

Sosial fobi og interpersonlig stil:  
*Betydningen av interpersonlige faktorer for  
utfallet av terapi*

Elena Sortebråten Nyback



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2010



## Sammendrag

Forfatter: Elena Sortebråten Nyback

Tittel: Sosial fobi og interpersonlig stil. Betydningen av interpersonlige faktorer for utfallet av behandling.

Veileder: Professor Asle Hoffart

**Formål:** Denne oppgaven undersøker interpersonlige faktorer hos personer med sosial fobi, og disse faktorenes betydning for utfallet av behandlingen i kognitiv og interpersonlig institusjonsbehandling. **Bakgrunn:** Sosial fobi er en utbredt psykisk lidelse som kjennetegnes av at personen opplever angst i sosiale sammenhenger. En interpersonlig modell for sosial fobi (Lipsitz & Markowitz, 1996) legger vekt på personens usikkerhet i sosiale roller. Det fokuseres på at personen skal uttrykke seg mer åpent om seg selv i samspill med andre, samt eksponere egen følelse, ønsker og behov i sosiale sammenhenger. Den kognitive modellen (Clark & Wells, 1995) fokuserer på endring av opprettholdende faktorer som negative automatiske tankemønstre og skjemaer, og bruker eksponering gjennom atferdseksperimenter. Interpersonlige problemer er vansker som en person opplever å ha i forhold til å forholde seg til andre, og er kilder til subjektivt ubehag. De er en vanlig årsak til at folk søker terapi, men kan samtidig også påvirke alliansen og terapiforløpet, og dermed få konsekvenser for utfallet av terapien. **Metode:** Oppgaven er basert på en terapistudie fra Modum Bad. Utvalget bestod av 80 pasienter med alvorlig grad av sosial fobi. Pasientene ble vurdert ved behandlingsstart, midtveis, ved avslutning samt etter ett år. Interpersonlige problemer ble målt ved hjelp av selvrapporteringskjemaet Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64; Alden, Wiggins, & Pincus, 1990). **Resultater:** Pasientene rapporterte størst problemer relatert til Lite selvhverdelse, Sosial unnvikelse, Utnyttbarhet og Oppofrelse, og disse problemene ble signifikant redusert i begge betingelsene. Det var ingen forskjeller i endringer mellom behandlingsbetingelsene. Hierarkiske regresjonsanalyser viste at fiendtlighet og underkastelse til en viss grad var assosiert med et dårligere utfall av behandlingen, spesielt i den interpersonlig behandlingsbetingelsen, mens problemer relatert til overdreven omsorg var assosiert med bedre utfall i den kognitive behandlingsbetingelsen ved oppfølging ett år etter behandlingsavslutningen. Funnene diskuteres i lys av tidligere forskning.

## **Forord**

Arbeidet med denne oppgaven har vært en svært lærerik prosess, både i form av ny kunnskap og nye erfaringer.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Asle Hoffart, for at du la til rette for at jeg kunne bruke dette datamaterialet. Takk også for at du har delt av din store kunnskap og bidratt med engasjement og gode innspill underveis i prosessen, ikke minst i den hektiske innspurten.

Takk også til min samboer Pål, for din store tålmodighet og støtte underveis.

Oslo, 18. Oktober 2010

Elena Sortebråten Nyback

## Innhold

<b>INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
<b>SOSIAL FOBI</b> .....	<b>7</b>
Utvikling og forekomst .....	8
Følger av angsten .....	8
Samspill og opptreden.....	9
Diagnosen.....	9
Kategorier eller dimensjoner? .....	11
Komorbiditet og differensialdiagnoser .....	12
1. Andre angstlidelser .....	13
2. Depresjon og dystymi .....	14
3. Spiseforstyrrelser .....	14
4. Kroppsdysmorfofobi .....	15
5. Misbruk og avhengighet av alkohol og/eller andre medikamenter .....	15
6. Schizofreni og assosierte tilstander .....	15
7. Utviklingsforstyrrelser og lidelser i barndommen .....	16
8. Personlighetsforstyrrelser .....	16
9. Generelle medisinske tilstander .....	17
<b>BEHANDLING</b> .....	<b>17</b>
<b>En kognitiv modell for sosial fobi</b> .....	<b>17</b>
<i>Negative antagelser</i> .....	18
<i>Indrefokusert oppmerksomhet</i> .....	18
<i>Trygghetsstrategier</i> .....	18
<i>Før- og etterprosessering</i> .....	19
<i>Underliggende oppfatninger om en selv</i> .....	19
<i>Behandling basert på kognitiv teori</i> .....	20
<i>Empirisk evidens for den kognitive behandlingsmodellen</i> .....	21
<b>En interpersonlig modell for sosial fobi</b> .....	<b>21</b>
<i>Dysfunksjonell sosial atferd</i> .....	22
<i>Relasjonelle skjemaer</i> .....	23
<i>Selvbeskyttende strategier og selvopprettholdende interaksjonssyklus</i> .....	23
<i>Behandling basert på interpersonlig teori</i> .....	24
<i>Emirisk evidens for den interpersonlige behandlingsmodellen</i> .....	25
<b>BETYDNINGEN AV INTERPERSONLIGE FAKTORER FOR TERAPIUTFALLET</b> .....	<b>25</b>

<b>FORSKNINGSSPØRSMÅL .....</b>	<b>32</b>
<b>METODE.....</b>	<b>33</b>
<b>Betingelse 1: Kognitiv terapi i institusjon (KTi).....</b>	<b>33</b>
<b>Betingelse 2: Interpersonlig terapi i institusjon (IPTi).....</b>	<b>34</b>
<b>Sammenlignende beskrivelse av IPTi og KTi.....</b>	<b>35</b>
<b>Uvalg .....</b>	<b>36</b>
<b>Måleinstrumenter .....</b>	<b>37</b>
<i>Inventory of interpersonal problems (IIP)</i> .....	37
<i>Mål på endring i sosial fobi</i> .....	40
<b>Statistikk .....</b>	<b>41</b>
<i>Statistiske analyser</i> .....	42
<b>RESULTATER .....</b>	<b>43</b>
<b>Endringer på subskalaene til IIP-64 over tid: .....</b>	<b>44</b>
<b>Endring i angstnivå over tid .....</b>	<b>50</b>
<b>Sammenhengen mellom skårene på IIP-64 og utfallet av terapien, målt ved ADIS (FU) og SPAI: .....</b>	<b>51</b>
<i>Fiendtlighet</i> .....	51
<i>Omsorg</i> .....	51
<i>Underkastelse</i> .....	52
<b>DISKUSJON .....</b>	<b>52</b>
<i>Endringer i interpersonlige problemer</i> .....	52
<i>Reduksjon i angstnivå</i> .....	53
<i>Interpersonlige problemers betydning for utfallet</i> .....	53
<i>Klinisk relevans</i> .....	58
<i>Begrensninger</i> .....	59
<b>REFERANSER .....</b>	<b>59</b>

## **Innledning**

”At a fundamental level, social phobia is an *interpersonal* disorder.” Alden (2005, s. 168).

Formålet med denne oppgaven var å undersøke om interpersonlige faktorer hos pasienter med sosial fobi har betydning for utfallet av behandling i kognitiv og interpersonlig institusjonsbehandling. Rapporterte mellommenneskelige problemer ble målt ved hjelp av Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64; Alden, Wiggins, & Pincus, 1990).

Interpersonlige problemer er karakteristiske vansker som en person opplever å ha i forhold til å relatere seg til andre, og er kilder til subjektivt ubehag (Gurtman, 1996). De er en av de vanligste årsakene til at folk søker terapi (Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993). Samtidig kan slike problemer også påvirke alliansen og terapiforløpet, og kan få konsekvenser for utfallet av terapien. Enkelte studier (Alden & Capreol, 1993; Borkovec et al., 2002; Gurtman, 1996; Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993; Muran et al., 1994), har funnet at interpersonlig stil kan predikere kvaliteten på alliansen og utfallet av terapi. Dette indikerer at det å identifisere interpersonlige prosesser tidlig i behandlingsforløpet kan ha klinisk relevans, ved at terapeuten da lettere kan tilpasse seg og unngå potensielt uheldige interpersonlige reaksjoner (Alden, 2005).

## **Sosial fobi**

Sosial fobi kjennetegnes av frykt for å dumme seg ut eller oppføre seg uakseptabelt i samspillsituasjoner eller prestasjonssituasjoner (Borge et al., 2008). Det kan både dreie seg om frykt for å vise angstuttrykk, som å se redd ut, skjelve, rødme, svette, ha rykninger, eller å gjøre feil, for eksempel å snakke hakkete, si noe dumt, ikke komme på noe å si eller virke kjedelig (Hoffart, 2008). Sosial engstelse er en utbredt og naturlig opplevelse i mange sosiale interaksjoner, men ved sosial fobi er angsten irrasjonell eller sterkt overdreven. Den sosiale situasjonen oppleves som farligere enn den egentlig er (Lipsitz & Markowitz, 1996). Moderat sosial angst kan ha flere positive funksjoner. Engstelsen kan øke aktiveringen (arousal) og oppmerksomheten i sosiale sammenhenger, hemme aggressiv eller upassende sosial atferd, samt bidra til bedre forberedelser før sosiale prestasjoner eller presentasjoner (Schneier et al., 2002). Men dersom angsten blir for sterk, vil den hemme livskvalitet og livsutfoldelse.

## **Utvikling og forekomst**

Sosial fobi er en av de vanligste psykiske lidelsene i samfunnet vårt. Epidemiologiske studier (Kessler et al., 1994, Kringlen et al., 2001) har vist at rundt 13 % av befolkningen vil utvikle sosial fobi i løpet av livet. Etter depresjon og alkoholmisbruk er dette den tredje hyppigste psykiske lidelsen. Lidelsen debuterer oftest i tenårene, og har uten behandling vanligvis et kronisk forløp (Keller, 2003). Noen ganger kan fobien være en forverring av et barndomsmønster preget av skyhet og sosial hemning (Hoffart, 2008).

Etiologiske studier har vist at det er et bredt spekter av faktorer som kan medvirke til utviklingen av lidelsen, som genetiske faktorer, temperament, kognitive faktorer og sosiale læringserfaringer i samspill med omsorgspersoner og jevnaldrende (Rapee & Spence, 2004; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Det er en rekke utviklingsbaner som kan føre til sosial fobi, og ingen av risikofaktorene er hverken tilstrekkelige eller nødvendige alene, men virker sammen i komplekse relasjoner og samspill (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002).

Epidemiologiske studier viser at det er flest kvinner som lider av sosial fobi, men kjønnsratioen på 3:2 er mindre enn kjønnsforskjellen for andre angstlidelser (Blanco, Garcia & Liebowitz, 2004). Imidlertid søker omtrent like mange menn som kvinner behandling. Dette er overraskende, siden kvinner vanligvis oftere søker behandling for psykisk lidelser enn menn. Samtidig kan det være at menn møter større krav til arbeidsfungering, og dermed opplever angsten som mer invalidiserende, og derfor har større behov for hjelp (Hoffart, 2008). Studier både fra USA og Europa har vist at sosial fobi sjelden blir behandlet (Blanco, Garcia & Liebowitz, 2004). Keller (2003) rapporterer at bare rundt 5 % av personer med diagnosen søker behandling, men andelen stiger noe ved komorbiditet, til omtrent en tredjedel.

## **Følger av angsten**

Sosial fobi er sterkt invalidiserende, og har ofte store ringvirkninger. Det er assosiert med markante svekkelser i sosial og arbeidsrelatert fungering, redusert livskvalitet, økt risiko for alkohol- og stoffmisbruk, samt økt risiko for selvmordsforsøk (Baldwin & Buis, 2004). Den typiske debuten i ungdomsalderen forstyrrer skoleprestasjoner, veien inn i arbeidslivet samt evnen til å forme og opprettholde mellommenneskelige relasjoner. Angsten kan lamme



personens sosiale ferdigheter og det sosiale samspillet (Hoffart, 2008). Personen blir ofte redd for å vise sinne, komme i konflikt eller hevde egne meninger, ønsker og behov. Dermed har han/hun større risiko for å bli utnyttet av andre. Mange blir også redde for å vise tristhet eller fortvilelse fordi de tror at dette blir sett på som tegn på svakhet. Dette kan føre til at de går glipp av nærhet fra andre.

Den sosiale angsten kommer i veien for de potensielt positive sidene ved sosiale situasjoner, som å kunne glede seg sammen med andre, dele opplevelser og treffe nye mennesker. I stedet blir reaksjonen tilbaketrekning, unnvikelse og isolering. Virkningen av angsten er slik paradoksalt: man isolerer seg fra det sosiale fellesskapet for å unngå å bli utstøtt av det samme fellesskapet (Hoffart, 2008). Dette resulterer ofte i en følelse av ensomhet, annerledeshet og mindreverd. I tillegg kritiserer ofte personen seg selv for å ha sosial angst, og dermed forsterkes følelsen av utilstrekkelighet og mindreverd.

### **Samspill og opptreden**

De fryktede situasjonene kan dreie seg både om samspillsituasjoner, som å småprate med andre, og opptredensituasjoner, som å holde en tale (Hoffart, 2008). Det er frykten for å bli bedømt negativt som skaper angst. For eksempel kan personen være redd for å holde en tale fordi han/hun er redd andre skal merke tegn på angsten, som at hendene eller stemmen skjelver. Eller personen kan være redd for at andre skal synes en er dårlig til å formulere seg. Noen kan unngå spising, drikking eller skriving sammen med andre, av frykt for at andre skal se at en skjelver på hånden.

### **Diagnosen**

Diagnosen sosial fobi er relativt ny. Sosial fobi ble første gang anerkjent som en spesifikk diagnostisk kategori på slutten av 1960-tallet, og ble innlemmet i den tredje utgaven av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), publisert i 1980 (Berman & Schneier, 2004). Imidlertid har begrepet sosial fobi blitt brukt siden tidlig på 1900-tallet for å beskrive personer med prestasjonsangst. I tidligere utgaver av DSM, var sosial fobi en del av bredere kategorier av fobisk reaksjon eller fobiske nevroser. Sosial fobi som en spesifikk diagnose ble etablert etter at forskning viste at den var forskjellig fra andre fobier når det gjaldt kliniske trekk som debutalder og utvikling. DSM-III-kriteriene vektla frykt for

prestasjonssituasjoner, som for eksempel å snakke eller spise i offentligheten, eller å bruke offentlige toaletter. I DSM-III-R og DSM-IV ble diagnosekriteriene etter hvert utvidet til også å inkludere frykt og ubehag i de fleste sosiale situasjoner.

ICD-10 (WHO, 2007) har et større fokus på somatiske symptomer enn DSM-IV (Berman & Schneier, 2004). DSM-IV antyder muligheten for panikksymptomer, utover det er ikke fysiologiske symptomer hverken nevnt eller påkrevd. ICD-10 derimot, krever tilstedeværelsen av minst ett autonomt symptom (hjertebank, svetting, skjelving eller munntørrehet), og tilstedeværelsen av eller frykten for minst ett av tre andre somatiske symptomer (rødming, frykt for å kaste opp og trang eller frykt for vannlating eller avføring). Det virker dermed som at ICD-10 fokuserer mest på den akutte fobiske responsen, mens DSM-IV beskriver en mer gjennomgripende enhet (ibid.). Mens DSM-IV skiller mellom voksenalderen og barndomsformer av sosial fobi, er det ikke et slikt skille i ICD-10. DSM-IV skiller mellom generalisert og ikke-generalisert undertype. Dersom frykten eller unngåelsen begrenser seg til noen situasjoner, som regel prestasjonssituasjoner, har dette blitt kalt ikke-generalisert, spesifikk, begrenset (circumscribed) eller avgrenset (discrete) sosial fobi (ibid.). ICD-10 skiller derimot ikke mellom ulike former for sosial fobi.

Sosial angst er en vanlig opplevelse i dagliglivet. Når det bør klassifiseres som en mental lidelse, og i så fall hvilken, har vært, og vil trolig fortsette å være problematisk og kontroversielt (Widiger, 2005). Det er vanskelig å foreta et kategorisk skille ettersom det ikke er enighet om noen kvalitative forskjeller mellom hva som er normal og abnormal sosial angst, eller mellom sosial angstlidelse og unnvikende personlighetsforstyrrelse (ibid.). Det mest vesentlige trekket ved sosial fobi er en sterk frykt for sosiale situasjoner der en tror en kommer til å oppføre seg på en pinlig måte, og dermed bli negativt bedømt av andre (Hoffart, 2008). Angsten framkalles nesten alltid i bestemte situasjoner, og når personen er ute av situasjonen, kan han/hun erkjenne at frykten er urimelig eller overdreven. De fryktede situasjonene blir enten unngått helt eller utholdt med sterk angst. Diagnosen gis bare dersom angsten enten (ibid.):

1. forstyrrer personens daglige rutiner, fungering i arbeid/utdanning eller sosialt liv i betydelig grad, eller
2. gir personen markant ubehag, ved at han/hun for eksempel bruker mesteparten av døgnet til å tenke på og grue seg til en fryktet situasjon.

Det diskuteres hvorvidt det bør hete sosial fobi eller sosial angstlidelse (Widiger, 2005). En fobi er per definisjon spesifikk, men DSM-IV inkluderer også en generalisert undertype. En del mener derfor at navnet bør endres fra sosial fobi til sosial angstlidelse. Denne navneendringen har også blitt fremmet av legemiddelindustrien, fordi en endring kan føre til at flere i befolkningen vil vurdere anxiolytika (ibid.). Det er mange som vil kjenne seg igjen i symptomene på sosial angst, men færre vil gå så langt som til å beskrive seg selv som sosialfobikere. En navneendring ville kunne gi en bredere anvendelse av diagnosen, og kan i tillegg være mer konsistent med hvordan diagnosen brukes i klinisk praksis. Samtidig er det en fare for at hva som oppfattes som "normalt" blir for innsnevret. Gullestad (2009) peker på at diagnosen sosial fobi er så bred at den risikerer å inkludere alminnelig engstelse for å dumme seg ut, og mye av det som tidligere ble kalt sjenanse. Dermed er det en fare for at vi mister mangfoldet og den menneskelige variasjonen.

### **Kategorier eller dimensjoner?**

Flere forskere har foreslått at sosial fobi ligger langs et spektrum av sosialt ubehag, der skyhet representerer en ikke-patologisk form i den ene enden av skalaen, og deretter øker i lidelsestrykk til spesifikk sosial fobi, generalisert sosial fobi og til slutt til unnvikende personlighetsforstyrrelse som en ekstrem form i den andre enden (Muller, Koen & Stein, 2004). Det er uenighet blant forskere om hvorvidt undertyper av sosial fobi eksisterer eller ikke. Selv om klusteranalysemetoder har gitt støtte til ulike former for undertypemodeller, virker også en kontinuerlig modell, basert på antallet fryktede situasjoner, plausibel (Stein & Deutsch, 2003). Forskjellige analytiske teknikker (faktor- vs. klusteranalyser) og forskjellige utvalg (befolknings- vs. klinisk utvalg) har gitt ulike resultater når det gjelder undertyper (ibid.). Situasjonene som fryktes av pasientene er dessuten heterogene (Eng et al., 2000), noe som kompliserer sammenligningen.

DSM-IV (American Psychiatric Association, APA, 2000) skiller som tidligere nevnt mellom generalisert sosial fobi (GSF), dersom angsten gjelder i de fleste sosiale situasjoner, og spesifikk eller ikke-generalisert sosial fobi (NSF), dersom angsten er begrenset til et mindre antall situasjoner. Dette kan ses på som en kvantitativ inndeling, der de to kategoriene antas å ligge på et kontinuum av alvorlighetsgrad, der GSF er en mer alvorlig form enn NSF (Hook & Valentiner, 2002). ICD-10 (WHO, 2007) har som tidligere nevnt ikke et slikt skille. Det er ingen eksplisitt grense for hvor terskelen for den generaliserte typen skal gå, men de

fleste klinikere vil antakelig være enige om at personer som frykter fire eller flere sosiale situasjoner oppfyller denne kategorien (Blanco, Garcia & Liebowitz, 2004). Personer med GSF har som regel større svekkelser i psykososial fungering enn personer med NSF, men også de med NSF kan være sterkt plaget og oppleve svekket livskvalitet. Dersom angsten for eksempel hemmer personens arbeidsfungering, ved at han/hun underpresterer p.g.a. frykt for å snakke foran andre, eller frykt for autoriteter, kan dette få store konsekvenser for livskvaliteten.

