tafla 2. Fjöldi þátttakenda sem mættu tíma

Tími	Fjöldi mættra	Hlutfall mættra (%)
1. Kynning á námskeiði, lagðir fyrir matslistar, fræðsla um félagsfærni, atferlisæfingar	34	91,89
2. Fræðsla um líkan af félagsfærni, fræðsla um HAM, atferlisæfingar	36	97,3
3. Fræðsla um neikvæðar ósjálfráðar hugsanir og athyglisstýringu, atferlisæfingar	32	86,49
4. Fræðsla um öryggishegðun og berskjöldun, atferlisæfingar	31	83,78
5. Berskjöldun, atferlisæfingar	30	81,08

6. Fræðsla um sjálfstraust og samskipti, atferlisæfingar	30	81,08
7. Berskjöldun, atferlisæfingar	26	70,27
8. Fræðsla um færni í félagslegum samskiptum, atferlisæfingar	29	78,38
9. Berskjöldun, atferlisæfingar	30	81,08
10. Lagðir fyrir matslistar, fræðsla um bakslagsvarnir	30	81,08
11. Eftirfylgd. Lagðir fyrir matslistar, atferlisæfingar.	25	67,57

Eins og má sjá fer mætingin lítillega lækkandi þegar líður á meðferðartímann en mæting var mest í fyrstu þrjá tímana. Fyrir utan eftirfylgd var mæting minnst í tíma 7 en þá mættu aðeins rúmlega 70% þátttakenda.

Umræður

Markmið rannsóknarinnar var að skoða áhrif sérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar á félagsfærni og sjálfsmat þátttakenda. Auk þess var brottfall skoðað og á hvaða tímavörðum meðferðar mæting var minnst. Einnig var lagt upp með að athuga hvort að meðferðin hefði áhrif á þunglyndi, kvíða, streitu og lífsgæði þátttakenda.

Eins og sjá má á niðurstöðum rannsóknarinnar hafði meðferðin mikil og jákvæð áhrif á líðan einstaklinga. Stigafjöldi á félagsfærni-vörðum lækkaði marktækt á meðan meðferð stóð og hélt áfram að lækka eftir að henni lauk. Þetta er í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna sem sýna að einstaklingar halda áfram að ná framförum eftir að meðferð lýkur (Hulda Sævarsdóttir, 2009). Þó staðfesti rannsóknin ekki marktækan mun á milli stigafjölda í lokatíma og eftirfylgd líkt og í rannsókn Huldu Sævarsdóttur (2009). Hlutfall þátttakenda með alvarleg félagsfærnieinkenni lækkaði töluvert á meðferðartíma auk þess sem þátttakendum sem greindust ekki með félagsfærni fjölgaði á milli upphafs- og lokatíma. Hlutfall þátttakenda með alvarleg einkenni á SIAS lækkaði úr 70,3% í 29,7% og hlutfall þátttakenda í sama flokki á SPS lækkaði úr 32,4% í 18,9%. Þetta bendir til þess að þó að félagsfærni hverfi ekki með öllu þá dragi meðferðin verulega úr einkennum hennar. Þetta eru mikilvægar niðurstöður þar sem sýnt hefur verið fram á að þeir sem þjást af félagsfærni upplifa mikla skerðingu á mörgum sviðum í lífinu, ekki eingöngu þeim sviðum sem tengjast félagslegum samskiptum (Wittchen og Fehm, 2003; Stein og Kean, 2000). Það kom á óvart að sjá að þó að meðalstigafjöldi þátttakenda héldi áfram að lækka eftir að meðferð lauk, hækkaði hlutfall þeirra sem höfðu alvarleg félagsfærnieinkenni á milli lokatíma og eftirfylgdar. Hlutfall þátttakenda með alvarleg einkenni hækkaði úr 29,7% í 43,2% á SIAS og úr 18,9% í 37,8% á SPS. Álykta má að þeir sem fara versnandi á milli lokatíma og eftirfylgdar þurfi jafnvel lengri meðferð en aðrir eða

jafnvel lyfjameðferð samtímis en það mætti skoða í seinni rannsóknum. Ásamt því að hafa áhrif á félagsfærnieinkenni virðist meðferðin einnig hafa haft marktæk áhrif á lífsgæði þátttakenda og er það í samræmi við rannsókn Huldu Sævarsdóttur (2009) þar sem þátttakendur mátu lífsgæði sín marktækt meiri í bæði lokatíma meðferðar og í eftirfylgd.

