



Institutionen för psykologi  
Psykologexamensuppsats, 20p  
VT 2005-05-20

# **Fobibehandling.com**

**– en pilotstudie av behandlingseffekt och  
deltagarupplevelse av en Internetbaserad behandling för  
specifik fobi**

Erik Hellman och Martin Wolgast

*Handledare:* Lars-Gunnar Lundh  
*Examinator:* Sven Ingmar Andersson

Hellman, E. & Wolgast, M. (2005). *Fobibehandling.com – en pilotstudie av behandlingseffekt och deltagarupplevelse av en Internetbaserad behandling för specifik fobi.*

Psykologexamensuppsats. Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. VII (2005):03

### **Abstract**

This pilot study investigates possible treatment effects and participants' experience in an internet-based treatment of specific phobia. Changes in self-reported phobic fear were examined in a series of case studies and changes in attitudes towards avoidance and approach strategies were examined at group level. Seventeen DSM-IV diagnosed patients with specific phobia participated and 10 out of these completed the treatment. The results show that 80 % of the completing participants were clinically improved after the treatment and that the completing participants were significantly more negative towards avoidance strategies after the treatment. The evaluation of the disposition and user-friendliness of the treatment showed that the participants' overall view of the treatment was positive. The main advantage perceived was the flexible nature of the treatment, while the main disadvantages were the high level of motivation and discipline required from the participants. Due to the limitations of the design of the study, no causal effects can be determined. The results, however, are promising and encourage further research on the internet-based treatment model.

Vi vill framföra våra varma tack till vår handledare Lars-Gunnar Lundh för hans positiva inställning och konstruktiva feedback både under utvecklandet av vår behandling och under uppsatsarbetet samt för hans hjälp med konstruktionen av undvikande- närmandeskalan. Vi vill också uttrycka vår stora tacksamhet till de deltagare som medverkat i behandlingen och som inspirerat oss att fortsätta arbeta med Internetbaserade behandlingar, samt till Johan Kristell som hjälpt oss med programmeringen av behandlingssiten.

## Innehållsförteckning

<i>Specifik fobi</i> .....	s. 6
<i>Diagnos</i> .....	s. 6
<i>Prevalens och debutålder</i> .....	s. 7
<i>Etiologi</i> .....	s. 8
<i>Vidmakthållande</i> .....	s. 13
<i>KBT-behandling för specifik fobi</i> .....	s. 14
<i>Exponering</i> .....	s. 15
<i>Modellinläring</i> .....	s. 15
<i>Psykoedukation</i> .....	s. 15
<i>Vidmakthållandeprogram</i> .....	s. 16
<i>Självhjälpsbehandlingar</i> .....	s. 16
<i>Internetbaserad självhjälpsbehandling</i> .....	s. 17
<i>Självhjälpsbehandling för specifik fobi</i> .....	s. 18
<i>Syfte och frågeställningar</i> .....	s. 19
<i>Metod</i> .....	s. 20
<i>Deltagare</i> .....	s. 20
<i>Bortfall</i> .....	s. 21
<i>Normgrupp</i> .....	s. 21
<i>Material</i> .....	s. 22
<i>Vår behandling</i> .....	s. 22
<i>Bedömningsintervju</i> .....	s. 23
<i>Skattningsformulär</i> .....	s. 23
<i>Ångesthierarki</i> .....	s. 26
<i>Deltagarutvärdering</i> .....	s. 26
<i>Medhjälpärvärdering</i> .....	s. 26
<i>Bortfallsutvärdering</i> .....	s. 27
<i>Procedur</i> .....	s. 27
<i>Förmätning</i> .....	s. 27
<i>Behandling</i> .....	s. 27
<i>Eftermätning</i> .....	s. 28
<i>Klinisk signifikans</i> .....	s. 28
<i>Resultat</i> .....	s. 28

<i>Normering</i> .....	s. 29
<i>Undvikande- närmandeskalan</i> .....	s. 30
<i>Fobiskalorna</i> .....	s. 32
<i>Ångesthierarkin</i> .....	s. 32
<i>Utvärdering</i> .....	s. 34
<i>Bortfallsutvärdering</i> .....	s. 35
<b>Diskussion</b> .....	s. 36
<i>Bortfall</i> .....	s. 36
<i>Medhjälparen</i> .....	s. 37
<i>Utfallsmått</i> .....	s. 38
<i>Kostnadseffektivitet</i> .....	s. 39
<i>Slutsatser</i> .....	s. 39
<b>Referenser</b> .....	s. 42
<b>Bilaga A, DSM-IV kriterier för specifik fobi</b> .....	s. 45
<b>Bilaga B, Bedömningsintervju</b> .....	s. 47
<b>Bilaga C, Undvikande- närmandeskala</b> .....	s. 50
<b>Bilaga D, Spindelfobiskala</b> .....	s. 51
<b>Bilaga E, Ormfobiskala</b> .....	s. 53
<b>Bilaga F, Klaustrofobiskala</b> .....	s. 55
<b>Bilaga G, Höjdfobiskala</b> .....	s. 58
<b>Bilaga H, Fågelfobiskala</b> .....	s. 61
<b>Bilaga I, Råttfobiskala</b> .....	s. 63
<b>Bilaga J, Svampfobiskala</b> .....	s. 65
<b>Bilaga K, Deltagarutvärdering</b> .....	s. 67
<b>Bilaga L, Medhjälpautvärdering</b> .....	s. 69