GSF har blitt assosiert med tidligere debut, sterkere frykt for sosial interaksjon, sosial fobi eller andre angstlidelser i familien, høyere forekomst av komorbiditet (spesielt atypisk depresjon og alkoholmisbruk), større funksjonssvekkelser samt et mer vedvarende forløp (Muller, Koen & Stein, 2004).

### **Komorbiditet og differensialdiagnoser**

Studier har vist at langt de fleste (rundt 70-80 %) med sosial fobi også oppfyller kriteriene for andre diagnoser (Keller, 2003). Det er særlig tre grupper av psykiske lidelser som har blitt studert ofte og som er sterkt assosiert med sosial fobi: andre angstlidelser, stemningslidelser og rusproblemer/-misbruk. Imidlertid har andre mulige komorbide lidelser hittil fått lite oppmerksomhet (Fehm & Wittchen, 2004).

Det er betydelig enighet på tvers av studier at blant personer med sosial fobi, lider flertallet av minst en annen angstlidelse (ibid.). Blant de med generalisert sosial fobi har komorbiditeten vist seg å være høyest. Dette gjelder også ved stemningslidelser, der personer med ikke-generalisert sosial fobi har en betydelig lavere risiko for komorbiditet enn personer med generalisert sosial fobi (ibid.). Man har også funnet at sosialfobikere drikker og røyker signifikant mer enn personer uten sosial fobi. I motsetning til ved angst- og stemningslidelser, virker det som om generalisert og ikke-generalisert sosial fobi ikke skiller seg fra hverandre med hensyn til komorbiditet med rusproblemer (ibid.).

Samtidig som et stort flertall av de med diagnosen også har andre psykiske lidelser, er det et krav at disse lidelsene ikke skal være årsak til den sosiale fobien. I følge DSM-IV (APA, 2000) skal ikke symptomene ved sosial fobi være forårsaket av medikamenter, generelle medisinske tilstander eller andre primære psykiske lidelser som panikkangst, separasjonsangst, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, kroppsdysmorfofobi eller schizoid personlighetsforstyrrelse. Symptomene skal heller ikke bare være et resultat av frykten for

andres reaksjoner på en annen lidelse man har, som stamming, Parkinsons sykdom eller spiseforstyrrelser (Berman & Schneier, 2004). I ICD-10 (WHO, 2007) utelukkes psykotiske og affektive lidelser, samt organisk etiologi. Ved utredning og diagnostisering blir det derfor viktig å prøve å skille mellom hva som er komorbide lidelser, og hva som kan være skyldes andre lidelser eller problemer. Både retrospektive kryss-seksjonelle data og prospektive longitudinelle data indikerer at sosial fobi som oftest er en primær lidelse når det gjelder det tidsmessige forløpet (Fehm & Wittchen, 2004). Med unntak av spesifikke fobier, er debutalderen lavere for sosial fobi enn for andre angstlidelser, depressive lidelser samt rusmisbruk.

Under følger en kort gjennomgang av noen av de mest vanlige differensialdiagnosene:

### *1. Andre angstlidelser*

Andre angstlidelser, spesielt fobier, men også panikklidelse, generalisert angstlidelse (GAD) og obsessiv kompulsiv lidelse (OCD) er blant lidelsene med høyest komorbiditet med sosial fobi (Schneier et al., 2002).

GAD og sosial fobi har begge til felles symptomer som overdrevne, vanligvis kroniske, bekymringer som er vanskelige å kontrollere, og som ofte ledsages av fysiske symptomer (Berman & Schneier, 2004). For å skille diagnosene fra hverandre, må man avgjøre hvorvidt kildene til angsten begrenser seg til sosiale forhold eller ikke. Diagnosen GAD bør bare stilles dersom bekymringene også dreier seg om andre temaer enn frykt for å bli vurdert negativt eller ydmyket av andre.

Panikklidelse, spesielt med agorafobi, kan både ligne sosial fobi og være komorbid (Berman & Schneier, 2004; Schneier, et al., 2002). Fysiske symptomer på panikk kan forekomme hos personer med sosial fobi dersom de befinner seg i svært fryktede situasjoner. Sosialfobikere unngår også visse situasjoner på samme måte som agorafobikere, som folkemengder eller sammenkomster. I tillegg kan personer med panikklidelse utvikle en sosial angstkomponent sekundært, til frykt for å opptre pinlig dersom de skulle få et panikkanfall i offentligheten. Imidlertid begrenses symptomene på sosial fobi seg til sosiale situasjoner og frykt for å dumme seg ut eller opptre pinlig sammen med andre. De fysiske symptomene er også ofte forskjellige. Personer med sosial fobi rapporterer ofte symptomer som rødming, skjelving, svetting og muskelsammentrekninger, mens personer med panikkangst og agorafobi ofte har symptomer som svimmelhet, hjertebank, pusteproblemer, brystmerter,

tinnitus, uklart syn og hodepine (Muller, Koen & Stein, 2004). Panikkanfall kan også forekomme tilsynelatende spontant og i flere forskjellige sammenhenger.

## *2. Depresjon og dystymi*

Sosial unngåelse kan forekomme både ved sosial fobi og ved depresjon. Personer med sosial fobi kan også utvikle depresjon som følge av de ringvirkningene lidelsen har på vanlig fungering. Depresjon og sosial fobi kan også opptre komorbid (Fehm & Wittchen, 2004). Sosial fobi har vanligvis en tidligere debutalder, og mange pasienter med komorbid depresjon attribuerer depresjonen til vanskene de opplever som følge av den sosiale angsten (Schneier, 2002). Komorbid sosial fobi har blitt knyttet spesielt til ”atypisk” undertype av alvorlig depressiv lidelse. Et definerende trekk ved atypisk depresjon er sensitivitet knyttet til interpersonlig avvisning, som også har blitt assosiert med sosial fobi (ibid.). Sammenhengen mellom disse to lidelsene er foreløpig uklar.

For å skille mellom sosial fobi og depresjon/dystymi, må en se på symptomenes karakter og kronologi (Berman & Schneier, 2004). Depresjon involverer i tillegg andre stemnings- og nevrovegetative symptomer som gråt, søvn- og appetittforstyrrelser, lav energi og nedsatt stemningsleie. I tillegg er sosial unngåelse ved depresjon vanligvis et resultat av nedsatt interesse, lav energi eller økt sensitivitet til avvisning. Personer med sosial fobi ønsker derimot kontakt med andre, men hemmes av frykten for andres negative vurderinger.

## *3. Spiseforstyrrelser*

Frykt for å spise offentlig er et symptom både ved sosial fobi og ved spiseforstyrrelser (Berman & Schneier, 2004). Symptomer på sosial angst kan også forekomme sekundært til en primær spiseforstyrrelse, og begge lidelsene opptre ofte sammen. For å skille mellom lidelsene, må man vurdere kjennetegn ved atferden og motivasjonen. Ved spiseforstyrrelser er kroppsbildet hovedbekymringen. I tillegg utvikler ofte personer med spiseforstyrrelser spesielle spisemønstre eller ritualer som kan vekke oppmerksomhet og oppleves som pinlige å avsløre. Ved sosial fobi dreier imidlertid frykten seg om at andre vil oppdage at en for eksempel skjelver eller søler, og dermed vurdere en negativt.

Sosial fobi og spiseforstyrrelser kan også opptre komorbid, men forskningsfunnene spriker en del. Kliniske utvalg med spiseforstyrrelser har vist høy forekomst av komorbiditet, mens representative utvalg har vist lavere forekomst (Fehm & Wittchen, 2004).

#### *4. Kroppsdysmorfofobi*

Ved kroppsdysmorfofobi kan feilaktige eller svært overdrevne forestillinger om at det er noe feil ved ens utseende, føre til at sosial unngåelse ved at en ikke vil vise seg for andre (Hoffart, 2008). Personer med sosial fobi er derimot vanligvis bekymret for at andre vil bedømme deres adferd. Imidlertid kan de to lidelsene være komorbide (Berman & Schneier, 2004, (Fehm & Wittchen, 2004).

#### *5. Misbruk og avhengighet av alkohol og/eller andre medikamenter*

Det er viktig å vurdere om angstsymptomene, spesielt unnvikelse og tilbaketrekning, kan være sekundært eller primært til et misbruksproblem (Berman & Schneier, 2004). Alkohol, marihuana, opioider og sedativer kan være assosiert med sosial tilbaketrekning. Misbruk kan også opptre samtidig med sosial fobi, og forholdet mellom lidelsene kan være svært komplekst, angsten kan predisponere for rusmiddelmisbruk og/eller avhengighet, ofte i et forsøk på selvmedisinering. Rusmisbruk kan også føre til sekundær skam og skyld, som i sin tur fører til økt selvbevissthet og angst i sosiale situasjoner.

#### *6. Schizofreni og assosierte tilstander*

Frykt og angst i sosiale situasjoner, samt unnvikelse og tilbaketrekning, er vanlig ved psykotiske lidelser (Berman & Schneier, 2004). Paranoide forestillinger er vanligvis enkle å skille fra sosial fobi, ved at frykten mer dreier seg om å bli skadet av andre enn om å opptre pinlig eller skamfullt. Overdreven frykt er vanlig ved begge lidelser, men personer med sosial fobi er klar over at frykten er overdreven, urealistisk eller urimelig. Ved schizofreni kan sosial tilbaketrekning være et resultat av negative symptomer som avflatet affekt eller manglende interesse, forstyrrende hørsels- eller synshallusinasjoner, eller andre angstprovoserende vrangforestillinger. Hos pasienter med schizotyp personlighetsforstyrrelse eller paranoide trekk ledsages den sosiale angsten av mistillit, og avtar ikke i kjente omgivelser.

### *7. Utviklingsforstyrrelser og lidelser i barndommen*

Barn med separasjonsangst blir beroliget når kjente voksne er til stede eller omgivelsene er kjente, mens ved sosial fobi vil de fryktede situasjonene vanligvis vekke angst uavhengig av om det er kjente til stede (Berman & Schneier, 2004). Selektiv mutisme kjennetegnes av vedvarende vansker med å snakke i en eller flere sosiale situasjoner, for eksempel på skolen, til tross for at barnet har evnen til å både forstå språket og å snakke, og gjør det i trygge situasjoner, som hjemme (Schneier et al., 2002). Enkelte studier har indikert at selektiv mutisme kan være en variant av sosial angst (ibid.)

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som autisme og Aspergers syndrom fører til betydelig sosial dysfunksjon. Men hos pasienter med disse forstyrrelsene blir normale sosiale funksjoner sjelden etablert, i motsetning til hos personer med sosial fobi.

### *8. Personlighetsforstyrrelser*

Sosial fobi, spesielt den generaliserte varianten, har mange karakteristika som ligner personlighetstrekk eller personlighetsforstyrrelser (Schneier et al., 2002). Det sosiale angstspekteret har av noen forskere blitt sett på som et kontinuum med mild sosial angst eller skyhet i den ene enden og ekstrem unnvikende personlighetsforstyrrelse (UPF) i den andre enden (Schneier et al., 2002). Diagnostiske kriterier for UPF ligner kriteriene ved sosial fobi. Pasienter med alvorlige former for generalisert sosial fobi møter ofte kriteriene for UPF, og sammenligninger mellom sosial fobi med og uten UPF, har indikert at forskjeller på gruppenivå hovedsakelig dreier seg om alvorlighetsgrad (Berman & Schneier, 2004).

Andre personlighetsforstyrrelser (PF), som avhengig og narcissistisk PF, deler også visse trekk ved sosial fobi. Hos personer med avhengig PF, kan lav selvtillit og manglende tro på seg selv føre til økt selvbevissthet og sensitivitet for kritikk (ibid.). Sosial kontakt kan begrense seg til noen få mennesker som personen har tillit til. Personer med narcissistisk PF, er ofte ekstremt sensitive for negative vurderinger og frykter ydmykelse. Dette kan blant annet føre til sosial tilbaketrekning og svekket fungering.

Hos personer med schizoid PF er også sosial unngåelse et trekk, men dette ledsages av likegyldighet overfor både kritikk og ros (ibid.).



### *9. Generelle medisinske tilstander*

Enkelte fysiske lidelser kan gi symptomer som ligner på symptomene ved sosial angst (Berman & Schneier, 2004). Eksempler på dette er hyperthyreose, hyperhydrose (sterk svetting), Parkinsons sykdom (skjelvinger) og stamming. I tillegg kan sykdommer eller tilstander som hudsykdommer, overvekt og skjeling føre til sekundær sosial fobi.

I henhold til DSM-IV skal ikke diagnosen sosial fobi settes dersom den sosiale angsten er direkte relatert til en generell medisinsk tilstand. Imidlertid kan det i praksis ofte være vanskelig å vurdere årsak og effekt.

## **Behandling**

Mange med sosial fobi kommer først til behandling etter å ha slitt i mange år (Berman & Schneier, 2004). På grunn av den relativt lave offentlige oppmerksomheten om sosial fobi og behandling av dette, har personer med lidelsen ofte ikke sett på symptomene som noe som er mulig å behandle. Den tidlige begynnelsen og det kroniske forløpet bidrar også til at symptomene blir oppfattet som indre personlighetstrekk i stedet for en lidelse som kan behandles. I tillegg bidrar symptomer som skam og sosial unngåelse i seg selv til personene ofte lar være å søke behandling.

### **En kognitiv modell for sosial fobi**

I følge den kognitive modellen (Clark & Wells, 1995), er kjernen i sosial fobi et sterkt ønske om å formidle et spesielt fordelaktig bilde av en selv til andre, sammen med en sterk usikkerhet om ens egne evner til å få det til. Ut i fra tidligere erfaringer, utvikler sosialfobikere i følge modellen en rekke antagelser om seg selv og den sosiale verden, som gjør at de tror at de er i fare i en eller flere sosiale situasjoner. De tror for det første at de står i fare for å oppføre seg på uakseptable måter, og for det andre, at dette vil ha katastrofale konsekvenser, som tap av status, verdighet og avvisning. Når personen oppfatter en sosial situasjon på denne måten, blir et "angstprogram" automatisk aktivert (ibid.). Dette angstprogrammet består av en kompleks konstellasjon av kognitive, affektive, somatiske, og atferdsmessige forandringer som trolig har blitt utviklet for å beskytte oss fra objektivt farlige omgivelser, og dermed har vært evolusjonsmessig adaptivt. Imidlertid blir angstresponsene

lite hensiktsmessige når faren er mer en forestilling enn virkelighet. De blir ofte nye kilder til oppfattet fare, og bidrar slik til negative sirkler som lett kan opprettholde og forverre angsten. Ut i fra denne teorien er det flere prosesser som opprettholder angsten:

#### *Negative antagelser*

Når personen går inn i en fryktet sosial situasjon, overestimerer han/hun *sannsynligheten* for at han/hun skal oppføre seg upassende eller uakseptabelt (f.eks. rødme), og *kostnaden* ved dette, som at oppførselen vil ha katastrofale konsekvenser når det gjelder tap av status, verdighet og avvisning (ibid.).

#### *Indrefokusert oppmerksomhet*

Økt selvfokus og selvmonitorering tar oppmerksomheten bort fra omgivelsene, slik at forestillingene ikke blir korrigert (ibid.). Det økte selvfokus gir økt bevissthet om angstresponsene. I tillegg brukers indre perseptuell informasjon som "bevis" for at man oppfattes negativt av andre (f.eks. *å føle seg* som senter for oppmerksomheten brukes som bevis for at dette faktisk er tilfelle). Det er tre typer intern informasjon som brukes for å generere et negativt inntrykk av en selv (Clark, 2005). For det første blir det å føle seg engstelig likestilt med å se engstelig ut. For det andre opplever mange at spontane bilder inntreffer i bevisstheten der de ser seg selv utenfra, fra et observatørperspektiv. Disse bildene stemmer imidlertid ikke med hva en observatør ville se, men er snarere et bilde på den visualiserte frykten. For eksempel kan en person som opplever at leppene skjelver litt, få et bilde av seg selv der ansiktsuttrykket er helt forvridt. For det tredje kan mer diffuse følelser også bidra til det negative inntrykket av ens sosiale selv. For eksempel kan en følelse av å være annerledes og utenfor forsterke oppfatningen av at en er en dum og uinteressant person.

#### *Trygghetsstrategier*

Trygghetsstrategier brukes for å forhindre eller redusere sannsynligheten for fryktede katastrofer og for å skjule angstsymptomer, for eksempel drikke av et glass med begge hender for å skjule skjelving. Disse strategiene er problematiske av to årsaker (Clark & Wells, 1995). For det første forhindrer de personen i å teste ut om forventningene faktisk vil inntreffe, og eventuelt få disse avkreftet. For det andre kan de øke sannsynligheten for at det man frykter

faktisk vil hende, ved at man oppfører seg på måter som bidrar til å skyve andre unna (f.eks. virke reservert eller uvennlig). Atferdene kan også uintendert skape noen av symptomene som man prøver å unngå. For eksempel det å prøve å skjule underarmssvette ved å gå med jakke eller holde armene tett inntil kroppen, kan faktisk øke svetteproduksjonen (Clark, 2005). Strategiene kan også ha den effekten at de tiltrekker personen mer oppmerksomhet, ved for eksempel å snakke så lavt at andre må anstrenge seg for å høre hva han/hun sier.

Clark (2005) fremhever at trygghetsatferder også kan være indre mentale prosesser, som for eksempel å overvåke alt man sier og sammenligne det med hva man holder på å si, mens man snakker.

Hvis den fryktede katastrofen ikke inntreffer, vil personen ofte tilskrive årsaken til trygghetsatferden (f.eks. ”Jeg dummet meg ikke ut, det må skyldes at jeg hadde memorert alt jeg skulle si”), i stedet for å tenke at situasjonen ikke var så farlig som fryktet. Dette forsterker trygghetsatferden.

### *Før- og etterprosessering*

Grubling brukes både før og etter en hendelse. Før den sosiale hendelsen blir forventningene om hva som kommer til å skje gjennomgått i detalj. Når personen begynner å tenke på hendelsen, øker angsten, og tankene blir dominert av minner om tidligere negative hendelser. Noen ganger fører denne grublingen til at personen helt unngår situasjonen. Hvis personen likevel går inn i situasjonen, er han/hun ofte allerede inne i en selvforkuserende prosesseringsmodus, med forventninger om å mislykkes, og vil i liten grad legge merke til tegn på aksept fra andre. Etter at situasjonen er over, blir den ofte gjennomgått i detalj. Ofte domineres gjennomgangen av de negative selvpersepsjonene, situasjonen blir sett på som mer negativ enn den faktisk var, og lagt til listen over tidligere mislykkede hendelser.

### *Underliggende oppfatninger om en selv*

Personer med sosial fobi har i følge modellen en rekke underliggende oppfatninger om seg selv og hvordan de skal oppføre seg. Disse kan deles inn i tre kategorier (ibid.):

1. Svært høye standarder for sosiale prestasjoner (eks. ”jeg må ikke vise det minste tegn på svakhet”)
2. Betingede oppfatninger om sosiale vurderinger og konsekvenser av å oppføre seg på bestemte måter (eks. ”hvis jeg viser følelser eller gjør feil, vil andre avvise meg”)

3. Ubetingede negative oppfatninger om selvet (eks. ”jeg er unormal og uakseptabel”) Disse antagelsene får personen til å vurdere sosiale situasjoner som farlige, og forvente at han/hun vil mislykkes i å fremstå som ønsket (eks. ”jeg kommer til å skjelve og dumme meg ut”). I tillegg blir ofte godartede eller tvetydige sosiale signaler tolket som tegn på negative vurderinger fra andre (Clark, 2005).