Fyrri rannsóknir benda til að einstaklingar sem þjást af félagsfærni séu líklegri til að vera með lægra sjálfsmat en einstaklingar sem ekki þjást af félagsfærni (Izgiç o.fl., 2004). Því var ákveðið að skoða hvort að sérhæfð meðferð við félagsfærni hefði áhrif á sjálfsmat þátttakenda og hvort að breytingar á stigafjölda á QOLS væru í samræmi við stigafjölda á félagsfærnikvörðunum. Niðurstöður leiddu í ljós að meðferðin hafði marktæk áhrif á sjálfsmat og fylgni við félagsfærni var marktæk og neikvæð. Þetta bendir til þess að hægt sé að bæta sjálfsmat þátttakenda án þess að beina athygli sérstaklega að sjálfsmatinu og frekar að beina athygli að þáttum sem ef til vill stuðla að lágu sjálfsmati. Þar sem fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl á milli sjálfsmats annars vegar og hamingju og lífsgæða (Baumeister o.fl., 2003) hins vegar er hægt að álykta að aukið sjálfsmat í kjölfar meðferðar sé mikill kostur.

Þegar skoðuð voru áhrif meðferðar á þunglyndi kom í ljós að stigafjöldi á þunglyndishluta DASS var marktækt lægri í lokatíma meðferðar heldur en í upphafstíma hennar. Rannsóknir hafa sýnt að þeir sem þjást af bæði félagsfærni og þunglyndi samtímis upplifi oft á tíðum alvarlegri félagsfærnieinkenni og meiri skerðingu á virkni heldur en þeir sem eingöngu þjást af félagsfærni (Erwin o.fl., 2002) og því verður að teljast mjög gagnlegt að meðferð af þessu tagi geti einnig minnkað þunglyndiseinkenni. Margt bendir til þess að félagsfærni komi á undan öðrum geðröskunum (Chartier o.fl., 2003) og hafa rannsóknir einnig sýnt að unglingar sem þjást af félagsfærni séu líklegri til að þróa með sér þunglyndi á snemmfyllorðinsárum

(Stein o.fl., 2001). Einnig hefur verið sýnt fram á að það að þjást af báðum sjúkdómum á unglingsárum auki líkur á alvarlegri þunglyndiseinkennum (Stein o.fl., 2001). Því er mikilvægt að grípa snemma inn í félagsfærni með gagnreyndri meðferð á borð við hugræna atferlismeðferð til að hægt sé að draga úr líkum á samkvillum í framtíðinni. Auk þeirrar marktæku lækkunar sem fannst á þunglyndiseinkennum komu einnig í ljós marktækar breytingar á kvíða sem mældur var með DASS. Það bendir til þess að almenn kvíðaeinkenni séu fylgifyskur félagsfærni hjá þátttakendum enda mældist marktæk fylgni á milli stigafjölda á félagsfærnikvörðum og kvíðahluta DASS. Það er í samræmi við fyrri rannsóknir um þróun geðraskana en Chartier og félagar (2003) telja að samsláttur á milli félagsfærni og annarra kvíðaraskana sé ein algengasta gerð samsláttar félagsfærni við aðrar geðraskanir. Einnig sást marktæk minnkun á streitueinkennum á meðferðartíma og er því hægt að álykta að þátttakendur hafi upplifað mikla streitu vegna erfiðleika í félagslegum samskiptum. Meðferðin virðist hafa gert einstaklingum kleift að ráða við félagslegar aðstæður og minnka streitu í kjölfarið. Það kom á óvart að meðferðin hefði marktæk áhrif á alla þætti sem mældir voru því eins og fyrr segir þá var henni í raun ekki ætlað sérstaklega að hafa áhrif á neitt nema félagsfærni.

Þegar brottfall var skoðað kom lítið í ljós enda voru fáir þátttakendur sem ekki luku meðferð. Ekki var marktækur munur á stigafjölda á félagsfærnikvörðum og sjálfsmatskvarða í upphafstíma sem er í samræmi við niðurstöður rannsóknar Hofmann og Suvak (2006) en ekki í samræmi við niðurstöður rannsóknar Lilju Sifjar Þorsteinsdóttur (2011). Rannsakendur velja fyrir sér hvort að ástæðan fyrir lágu brottfalli sé að gerð var sú krafa á þátttakendur að greiða fyrir meðferðina áðu en hún hófst. Það gæti virkað sem einhvers konar hvatning og skuldbinding og minnkað líkur á brottfalli. Rannsóknin skoðaði ekki mun á meðferðarárangri og brottfalli út frá aldri,

kyni og öðrum lýðfræðilegum breytum en það væri hægt að skoða með frekari rannsóknnum.