Utifrån egna erfarenheter från arbete inom psykiatri samt utifrån den debatt som de senaste åren förts kring psykiatrians ansträngda ekonomiska situation med åtföljande prioriteringsbehov, var vår uppfattning att personer som lider av specifik fobi är en grupp som idag sällan prioriteras inom den psykiatriska vården. Samtidigt är det en patientgrupp där det föreligger dokumenterat effektiva behandlingsmetoder. Vi tänker oss att detta förhållande leder till ett uppdämt behov av behandling, vilket i sin tur skapar utrymme för alternativa behandlingsformer. Internetbaserade behandlingar är något som utvecklats för en rad diagnoser de senaste åren för att öka tillgängligheten av effektiva behandlingar samtidigt som den aktiva medverkan av professionella terapeuter begränsas. Med denna studie vill vi därför undersöka om det går att utveckla en effektiv Internetbaserad behandling för specifik fobi.

Inledningsvis redogör vi för diagnosen specifik fobi, dess prevalens och etiologi. Därefter följer en redovisning av KBT-behandling för specifik fobi, forskning kring självhjälsbehandlingar och Internetbaserade behandlingar i allmänhet samt kring självhjälsbaserade behandlingar för specifik fobi. Slutligen presenteras vår pilotstudie av behandlingseffekt och deltagarupplevelse av den Internetbaserade behandling för specifik fobi som vi konstruerat.

## *Specifik fobi*

### *Diagnos*

Specifik fobi definieras enligt DSM-IV som "En uttalad och bestående rädsla som är överdriven eller orimlig och som framkallas av att personen ställs inför, eller förväntar sig att ställas inför, en specifik företeelse eller situation" (American Psychiatric Association, 1995). Viktiga diagnoskriterier därutöver är att det föreligger en insikt om att rädslan är överdriven samt att det fobiska stimuli undviks eller uthärdas under stark ångest. Undvikandet eller ångesten skall vidare verka störande för ett normalt fungerande i vardagen eller på annat sätt

orsaka ett påtagligt lidande (American Psychiatric Association, 1995). För den fullständiga DSM-IV texten kring specifik fobi se bilaga A.

### *Prevalens och debutålder*

Två av de mer omfattande epidemiologiska studierna som undersökt prevalensen för specifik fobi och fobiska symptom är The Epidemiologic Catchment Area Study (ECA-studien) (Eaton, Dryman & Weissman, 1991), och The National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eschleman, Wittchen & Kendler 1994). ECA-studien bygger på 20000 diagnostiska intervjuer i fem delstater i USA och NCS bygger på 8000 diagnostiska intervjuer av slumpvis valda amerikanska medborgare. Båda studierna visar en prevalens för specifik fobi enligt DSM-III-R, respektive DSM-IV kriterierna på 11,3 %. De två studierna visar även att specifik fobi är vanligare förekommande hos kvinnor än hos män. ECA-studien visar 14,5 % för kvinnor och 7,8 % hos män (Eaton et al, 1991), medan NCS visar 15,7 % hos kvinnor och 6,7 % hos män (Kessler et al., 1994).

ECA-studien visar även prevalensen för olika typer av specifika fobier. De största kategorierna är djurfobi och höjdfobi. Djurfobi står för över 40 % och höjdfobi för ca 30 % av de specifika fobierna. Den återstående delen fördelar sig framförallt mellan naturfenomen (vatten, stormar), trånga utrymmen och offentliga transporter (Eaton et al, 1991).

Vidare undersökte man vid ECA-studien hur vanligt förekommande det var med "unreasonable fears", det vill säga förekomsten av stark och logiskt ogrundad rädsla för ett objekt eller situation utan att övriga DSM-kriterier för specifik fobi är uppfyllda. Här fann man att denna typ av fobiska symptom är mycket vanliga. Mer än 50 % av alla deltagarna rapporterade att de åtminstone någon gång upplevt "unreasonable fear" i relation till en specifik situation eller objekt (Eaton et al, 1991).