### *Behandling basert på kognitiv teori*

Fokus i den kognitive behandlingen er endring av de negative automatiske tankene og skjemaene, samt bruk av eksponering gjennom atferdseksperimenter.

Clark og Wells lister opp to mulige årsaker til at den sosiale angsten opprettholdes. For det første er normale sosiale situasjoner som regel tvetydige, og kan tolkes på ulike måter. For det andre er mange av de tingene som folk gjør for å få mer informasjon om hvordan andre oppfatter dem, som for eksempel å øke øyekontakten, spørre etter reaksjoner på det man har sagt og være mer åpen om personlige ting, for truende for sosialfobikere fordi det oppfattes som en ytterligere risiko for negative vurderinger, og bidrar dermed til at de går glipp av viktig informasjon.

Denne modellen gir en mulig forklaring på hvorfor eksponering alene som regel ikke er effektivt for å behandle sosial fobi. Det er ikke nok å eksponere seg for de fryktede situasjonene, som ved andre fobier, fordi pasientene ikke prosesserer hva som virkelig skjer i den sosiale situasjonen, men bruker trygghetsatferd som forhindrer at antagelsene blir avkrefte, i tillegg til å bruke egne inntrykk av seg selv som hovedbevis for at andre har oppfattet dem negativt (Clark & Wells, 1995). Ved sosial fobi trengs det i tillegg utfordring av trygghetsatferd, oppmerksomhet og før- og etterprosessering (Clark, 2005).

Den kognitive behandlingen fokuserer på de opprettholdende faktorene for angsten. Terapeuten hjelper pasienten med å bli oppmerksom på disse, samt lære hvordan de kan reverseres og endres (Clark & Wells, 1995). Pasienten får innsikt i sammenhengen mellom tanker, følelser, atferd og symptomer. Gjennom sokratisk utspørring lærer terapeuten pasienten å se hvordan egen trygghetsatferd bidrar til å opprettholde angsten.

En viktig del av terapien er systematisk uttesting av trygghetsatferden (ibid.). På den måten lærer pasienten gjennom egen erfaring hvordan atferden ofte virker mot sin hensikt, og de fryktede antagelsene kan bli modifisert. Gjennom atferdseksperimenter øver pasienten på å

flytte oppmerksomheten fra seg selv og ut i situasjonen, og samtidig begrense bruken av trygghetsatferdene. Overdrevent negative antagelser blir modifisert gjennom sokratiske utspørring. For eksempel kan antagelsen ”Hvis noen ikke liker meg, betyr det at jeg er håpløs” modifiseres gjennom spørsmål som ”hvordan vet du at noen ikke liker deg?”; ”kan det være andre årsaker til at noen responderer negativt til deg, som dårlig humør, stress etc?”. I tillegg lærer pasienten å ta kontroll over negative tanker og grubling før og etter en hendelse (ibid.).

### *Empirisk evidens for den kognitive behandlingsmodellen*

Individuell kognitiv terapi for sosial fobi basert på Clark og Wells sin modell fra har vist bedre resultater sammenlignet med medikamentell behandling med et SSRI-preparat (fluoxetine) (Clark et al., 2003). Modellen har også gitt bedre utfall sammenlignet med eksponeringsterapi med avspenningstrening. Behandlingseffekten ble også opprettholdt ett år etter avsluttet behandling (Clark et al., 2006). To studier har funnet at individuell kognitiv terapi er bedre enn både intensiv kognitiv gruppeterapi og psykiatrisk behandling med emosjonell støtte og medikasjon (Stangier et al., 2003; Mörtberg et al., 2007).

### **En interpersonlig modell for sosial fobi**

Den interpersonlige modellen legger vekt på at sosial fobi kjennetegnes ved *usikkerhet i sosial rolle*. Rolleusikkerhet refererer til en manglende evne til å føle seg avslappet og komfortabel i egen interpersonlig rolle, til tross for at man har kompetanse på flere områder (Lipsitz & Markowitz, 1996). Usikkerheten kan være begrenset til noen spesifikke kontekster, eller gjelde en rekke forskjellige situasjoner, som ved generell sosial fobi. Det motsatte, rolletrygghet, refererer til en følelse av aksept og bekvemmelighet i egen sosial rolle, uavhengig av hvordan man blir mottatt i øyeblikket. Individuer med sosial fobi føler usikkerhet og har vansker i forhold til sosialisering med andre, å være åpen om følelser og personlige anliggender, være selvhevdende samt å oppleve positive aspekter ved sosiale interaksjoner og prestasjoner, til tross for at de viser evner til å håndtere dette i situasjoner der de føler seg trygge. På grunn av denne usikkerheten, utvikler de en rekke forskjellige selvbeskyttende strategier (Hoffart et al., 2009). De unngår å gi uttrykk for egne ønsker og følelser, prøver å skjule angsten og utvise et glatt eller polert ytre, samt trekke seg unna så raskt som mulig. Dermed holdes andre uvitende om personens følelser og ønsker, og kan ikke respondere på personens faktiske selv. I tillegg kan de selvbeskyttende strategiene føre til at andre reagerer

negativt eller føler seg avviste, fordi personen virker overlegen eller uinteressert. På den måten setter personen i gang *selvoppretholdende interaksjonssykluser* (self-perpetuating interactional cycles), som nettopp gir de fryktede responsene; manglende interesse og varme, i tillegg til negative vurderinger fra andre (Alden, 2005). Det blir en negativt forsterkende runddans.

### *Dysfunksjonell sosial atferd*

Sentralt i det interpersonlige perspektivet, er den interpersonlige transaksjonssyklusen (self-perpetuating interpersonal cycle; Alden & Taylor, 2004). Vi har en tendens til å forvente at personer vi møter i nåtiden vil behandle oss på samme måte som personer fra fortiden, og vi gjentar ofte atferdsstrategiene som vi har lært å bruke for å håndtere de tidligere hendelsene. I tillegg til dette, utløser vår atferd et press (a pull) på andre personer, som ofte vil vekke responser som opprettholder våre egne sosiale forventninger, antakelser og atferdsmønstre. Dermed vil personer som forventer at andre skal respondere på positive måter, oppføre seg på måter som lett utløser positive responser, mens personer som forventer negative responser ofte vil bruke selvbeskyttende strategier som øker sannsynligheten for negative responser fra andre.

I følge interpersonlige teorier er dysfunksjonelle interpersonlige mønstre et resultat av en pågående interaksjon mellom individet og de sosiale omgivelsene. Dette er en sosial utviklingsprosess som begynner tidlig, og fortsetter gjennom hele livet (ibid.). Relasjonene våre former ikke bare vår vanlige (habituelle) sosiale atferd, men også vår oppfatning av oss selv og andre. I følge Alden (2005) har de fleste interpersonlige teorier en grunnantakelse om at dysfunksjonell atferd utvikles i et patologisk interpersonlig miljø. Denne prosessen kalles sosial patogenese. Selv om teoriene anerkjenner at medfødte tendenser i temperament og fysiologi spiller en viktig rolle i sosial atferd, rettes interessen primært mot måter sosiale prosesser former og bidrar til at de medfødte tendensene blir til vedvarende interpersonlige mønstre. Med andre ord antas det at nåværende sosial atferd reflekterer personens utviklingsmessige erfaringer, spesielt ens habituelle transaksjonsmønster med viktige andre. Det antas at man utvikler bestemte interpersonlige strategier for å hankses med tidlige relasjoner, og disse strategiene blir selvforsterket etter hvert som man vil komme til å definere seg selv ut i fra de spesifikke rollene man har tatt, for eksempel som en som må blidgjøre andre, eller som en som må være forsiktig for ikke å såre andre.

### *Relasjonelle skjemaer*

En annen grunnantakelse i det interpersonlige perspektivet er i følge Alden at tidlige sosiale relasjoner former de vedvarende følelsene og opplevelsene av hvem vi er (sense of self). Dette skjer ved at de vanemessige interaksjonsmønstrene blir foredlet og lagret i hukommelsen i form av relasjonelle skjemaer, eller strukturerte kognitive representasjoner som ligner de relasjonene en hadde med viktige andre. Når en reflekterer over hvem en er, er den informasjonen som lettest får figur, basert på de opplevelsene og den frykten en erfarte, samt den atferden en utviklet i disse tidlige interaksjonene. Slik antas det at nåværende sosiale situasjoner påvirker opplevelsen av selvet fordi de vekker forskjellige relasjonelle skjemaer. For eksempel kan en sosial situasjon som minner om en tidlig negativ relasjon utløse de samme reaksjonene og atferdsmønstrene som ble utviklet i den tidlige konteksten, mens en situasjon som minner om en positiv relasjon kan utløse en mer positiv opplevelse av selvet.

### *Selvbeskyttende strategier og selvoppretholdende interaksjonssyklus*

Det tredje og viktigste grunnpremisset i interpersonlige teorier er at man etablerer interaksjonsmønstre som opprettholder det synet man har på seg selv, samt tendenser til å ta (adopt) visse roller i relasjoner (ibid.). Det er minst fire deler i en selvoppretholdende interaksjonssyklus:

1. Hvordan vi oppfatter andre
2. Hvordan vi handler i forhold til andre
3. Hvordan andre tolker våre handlinger
4. Hvordan andre responderer på oss

Våre oppfatninger av og forventninger om andre er sterke determinanter for handlingene våre overfor dem, og hvordan de handler tilbake. Våre sosiale persepsjoner er ikke alltid korrekte, de kan være farget av utviklingsmessige erfaringer. I noen situasjoner vil sosiale tegn (cues) vekke eller aktivere spesifikke relasjonsskjemaer som fører til at vi tillegger/attribuerer personer i nåtiden egenskaper som tilhørte viktige andre i fortiden. Dette påvirker atferdsstrategiene vil velger for å håndtere situasjonen, som igjen vil forårsake reaksjoner fra andre som bekrefter de eksisterende relasjonsskjemaene. Selvfølgelig vil andres responser også reflektere deres egne oppfatninger og læringserfaringer, men i følge det interpersonlige

perspektivet vil våre karakteristiske væremåter utøve subtile press på andre som gir komplementære responser, ofte responser som forsterker vårt syn på oss selv og rollen vi har tatt i relasjonen.

Den fjerde grunnantakelsen er at dysfunksjonell sosial atferd er et forsøk på å opprettholde sosial nærhet (connectedness) (ibid.). Mennesket er kjent for å være iverboende sosialt, og være sterkt motivert for å opprettholde sosiale relasjoner. Innenfor interpersonlig teori hevdes det at to grunnleggende mål driver sosial atferd:

1. Tilknytning, eller nærhet til andre
2. Differensiering, eller utviklingen av en opplevelse av en selv som et unikt, men sosialt verdsatt individ.

Under ideelle omstendigheter utvikler en atferdsstrategier som gjør at en både kan opprettholde nærhet og samtidig hevde egne ønsker og behov. Under mer ugunstige omstendigheter, lærer en mer dysfunksjonelle måter å opprettholde nærhet og autonomi. Men det som synes å være maladaptive interpersonlige strategier, antas å representere strategiske forsøk på å oppnå disse to grunnleggende behovene. Spesielt antas det at den problematiske atferden gjenspeiler et underliggende ønske om å opprettholde en følelse av nærhet og tilknytning til andre.

Oppsummert kan man si at interpersonlige teorier knytter fortid og nåtid sammen, ved at de hevder at tidlige erfaringer former oppfatningen vår av hvem vi er og hva vi kan forvente av andre. Etter hvert som vi blir eldre, fortsetter vi å tildele oss selv og andre bestemte roller, selv når de ikke er berettiget, og atferden vår har en tendens til å utløse responser hos andre som forsterker de allerede eksisterende oppfatningene. Det interpersonlige perspektivet hevder også at uansett hvor maladaptiv atferden er, er det underliggende målet å opprettholde nærhet til andre (ibid.).

### *Behandling basert på interpersonlig teori*

Interpersonlig psykoterapi søker å minske angstsymptomene gjennom å bedre sosial fungering (Lipsitz & Markowitz, 1996). Terapeuten hjelper pasienten med å forstå at problemene har oppstått i en interpersonlig kontekst, og kan behandles. Symptomene formuleres innenfor en medisinsk modell som vektlegger at det er en lidelse som personen



har, og ikke en refleksjon av hvem personen er. For pasienter med sosial fobi fokuseres det på deres usikkerhet i sosiale roller som fører til sosial isolasjon.

Det fokuseres på at personen skal uttrykke seg mer åpent om seg selv i samspill med andre, samt eksponere seg i sosiale sammenhenger. Pasientene blir oppmuntret til å uttrykke egne følelser, ønsker og behov, og i større grad vise egen sårbarhet overfor andre. Dette vil i følge teorien føre til større aksept fra andre som den man virkelig er, samt en opplevelse av større nærhet (ibid.).

### *Emirisk evidens for den interpersonlige behandlingsmodellen*

Interpersonlig terapi (IPT) ble først utviklet for behandling av depresjon, men har senere blitt modifisert for behandling av andre lidelser (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). Effekten av IPT på sosial fobi har ikke tidligere blitt testet i et randomisert kontrollert design, men i en kasekstudie med individuell IPT for sosial fobi viste syv av ni pasienter bedring (Lipsitz et al., 1999).

## **Betydningen av interpersonlige faktorer for terapiutfallet**

Terapi er en interpersonlig prosess, der alliansen mellom pasient og terapeut er av avgjørende betydning for utfallet (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Alliansen kan defineres som kvaliteten og styrken på den samarbeidende relasjonen mellom klienten og terapeuten (Horvath, 2001). I følge Bordin (1979) består den terapeutiske alliansen av tre gjensidig avhengige faktorer: enighet om mål for behandlingen, oppgaver og teknikker for å nå målene, samt et emosjonelt bånd preget av varme, trygghet og gjensidig tillit som oppmuntrer til et målrettet samarbeid. Betydningen av alliansen for utfallet er entydig dokumentert i psykoterapiforskningen (Horvath, 2001; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000), selv om sammenhengen er moderat. Det ser ut til at spesielt styrken på alliansen tidlig i behandlingsforløpet er av stor betydning.

Interpersonlige problemer er en av de vanligste grunnene til at folk søker terapi (Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993). Samtidig kan de interpersonlige problemene som pasientene bringer med seg inn i terapien, påvirke terapeutenes responser til pasienten og utfallet av terapien. Pasienter med sosial fobi har, nettopp på grunn av angstens art, spesielt stor sannsynlighet for å være sensitive til interpersonlige elementer i behandlingen. I tillegg

har terapisisituasjonen en rekke trekk som er problematiske for disse pasientene; en tvetydig situasjon, en autoritetsfigur og et mer eller mindre subtilt press om å snakke åpent om sine personlige problemer (Alden, 2005). Terapisisituasjonen kan lett vekke de samme bekymringer og atferdsmønstre som kjennetegner disse pasientenes daglige samspillmønstre.

I følge både interpersonlig og kognitiv teori, er tidligere erfaringer en viktig faktor for utviklingen av angsten. Kognitiv teori (Clark & Wells, 1995) fokuserer på at disse erfaringene har bidratt til utviklingen av negative antagelser om en selv og andre, mens interpersonlig teori (Alden, 2005) fokuserer på at disse erfaringene har formet interaksjonsmønstrene en har med andre og hvilke roller en har måtte ta for å opprettholde tidlige relasjoner. Hvordan en velger å presentere seg selv, er indirekte avhengig av hvilke representasjoner en har av andre. Dette kommer til uttrykk i ens mellommenneskelige atferd og relasjoner (Muran et al., 1994). Behovet for å opprettholde relasjoner kan ses på som et grunnleggende behov (Bowlby, 1969; Stern, 2007). Imidlertid vil måten en prøver å få dekket behovet på avhenge av konteksten en vokser opp i og utvikler seg i. Etter hvert som barnet vokser opp, lærer det fra interaksjoner med viktige tilknytningsfigurer hvilke atferder og emosjoner som fører til sterkere tilknytning og hvilke som kan føre til forstyrrelser eller sammenbrudd i relasjonen (Stevens, Muran, & Safran, 2003). Dette vil danne grunnlag for utviklingen av relasjonelle eller interpersonlige skjemaer (ibid.). Disse er viktige for å kunne forutse og opprettholde interaksjoner med primære tilknytningsfigurer, og de kan fortsette å påvirke interpersonlig atferd gjennom hele livet. Skjemaene kan også bli selvforsterkende ved at de legger begrensninger på utviklingen av relasjoner, situasjoner en oppsøker og hva slags arbeid en velger. Dette står sentralt innenfor både kognitiv og interpersonlig teori. Personer med ulike former for patologi opprettholder ofte maladaptive og negative oppfatninger om seg selv i relasjon til andre, som kan begrense valgmulighetene de har for å reagere og handle. Dette leder i sin tur til begrensninger i mellommenneskelige erfaringer, som igjen bidrar til å bekrefte og opprettholde disse selvdefinisjonene. I tillegg kan maladaptive skjemaer føre til at personen oppfører seg på måter som har til hensikt å beskytte mot fryktede responser fra andre, men som i stedet virker mot sin hensikt. Dersom personen for eksempel frykter avvisning, vil han/hun bli svært sensitiv for mulige tegn på avvisning, og kanskje trekke seg tilbake før han/hun har fått undersøkt og eventuelt avkreftet mistanken. Maladaptive skjemaer kan også forsterkes ved at personen prøver å kontrollere eller skjule følelser som han/hun tror er farlige å uttrykke. Dette fungerer også ofte mot sin hensikt. For eksempel kan en person som er redd for å virke svak, i stedet framstå som kald og fjern (ibid.). Trygghetsatferd eller

selvbeskyttende atferd basert på disse skjemaene virker dermed motsatt av det som var intensjonen, og bidrar til å opprettholde angsten.

Interpersonlig stil kan slik også påvirke relasjonen mellom pasient og terapeut, samt kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Dersom man kan identifisere karakteristika ved pasienter som kan predisponere for problemer i alliansen, kan terapeutene ta bedre hensyn til dette og tilpasse seg, slik at behandlingen kan forbedres.

Utviklingsforskningen har vist at det er flere ulike sosiale læringserfaringer som kan bidra til utviklingen av sosial angst (Alden et al., 2006). Det vil derfor ikke være unaturlig om forskjellige pasienter har forskjellige sosiale forventninger, oppfatninger og atferdsmønstre (Alden & Taylor, 2004). Disse forskjellene kan tenkes å manifestere seg i ulike former for interpersonlige problemer. Det er relativt få studier som har undersøkt interpersonlige forskjeller hos denne pasientgruppen (Alden, 2005). En studie av Kachin, Newman og Pincus (2001) fant undergrupper av pasienter med ulike kjerneproblemer. Ved hjelp av klusteranalyser undersøkte de forskjeller i rapporterte interpersonlige problemer mellom personer med sosial fobi. De fant to distinkte grupper. Den ene gruppen oppgav at de hadde problemer med å være selvhevdende, og var lett utnyttbare og oppofrende, mens den andre gruppen var karakterisert ved problemer med sinne, fiendtlighet og mistenksomhet. Man kan ikke trekke konklusjoner fra én studie, men den antyder at det kan være hensiktsmessig å undersøke nærmere om det finnes systematiske interpersonlige forskjeller mellom disse pasientene, og om dette påvirker arbeidsalliansen og behandlingsrespons.