Setja þarf nokkra fyrirvara á túlkun niðurstaðna rannsóknarinnar og má þar fyrst nefna að úrtak var lítið. Einnig vantaði stigafjölda fyrir suma þátttakendur og minnkaði úrtak því enn meira í ákveðnum tilfellum. Vegna lítils úrtaks er alhæfingargildi rannsóknarinnar takmarkað og er það eitthvað sem bæta mætti úr í framtíðarrannsóknnum. Þar sem enginn samanburðarhópur var í rannsókninni er ekki hægt að bera saman niðurstöður þátttakenda í meðferð við einstaklinga sem fengu ekki meðferð. Því var einungis hægt að mæla árangur þátttakenda með því að bera þá saman við sjálfa sig á mismunandi tímapunktum meðferðarinnar. Áhugavert væri að sjá hvaða niðurstöður fengjust ef notast væri við samanburðarhóp, til dæmis að bera þessa meðferð saman við lyfjameðferð annars vegar og enga meðferð hins vegar. Auk þess væri hægt að skoða mun á meðferðarárangri þeirra þátttakenda sem eru á lyfjum við félagsfælni og þeirra sem ekki eru á lyfjum. Þrátt fyrir þessa vankanta verða niðurstöður að teljast mjög góðar þar sem marktæk breyting sást á öllum kvörðum á milli upphafs- og lokatíma. Meðferðin hafði auk þess eftirfylgd sem gerði rannsakendum kleift að sjá hvort að árangur héldi áfram eftir lok meðferðar. Í ljós kom að einkenni héldu oft á tíðum áfram að minnka eftir að meðferð lauk sem sýnir að þátttakendur hafa lært aðferðir til að takast á við félagslegar aðstæður sem valda kvíða og að þessar aðferðir gagnast þeim í daglegu lífi. Niðurstöður sem þessar auka trúverðugleika meðferðarinnar því þrátt fyrir lítið úrtak sýna þær augljósan árangur hennar. Áberandi árangur meðferðinnar gæti aukið líkur á að fólk leiti sér aðstoðar við félagsfælni og þar sem lyfjameðferðir henta ekki öllum er hugræn atferlismeðferð raunhæfur og góður kostur fyrir þá sem vilja sjá áframhaldandi árangur eftir meðferð.

Þegar helstu niðurstöður eru teknar saman má sjá að meðferðin hefur mikil áhrif á bæði félagsfærni og sjálfsmat. Hún er þó ekki einungis árangursrík við félagsfærni og lágu sjálfsmati heldur hefur hún áhrif á marga þætti sem henni er ekki endilega ætlað að hafa áhrif á og er því nokkuð víðtækari en ætla mátti. Í lok meðferðar eru einstaklingar að meðaltali heilbrigðari en í upphafi hennar þar sem dró verulega úr einkennum þátttakenda. Heilbrigðum einstaklingum gengur betur í bæði vinnu og skóla (den Boer, 2000) og kosta auk þess minna fyrir heilbrigðiskerfið þar sem ekki þarf að niðurgreiða jafn mikla þjónustu fyrir þá. Því er árangursrík meðferð af þessum toga ekki einungis mikilvæg fyrir einstaklinga heldur fyrir samfélagið í heild sinni.

Heimildir

- Addeo, R. R., Greene, A. F. og Geisser, M. E. (1994). Construct validity of the Robson Self-esteem Questionnaire in a college sample. *Educational and Psychological Measurement*, 54(2), 439-446. doi: 10.1177/0013164494054002018
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útgáfa, texti endurskoðaður). Washington, DC: Author.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. og Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. doi: 10.1111/1529-1006.01431
- Block, J. og Robins, R. W. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child Development*, 64(3), 909-923. doi: 10.1111/1467-8624.ep9308115044
- Burckhardt, C. S. og Anderson, K. L. (2003). The quality of life scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(60). doi: 10.1186/1477-7525-1-60
- 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(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Chambless, D. L., Tran, G. Q. og Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 221-240. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00008-X

- Chartier, M. J., Walker, J. R. og Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 728-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-003-0720-6>
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. og Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 163-171. doi: 10.1016/S0165-0327(03)00103-4
- Cheng, H. og Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 921-942. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00078-8
- den Boer, J. A. (2000). Social anxiety disorder/social phobia: Epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 405-415. doi: 10.1053/comp.2000.16564
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. og Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(1), 19-35. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00114-5
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R. og Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 34(3), 331-350. doi: 10.1016/S0005-7894(03)80004-7
- Ghaderi, A. og Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 122-130. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x
- Gonzales, A., Weersing, V. R., Warnick, E. M., Scahill, L. D. og Woolston, J. L. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of

- youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(5). doi: 10.1007/s10488-010-0323-y
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. og Massachusetts, L. Y. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 291-306. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00123.x
- Greenwald, A. G. og Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to Measure Self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1022-1038. doi: 10.1037/KK122-3514.79.6.10?2
- Halla Ósk Ólafsdóttir. (2012). *Athugun á próffræðilegum eiginleikum og aðgreiningarhæfni social interaction anxiety scale (SIAS) og social phobia scale (SPS)*. (Óbirt cand. psych ritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/12111>
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101-108. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01183-0
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S. og Blendell, K. A. (1993). Cognitive—behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17(4). doi: 10.1007/BF01177658
- Hofmann, S. G. og Suvak, M. (2006). Treatment attrition during group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 961-972. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.03.005