Komorbidityten med andra DSM-diagnoser är lägre vid specifik fobi än vid andra ångeststörningar. Brown och Barlow (1992) fann vid en studie att 50 % av dem som hade en ångeststörning hade minst en annan DSM-III diagnos. Av de som fått diagnosen specifik fobi hade 4 % paniksyndrom med lindrig agorafobi, 8 % generaliserad ångeststörning, 8 % en annan specifik fobi samt 4 % egentlig depressionsepisod eller dystymi.

De flesta studier är överens om att debutåldern för specifika fobier är tidig. En studie av Öst (1987) på 370 patienter av vilka 190 diagnostiserats som specifik fobi visar en medelålder på 11,9 år för debuten. Här finns dock en viss spridning mellan olika typer av specifika fobier, allt från djurfobi med en genomsnittlig debutålder på 6,9 år, till klaustrofobi med en genomsnittlig debutålder på 20,2 år (Öst, 1987).

### ***Etiologi***

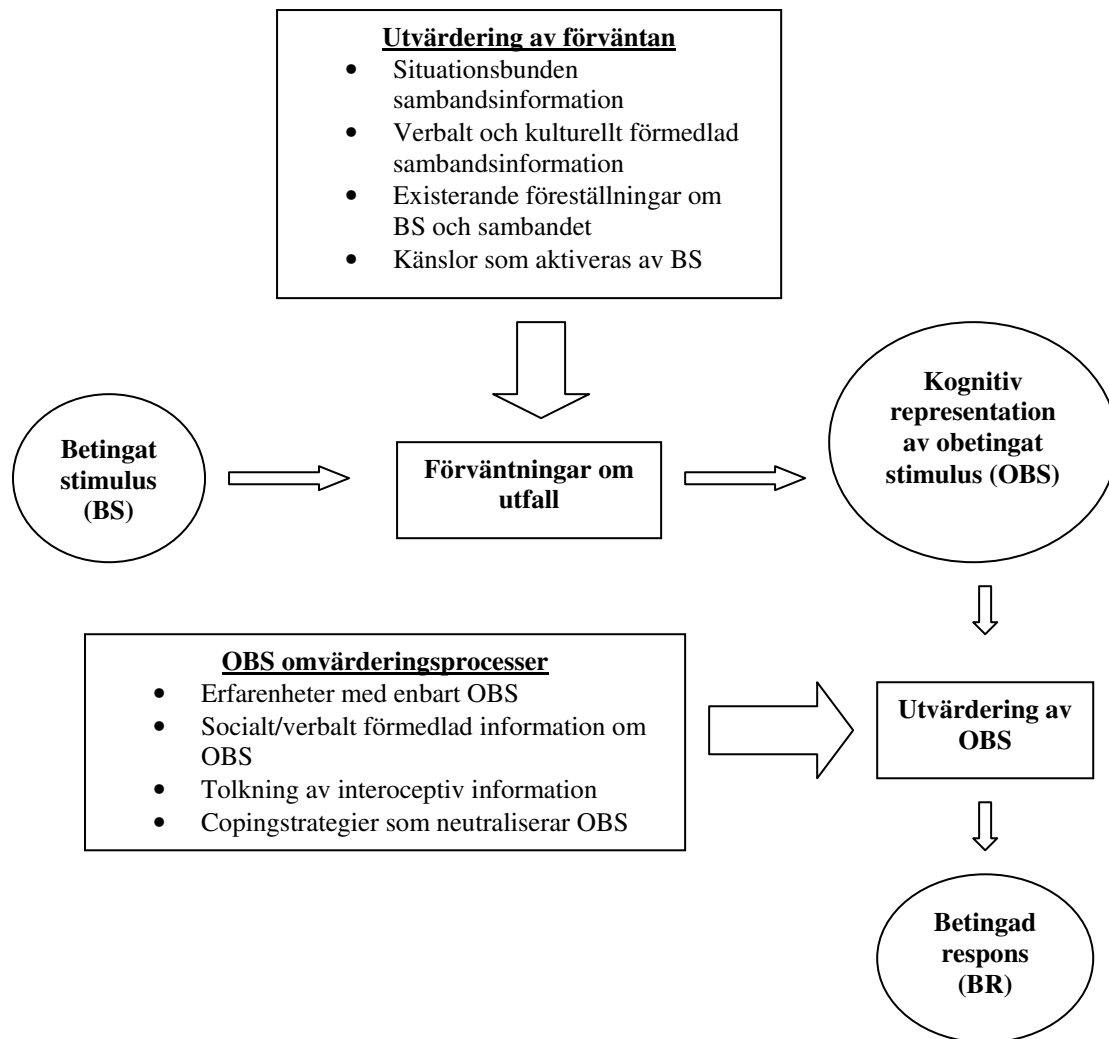
***Psykodynamiskt perspektiv.*** Uppkomsten av fobier har försökt förklaras av en rad olika teorier med skilda ansatser. Ur ett psykodynamiskt perspektiv har man traditionellt betraktat fobier som ett försvar mot den ångest som uppstår när detets impulser blir bortträngda. Hos fobikern har detta resulterat i att den bortträngda känslan förflyttats till ett objekt eller en situation som den ursprungliga känslan har en symbolisk förbindelse med (Gabbard, 2000). Dessa objekt eller situationer blir således det fobiska stimuli och patienten hanterar den bortträngda konflikten genom att undvika det symboliska korrelatet (t ex trånga utrymmen, spindlar etc.) till den ursprungliga konflikten. Fobier förstås alltså ur detta perspektiv som resultatet av en försvarsprocess där en inre konflikt undviks genom att känslan förlagts till ett symboliskt korrelat (Gabbard, 2000). Det finns emellertid få eller inga empiriska bevis som stöder denna syn på fobiers uppkomst (Thorpe & Salkovskis, 1997). En central invändning mot det psykodynamiska perspektivet är den bevisade effektiviteten av behandlingar som fokuserar på symptomlindring, som t ex KBT-behandling. En förutsägelse från den