Uttrykte affekter utøver et sterkt press for komplementære eller motsatte responser fra andre (Stevens, Muran, & Safran, 2003). For eksempel kan tristhet vekke sympati, mens fiendtlighet kan vekke både underkastelse og aggresjon. Flere studier av interaksjonsprosesser har fokusert på to dimensjoner av interpersonlig atferd: nærhet (affiliation) og kontroll (Dinger et al., 2007). I ustrukturerte situasjoner har man en tendens til å gjengjelde et tilsvarende nivå av nærhet: En person som behandles på en vennlig måte vil ofte svare med vennlighet, mens fiendtlighet ofte vekker fiendtlige responser tilbake. Samtidig gjelder komplementaritetsprinsippet når det kommer til kontroll: Dominant atferd vekker underkastelse og vice versa (ibid.). I terapi vil pasientens atferd og affektuttrykk vekke responser hos terapeuten, selv om terapeuten forsøker å respondere annerledes eller motsatt. Ofte kan også følelser både hos terapeuten og pasienten som blir forsøkt skjult, komme til uttrykk på subtile og nonverbale måter som kan virke forvirrende på den andre. For eksempel

kan en pasient som prøver å skjule sinne ved å smile og spøke, vekke motstridende responser og usikkerhet hos terapeuten, ofte uten at denne helt forstår hva som foregår.

Både terapeuten og pasienten bringer med seg en rekke preeksisterende oppfatninger, holdninger og forventninger inn i terapien (Stevens, Muran, & Safran, 2003). På denne måten skiller ikke det terapeutiske møtet seg så mye fra andre møter mellom mennesker. For at terapien skal bli vellykket, må begge parter kunne forhandle om både egne og andres behov for å skape en arbeidsrelasjon eller allianse. Mellommenneskelige problemer kan påvirke alliansen, og slik indirekte påvirke terapiutfallet. Orlinsky et al. (2004) beskriver det terapeutiske båndet som det interpersonlige aspektet ved terapien. Når pasienten og terapeuten forhandler om en terapeutisk kontrakt og utfører sine respektive terapeutiske oppgaver, opplever og responderer de samtidig på hverandre som personer med spesifikke egenskaper og personligheter. Dette er en uformell fasett ved terapirelasjonen, og båndet kan være sterkt eller svakt, positivt, negativt eller nøytralt (ibid.). Muran et al. (1994) fant en positiv korrelasjon mellom problemer med vennlighet-underkastelse og pasientenes vurderinger av arbeidsalliansen tidlig i terapiforløpet. De undersøkte forholdet mellom interpersonlige problemer før behandling, og terapeutisk allianse i korttids kognitiv terapi. De fant at problemer relatert til vennlig-underkastende tendenser var positivt relatert til aspekter ved alliansen, og at problemer med fiendtlighet-dominans var negativt relatert til deler av alliansen. Imidlertid ble alliansen bare målt tidlig i behandlingsforløpet, og de interpersonlige vanskene var kun relatert til enighet om oppgaver (task agreement) og enighet om mål (goal agreement). Utvikling av bånd (bond development) var ikke signifikant relatert til noen interpersonlige problemer. Dette får forskerne til å stille spørsmålstegn ved hva som egentlig måles som allianse. Er det egentlig bare et mål på pasientenes lydighet?

Imidlertid er ikke resultatene entydige. Paivio og Bahr (1998) fant at problemer med både fiendtlighet og unnvikelse var negativt assosiert med utvikling av båndet til terapeuten tidlig i behandlingsforløpet. Problemer med sosial unnvikelse fortsatte å påvirke båndet negativt gjennom terapiforløpet, mens sammenhengen mellom fiendtlighet og båndet opphørte underveis i terapien. I denne studien var ingen av de interpersonlige problemene relatert til enighet om oppgaver. I en longitudinell naturalistisk prosess- og utfallsstudie av psykoterapi i Tyskland, fant Puschner et al. (2005) at pasienten som rapporterte høyere grad av fiendtlighet vurderte alliansen tidlig i terapiforløpet som relativt dårligere, mens ”overdrevent vennlige” pasienter rapporterte et mer positivt forhold til terapeuten. Imidlertid predikere ikke interpersonlige problemer ved inntaket alliansen lengre ut i terapien. Det så ut

til at de interpersonlige problemene endret seg underveis i forløpet, og at en dårlig relasjon tidlig i terapien kunne reverseres. Da alliansen og de interpersonlige problemene ble målt på nytt etter 1,5 år, var det en korrelasjon mellom ”overdreven vennlighet” og positive vurderinger av alliansen. De pasientene som derimot var misfornøyde med relasjonen beskrev seg selv som mer fiendtlige. Det ser dermed ut til at fiendtlighet i noen tilfeller kan være assosiert med dårligere allianse, men at dette kan endre seg underveis i terapiprosessen.

Mellommenneskelige problemer kan ha innvirkning på behandlingsrespons også på andre måter enn gjennom alliansen. I en studie av Alden og Capreol (1993), ble interpersonlige problemer hos personer med unnvikende personlighetsforstyrrelse (UPF) undersøkt i forhold til respons på behandling. Deltakerne ble tilfeldig fordelt i tre behandlingsgrupper eller til en venteliste. De tre behandlingsgruppene var: (1) Gradvis eksponering (GE). Denne betingelsen inneholdt analyser av hver persons interpersonlige problemer, progressive avspenningsteknikker, og utvikling av sosiale mål som man skulle eksponere seg for mellom timene. (2) Ferdighetstrening (FT). Denne betingelsen inneholdt gradvis eksponering som beskrevet i GE, samt trening i ”interpersonlige prosessferdigheter”. Pasientene lærte å aktivt legge merke til (monitor) andres kommentarer og emosjoner, uttrykke empatisk interesse, og å være åpne om personlige anliggender. Alle disse ferdighetene innebar at pasientene fokuserte på andre og koordinerte egen atferd med andres atferd. (3) Intimfokusert ferdighetstrening (IF). Betingelsen hadde de samme prosedyrene som GE og FT, men prosessferdighetene ble presentert innenfor en kontekst av utvikling av nære vennskap.

Alle rapporterte problemer med sosial unnvikelse og lite selvhevdelse på IIP-64. Imidlertid viste det seg at de som også hadde interpersonlige problemer knyttet til mistenksomhet og sinne, hadde nytte av gradvis eksponering (GE), men ikke av ferdighetstrening (FT). Pasienter som hadde problemer relatert til utnyttbarhet og å bli kontrollert av andre, hadde nytte av begge prosedyrene. Ferdighetstreningen som fokuserte på utvikling av nære relasjoner (IF) var spesielt nyttig for disse. Resultatene antyder at pasienter med UPF kan variere med hensyn til interpersonlige ”problemprofiler”, og at disse forskjellene kan påvirke respons på behandling. Kan dette også gjelde for pasienter med sosial fobi?

Andre studier har også funnet et spesifikt mønster der problemer med fiendtlighet og dominans er relatert til dårlig utfall i kognitiv atferdsterapi for generalisert angstlidelse (Borkovec et al., 2002) og i psykodynamisk terapi. I Borkovec et al. sin studie, viste det seg

også at de interpersonlige problemene som fortsatt var til stede ved avslutning av terapien oftere var assosiert med utfallet målt ved avslutningen og ved oppfølging seks måneder etter, enn de interpersonlige problemene målt før terapistart. Enkelte studier har også funnet at problemer med overdreven vennlighet og underdanig atferd er assosiert med et godt utfall (Gurtman, 1996; Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993) og bedre allianse (Muran et al., 1994). Disse studiene indikerer at fiendtlighet-dominans kan være assosiert med dårligere prognose, mens overdreven vennlig, underkastende stil kan virke positivt. Gurtman (1996) peker på at en overdrevent vennlig (agreeable) stil generelt kan være positivt for terapiprosessen, for eksempel ved at relasjonen til terapeuten preges av positiv komplementaritet – terapeuten reagerer positivt på pasientens væremåte. Motsatt kan en fiendtlig-dominant stil vekke negative komplementære responser hos terapeuten, som kan bidra til en mindre hensiktsmessig prosess.

I en lignende forskningsretning fant Erwin et al. (2003) at pasienter med sosial fobi som rapporterte en høyere grad av sinne som egenskap, eller en tendens til å uttrykke sinne ved eller uten provokasjon, hadde større sannsynlighet for å droppe ut av behandling i kognitiv atferdsterapi. I tillegg viste det seg at blant de som fullførte behandlingen, responderte både de pasientene som skåret høyere på sinne som egenskap, som respons på negative vurderinger og de som hadde en tendens til å undertrykke sinne, dårligere på behandlingen.

Horowitz et al. (1988) fant at de som hadde problemer med selvhverdelse viste større endring enn de som hadde problemer med intimitet. De peker i sin artikkel på at visse mellommenneskelige problemer kan være mer resistente mot endring. Det er flere mulige årsaker. Intimitetsproblemer involverer indre, private opplevelser, mens selvhverdelse involverer ytre atferd. I tillegg kan intimitetsproblemer også gi seg utslag i større vansker med å knytte seg til terapeuten. Disse problemene kan dessuten være mer komplekse å behandle. For enkelte pasienter synes nærhet å true opplevelsen av autonomi, og det kan være at disse trenger mer tid før de føler seg trygge i terapisisuasjonen (ibid.).

Imidlertid er ikke alle funnene konsistente. Enkelte studier har ikke funnet noen sammenheng mellom spesifikke interpersonlige problemer og terapiutfallet (Paivio & Bahr, 1998; Ruiz et al., 2004). Ruiz et al. fant i en naturalistisk studie at generelt interpersonlig ubehag, i motsetning til spesifikke problemer relatert til visse interpersonlige kvadranter (i den interpersonlige circumplex), var assosiert med dårligere utfall både underveis i terapiforløpet (7.time) og ved avslutning. Spesifikke typer av interpersonlige problemer var

ikke signifikant relatert til utfallet. De fant også at økt interpersonlig ubehag var assosiert med økt behandlingstid. Dette kan tyde på at personer med større mellommenneskelige problemer ofte blir lengre i behandling. Så selv om generelt høy grad av interpersonlig ubehag var assosiert med relativt dårligere utfall, kan det også være en faktor som gjør at pasientene forblir engasjert i psykoterapi (ibid.). Ruiz et al. fremhever imidlertid flere svakheter ved studien. Utvalget var relativt lite (N= 73 i 7.time og N= 42 ved avslutning), og graden av eksperimentell kontroll var lavere enn i mer strukturerte studier. Samtidig kompliseres bildet ytterligere av at noen har funnet at dominante pasienter viste en trend mot større bedring i psykodynamisk institusjonsbehandling (Dinger et al., 2007), mens Puschner et al. (2004) fant at påvirkningen av interpersonlige faktorer på utfallet varierte etter type behandling. De fant at pasienters grad av nærhet (affiliation) bare var signifikant relatert til utfallet i psykodynamisk terapi, mens ingen interpersonlige faktorer var relatert til utfallet i kognitiv atferdsterapi eller psykoanalyse. Dominans var heller ikke relatert til utfallet i noen av behandlingsformene.

Alle disse studiene er gjort i terapidyader med pasienter og individuelle terapeuter. Hvordan vil dette arte seg i gruppeterapisituasjoner? Individuell terapi og gruppeterapi stiller ulike krav til pasienten. Individualterapi, der hele terapeutens fokus er rettet mot den ene pasienten, kan involvere mer intens interpersonlig kontakt og dermed vekke større behov for å ty til interpersonlig trygghetsatferd (Alden & Taylor, 2004). Samtidig kan deltakelse i en gruppe vekke sterk angst hos pasienter med sosial fobi, og dermed aktivere pasientenes vante trygghetsatferd/selvbeskyttende strategier. Utviklingen av en gruppefølelse ("groupness") er dessuten mer komplisert enn utviklingen av en terapeutisk allianse i individualterapi (Wilfley et al., 2000).

I en større studie av psykodynamisk gruppeterapi ved institusjoner i Tyskland, fant man at de pasientene som rapporterte mest interpersonlige problemer ved oppstarten av terapien, viste størst bedring ved avslutningen (Davies-Osterkamp, Strauss, & Schmitz, 1996). Men de fant også at pasienter som hadde en tendens til å være fiendtlige og dominerende, så ut til å ha mindre utbytte av terapien. I en studie av terapi- og støttegrupper ved universiteter i USA, ble det funnet at pasienter som oppgav at de var for dominerende, opplevde gruppen som mindre altruistisk, og mindre i stand til å fremme sosialisering og interpersonlig læring (MacNair-Semands & Lese, 2000). Mot slutten av terapien oppgav de at de opplevde gruppeatmosfæren som unnvikende og anspent. I følge forskerne kan dominante gruppe-medlemmer virke mer truende og mindre emosjonelt sårbare, og dermed faktisk

oppleve færre positive responser fra de andre. Dette kan påvirke deres oppfatning av hvordan gruppen som helhet fungerer. Pasienter som hadde vansker med lite selvhevdelse og overdreven ansvarsfullhet overfor andre, oppfattet derimot gruppen som signifikant mer altruistisk. Men mot slutten av terapien, rapporterte de som beskrev seg selv som overdrevent ansvarsfulle, at de opplevde lite samhold i gruppen. Forskerne peker på at dette kan ha sammenheng med at de kan ha tatt på seg et for stort ansvar med å skape samhold i gruppen, og kan enten ha følt at de mislyktes, eller at andre ikke responderte nok på den overdrevent ansvarlige stilen.

I denne terapeutstudien foregikk mesteparten av behandlingen i grupper. Det var ulikt fokus på gruppen og gruppens betydning i de to behandlingsbetingelsene. I den kognitive behandlingsbetingelsen ble gruppen brukt som et forum for å omforme den personlige modellen, diskutere ulike måter å tolke sosiale hendelser, samt som en øvingsarena for atferdseksperimenter. I den interpersonlige behandlingsbetingelsen ble derimot gruppen sett på som kurativ i seg selv, og gruppeprosesser var regelmessig et tema. Vil denne forskjellen gi seg utslag i resultatene?

## **Forskningsspørsmål**

Funn fra tidligere studier spriker noe når det gjelder relasjonen mellom spesifikke interpersonlige problemer og utfallet av terapi. I denne oppgaven ønsket jeg derfor å undersøke om det var noen sammenheng mellom bestemte interpersonlige vansker og terapiutfallet i de to behandlingsbetingelsene kognitiv terapi (KTi) og interpersonlig terapi (IPTi) i institusjon. På bakgrunn av dette hadde jeg følgende forskningsspørsmål:

1. Endrer subskalaene i IIP-64 seg underveis i terapiforløpet i de to behandlingsgruppene, og i tilfelle hvordan? Temaene i subskalaene Utnyttbar (JK) og Lite selvhevdende (HI) ble direkte fokusert i IPTi, men ikke i KTi. Vil disse påvirkes forskjellig i de to behandlingsgruppene?

2. Er spesifikke interpersonlige vansker relatert til utfallet av terapien?

- a. Predikerer skårer på subskalaene i IIP-64 målt før behandlingsstart utfallet av behandlingen i de to behandlingsbetingelsene?
- b. Predikerer endringer i rapporterte interpersonlige vansker under behandlingen endringer i etterundersøkelsesperioden?



På bakgrunn av at flere tidligere studier har funnet sammenheng mellom fiendtlighet-dominans og dårligere utfall, hadde jeg en hypotese om at høye skårer på denne dimensjonen ville påvirke utfallet negativt.

## Metode

Eksisterende manualer utarbeidet for individuell behandling av sosial fobi (Clark, 1997; Lipsitz et al., 1997, begge ref. i Borge et al., 2008) ble sterk modifisert og tilpasset et behandlingsopplegg med innleggelse i 10 uker ved Modum Bad.

Hovedvekten av behandlingen i begge betingelsene var gruppeterapi. Pasientene fikk fire gruppeterapiøkter per uke (360 minutter), og én time individualterapi (45-50 minutter). Total terapitid var ca 68 timer (ibid.).

I tillegg deltok pasientene i Modum Bads vanlige program, bestående primært av fysisk trening og møter. De reiste vanligvis hjem i helgene. Halvveis i programmet var det en hjemmetreningsuke, og mot slutten av programmet deltok en person nær pasienten (vanligvis ektefelle) i programmet i fem dager.

Sammenlignet med KT, er IPT mindre strukturert, og fokuserer mer direkte på affekt fremfor kognisjoner (ibid.). Imidlertid ligner IPT på KT på hverandre når det gjelder form (varighet, terapeutaktivitet og manualiserte prosedyrer), slik at potensielle utfallsforskjeller mellom terapiene kan tilskrives til forskjellene i spesifikt innhold.

### **Betingelse 1: Kognitiv terapi i institusjon (KTi)**

Behandlingen var delt inn i to faser (ibid.). Pasientene ble først sosialisert inn i den kognitive tilnærmingen til sosial fobi. For hver pasient ble det utarbeidet en individuell versjon av modellen til Clark og Wells, bestående av deres egne tanker, forestillinger, angstsymptomer, trygghetsatferd og oppmerksomhetsstrategier. Det ble deretter demonstrert gjennom øvelser hvordan det å droppe trygghetsatferden og redusere selvfokus fører til angstreduksjon.

Målet var å motivere pasientene til videre utforskning og eksperimentering i angstvekkende sosiale situasjoner. Videofeedback ble også brukt for å korrigere bildet av hvordan de trodde andre så på dem. De ble oppmuntret til å gi slipp på trygghetsatferden og skifte oppmerksomhetsfokus bort fra seg selv til heller å observere andres responser til dem i atferdseksperimentene.

Behandlingen var en kombinasjon av gruppe- og individualterapi. De tre første elementene (den personlige modellen, droppe trygghetsatferd og videofeedback) ble introdusert i individualtimene. Gruppetimene ble brukt som et forum for å videreutvikle og omstrukturere den personlige modellen, diskutere tolkninger av sosiale hendelser, planlegge og diskutere erfaringer fra atferdseksperimentene, samt utføre eksperimenter i gruppesettingen (for eksempel holde et foredrag foran gruppen). Pasientene ble oppmuntret til å bruke det sosiale miljøet for å med hensikt oppføre seg på måter de trodde var uakseptable for andre, og så observere de andres reaksjoner. Et mer nøyaktig sosialt selvbilde ble konstruert ut i fra analyser av videofeedback og reaksjonene fra andre. Før fase to begynte, hadde de en hjemmeuke for å øve seg og eksperimentere i sitt eget miljø.

I fase to ble det fokusert på pasientenes gjenværende maladaptive skjemaer og antagelser knyttet til den sosiale angsten. Fordommer ble brukt som en metafor for hvordan skjemaene fungerer og hvor sterke de er.

### **Betingelse 2: Interpersonlig terapi i institusjon (IPTi)**

Denne behandlingen kan sies å være delt inn i tre faser. I den første fasen, som varte omtrent to uker, formulerte terapeutene symptomene på sosial fobi innenfor en medisinsk modell, med vekt på at symptomene reflekterer en lidelse som pasienten har, og som kan behandles, og ikke sier noe om hvem pasienten er. Dermed ble pasientene invitert til å endre synet på seg selv fra sosialt inkompetente til å se på seg selv som å ha normale sosiale potensialer som er forstyrret av lidelsen.

For hver pasient ble det utviklet et interpersonlig oversiktskart over viktige relasjoner i fortiden og spesielt i nåtiden. Pasientene ble hjulpet til å velge to temaer å arbeide med innen problemområder knyttet til sosial rolleusikkerhet (som f.eks. å hevde ens egne interesser, være åpen om personlige emner, uttrykke sinne og småprate med andre).

I midtfasen tok terapeutene opp usikkerhetstemaer og andre problemområder ved å bruke strategier spesifisert i IPT-manualen utarbeidet av Lipsitz et al. (1997, ref. i Borge et al., 2008). Den interpersonlige modellen til Lipsitz og kollegaer ble utvidet til også å inkludere perspektivet om selvvoppretholdende interaksjonssykluser (Alden & Taylor, 2004). Slik ble pasientene gitt en forståelse av hvordan selvvurderingen henger sammen med egne følelser, fortolkninger og atferd, og hvordan dette påvirker samspillet med andre. I individualtimene ble det brukt kommunikasjonsanalyser av interpersonlige episoder relatert til

rolleusikkerhetstemaene for å klargjøre og forstå interaksjonssyklusene og utvikte en mer hensiktsmessig interpersonlig atferd. Det ble spesielt fokusert på pasientenes følelser og ønsker i dagligdagse situasjoner. Terapeutene oppmuntret pasientene til å tørre å være åpne om personlige temaer, inkludert det å dele den forventede sosiale angsten med andre.