- Hulda Sævarsdóttir. (2009). *Mat á árangri ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar í hópi fyrir félagsfærna*. (Óbirt meistaraþrófsritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/2994>
- Hunt, C. og Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(4), 395-406. doi: 10.1016/S0887-6185(98)00023-1
- Izgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O. og Kuğu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 630-634. Sótt af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15503736>
- Jordan, C. H., Spencer, S. J. og Zanna, M. P. (2005). Types of high self-esteem and prejudice: How implicit self-esteem relates to ethnic discrimination among high explicit self-esteem individuals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 693-702. doi: 10.1177/0146167204271580
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 85-94. doi: 10.1034/j.1600-0447.108.s417.6.x
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. og Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Chiu, W., Demler, O. og Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617

- Lilja Sif Þorsteinsdóttir. (2011). *Árangur níu vikna hugrænnar atferlismeðferðar í hópi við litlu sjálfsáliti*. (Óbirt meistaraþrófsritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/7571>
- Lovibond, P. F. og Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- McLean, C. P. og Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496-505. doi: 10.1016/j.cpr.2009.05.003
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Kopper, B. A. og Chiro, C. E. (1998). The social phobia and social interaction anxiety scales: Evaluation of psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(3), 249-264. doi: 10.1023/A:1023067302227
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. og Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707001699>
- Sigurður Viðar, Sigurbjörg Jóna Ludvigsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Helena Jónsdóttir og Unnur Jakobsdóttir Smári. (2011). Hugræn atferlismeðferð í hópi við félagsfælni: Árangursmæling við kvíðameðferðarstöðina. *Sálfræðiritið : Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 16, 81-96.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. og Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community

- study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251-256. doi: 10.1001/archpsyc.58.3.251
- Stein, M. B. og Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606-1613. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1606
- Stein, M. B. og Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125. Sótt af <http://211.144.68.84:9998/91keshi/Public/File/36/371-9618/pdf/1-s2.0-S0140673608604882-main.pdf>
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9. doi: 10.1016/0005-7916(95)00058-5
- Watzke, B., Rüddel, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B. og Schulz, H. (2012). Longer term outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic psychotherapy in routine mental health care: Randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 580-587. doi: 10.1016/j.brat.2012.04.005
- Westbrook, D., Kennerley, H. og Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications* (2. útgáfa). London: Sage Publications Ltd.
- Wittchen, H. U. og Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18. doi: 10.1034/j.1600-0447.108.s417.1.x
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N. og Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings

from a controlled study. *European Psychiatry*, 15(1), 46-58. doi:

10.1016/S0924-9338(00)00211-X

Þorgerður Guðmundsdóttir. (2008). *Brottfall úr 5 vikna hugrænni atferlismeðferð í*

hópi. (Óbirt meistaraþrófsritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík. Sótt af

<http://hdl.handle.net/1946/2196>

Viðaukar

Viðauki I

Rannsókn á árangri félagskvíðameðferðar hjá Sálfræðipjónustu Norðurlands

Upplýst samþykki

Undirskrift mín á þessu blaði staðfestir að ég er samþykk(ur) því að taka þátt í rannsókn á árangri meðferðar við félagskvíða hjá Sálfræðipjónustu Norðurlands og eftirfylgd til að meta langtímaárangur meðferðarinnar.

Ég hef fengið skýringar á rannsókninni og framkvæmd hennar og er mér ljóst að mér er frjálst að hætta þátttöku í rannsókninni hvenær sem er, án nokkurra eftirmála.

Ég geri mér grein fyrir að allar upplýsingar sem ég veiti eru trúnaðarmál og verða varðveittar sem slíkar. Rannsóknaraðilar/meðferðaraðilar hafa heitið fullum trúnaði gagnvart þeim upplýsingum sem fram kunna að koma með því að skrifa undir þetta samþykkisblað.

Mér er einnig ljóst að niðurstöður gætu birst í fagtímaritum eða á ráðstefnum en þá aðeins sem töluleg samantekt og mun nafn mitt hvergi koma fram í þeim gögnum og ekki verður hægt á annan hátt að bera kennsl á mig út frá þeim upplýsingum.

Dagsetning: _____

Undirskrift þátttakanda: _____

Rannsókn á árangri hugrænnar atferlismeðferðar

Upplýsingablað fyrir þátttakendur.

Fyrirhugað er að taka saman niðurstöður úr spurningalistum og matskvörðum sem lagðir hafa verið fyrir skjólstæðinga félagskvíðahóps hjá Sálfræðiþjónustu Norðurlands. Ennfremur er fyrirhugað að meta langtímaárangur hjá skjólstæðingum sem koma í eftirfylgd. Að sjálfsögðu er heimilt að hætta þátttöku í rannsókninni hvenær sem er án þess að það skerði möguleika á að fá viðkomandi meðferð.

Þeir sem vinna með gögnin verða heilbrigðistarfsmenn, bundnir trúnaði. Farið verður með öll nafngreind gögn sem trúnaðarmál og verða upplýsingar varðveittar sem slíkar. Í samræmi við lög um réttindi sjúklinga frá 1997 verða gögn ekki notuð í öðrum tilgangi en hér greinir nema með samþykki viðkomandi. Allar samantektir og niðurstöður verða nafnlausar. Gert er ráð fyrir að niðurstöður verði birtar í fagtímaritum og/eða ráðstefnum, en að sjálfsögðu þannig að ekki verði hægt að bera kennsl á einstaklinga.

Fyrir hönd Sálfræðiþjónustu Norðurlands,
Alice Harpa Björgvinsdóttir og Sigrún V. Heimisdóttir, sálfræðingar

Viðauki II

Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)

Fyrir hverja fullyrðingu skaltu setja hring um töluna sem gefur til kynna hvað fullyrðingin er dæmigerð fyrir þig eða sönn í þínu tilviki. Stigagjöfin er sem hér segir:

- 0 = Alls ekki einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki
 1 = Svólítið einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki
 2 = Nokkuð einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki
 3 = Frekar einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki
 4 = Mjög mikið einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki

	Alls ekki	Svólítið	Nokkuð	Frekar	Mjög mikið
1 Ég verð taugaóstyrk(ur) þegar ég þarf að tala við einhvern stjórnanda (t.d. yfirmann, kennara)	0	1	2	3	4
2 Ég á erfitt með að halda augnsambandi við aðra	0	1	2	3	4
3 Ég verð spennt(ur) ef ég þarf að tala um sjálfan mig eða tilfinningar mínar	0	1	2	3	4
4 Mér finnst erfitt að blandast hópnum sem ég vinn með	0	1	2	3	4
5* Mér finnst auðvelt að vingast við fólk á mínum aldri	0	1	2	3	4
6 Ég spennist upp ef ég mæti kunningja á götu	0	1	2	3	4
7 Þegar ég samlagast fólki félagslega finn ég fyrir óþægindum	0	1	2	3	4
8 Ég er spenntur þegar ég er ein(n) með annarri manneskju	0	1	2	3	4
9* Ég er afslöppuð/afslappaður þegar ég hitti annað fólk í veislum o.þ.h.	0	1	2	3	4
10 Ég á erfitt með að tala við annað fólk	0	1	2	3	4
11* Ég á auðvelt með að finna upp á hlutum til að tala um	0	1	2	3	4
12 Ég hef áhyggjur af því að koma klaufalega fyrir ef ég þarf að tjá mig	0	1	2	3	4
13 Ég á erfitt með að vera ósammála skoðunum annarra	0	1	2	3	4
14 Ég á erfitt með að tala við aðlaðandi fólk af hinu kyninu	0	1	2	3	4
15 Ég hef fundið að ég hef áhyggjur af því að vita ekki hvað ég á að segja við félagslegar aðstæður	0	1	2	3	4
16 Ég er taugaóstyrk(ur) þegar ég þarf að umgangast fólk sem ég þekki ekki vel	0	1	2	3	4
17 Þegar ég tala finnst mér ég segja hlutina klaufalega	0	1	2	3	4
18 Þegar ég samlagast hóp hef ég áhyggjur af því að fólk muni hundsá mig	0	1	2	3	4
19 Ég er spennt(ur) þegar ég blandast hóp	0	1	2	3	4
20 Ég er í vafa um hvort ég á að heilsa einhverjum sem ég þekki aðeins lítillega	0	1	2	3	4

Richard P. Mattick (Þýðing: Pétur Tyrfinngsson)

Viðauki III

Social Phobia Scale (SPS)

Fyrir hverja fullyrðingu skaltu setja hring um töluna sem gefur til kynna hvað fullyrðingin er dæmigerð fyrir þig eða sönn í þínu tilviki. Stigagjöfin er sem hér segir:

- 0 = Alls ekki** einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki
- 1 = Svölítið** einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki
- 2 = Nokkuð** einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki
- 3 = Frekar** einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki
- 4 = Mjög mikið** einkennandi fyrir mig eða satt í mínu tilviki