Hver uke var det to prosessgruppemøter som ble brukt til å stimulere utviklingen av gruppestadiene (MacKenzie, 1997, ref. i Borge et al., 2008), d.v.s. engasjement, differensiering, arbeidning og avslutning. Innenfor konteksten av disse stadiene ble pasientene stimulert til å fremvise den fryktede atferden til den nye prososiale rollen, som selfavsløring, motta tilbakemeldinger, og gi tilbakemeldinger på tilbakemeldingene de selv hadde fått. Samtalene skiftet mellom diskusjon av problemområder og metakommunikasjon om gruppeatferden. Oppgaver relatert til problemområder og -temaer ble planlagt og fulgt opp i to ukentlige gruppemøter. For å fremme samhold i gruppen og lette gruppeprosessen, hadde gruppen utendørsaktiviteter, inkludert en gruppetime, hver uke.

I avslutningsfasen ble pasientene oppmuntret til å gi personlige tilbakemeldinger til hver av de andre medlemmene, diskuterer følelser knyttet til avslutningen, vurdere fremgangen de hadde hatt, samt utforske måter å håndtere fremtidige vansker på.

### **Sammenlignende beskrivelse av IPTi og KTi**

Det er stor operasjonell likhet mellom selvbeskyttende atferd i den interpersonlige teorien og trygghetsatferd innenfor det kognitive perspektivet, inkludert hvordan atferden utløser færre positive responser fra andre (Borge et al., 2008). Begge retningene vektlegger også eksponering, i KTi først og fremst gjennom atferdseksperimenter for å teste om de negative antagelsene blir oppfylt, og i IPTi gjennom oppfordringen om å være åpen og risikere nye sosialiseringsmønstre.

Begge de to behandlingsmodellene konseptualiserer de opprettholdende faktorene på delvis overlappende måter, mer de er forskjellige fra hverandre når det gjelder vektleggingen av visse faktorer og hvordan disse kan reverseres. I KTi blir det fokusert på pasientenes oppmerksomhetsstrategier, oppfatninger, forestillinger og trygghetsatferd som er knyttet til den fobiske frykten for å dumme seg ut, og det blir brukt spesifikke øvelser, prosedyrer og oppgaver. Pasientene blir hjulpet til å forstå at de opererer innenfor et lukket system der internt generert informasjon styrker oppfatningen om faren ved negative vurderinger fra andre, og mulighetene for å få avkreftet dette blir neglisjert eller unngått. På den måten skal

pasientene oppdage de negative interaksjonssyklusene, og gjennom videotilbakemeldinger og diskusjoner se hvordan trygghetsatferden kan virke merkelig for andre og føre til negative responser. Gruppeprosessen blir ikke adressert med mindre den virker forstyrrende på bedringsprosessen.

I stedet for å vektlegge fobisk frykt for å dumme seg ut, vektlegger IPTi pasientenes rollesikkerhet i deres mer generelle streben etter tilknytning og autonomi. De maladaptive interaksjonssyklusene blir analysert, slik at pasientene blir hjulpet til å vedkjenne seg og kommunisere sine egne ønsker og følelser i relasjoner til andre, og dermed bli mer åpne, selvhverdende og samarbeidende. Det forventes at empatiske, aksepterende og anerkjennende reaksjoner fra andre naturlig vil forsterke den nye atferden. Fokuset i IPTi blir dermed pasientenes interaktive og nære sosiale oppførsel, samt responsene de mottar. I tillegg diskuteres mulige effekter av en mer prososial atferd på pasientenes selvkonsepter. Negative sosiale kognisjoner blir ikke direkte testet som i KTi, men beskrevet som symptomer på lidelsen som pasientene bør avvise eller ikke handle på. Gruppeprosessen blir ansett som kurativ og regelmessig fokusert på.

## Utvalg

Deltakerne ble valgt ut blant søkerne til behandling ved Modum Bad. Pasienter med symptomer på sosial fobi ble vurdert gjennom bruk av et strukturert klinisk intervju for DSM-IV, Akse 1 lidelser (SCID-I). Inklusjonskriteriene var: (1) DSM-IV kriterier for sosial fobi, (2) både pasienten og terapeuten vurderte sosial fobi som den primære nåværende diagnosen, og pasienten hadde ingen umiddelbare behov for tilleggsbehandling på nåværende tidspunkt, (3) ingen nåværende psykotisk lidelse eller medikamentmisbruk, (4) ingen organisk mental lidelse, (5) villighet til å avstå fra bruk av psykofarmaka, alkohol eller andre stoffer, (6) akseptere tilfeldig plassering i en av gruppene, (7) ingen tidligere behandling med lignende modeller, (8) norske språkferdigheter, (9) alder 18-65 år. Pasientene som møtte disse kriteriene, ble informert om studien, og ga skriftlig informert samtykke.

Personlighetsforstyrrelser ble ikke vurdert som en eksklusjonsgrunn. Al medikasjon ble gradvis seponert før eller i løpet av den første uka i behandling. Deltakerne ble testet med urinprøve eller blodprøve ved mistanke underveis i behandlingen for å sikre at de ikke brukte medisiner, alkohol eller andre stimulanter. Fire pasienter klarte ikke å stoppe med medisiner, og avsluttet behandlingen. For å minimalisere påvirkning på tvers av behandlingsgruppene,

fant behandlingen sted samtidig ved to forskjellige avdelinger ved sykehuset, og pasientene ble bedt om å ikke diskutere behandlingen på tvers av gruppene.

Utvalget besto av 80 pasienter: 41 kvinner (51,25 %) og 39 (48,75 %) menn. Gjennomsnittsalderen var 37,5 år (SD = 11,4). Gjennomsnittelig varighet for sosial fobi var 19,7 år (SD = 12,3). 32 pasienter (39 %) var gift eller samboere, 11 (14 %) var skilt eller enker/enkemenn. 29 (36 %) hadde arbeidet i minst halvtidsstilling de siste 6 mnd, 45 (56 %) mottok sykepenger eller uføretrygd p.g.a. den psykiske lidelsen, 6 (8 %) var enten arbeidsløse eller under utdanning. 64 (80 %) hadde tidligere mottatt psykiatrisk behandling. 69 (86 %) oppfylte kriteriene for den generaliserte subtypen av sosial fobi. Antall pasienter med Akse I komorbiditet (livstids) var 73 (91 %). De vanligste komorbide lidelsene var alvorlig depresjon i løpet av livet (n = 57, 71 %), medikamentrelaterte lidelser (n = 16, 20 %, alle i delvis eller full remisjon), panikkangst med eller uten agorafobi (n = 14, 18 %), og kroppsdysmorfofobi (n = 13, 16 %). Når det gjaldt Akse II, oppfylte 48 (60 %) pasienter kriteriene for personlighetsforstyrrelse, den vanligste var unnvikende personlighetsforstyrrelse (n = 44, 55 %), etterfulgt av paranoid (n = 9, 11 %), tvangspreget (n = 7, 9 %), borderline (n = 6, 8 %) og avhengig (n = 3, 4 %).

Elleve (14 %) pasienter fullførte ikke behandlingen, 8 (20 %) i KTi-betingelsen, og 3 (8 %) i IPTi-betingelsen. Forskjellen i dropout var ikke signifikant. Pasientene i de to behandlingsgruppene var ikke forskjellige m.h.t. de overnevnte kriteriene.

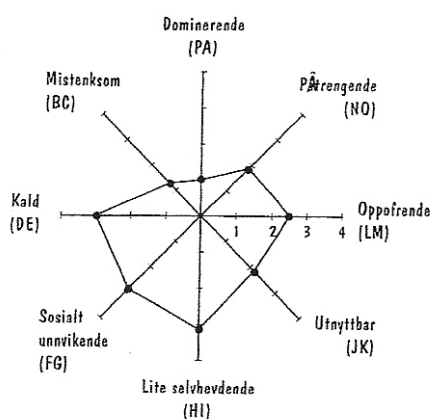
## Måleinstrumenter

### *Inventory of interpersonal problems (IIP)*

Inventory of interpersonal problems (IIP) ble utviklet på 1980-tallet som et klinisk instrument for å måle opplevde mellommenneskelige problemer (Horowitz et al., 1988). Den bestod av 127 utsagn som korresponderte med de vanligste problemene som pasienter presenterer i et inntaksintervju. Utsagnene var delt inn i ”ting man hadde vanskelig for” og ”ting man gjorde for mye av”. Senere har det blitt utviklet en kortversjon bestående av 64 utsagn (Alden, Wiggins & Pincus, 1990), kalt Inventory of interpersonal problems – circumplex (IIP-64-C).

Utgangspunktet i den interpersonlige circumplex er at sosial interaksjon kan beskrives langs to dimensjoner, der den ene er å *komme frem* og den andre er å *komme overens* (”getting ahead and getting along”) (Pedersen, 2002). Den første dimensjonen kan også beskrives som dominansdimensjonen, og går fra å være dominant og ambisiøs, til å være lat og underdanig.

Den andre, omsorgsdimensjonen, går fra kald og kranglevoren til varm og omgjengelig (ibid.). Disse dimensjonene kan settes ortogonalt, med dominansdimensjonen vertikalt og omsorgsdimensjonen horisontalt. Mellom disse er det i tillegg fire poler, slik at det dannes en sirkulær åttekantet modell for interpersonlig stil. Figur 1 viser et eksempel på en problemprofil.



Hentet fra Pedersen, 2002.

Figur 1. Eksempel på problemprofil i IIP-64.

IIP-64 fokuserer på subjektive opplevelser av mellommenneskelige problemer heller enn typiske væremåter (ibid.). Test-takerne angir graden av opplevde problemer på en skala fra null (ikke i det hele tatt) til fire (veldig). Hver av de åtte problemområdene (skalaene) er representert ved åtte utsagn, og ved utregning anvendes gjennomsnittet av utsagnene for hver skala. I tillegg til skårene på de enkelte skalaene, regnes det ut en totalskåre som er gjennomsnittet av alle de 64 utsagnene. Denne tolkes som en indeks på graden av generelt opplevde mellommenneskelige problemer. Se tabell 1 for beskrivelse av skalaene.

IIP-64 brukes i en rekke sammenhenger, for eksempel som evalueringsinstrument før behandling og som mål på endring etter behandling (ibid.).

Hvor valid er IIP-64 som måleinstrument? I følge Pedersen er instrumentet lite psykometrisk testet. Pedersen fant klare psykometriske svakheter ved IIP-64 for et utvalg av norske pasienter med personlighetsforstyrrelse. Korrelasjonsanalyser mellom utsagnene i hver skala viste svakheter (lave inter-item korrelasjoner) ved alle skalaene unntatt for Sosialt unnvikende (FG) og Lite selvhevdende (HI). Det var også en tendens til ugunstig høye korrelasjoner mellom skalaene i den nedre delen av sirkelen. Men empiriske studier har

demonstrert at IIP-64 er et valid måleinstrument for å predikere terapeutiske prosess- og utfallsvariabler (Ruiz et al., 2004). Studier har vist at måleinstrumentet er sensitivt for klinisk bedring i korttids psykodynamisk terapi (Horowitz et al., 1988) og kognitiv terapi (Vittengl, Clark, & Jarrett, 2003). En naturalistisk setting med terapeuter med ulik teoretisk tilnærming og pasienter med ulike problemer, viste mer blandede resultater for validiteten av IIP-64 for prediksjon av utfall (Ruiz et al., 2004). I denne studien var bare grad av generelle interpersonlige problemer signifikant relatert til utfallet av terapi.

Den norske versjonen av IIP-64 har også vist seg å ha akseptabel reliabilitet (Monsen et al., 2006). Skalaene DE, FG, HI og JK viste høyest reliabilitet, og skalaene NO og PA lavest. Dette er konsistent med den opprinnelige versjonen (Alden et al., 1990).

Skala	Beskrivelse	Eksempel på utsagn
<b>Dominerende</b> (Domineering, PA)	Problemer relatert til å skulle kontrollere, manipulere, være aggressiv mot eller forsøke å endre andre.	«Jeg prøver for sterkt å manipulere andre mennesker»
<b>Mistenksom</b> (Vindictive, BC)	Problemer med mistenksomhet og hevnjerrighet, å stole på andre og manglende evne til å bry seg om andres behov og lykke.	«Det er vanskelig for meg å la en annens behov komme foran mitt eget»
<b>Kald</b> (Cold, DE)	Problemer med evnen til å uttrykke varme følelser og føle kjærlighet overfor en annen person, vanskeligheter med å forplikte seg overfor en annen over lang tid og være generøs mot, komme overens med og tilgi andre.	«Det er vanskelig for meg å føle nærhet til andre»
<b>Sosialt unnvikende</b> (Socially avoidant, FG)	Føler seg engstelig og forlegen i andres nærvær og har vanskeligheter med å ta initiativ til sosial samhandling, uttrykke følelser og sosialisere med andre.	«Det er vanskelig for meg å presentere meg for nye mennesker»
<b>Lite selvhevdende</b> (Non-assertive, HI)	Vanskeligheter med å gjøre sine behov kjent for andre, utilpass i autoritetsroller og liten evne til å være fast og selvhevdende overfor andre.	«Det er vanskelig for meg å være bestemt når jeg trenger å være det»
<b>Unyttbar</b> (Exploitable, JK)	Vanskeligheter med å føle og uttrykke sinne av frykt for å fornærme andre. Andre drar fordel av en.	«Det er vanskelig for meg å si 'Nei' til andre mennesker»
<b>Oppofrende</b> (Overly nurturant, LM)	Prøver å tilfredsstille andre i for stor grad og er for generøs, tillitsfull, omsorgsfull og tillatende.	«Jeg prøver for sterkt å takkes andre mennesker»
<b>Påtrengende</b> (Intrusive, NO)	For selvpoptatt, oppmerksomhetskrevene og vanskeligheter med å tilbringe tid alene.	«Jeg ønsker for mye å bli lagt merke til»

Hentet fra Geir A. Pedersen, 2002.

Tabell 1. Beskrivelse av skalaene i IIP-C.

### *Mål på endring i sosial fobi*

The Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel, Dancu, & Stanley, 1989), er et selvrapporteringskjema som måler kognitive, somatiske og atferdsmessige dimensjoner av sosial frykt. Pasientene besvarer utsagn om spesifikke somatiske symptomer, kognisjoner og atferd i en rekke potensielt angstprovoserende situasjoner på en Likert-skala fra 1 (aldri) til 7 (alltid). Måleinstrumentet består av subskalaer for agorafobi (SPAI AG) og sosial fobi (SPAI SP). Totalskåren for SPAI er differensen mellom de to subskalaene (SP-AG). Hensikten med



dette er å kontrollere for symptomer på sosial angst som egentlig er en del av et større bilde av agorafobi.

Empiriske studier har vist at SPAI har god sensitivitet for behandling i kognitiv atferdsmessig gruppeterapi (Cox et al., 1998), og er bedre på å skille mellom sosial fobi og panikkangst med og uten agorafobi enn Social Phobia Scale (SPS) og Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) (Peters, 2000).

The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Brown, DiNardo, & Barlow, 1994, ref. i Borge et al., 2008) er et semistrukturert intervju utviklet for å stille reliable diagnoser for angst, somatoforme lidelse, stemningslidelser og medikamentmisbruk, og for å screene for tilstedeværelsen av andre lidelser (Brown et al., 2001). ADIS har subskalaer for frykt og unnvikelse i forskjellige sosiale situasjoner, intensiteten i panikkangstsymptomer i de mest problematiske sosiale situasjonene, den sosiale angstens innvirkning på livet, og ubehag p.g.a. den sosiale angsten (Borge et al., 2008). Interrater-reliabiliteten for sosial fobi-modulen har vist seg å være tilfredsstillende (Brown et al., 2001). I denne oppgaven har jeg brukt subskalaen for frykt og unnvikelse (ADIS FU).

SPAI og IIP-64 ble utfylt ved forvern (T0), ved innleggelse (T1), midtveis i behandlingen (T2), ved behandlingsslutt (T3) samt etter ett år (T4). ADIS-intervjuene ble gjennomført ved innleggelse (T1), ved behandlingsslutt (T3) og etter ett år (T4).

## Statistikk

Skårer ble regnet ut for hver av de fire polene på de to dimensjonene, som beskrevet i Hoffart et al. (2006).

Dominans (Dominance) = dominerende + (0,707) \* (påtrengende + mistenksom)

Underkastelse (Submissive) = lite selvhverdende + (0,707) \* (sosialt unnvikende + utnyttbar)

Omsorg (Nurturance) = oppofrende + (0,707) \* (påtrengende + utnyttbar)

Fiendtlighet (Hostility) = kald + (0,707) \* (mistenksom + sosialt unnvikende)

Bakgrunnen for å gjøre dette i stedet for å se på hver av de åtte subskalaene separat, var å redusere antallet tester og muligheten for Type 1 feil ("experimentwise error"). Det ble regnet ut separate skårer fra data fra inntaket (T1), og data fra avslutning/utskrivning (T3). Disse skårene ble brukt i regresjonsanalysene.

I det opprinnelige datamaterialet med 80 forsøkspersoner, forelå det en del missing data. Der data manglet, var disse erstattet med data fra forrige måling (last observation carried forward procedure). I denne oppgaven valgte jeg derimot å ekskludere de som hadde mangelfulle data (dropouts; N=11), og satt da igjen med 69 personer (KTi: N = 32 og IPTi: N = 37). Det er vanskelig å erstatte manglende data på en reliabel måte, og i denne prediksjonsstudien ble det vurdert som best å bruke reelle skårer. Independent-samples t-tester viste ingen signifikante forskjeller i interpersonlige problemer mellom de som fullførte testene og de som ikke gjorde det. Paired-samples t-tester av ADIS (frykt og unnvikelse; FU) og SPAI i hver betingelse både med og uten dropouts (N=80 og N=69) viste ingen signifikante forskjeller mellom utvalgene.

### *Statistiske analyser*

Deskriptive analyser (t-tester) av IIP-64-skalaene ved alle måletidspunktene (T1-T4) ble foretatt for hver gruppebetingelse. Mixed between-within subjects analysis of variance/split-plot ANOVA-design (SPANOVA) ble utført for å undersøke endringer i IIP-64-skårer ved de fire måletidspunktene (hovedeffekt av tid), sammenligne de to behandlingsformene for å se om det var ulike endringer på subskalaene til IIP-64 (hovedeffekt av gruppebetingelse), og for å undersøke om endringer på IIP-64 over tid var forskjellig i de to gruppene (interaksjonseffekt). Videre ble det gjennomført t-tester mellom gruppene for alle måletidspunktene for å undersøke om skalaene endret seg forskjellig fra hverandre underveis. Paired-samples t-tester ble foretatt for å se om det var signifikante forskjeller i skårene på ADIS (FU) og SPAI fra T1 til T3 og fra T3 til T4 i hver behandlingsbetingelse.

Lineære hierarkiske regresjonsanalyser ble utført for å undersøke om skårene på IIP-64 predikerte utfallet av behandlingen. Skårer på henholdsvis ADIS (FU) og SPAI ved avslutning (T3) og ett år etter (T4), ble brukt som avhengige variabler. Separate analyser ble kjørt for hver utfallsvariabel, og for hver IIP-pol. For å undersøke umiddelbart utfall (ved T3), ble skårene på henholdsvis SPAI og ADIS (FU) ved T1 samt hver av IIP-polene ved T1 satt inn i første steg, og betingelse og interaksjonsledd satt inn i andre steg. For å undersøke langtidsutfallet, undersøkte jeg først om de fire IIP-polene målt ved T1 predikerte langtidsutfallet gjennom den samme prosedyren, men nå med utfallet målt ved T4 som avhengig variabel. Deretter undersøkte jeg om endring underveis i terapiprosessen predikerte langtidsutfallet, ved å sette inn SPAI eller ADIS (FU) målt ved T3, og hver IIP-pol målt ved

både T1 og T3 i første steg, og i andre steg betingelse samt interaksjonsledd med hver IIP-pol målt både ved T1 og ved T3.