	Alls ekki	Svölítið	Nokkuð	Frekar	Mjög mikið
1 Ég verð kvíðin(n) ef ég þarf að skrifa þegar aðrir sjá til	0	1	2	3	4
2 Ég verð vandræðaleg(ur) ef ég þarf að nota almenningssalerni	0	1	2	3	4
3 Ég get skyndilega orðið upptekin(n) af minni eigin rödd og að aðrir eru að hlusta á mig	0	1	2	3	4
4 Ég verð óróleg(ur) yfir því að fólk glápi á mig þegar ég geng eftir götu	0	1	2	3	4
5 Ég er hrædd(ur) um að roðna þegar ég er innan um aðra	0	1	2	3	4
6 Ég verð upptekin(n) af sjálfri/sjálfum mér þegar ég þarf að koma inn í herbergi þar sem aðrir hafa komið sér fyrir	0	1	2	3	4
7 Ég hef áhyggjur af því að hristast og skjálfa þegar annað fólk fylgist með mér	0	1	2	3	4
8 Ég mundi spennast upp ef ég sæti á móti fólki í strætisvagni eða lest	0	1	2	3	4
9 Ég er hrædd(ur) við að aðrir verði vitni að því ef líður yfir mig, mér verður flökurt eða illt	0	1	2	3	4
10 Mér mundi finnast erfitt að drekka eitthvað innan um hóp af fólki	0	1	2	3	4
11 Það mundi gera mig mjög vandræðalega(n) að borða fyrir framan ókunnugan á veitingastað	0	1	2	3	4
12 Ég hef áhyggjur af því að fólki finnist hegðun mín einkennileg	0	1	2	3	4
13 Ég mundi verða spennt(ur) ef ég þyrfti að ganga með bakka í mötuneyti þar sem margt fólk er	0	1	2	3	4
14 Ég hef áhyggjur af því að missa stjórn á mér innan um annað fólk	0	1	2	3	4
15 Ég hef áhyggjur af að gera eitthvað sem dregur athygli fólks að mér	0	1	2	3	4

Hugræn atferlismeðferð við félagsfærni og lágu sjálfsmati

16 Þegar ég er í lyftu spennist ég upp ef fólk horfir á mig	0	1	2	3	4
17 Mér finnst ég vera áberandi þegar ég stend í biðröð	0	1	2	3	4
18 Ég get orðið spennt(ur) þegar ég tala fyrir framan annað fólk	0	1	2	3	4
19 Ég hef áhyggjur af því að höfuðið á mér muni hristast fyrir framan aðra	0	1	2	3	4
20 Ég verð spennt(ur) og mér líður kjánalega ef ég veit að fólk er að horfa á mig	0	1	2	3	4

Viðauki IV

Sjálfsmatskvarði Robsons (SCQ)

Nafn: _____

Dags. _____

Þessi spurningalisti metur viðhorf og skoðanir sem fólk hefur til sjálfs sín.

Gefðu til kynna hversu sammála eða ósammála þú ert hverri setningu með því að **draga hring utan um** þá tölu sem best lýsir því sem þér finnst svona yfirleitt.

Það eru engin rétt eða röng svör, þar sem skoðanir fólks eru mjög breytilegar.

		Algerlega ósammála		Ósammála			Sammála		Algerlega sammála
		0	1	2	3	4	5	6	7
1.	Ég hef stjórn á lífi mínu.	0	1	2	3	4	5	6	7
2.	Það er auðvelt að láta sér líka við mig.	0	1	2	3	4	5	6	7
3.	Ég er aldrei niðurdregin mjög lengi í einu.	0	1	2	3	4	5	6	7
4.*	Ég virðist aldrei ná árangri í neinu sem máli skiptir.	0	1	2	3	4	5	6	7
5.*	Ég myndi breyta mörgu í fari mínu ef ég gæti.	0	1	2	3	4	5	6	7
6.	Ég skammast mín ekki fyrir að láta fólk heyra skoðanir mínar.	0	1	2	3	4	5	6	7
7.*	Mér er alveg sama hvað verður um mig.	0	1	2	3	4	5	6	7
8.*	Ég virðist vera mjög óheppin(n).	0	1	2	3	4	5	6	7
9.	Flestum finnst ég frekar aðlaðandi.	0	1	2	3	4	5	6	7
10.	Ég er ánægð(ur) að vera sá/sú sem ég er.	0	1	2	3	4	5	6	7
11.*	Flestir myndu notfæra sér mig ef þeir gætu.	0	1	2	3	4	5	6	7
12.	Ég er áreiðanleg manneskja.	0	1	2	3	4	5	6	7
13.*	Ég væri leiðinleg(ur), ef ég talaði um sjálfa(n) mig.	0	1	2	3	4	5	6	7
14.*	Það hefur heilmikið með heppni að gera, ef mér gengur vel.	0	1	2	3	4	5	6	7
15.	Ég hef góðan persónuleika.	0	1	2	3	4	5	6	7
16.	Ég tvíeflist, ef verkefni er erfitt.	0	1	2	3	4	5	6	7
17.*	Mér líður oft eins og ég sé niðurlægð(ur).	0	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ég get venjulega ákveðið mig og haldið mig við það.	0	1	2	3	4	5	6	7
19.*	Allir virðast vera miklu öruggari og ánægðari en ég.	0	1	2	3	4	5	6	7
20.*	Jafnvel þegar ég skemmti mér, virðist það ekki hafa mikinn tilgang.	0	1	2	3	4	5	6	7
21.*	Ég hef oft áhyggjur af því hvað aðrir hugsu um mig.	0	1	2	3	4	5	6	7
22.*	Það felst mikill sannleikur í „því sem verða vill“	0	1	2	3	4	5	6	7
23.*	Ég lít hræðilega út þessa dagana.	0	1	2	3	4	5	6	7