## **Resultater**

Tabell 2 viser fordelingen av skårene på IIP-64 ved behandlingsstart, midtveis, ved avslutning og etter ett år. Ikke overraskende skårer utvalget høyest på skalaene Sosialt unnvikende (FG), Lite selvhverdende (HI), Utnyttbar (JK) og Oppofrende (LM) ved behandlingsstart. Skalaen Dominerende (PA) har den laveste skåren.

IIP-64 skala		Behandlingsstart		Midtveis		Avslutning		Ett år etter		Eta <sup>2a</sup>	Eta <sup>2b</sup>
		Gj.snitt	SD	Gj. snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	T1-T3	T3-T4
Dominerende (PA)	KTi	0.89	0.65	0.76	0.53	0.77	0.65	0.71	0.54	0.08	0.01
	IPTi	0.84	0.69	0.89	0.67	0.82	0.63	0.57	0.59	0.00	0.20**
Mistenksom (BC)	KTi	1.19	0.65	0.98	0.60	0.92	0.61	0.82	0.60	0.19**	0.04
	IPTi	1.18	0.64	1.13	0.69	1.12	0.73	0.76	0.60	0.01	0.35*
Kald (DE)	KTi	1.88	0.83	1.66	0.73	1.49	0.87	1.21	0.76	0.36*	0.14**
	IPTi	1.72	0.78	1.70	0.93	1.60	0.81	1.20	0.70	0.05	0.24**
Sosialt unnvikende (FG)	KTi	2.83	0.62	2.45	0.69	2.31	0.79	1.95	0.85	0.30*	0.24**
	IPTi	2.68	0.68	2.40	0.87	2.17	0.90	1.87	0.91	0.37*	0.14**
Lite selvhevdende (HI)	KTi	2.67	0.81	2.56	0.86	2.46	0.70	1.97	0.78	0.06	0.33*
	IPTi	2.59	0.72	2.37	0.90	2.23	0.86	2.04	1.00	0.24**	0.06
Utnyttbar (JK)	KTi	2.54	0.80	2.39	0.90	2.21	0.78	1.80	0.67	0.18**	0.24**
	IPTi	2.37	0.70	2.18	0.83	2.05	0.83	1.84	0.85	0.24**	0.11**
Oppofrende (LM)	KTi	2.11	0.75	1.96	0.87	1.73	0.72	1.43	0.61	0.20**	0.21**
	IPTi	1.92	0.65	1.89	0.76	1.73	0.70	1.40	0.79	0.11**	0.24**
Påtrengende (NO)	KTi	1.09	0.59	1.05	0.59	0.98	0.56	0.77	0.52	0.07	0.22**
	IPTi	1.06	0.61	1.09	0.64	1.03	0.73	0.81	0.65	0.00	0.19**

Tabell 2. Gjennomsnittelige skårer på IIP-64 i hver betingelse (N = 69).

a Effektstørrelser av endringen fra behandlingsstart (T1) til avslutning (T3)

b Effektstørrelser av endringer fra avslutning (T3) til etterundersøkelsen (T4)

\*  $p < 0.001$

\*\*  $p < 0.05$

### Endringer på subskalaene til IIP-64 over tid:

Split-plot ANOVA-analyser av skalaene fra T1 til T4 viste signifikante hovedeffekter av tid for samtlige skalaer (Tabell 3). Det var ingen hovedeffekt av behandling, og heller ingen

signifikante interaksjonseffekter med behandlingsbetingelse, men en tendens til interaksjons for Dominerende ( $p = 0,072$ ). Alle effektstørrelsene viste store effekter (jmf. Cohen 1988, ref. i Pallant, 2005).

IIP-64 skala	Wilks` Lambda	Eta <sup>2</sup>
Dominerende (PA)	0,817	0,18**
Mistenksom (BC)	0,625	0,38*
Kald (DE)	0,584	0,25*
Sosialt unnvikende (FG)	0,483	0,52*
Lite selvhevdende (HI)	0,659	0,34*
Utnyttbar (JK)	0,591	0,41*
Oppofrende (LM)	0,525	0,48*
Påtrengende (NO)	0,622	0,38*

Tabell 3. Hovedeffekt av tid fra T1 til T4 for subskalaene i IIP-64

\* $p < 0,001$

\*\*  $p < 0,05$

Det var altså en signifikant endring over tid for alle skalaene. Men hvordan var endringsmønsteret over tid? For å se på dette, gjennomførte jeg t-tester mellom de enkelte tidspunkter i hele utvalget: fra behandlingsstart til midtveis, fra midtveis til avslutning, og fra avslutning til ett år etter. Resultatene vises i Tabell 4.

IIP-64 skala	T1-T2	T2-T3	T3-T4
	Eta <sup>2</sup>	Eta <sup>2</sup>	Eta <sup>2</sup>
Dominerende (PA)	0,01	0,01	0,08**
Mistenksom (BC)	0,07**	0,00	0,19*
Kald (DE)	0,04	0,05	0,19*
Sosialt unnvikende (FG)	0,23*	0,10**	0,18*
Lite selvhevdende (HI)	0,05	0,05	0,16*
Utnyttbar (JK)	0,08**	0,08**	0,17*
Oppofrende (LM)	0,02	0,10**	0,22*
Påtrengende (NO)	0,00	0,03	0,20*

Tabell 4. Effektstørrelser over tid for subskalaene i IIP-64.

\* $p < 0,001$

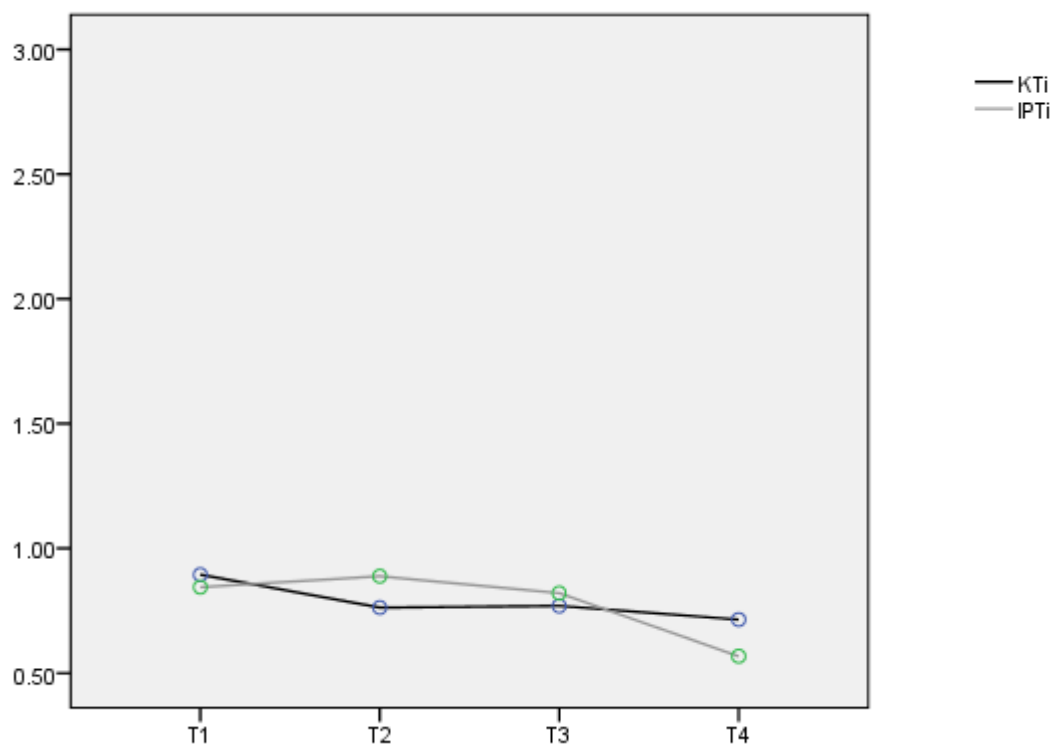
\*\* $p < 0,05$

Som det fremgår av tabellen, var det en signifikant reduksjon for alle skalaene fra avslutning til ett år etter. Skalaene Kald (DE) og Lite selvhevdende (HI) viste ikke-signifiante tendenser

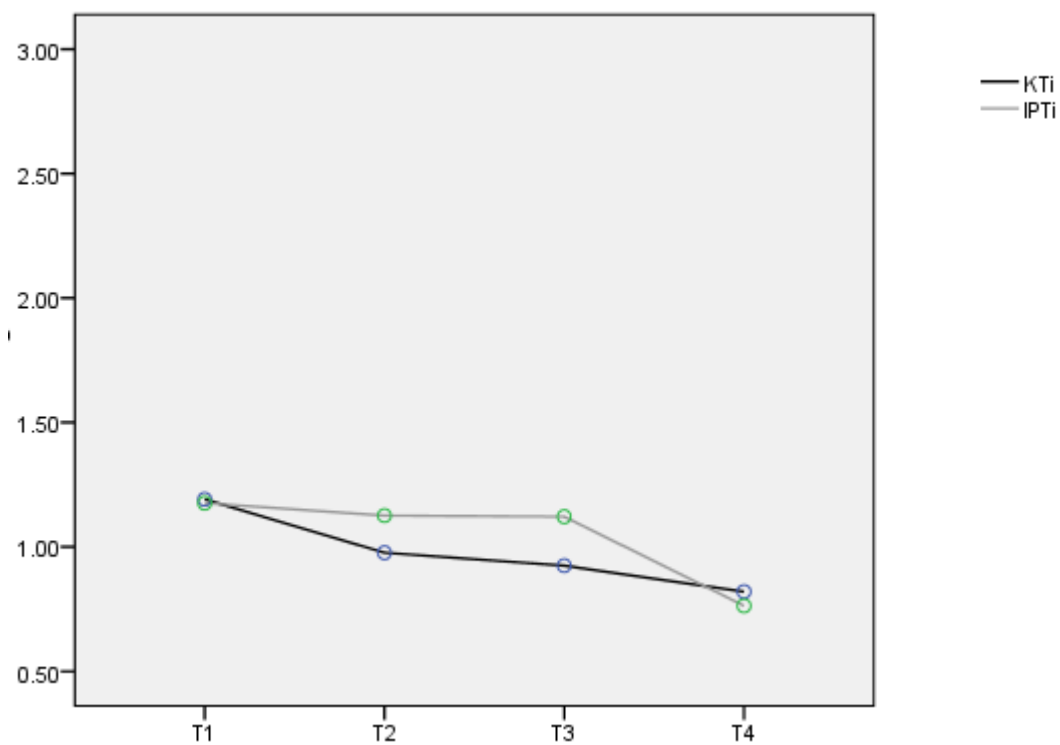
til endring fra T1 til T2 (Kald:  $t = 1,77$ ,  $p = 0,081$ ; Lite selvhevdende:  $t = 1,81$ ,  $p = 0,075$ ) og fra T2 til T3 (Kald:  $t = 1,97$ ,  $p = 0,053$ ; Lite selvhevdende:  $t = 1,87$ ,  $p = 0,065$ ). Skalaene Dominerende (PA) og Påtrengende (NO) viste ingen signifikante endringer fra terapistart til avslutning.

Selv om det var en hovedeffekt av tid i begge behandlingsbetingelsene, kunne det tenkes endringsmønsteret i de to gruppene var forskjellig. For å undersøke dette, gjennomførte jeg t-tester for alle subskalaene mellom gruppene ved behandlingsstart, midtveis, ved avslutning og ett år etter behandlingen. Analysene viste ingen signifikante forskjeller mellom behandlingsbetingelsene når det gjaldt gjennomsnittsskårene på noen av subskalaene ved noen av måletidspunktene.

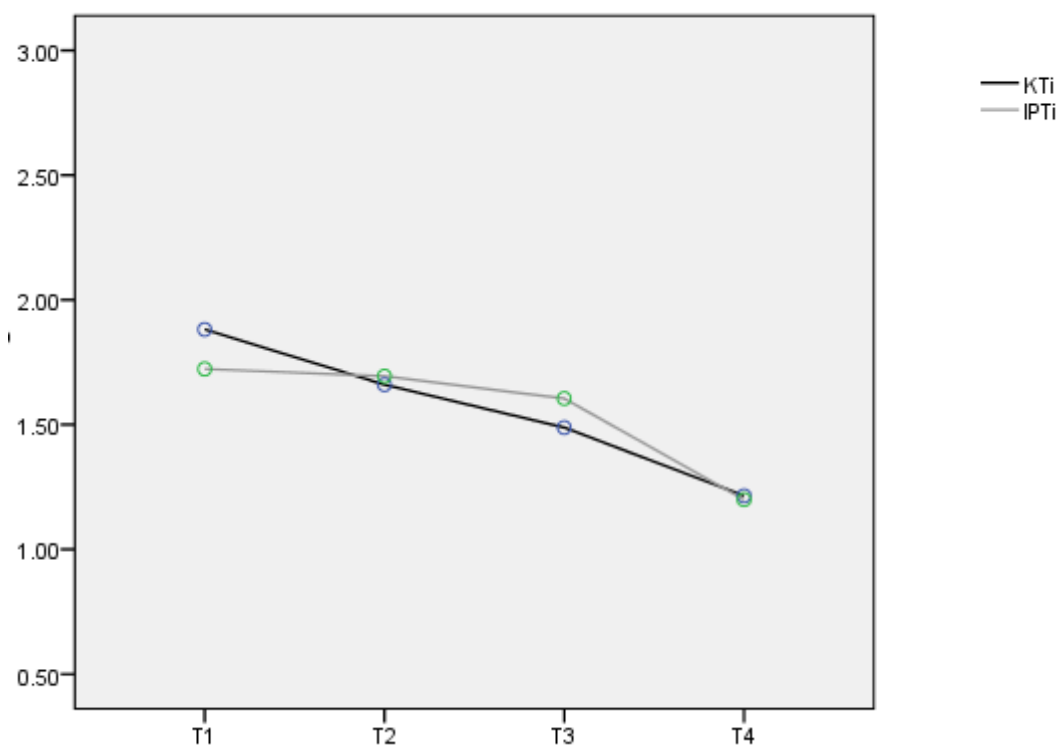
Figur 2-9 viser endringer i subskalaene over tid.



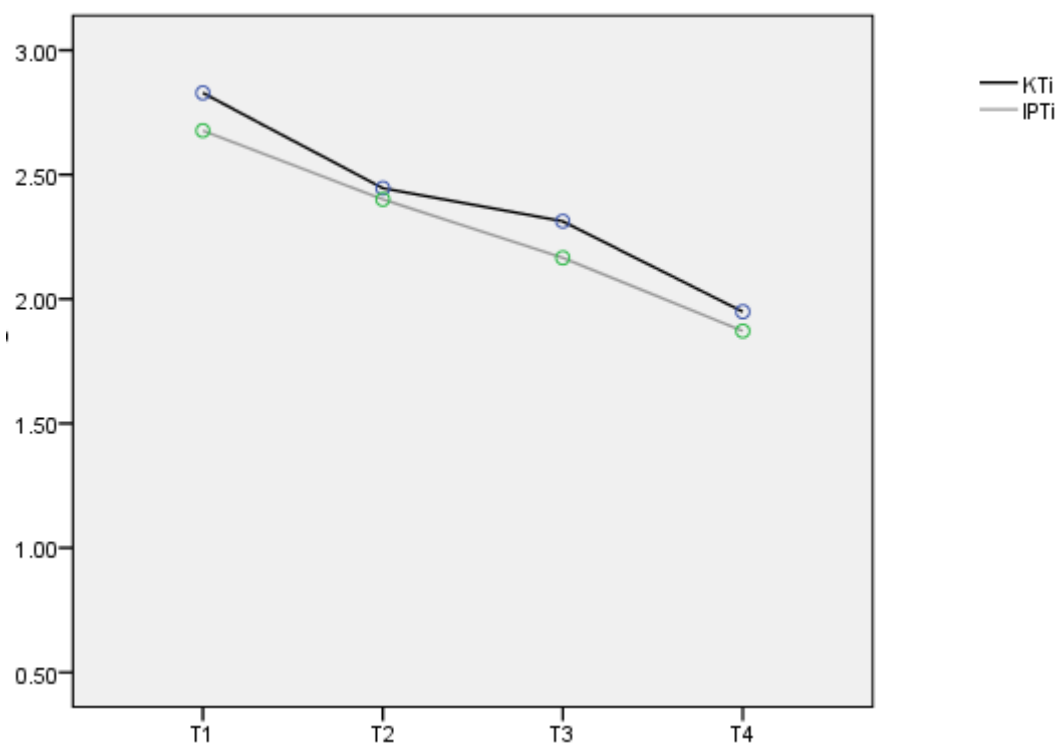
Figur 2. Grafisk fremstilling av endring i Dominerende (PA) over tid i de to behandlingsgruppene.



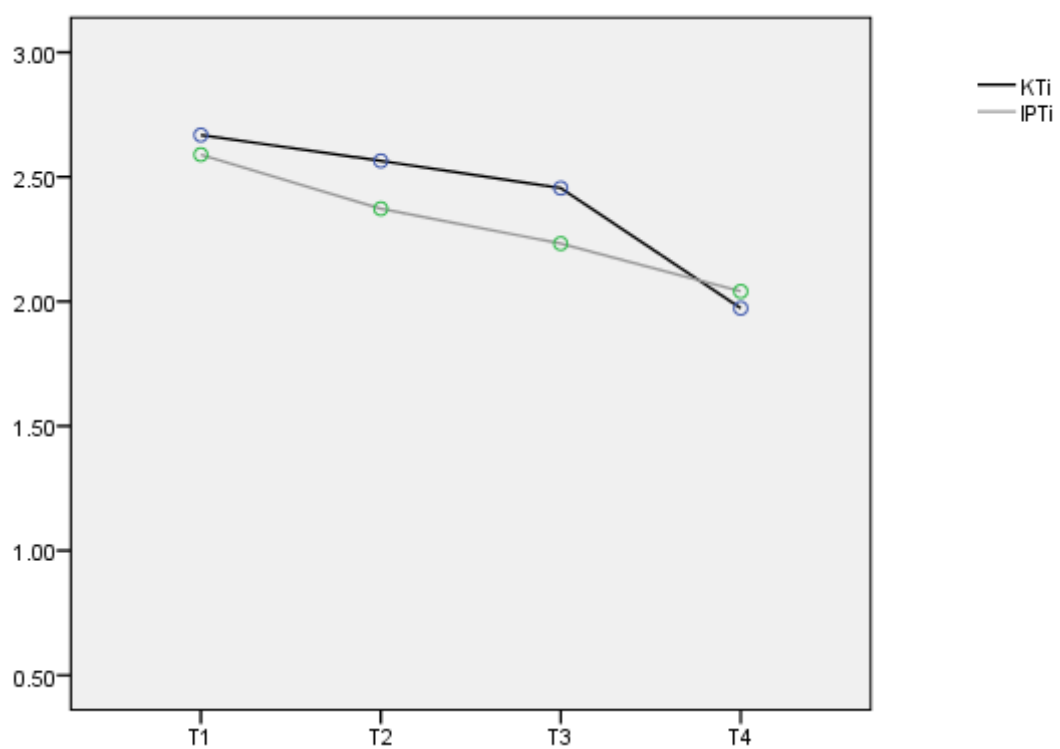
Figur 3. Grafisk fremstilling av endring i Mistenksom (BC) over tid i de to behandlingsgruppene.



Figur 4. Grafisk fremstilling av endring i Kald (DE) over tid i hver behandlingsgruppe.

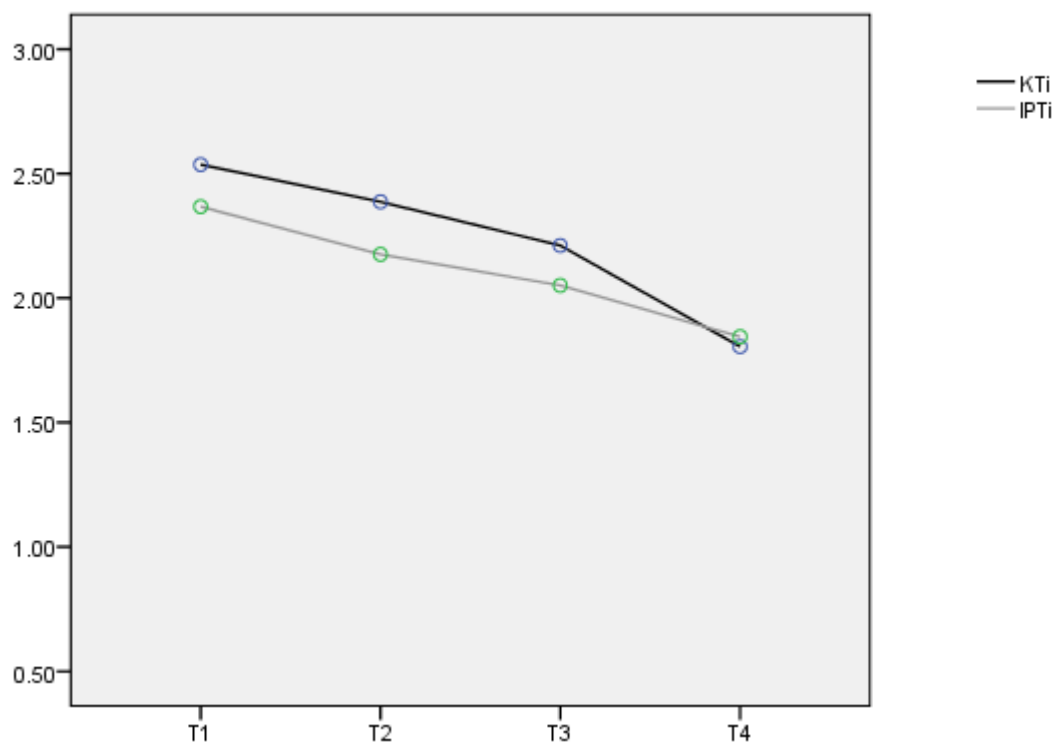


Figur 5. Grafisk fremstilling av endring i Sosialt unnvikende (FG) over tid.

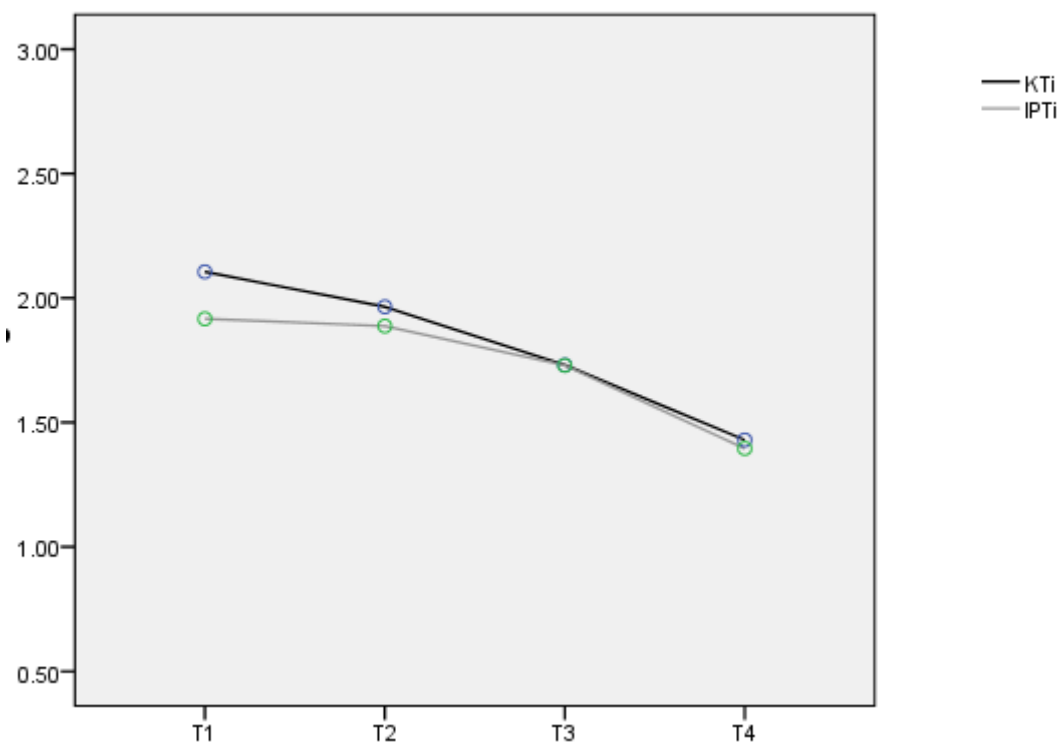


Figur 6. Grafisk fremstilling av endring i Lite selvhevdende (HI) over tid i hver behandlingsbetingelse.

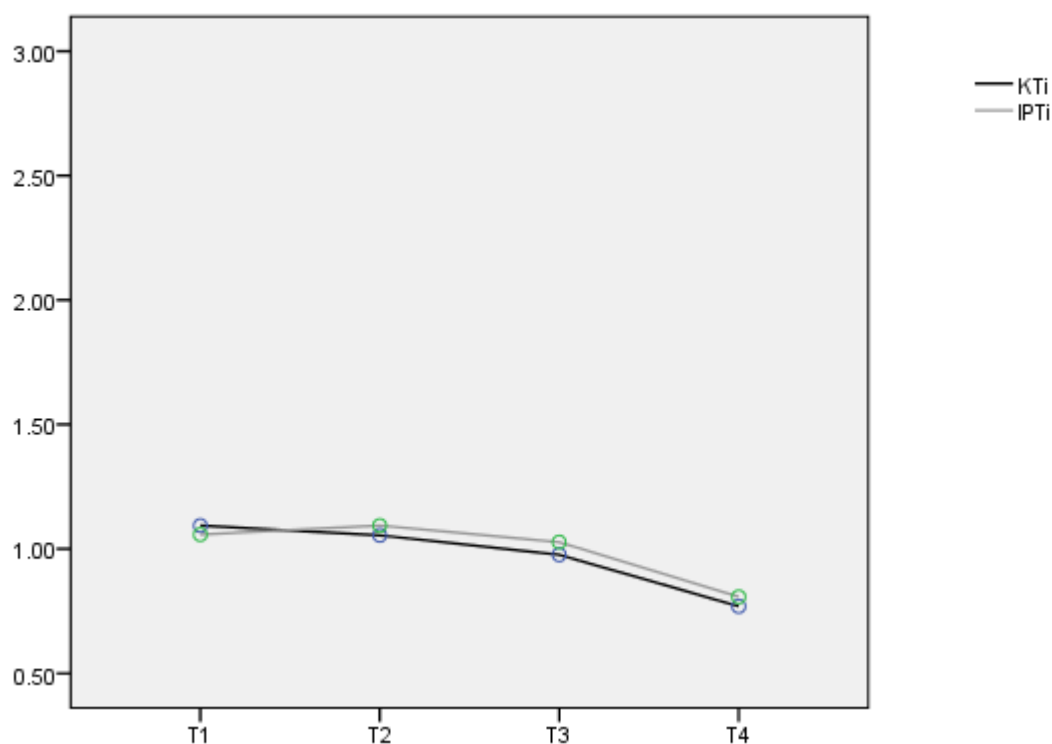




Figur 7. Endring i Utnyttbar (JK) over tid.



Figur 8. Endring i Oppofrende (LM) over tid i hver betingelse.



Figur 9. Grafisk fremstilling av endring i Pålengende (NO) over tid i de to behandlingsgruppene.

### Endring i angstnivå over tid

Paired-samples t-tester for SPAI og ADIS (FU) viste at det var signifikant reduksjon i rapportert angst i begge behandlingsbetingelsene: I KTi-betingelsen: SPAI T1-T3;  $t(31) = 4,22$ ,  $p = 0,0005$ , SPAI T3-T4;  $t(31) = 2,86$ ,  $p = 0,007$ , ADIS (FU) T1-T3;  $t(31) = 5,78$ ,  $p = 0,0005$ . ADIS (FU) T3-T4 var ikke signifikant [ $t(31) = 1,53$ ,  $p = 0,136$ ]. I IPTi-betingelsen var alle målene signifikante: SPAI T1-T3;  $t(36) = 5,56$ ,  $p = 0,0005$ , SPAI T3-T4;  $t(36) = 2,80$ ,  $p = 0,008$ , ADIS (FU) T1-T3;  $t(36) = 5,06$ ,  $p = 0,0005$  og ADIS (FU) T3-T4;  $t(36) = 2,40$ ,  $p = 0,022$ .

## **Sammenhengen mellom skårene på IIP-64 og utfallet av terapien, målt ved ADIS (FU) og SPAI:**

### *Fiendtlighet*

Hierarkiske regresjonsanalyser viste at fra innskrivning (T1) til avslutning (T3), var det en signifikant hovedeffekt for angst målt ved SPAI: høye skårer på Fiendtlighet ved T1 korrelerte med høye skårer på SPAI ved avslutning av terapien (T3) [ $t = 2,33$ ,  $p = 0,023$ ,  $B = 5,83$ ,  $SE = 2,50$ ,  $\beta = 0,25$ ,]. Effekten var imidlertid visket ut ved etterundersøkelsen (T4).

For ADIS (FU) var det ingen signifikant hovedeffekt av Fiendtlighet fra T1 til T3, men en signifikant interaksjonseffekt med Fiendtlighet ved T1 x Betingelse [ $t = 2,05$ ,  $p = 0,045$ ,  $B = 0,39$ ,  $SE = 0,19$ ,  $\beta = 0,89$ ]. Da jeg foretok analysen på nytt med hver betingelse for seg, fant jeg en signifikant effekt av Fiendtlighet målt ved T1 for ADIS (FU) ved T3 (høye skårer på Fiendtlighet predikerte høye skårer på ADIS (FU)) i IPTi-betingelsen [ $t = 2,71$ ,  $p = 0,01$ ,  $B = 0,36$ ,  $SE = 0,13$ ,  $\beta = 0,36$ ], mens ingen signifikant effekt i KTi-betingelsen. Det var ingen signifikant effekt av Fiendtlighet målt ved T1 på endring i angstnivå ved oppfølgingen ett år etter (T4).

Neste steg var å se om endringer i Fiendtlighet i løpet av terapien predikerte endring i perioden fra avslutning til ett års etterundersøkelse. Resultatene viste at det ikke var noen signifikante effekter av Fiendtlighet målt ved T3 på rapportert angstnivå ett år etter (T4).

### *Omsorg*

Det var ingen signifikante prediktive effekter av Omsorg målt ved T1 for skårene på ADIS (FU) eller SPAI ved T3. Derimot viste det seg at for utfallet målt ved T4, var det en statistisk signifikant interaksjonseffekt for Omsorg ved T1 x Betingelse for skårene på begge utfallsmålene, men ingen signifikant hovedeffekt av Omsorg: SPAI [ $t = 1,91$ ,  $p = 0,061$ ,  $B = 8,54$ ,  $SE = 4,49$ ,  $\beta = 0,66$ ] og ADIS (FU) [ $t = 2,47$ ,  $p = 0,016$ ,  $B = 0,54$ ,  $SE = 0,22$ ,  $\beta = 1,13$ ]. Da analysene ble kjørt på nytt for hver betingelse, fant jeg en signifikant effekt i KTi-betingelsen: SPAI [ $t = -2,88$ ,  $p = 0,007$ ,  $B = -10,19$ ,  $SE = 3,54$ ,  $\beta = -0,42$ ] og ADIS (FU) [ $t = -3,26$ ,  $p = 0,003$ ,  $B = -0,44$ ,  $SE = 0,14$ ,  $\beta = -0,45$ ], men ingen effekt i IPTi-betingelsen. Høye skårer på Omsorg ved T1 så dermed ut til å predikere lavere skårer på SPAI og ADIS (FU) etter ett år i KTi-betingelsen, men ikke i IPTi-betingelsen.

Hvordan var forholdet mellom endringer i Omsorg underveis i terapien og angstnivået målt ved oppfølgingen? Det var ingen signifikante effekter, men det var en *tendens* når det gjaldt skårene på ADIS (FU): Høyere skårer på Omsorg målt ved avslutning viste en tendens mot høyere skårer på ADIS (FU) ett år etter [ $t = 1,84$ ,  $p = 0,071$ ,  $B = 0,25$ ,  $SE = 0,14$ ,  $\beta = 0,26$ ]. Dette er overraskende, da dette viser motsatt relasjon sammenlignet med resultatene over. Imidlertid var ikke sammenhengen signifikant, og må derfor behandles med stor varsomhet.

### *Underkastelse*

Når det gjaldt Underkastelse målt ved terapistart, var det ingen signifikant hovedeffekt for utfallet ved T3, men derimot en signifikant interaksjonseffekt for Underkastelse ved T1 x Betingelse [ $t = 2,15$ ,  $p = 0,035$ ,  $B = 10,31$ ,  $SE = 4,80$ ,  $\beta = 1,18$ ] målt ved SPAI (men ikke ADIS). Separate analyser for hver betingelse viste ingen signifikant effekt i KTi, men en signifikant predikert effekt i IPTi [ $t = 2,64$ ,  $p = 0,012$ ,  $B = 9,25$ ,  $SE = 3,50$ ,  $\beta = 0,44$ ]. Høye skårer på Underkastelse målt ved terapistart korrelerte med høye skårer på SPAI ved avslutning i IPTi. Effekten var imidlertid visket ut ved oppfølgingsundersøkelsen. Endringer i Underkastelsesskårene underveis i terapiforløpet predikerte heller ikke utfallet ved oppfølgingsundersøkelsen.

For Dominans var det ingen signifikante funn ved noen av måletidspunktene.

## **Diskusjon**

Formålet med denne oppgaven var for det første å se om det var endringer på subskalaene i IIP-64 over tid, og om endringene eventuelt var forskjellige i de to behandlingsgruppene. Det andre formålet var å undersøke betydningen av interpersonlige faktorer for utfallet av terapi for sosial fobi.

### *Endringer i interpersonlige problemer*

Resultatene viste som forventet at ved behandlingsstart, hadde utvalget høye skårer på subskalaene Sosialt unnvikende (FG), Lite selvhverdende (HI), Utnyttbar (JK) og Oppofrende (LM). Temaene i disse skalaene dreier seg blant annet om vanskeligheter med sosialisering

med andre, uttrykke egne følelser og behov, samt sette grenser for seg selv. Dette er temaer som går igjen hos mange med sosial fobi. Utvalget skåret lavt på skalaen Dominerende (PA).

Jeg hadde en hypotese om at det ville være en forskjell mellom behandlingsbetingelsene når det gjaldt subskalaene Utnyttbar (JK) og Lite selvhevdende (HI), siden problemer knyttet til utnyttbarhet og lite selvhevdelse i følge terapimanualen ble mer direkte adressert. Dette slo ikke til. Det var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, men en signifikant nedgang over tid, uavhengig av behandlingsbetingelse.

Med unntak av Dominerende og Påtrengende, var alle problemområdene redusert ved avslutningen. Ved oppfølgingsundersøkelsen var samtlige skalaer redusert. Problemområdene viste en nedgang i begge behandlingsgruppene, noe som tyder på at pasientene opplevde effekt av begge behandlingene.

#### *Reduksjon i angstnivå*

Det var heller ingen forskjell mellom behandlingsgruppene når det gjaldt reduksjon i angstnivå. Pasientene i begge betingelsene viste signifikante bedringer på utfallsmålene (se også Hoffart et al., 2008; Borge et al., 2008).

Ingen endringer i interpersonlige problemer underveis i terapiforløpet predikerte utfallet ved oppfølgingsundersøkelsen. Rapporterte interpersonlige problemer ved avslutningen av behandlingen predikerte ikke graden av angst ett år etter.

#### *Interpersonlige problemers betydning for utfallet*

Når det gjaldt betydningen av interpersonlige faktorer for utfallet i de to betingelsene, viste resultatene både en hovedeffekt av fiendtlighet, og flere interessante interaksjonseffekter. I IPTi så det ut til at høye skårer på Underkastelse ved behandlingsstart predikerte høyere skårer på SPAI ved avslutning. Dette er noe overraskende, da flere andre studier har funnet at problemer i dette området er assosiert med bedre allianse og utfall (Muran et al., 1994; Gurtman, 1996; Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993). Imidlertid var det ingen signifikant effekt i forhold til skårene på ADIS (FU). De tre skalaene som inngår i Underkastelse er Lite selvhevdende (HI), Utnyttbar (JK) og Sosialt unnvikende (FG). Det er mulig at høy grad av sosial unnvikelse kan ha påvirket resultatet. Denne faktoren har ikke blitt

assosiert med bedre utfall i studiene referert til over. I tillegg kan det være at sterk sosial unnvikelse har vært spesielt hemmende i IPTi, der åpenhet om egne følelser og behov er et sentralt virkemiddel? Dette er jo nettopp skalaens kjerneproblemer. Samtidig var det svært små forskjeller mellom gjennomsnittsskårene på de tre skalaene ved starten av terapien for utvalget som helhet, og ingen signifikante forskjeller mellom betingelsene. Den manglende sammenhengen mellom Underkastelse og angst målt ved hjelp av ADIS (FU) gjør også at det kan settes spørsmålsteget ved hvor stor effekten egentlig var. I tillegg er det også mulig at høye skårer på disse skalaene, som omhandler problemer som er spesielt relevante for pasienter med sosial fobi, er et uttrykk for en mer alvorlig angstproblematikk. Kanskje de som rapporterte større problemer på denne dimensjonen hadde generelt mer angstsymptomer og svekkelser, og at dette var årsaken til at de rapporterte noe høyere angst ved avslutning i IPTi?

I KTi-betingelsen så det ut til at høye skårer på Omsorg ved behandlingsstart var assosiert med bedre utfall ved oppfølgingen. Dette er i tråd med enkelte tidligere studier som har funnet en samvariasjon mellom overdreven vennlighet og underdanighet og relasjonen til terapeuten samt terapiutfallet (Puschner et al., 2005; Borkovec et al., 2002; Muran et al., 1994; Gurtman, 1996; Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993). Imidlertid var ikke Omsorg relatert til det umiddelbare utfallet i denne studien.

I Omsorg inngår de tre skalaene Påtrengende (NO), Oppofrende (LM) og Utnyttbar (JK). Utvalget rapporterte større problemer med å være oppofrende og utnyttbar enn påtrengende. Disse to skalaene omhandler vanskeligheter med å føle og uttrykke sinne av frykt for å fornærme andre, og å prøve å tilfredsstille andre i for stor grad. Dette er i samsvar med kjente ringvirkninger av den sosiale fobien, der enhver måte å stikke seg ut på og bli tydelig oppleves som truende (Hoffart, 2008). Pasientene blir lite i stand til å ivareta egne interesser på grunn av frykt for å vise sinne, komme i konflikt med andre og hevde egne meninger og ønsker (ibid.). Samtidig så disse vanskene ut til å kunne fremme utfallet ett år etter terapiavslutning i den kognitive behandlingsbetingelsen. Hvordan kan det forklare? Én studie (Muran et al., 1994) har funnet at overdreven vennlig-underkastende atferd var positivt relatert til alliansefaktorene enighet om mål og oppgaver i kognitiv terapi. Var det forskjeller mellom terapibetingelsene i denne studien som kan ha bidratt til de ulike resultatene? Begge terapibetingelsene vektla eksponering, men på litt ulike måter. I KTi hovedsakelig gjennom atferdseksperimenter for å teste ut negative antagelser, og i IPTi gjennom den mindre formelle anmodningen om å være mer åpen og prøve ut nye sosialiseringmåter (Borge et al., 2008). Begge hadde også fokus på opprettholdende faktorer, men mens KTi fokuserte på

tankemønstre, oppmerksomhetsstrategier og trygghetsatferd, fokuserte IPTi mer på rollesikkerhet og maladaptive relasjonsmønstre. Kanskje spilte disse forskjellene en rolle for det ulike utfallet i de to betingelsene? Men hvordan kan det da forklares at det ikke var noen effekt på utfallet ved avslutningen? Og hvilke spesifikke faktorer kan ha gjort seg gjeldende?