Hugræn atferlismeðferð við félagsfælni og lágu sjálfsmati

24.	Ég get sigrast á vandamálum mínum ef ég legg mig virkilega fram.	0	1	2	3	4	5	6	7
25.*	Það er frekar erfitt að vera ég.	0	1	2	3	4	5	6	7
26.	Mér finnst ég vera tilfinningalega þroskuð/þroskaður.	0	1	2	3	4	5	6	7
27.*	Ég finn til vanmáttar míns þegar fólk gagnrýnir mig.	0	1	2	3	4	5	6	7
28.*	Þegar erfitt er að ná framförum, stend ég mig oft að því að hugsa að það sé ekki fyrirhafnarinnar virði.	0	1	2	3	4	5	6	7
29.	Mér getur líkað við mig þegar öðrum gerir það ekki.	0	1	2	3	4	5	6	7
30.	Þeir sem þekkja mig vel halda upp á mig.	0	1	2	3	4	5	6	7

Vinsamlegast gakktu úr skugga um að þú hafir merkt við öll atriðin


Íslensk þýðing: Sóley Dröfn Davíðsdóttir.

Viðauki V

DASS	<i>Nafn:</i>	<i>Dagur:</i>
<p>Lestu hverju fullyrðingu og dragðu hring um tölu 0, 1, 2 eða 3 sem segir til um hve vel hver fullyrðing átti við í þínu tilviki <i>síðustu vikuna</i>. Það eru engin rétt eða röng svör. Eyddu ekki of miklum tíma í að velta fyrir þér hverri fullyrðingu.</p> <p>0 = Átti alls ekki við mig 1 = Átti við mig að einhverju leyti eða stundum 2 = Átti töluvert vel við mig eða drjúgan hluta vikunnar 3 = Átti mjög vel við mig eða mest allan tímann</p>		

1	Ég komst í uppnám yfir hreinum smámunum.	0	1	2	3
2	Ég fann fyrir munnþurrki.	0	1	2	3
3	Ég virtist alls ekki geta fundið fyrir neinum góðum tilfinningum.	0	1	2	3
4	Ég átti í erfiðleikum með að anda (t.d. allt of hröð öndun, mæði án líkamlegrar áreynslu).	0	1	2	3
5	Ég gat ekki byrjað á neinu.	0	1	2	3
6	Ég hafði tilhneigingu til að bregðast of harkalega við aðstæðum.	0	1	2	3
7	Mér fannst ég vera óstyrk(ur) (t.d. að fæturnir væru að gefa sig).	0	1	2	3
8	Mér fannst erfitt að slappa af.	0	1	2	3
9	Ég lenti í aðstæðum sem gerðu mig svo kvíðna/kvíðinn að mér létti stórum þegar þeim lauk.	0	1	2	3
10	Mér fannst ég ekki geta hlakkað til neins.	0	1	2	3
11	Ég komst auðveldlega í uppnám.	0	1	2	3
12	Mér fannst ég eyða mikilli andlegri orku.	0	1	2	3
13	Ég var hrygg/hryggur og þunglynd(ur).	0	1	2	3
14	Ég varð óþolinmóð(ur) ef eitthvað lét á sér standa (t.d. lyftur, umferðarljós, ég látin(n) bíða).	0	1	2	3
15	Mér fannst það ætlaði að líða yfir mig.	0	1	2	3
16	Mér fannst ég hafa misst áhuga á næstum öllu.	0	1	2	3
17	Mér fannst ég ekki vera mikils virði sem manneskja.	0	1	2	3
18	Mér fannst ég frekar hörundsár.	0	1	2	3

19	Ég svitnaði töluvert (t.d. sviti í lófum) þó það væri ekki heitt og ég hafi ekki reynt mikið á mig.	0	1	2	3
20	Ég fann fyrir ótta án nokkurrar skynsamlegrar ástæðu.	0	1	2	3
21	Mér fannst lífið varla þess virði að lifa því.	0	1	2	3