Utvalget som helhet rapporterte redusert oppofrende atferd og utnyttbarhet ved avslutning, men ikke redusert vansker knyttet til påtrengenhets. Ved oppfølgingen var alle tre redusert. Kan reduserte problemer med påtrengenhets ha innvirket på utfallet ett år etter behandlingen hos de som hadde vært i KTi-betingelsen? Men i så fall, hvorfor ikke også i IPTi-betingelsen?

Effekten i oppfølgingsundersøkelsen kan ha vært en forsinket effekt, siden den største virkningen av terapien sannsynligvis først ville bli synlig når pasientene returnerte til sine vante omgivelser (Borge et al., 2008). På den annen side kan effekten også skyldes andre faktorer enn spesifikke terapifaktorer, da det ikke var noen restriksjoner for hva pasientene kunne motta av videre behandling etter avslutningen ved Modum Bad. Ved etterundersøkelsen rapporterte flertallet av pasientene (44 av 72) at de hadde mottatt videre psykiatrisk behandling, men bare et lite mindretall av de som mottok poliklinisk behandling gikk til regelmessig ukentlig behandling (9 av 39). Det er en mulighet for at denne behandlingen kan ha spilt inn på resultatene. Samtidig fikk pasienter i begge behandlingsbetingelsene behandling etter utskrivning.

Det så ut til at høye skårer på Fiendtlighetsdimensjonen ved behandlingsstart predikerte høyere angst målt ved SPAI ved avslutning av terapien, men sammenhengen var visket ut ett år etter. Når det gjaldt ufallsmålet ADIS (FU), var høyere Fiendtlighet assosiert med høyere angst ved avslutning bare i IPTi. Sammenhengen var også her borte ved oppfølgingen. Dette resultatet kan tyde på at problemer med fiendtlighet kan ha hatt noe større betydning for behandlingen i IPTi enn i KTi. Hva var det med denne behandlingsbetingelsen som gjorde at problemer med fiendtlighet så ut til å påvirke terapiutfallet mer enn i KTi-betingelsen? En av de største forskjellene mellom behandlingene var kanskje det ulike fokuset på gruppen. I IPTi ble gruppeprosessen, som tidligere beskrevet, sett på som viktig i seg selv, og ble regelmessige fokusert på gjennom prosessmøter. Gruppen ble ansett som en viktig arena for å teste ut relasjonelle vansker som pasientene opplevde i sitt sosiale miljø, og eksperimentere med nye roller. I KTi ble gruppen brukt som et læringsforum for å teste ut gamle oppfatninger og skjemaer, og det var mer fokus på spesifikke øvelser og oppgaver. Her ble det bare fokusert på gruppeprosessen dersom det oppstod problemer som var til hinder for

denne læringen. Kanskje var det sterkere relasjonelle fokuset i IPTi vanskeligere for de pasientene som opplevde mer problemer knyttet til fiendtlighet? I tillegg var det mer fokus på å være åpen om egne behov og følelser i IPTi, noe som kanskje ble opplevd som spesielt vanskelig for disse pasientene? Imidlertid var Fiendtlighet assosiert med dårligere utfall i begge betingelsene når det gjaldt måleinstrumentet SPAI, så det er vanskelig å fastslå om, og i hvor stor grad, det var en faktisk forskjell mellom behandlingsbetingelsene. Hovedeffekten som ble funnet her gjør at det virker like plausibelt å anta at det ikke var noen forskjell mellom betingelsene, men at fiendtlighet påvirket utfallet negativt uavhengig av behandlingsbetingelse.

Et vesentlig spørsmål er hva Fiendtlighet egentlig måler? Det kan være problematisk at Mistenksom (BC), Kald (DE) og Sosialt unnvikende (FG) inngår i den samme polen. Mistenksomhetskalaen dreier seg om problemer med mistenksomhet og hevngjerrighet, å stole på andre, samt manglende evne til å bry seg om andres behov. Kald omhandler problemer knyttet til evnen til å uttrykke varme følelser og føle kjærlighet overfor en annen person, vansker med å forplikte seg overfor en annen over lengre tid og komme overens med, være generøs mot og tilgi andre. Sosialt unnvikende dreier seg om å føle seg engstelig og forlegen i andres nærvær, ha vanskeligheter med å ta initiativ til sosial samhandling, sosialisere med andre og uttrykke følelser. Disse tre skalaene beskriver nokså ulike mellommenneskelige problemer. Spesielt virker skillet stort mellom sosial unnvikelse og de to andre skalaene. Dette gjelder særlig for sosialfobiske personer. Skalaene vil kanskje henge mer sammen for paranoide personer, som unnviker av frykt for at andre skal skade dem. Kanskje skalaene er utviklet i utvalg med mer innslag av paranoiditet? Det kan dermed stilles spørsmålstegn ved hva Fiendtlighetsfaktoren egentlig måler, og om det var meningsfylt å kombinere disse tre skalaene i én faktor i denne oppgaven.

Gjennomsnittsskårene på skalaen Sosialt unnvikende var betydelig større enn skårene på de to andre skalaene. Det er derfor mulig at denne spilte den største rollen når det gjaldt resultatene. Samtidig har også andre studier funnet at problemer med mistenksomhet og kulde kan ha negativ innvirkning på behandlingsresponsen og alliansen (Alden & Capreol, 1993; Borkovec et al., 2002; Muran et al., 1994; Gurtman, 1996; Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993; Davies-Osterkamp, Strauss, & Schmitz, 1996), og det kan ikke utelukkes at disse faktorene også virket inn på resultatet. Flere av disse studiene rapporterte imidlertid også at problemer knyttet til dominans hadde negativ innvirkning, men det var ikke tilfelle i denne studien. Det kan skyldes karakteristika ved dette utvalget. Gjennomsnittsskårene på



dominans var i utgangspunktet svært lave, og tyder på at svært få i dette utvalget hadde slike problemer.

Utfallsmålene ADIS og SPAI viste heller ikke helt sammenfallende resultater. Mens ADIS er et semistrukturert intervju, er SPAI et selvrappoteringskjema. ADIS er utviklet for å stille diagnosen etter DSM-IV kriteriene, mens SPAI har en grundig dekning av frykt- og unnvikelsessymptomer (Lipsitz & Liebowitz, 2004). Selv om det også er overlapping, dekker de to måleinstrumentene noe ulike fryktsituasjoner, som kan ha gitt utslag i resultatene.

Resultatene både i denne undersøkelsen og fra andre studiene er dermed ikke konsistente. Spørsmålet er om det i det hele tatt er meningsfylt å forsøke å identifisere sammenhenger mellom behandlingsresultater og spesifikke mellommenneskelige problemer, eller om dette avhenger mer av konteksten og samspillet mellom den individuelle pasienten og den enkelte terapeut eller gruppe. Terapi dreier seg om møter mellom personligheter og temperament (Zachrisson, 1997). Enhver dyade er unik, og ethvert gruppespill påvirkes av kombinasjonen av de individuelle medlemmene. Spesifikke relasjonsskjemaer blir aktivert av sosiale tegn i den enkelte situasjon. Partene i relasjonen bringer med seg idiosynkratiske forventninger og erfaringer, og en klaff eller ”personlig kjemi” vil også ha betydning for terapiprosessen (ibid.). På den annen side er dette problemer som pasientene oppgir at de har i en rekke situasjoner, og som ofte vil vekke komplementære responser som kan vanskeliggjøre eller være til nytte i terapiprosessen, alt etter hvilke problemer det gjelder, og hvilke responser som vekkes. Innslaget av idiosynkratiske faktorer vil dermed ikke helt utsette de interpersonlige felleeffektene, men være faktorer som påvirker resultatene og gjør effektene mer utydelige.

Ulike studier har brukt ulike metoder for å måle sammenhengen mellom interpersonlige vansker og terapiutfall, noe som kompliserer sammenligningen på tvers av studiene. Noen studier har brukt hoveddimensjonene i den interpersonlige circumplex (Gurtman, 1996; Alden & Capreol, 1993), mens andre har sett på skårene på de enkelte subskalaene (Muran et al., 1994; Borkovec et al., 2002). I denne oppgaven ble de to hoveddimensjonene brukt for å regne ut skårer på de fire polene. Dette gjør det vanskeligere å finne ut akkurat hvilke interpersonlige problemer som spilte den viktigste rollen for utfallet. De ulike skalaene beskriver ulike former for problemer, og det er vanskelig å si om enkelte typer problemer har spilt en større rolle enn andre. Samtidig skal det i følge den teoretiske circumplex være ulike grader av korrelasjoner mellom skalaene. De skalaene som ligger nærmest hverandre skal korrelere høyest med hverandre, mens de skalaene som har én skala

mellom seg skal korrelere nest høyest, de som har to skalaer mellom seg skal korrelere nest lavest med hverandre, mens de skalaene som utgjør motpoler, skal korrelere aller lavest med hverandre (Pedersen, 2002). Dermed er det tenkt at skalaene som er nærmest hverandre skildrer problemer som i noen grad ligner hverandre og befinner seg i samme problemområde.

Selvrapporteringskjemaer er følsomme for stemninger man for øyeblikket befinner seg i. Svarene må derfor behandles med noe varsomhet, og det kan ikke fastslås med sikkerhet i hvor stor grad de rapporterte problemene beskriver faktiske tendenser som gjør seg gjeldende i mange eller de fleste sosiale situasjoner. Samtidig har IIP-64 vist seg å ha klinisk relevans og være sensitiv for endringer i terapi (Ruiz et al., 2004; Horowitz et al., 1988; Vittengl, Clark, & Jarrett, 2003), og benyttes i stadig økende grad (Pedersen, 2002).

Denne terapistudien kombinerte gruppe- og individualterapi, mens de andre studiene referert til i denne oppgaven har studert enten individualbehandling eller gruppeterapi. Selv om mesteparten av behandlingen foregikk i grupper, innebar kombinasjonen at pasientene både måtte skape en allianse med sin individuelle terapeut, og i tillegg forholde seg til gruppen. Dette designet er interessant da det stilte pasientene overfor utfordringen med å inngå i relasjoner på flere arenaer. Samtidig blir det vanskeligere å avgjøre i hvilke sammenhenger de interpersonlige problemene hadde størst betydning. Det er nærliggende å tro at gruppebehandlingen hadde størst betydning for sammenhengene mellom interpersonlige faktorer og utfallet, siden hovedvekten av behandlingen lå her. Imidlertid ble ikke dette kontrollert for.

### *Klinisk relevans*

Har denne oppgaven klinisk relevans? Det å undersøke sammenhenger mellom mellommenneskelige vansker og utfallet av terapi, kan bidra til å forbedre terapiprosessen. Interpersonlige problemer dreier seg om vansker med å forholde seg til andre, og vil kunne påvirke både alliansen og nyttiggjørelsen av terapi. I denne oppgaven ble det funnet at fiendtlige og underkastende tendenser i hvert fall i en viss grad var relatert negativt til utfallet, mens overdrevent omsorgsfulle tendenser var assosiert med noe bedre utfall i den kognitive betingelsen ved oppfølgingen. Dette indikerer at ulike problemer kan påvirke terapiutfallet, og at terapien kanskje kan forbedres dersom behandlere er spesielt årvåkne overfor slike problemer, og adresserer disse. Hvilke strategier eller behandlingsmåter som vil være hensiktsmessige, vil imidlertid være et tema for videre forskning.

### *Begrensninger*

Det er flere begrensninger i denne studien. Terapisituasjonen ved Modum Bad er spesiell, med innleggelse i institusjon og en svært intensiv behandling. Dette gjør det vanskelig å generalisere funnene til polikliniske settinger. Det var også en rekke faktorer utenom behandlingsbetingelsene som kan ha bidratt til endring, som miljøskifte, sosiale aktiviteter og samhandling. Utvalget skåret også signifikant høyere på generelle symptommål, arbeidsløshet og andre svekkelser enn pasienter i andre terapistudier av sosial fobi (e.g., Stangier et al., 2003; Clark et al., 2003,2006). En stor andel hadde dessuten ikke respondert på tidligere behandling. Dette kan ha hatt effekt på generaliserbarheten.

Det var ingen restriksjoner når det gjaldt å søke videre behandling etter de ti ukene ved Modum Bad. Ved oppfølgingsundersøkelsen ett år etter, svarte flertallet av pasientene at de hadde mottatt psykiatrisk hjelp etter utskrivning, og dette kan ha påvirket resultatene i etterundersøkelsen.

Det var heller ingen systematiske urin-/blodprøver underveis i studien, dette ble kun foretatt ved mistanke. Det kan derfor ikke utelukkes at noen klarte å skjule eventuelt inntak av medikamenter eller alkohol, som kan ha hatt innvirkning på skårene.

Regresjonsanalyser er basert på korrelasjon, og man kan ikke fastslå årsakssammenheng. Selv om det så ut til å være en prediktiv sammenheng mellom enkelte interpersonlige problemer og utfallet, kan det ikke utelukkes at det også var tredje-variabler som forklarer de prediktive sammenhengene, som det ikke ble tatt høyde for i denne studien. I tillegg ble det gjort relativt mange analyser, noe som øker sannsynligheten for Type 1 feil.

## **Referanser**

- Alden, L. E. (2005). Interpersonal perspectives on social phobia. I: W. R. Crozier, & L. E. Alden (Red.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (ss. 167-192). Chichester, UK: Wiley.
- Alden, L. E., & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior therapy*, 24, 357-376.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.

- Alden, L. E., Taylor, C. T., Laposa, J. M., & Mellings, T. M. B. (2006). Impact of social developmental experiences on cognitive-behavioral therapy for generalized social phobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 7-16.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment, 55*, 521-536.
- American Psychiatric Association. (2000). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
- Baldwin, D. S., & Buis, C. (2004). I: B. Bandelow, & D. J. Stein (Red), *Social anxiety disorder*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Berman, R. M., & Schneier, F. R. (2004). Symptomatology and diagnosis of social anxiety disorder. I: B. Bandelow, & D. J. Stein (Red), *Social anxiety disorder*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Blanco, C., Garcia, C., & Liebowitz, M. R. (2004). I: B. Bandelow, & D. J. Stein (Red), *Social anxiety disorder*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Borge, F-M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 991-1010.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lyttle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252-260.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58.
- Clark, D. M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. I: W. R. Crozier, & L. E. Alden (Red.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (ss. 193-218). Chichester, UK: Wiley.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 568-578.

- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1058-1067.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I: R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (Red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (ss. 69-93). New York: Guilford Press.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P., & Dinenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification, 22*, 285-297.
- Davies-Osterkamp, S., Strauss, B. M., & Schmitz, N. (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in longterm psychotherapy. *Psychotherapy Research, 6*, 164-176.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 17*, 148-159.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2000). An empirical approach to subtype identification in individuals with social phobia. *Psychological Medicine, 30*, 1345-1357.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & 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*, 331-350.
- Fehm, L., & Wittchen, H. U. (2004). I: B. Bandelow, & D. J. Stein (Red), *Social anxiety disorder*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Gullestad, S. E. (2009, 6. november). Hvorfor er jeg sånn? Ansvar for eget liv forsvinner sammen med jeg-et når diagnosen er stilt. *Morgenbladet*. Hentet 11. november 2009 fra <http://www.morgenbladet.no/>
- Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: the construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment, 8*(3), 241-255.
- Hoffart, A. (2008). *Se deg rundt! Et selvhjelpsopplegg for deg med sosial angst*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hoffart, A., Borge, F-M., Sexton, H., & Clark, D. M. (2009). Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: A process-outcome study. *Behavior Therapy, 40*, 10-22.
- Hoffart, A., Hedley, L. M., Thornes, K., Larsen, S. M., & Friis, S. (2006). Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioural treatment of panic disorders with agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy, 35*, 174-182.
- Hook, J. N., Valentiner, D. P. (2002). *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 379-395.
- Horowitz, L. H., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G. & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 549-560.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy, 38*, 365-371.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Kachin, K. E., Newman, M. G., & Pincus, A. L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy, 32*, 479-501.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplements, 417*, 85-94.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1091-1098.
- Lipsitz, J. D., & Liebowitz, M. R. (2004). Assessing social anxiety disorder with rating scales: Practical utility for the clinician. In: B. Bandelow, & D. J. Stein (Red), *Social anxiety disorder*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (1996). *Manual for interpersonal psychotherapy for social phobia (IPT-SP)*. Unpublished manuscript. New York Psychiatric Institute, New York.

- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C., Cherry, S., & Fyer, A. J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1814-1816.
- MacNair-Semands, R. R., & Lese, K. P. (2000). Interpersonal problems and the perception of the therapeutic factors in group therapy. *Small Group Research*, *31*, 158-174.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 438-450.
- Monsen, J. T., Hagtvet, K. A., Havik, O. E., & Eilertsen, D. E. (2006). Circumplex structure and personality disorder correlates of the Interpersonal Problems model (IIP-C): construct validity and clinical implications. *Psychological Assessment*, *18*, 165-173.
- Muller, J. E., Koen, L., & Stein, D. J. (2004). The spectrum of social anxiety disorders. I: B. Bandelow, & D. J. Stein (Red), *Social anxiety disorder*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 185-190.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ø., & Wistedt, A. Å. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*, 142-154.
- Ollencick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, *51*, 44-58.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., ss. 307-389). New York: Wiley.
- Paivio, S. C., & Bahr, L. M. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, *8*, 392-407.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)* (2nd. ed.). Berkshire: Open University Press.
- Pedersen, G. A. (2002). Norsk revidert versjon av Inventory of Interpersonal Problems – Circumplex (IIP-C). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *39*, 25-34.

- Peters, L. (2000). Discriminatory validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behaviour Research and Therapy*, 38, 943-950.
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L. M., & Kordy, H. (2005). The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 415-429.
- Puschner, B., Kraft, S., & Bauer, S. (2004). Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: Findings from a long-term longitudinal study in Germany. *Journal of Personality Assessment*, 83, 223-234.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychological Review*, 24, 737-767.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Castonguay, L. G., & Ragusea, S. A. (2004). Validity of the inventory of interpersonal problems for predicting treatment outcome: An investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment*, 83, 213-222.
- Schneier, F. R., Blanco, C., Antia, S. X., & Liebowitz, M. R. (2002). The social anxiety spectrum. *Psychiatr Clin N Am*, 25, 757-774.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Stein, M. B., & Deusch, R. (2003). In search of social phobia subtypes: similarity of feared social situations. *Depression and anxiety*, 17, 94-97.
- Stern, D. N. (2007) *Spedbarnet interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2003). Obstacles or opportunities?: A relational approach to negotiating alliance ruptures. I: Leahy, R. L. (Red.), *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy* (ss. 274-294).
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The social phobia and anxiety inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*, 15, 29-40.



- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Widiger, T. A. (2005). Social anxiety, social phobia, and avoidant personality. I: W. R. Crozier, & L. E. Alden (Red.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (ss. 219-240). Chichester, UK: Wiley.
- Wilfley, D. E., MacKenzie, K. R., Ayres, V. E., & Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books.
- WHO ICD-10. (2007). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.
- Zachrisson, A. (1997). Terapeutisk holdning. I: Gullestad, S. E., & Theophilakis, M. (Red.), *En umulig profesjon? Om opplæring i intensiv psykodynamisk psykoterapi* (ss. 25-37). Oslo: Universitetsforlaget.