Snúðið við blaðinu *Mundu stigagjöfina:*

- 0 = Átti alls ekki við mig
- 1 = Átti við mig að einhverju leyti eða stundum
- 2 = Átti töluvert vel við mig eða drjúgan hluta vikunnar
- 3 = Átti mjög vel við mig eða mest allan tímann

22	Mér fannst erfitt að ná mér niður.	0	1	2	3
23	Ég átti erfitt með að kyngja.	0	1	2	3
24	Ég virtist ekki geta haft neina ánægju af því sem ég var að gera.	0	1	2	3
25	Ég varð var við hjartsláttinn í mér þó ég hefði ekki reynt á mig (t.d. hraðari hjartsláttur, hjartað slepti úr slagi).	0	1	2	3
26	Ég var dapur/döpur og niðurdregin(n).	0	1	2	3
27	Mér fannst ég vera mjög pirruð/pirraður.	0	1	2	3
28	Mér fannst ég nánast gripin(n) skelfingu.	0	1	2	3
29	Mér fannst erfitt að róa mig eftir að eitthvað kom mér í uppnám.	0	1	2	3
30	Ég var hrædd(ur) um að „klikka á“ smávægilegu verki sem ég var ekki kunnug(ur).	0	1	2	3
31	Ég gat ekki fengið brennandi áhuga á neinu.	0	1	2	3
32	Ég átti erfitt með að umbera truflanir á því sem ég var að gera.	0	1	2	3
33	Ég var spennt(ur) á taugum.	0	1	2	3
34	Mér fannst ég nánast einskis virði.	0	1	2	3
35	Ég þoldi ekki þegar eitthvað kom í veg fyrir að ég héldi áfram við það sem ég var að gera.	0	1	2	3
36	Ég var óttaslegin(n).	0	1	2	3
37	Ég sá ekkert í framtíðinni sem gaf mér von.	0	1	2	3

38	Mér fannst lífið vera tilgangslaust.	0	1	2	3
39	Ég var ergileg(ur).	0	1	2	3
40	Ég hafði áhyggjur af aðstæðum þar sem ég fengi hræðslukast (panik) og gerði mig að fífl.	0	1	2	3
41	Ég fann fyrir skjálfta (t.d. í höndum).	0	1	2	3
42	Mér fannst erfitt að hleypa í mig krafti til að gera hluti.	0	1	2	3



Viðauki VI

Mat á lífsgæðum
(Quality of Life Scale)

Vinsamlegast skoðaðu hvert tölusettt atriði á listanum hér fyrir neðan sem á að lýsa ákveðnum sviðum lífs þíns. Dragðu hring um þá tölu sem lýsir því best hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) þú ert með líf þitt á hverju sviði fyrir sig. Merktu við atriði jafnvel þótt þú sért ekki virk(ur) á því sviði. Við getum verið ánægð/óánægð með að vera ekki virk á einhverju sviði eða ekki í þeim tengslum við fólk sem spurt er um.

		Mjög ánægð(ur)	Ánægð(ur)	Frekar ánægð(ur)	Hvorki ánægð(ur) né óánægð(ur)	Frekar óánægð(ur)	Óánægð(ur)	Mjög óánægð(ur)
1.	Efnisleg gæði – heimili, matur, þægindi og fjárhagslegt öryggi	7	6	5	4	3	2	1
2.	Heilsa – líkamlegt heilbrigði og hreysti	7	6	5	4	3	2	1
3.	Samband við foreldra, systkini og aðra ættingja – tjáning og tengsl, heimsóknir, aðstoð	7	6	5	4	3	2	1
4.	Eiga og ala upp börn	7	6	5	4	3	2	1
5.	Náin tengsl við maka eða aðra ástvini	7	6	5	4	3	2	1
6.	Nánir vinir	7	6	5	4	3	2	1
7.	Að hjálpa öðrum og hvetja, bjóða aðstoð og gefa ráð	7	6	5	4	3	2	1
8.	Þátttaka í samtökum og opinberum málum (félagsmálum, þjóðmálum)	7	6	5	4	3	2	1
9.	Nám – skólanám, aukin skilningur og bætt þekking	7	6	5	4	3	2	1
10.	Að skilja sjálfan mig – þekkja kosti mína og galla – vita um hvað lífið snýst	7	6	5	4	3	2	1
11.	Störf – vinna innan eða utan heimilis	7	6	5	4	3	2	1
12.	Skapandi tjáning	7	6	5	4	3	2	1
13.	Félagslíf – hitta annað fólk, vera virkur, samkvæmi o.s.frv.	7	6	5	4	3	2	1
14.	Lestur, hlusta á tónlist og fara á sýningar	7	6	5	4	3	2	1
15.	Þátttaka í skipulögðu frístundastarfi	7	6	5	4	3	2	1

.								
16	Sjálfstæði, – að geta séð um mig, bjargað mér og gert hlutina sjálf(ur)	7	6	5	4	3	2	1
.								