psykodynamiska ansatsen är att en sådan behandling möjligen kan tillhandahålla en kortsiktig symptomförbättring, men att nya symptom oundvikligen skulle uppkomma efter en tid, eftersom den underliggande konflikten är obehandlad. Så är dock inte fallet (Thorpe & Salkovskis, 1997).

***Pavloviansk betingning.*** Ur ett behavioristiskt perspektiv utgick man tidigare från en klassisk betingningsmodell för att förklara fobiers uppkomst. Fobier betraktas ur detta perspektiv som betingad rädsla, där det fobiska objektet eller situationen är det betingade stimuli. Denna enkla betingningsmodell har dock kritiserats på en rad olika punkter (Davey, 1997). För det första har många fobiker svårt att minnas något trauma eller negativ betingningserfarenhet vid tiden för uppkomsten av deras fobi. Särskilt gäller detta djurfobier som t.ex. orm och spindelfobi. Detta beror förmodligen inte på att de förträngt sina traumatiska upplevelser, eftersom personer med andra typer av fobier (t.ex. hund- och tandläkarfobiker) ofta kan minnas traumatiska erfarenheter i samband med fobins uppkomst. För det andra så utvecklar inte alla personer som erfar smärta eller trauma i en viss situation eller kopplat till ett visst objekt en fobi. Detta fenomen kan inte förklaras av en enkel betingningsmodell. För det tredje betraktas utifrån en enkel betingningsmodell alla stimuli som lika sannolika att förknippas med ångestväckande konsekvenser. Dock förhåller det sig så att rädslor och fobier inte är jämt fördelade över olika typer av stimuli och erfarenheter. Människor tycks ha lättare att utveckla fobier för exempelvis djur, höjder och trånga utrymmen än för elektricitet, vapen, bilar mm, trots att den senare typen av stimuli har en hög sannolikhet att associeras till smärta eller trauma. En fjärde invändning mot klassisk betingning är att många fobiker tycks ha förvärvat sin fobi genom observationsinlärning snarare än genom en direkt traumatisk erfarenhet (Davey, 1997).

**Moderna betingningsmodeller.** Mer moderna modeller för klassisk betingning hos människor skiljer sig från den ursprungliga modellen på ett antal viktiga områden. Detta gör att de bättre kan förklara uppkomsten av fobier. Figur 1 presenterar Daveys (1997) modell för betingning.



**Figur 1** En schematisk bild av en samtida modell för klassisk betingning hos människor. (Davey, 1997)

Traditionella förstärknings/försvagningsmodeller av betingning hävdar att styrkan på förbindelsen mellan betingat stimulus (BS) och obetingat stimulus (OBS) beror på antalet gånger BS och OBS upplevs tillsammans. Det står nu klart att många fler faktorer kan

påverka styrkan av det inlärd sambandet mellan BS och OBS. Av större betydelse än antalet gånger BS och OBS upplevs tillsammans är den prediktiva signifikansen hos BS, dvs. korrelationen mellan BS och OBS. Detta innebär att om en individ har haft många erfarenheter av ett stimulus utan trauma kommer det därefter vara betydligt svårare att senare associera detta stimulus med trauma. Korrelationen mellan BS och OBS uppfattas som svag. Detta fenomen kallar Davey (1997) för situationsbunden sambandsinformation.

Vidare är det så att man inte behöver ha erfarenhet av BS och OBS tillsammans för att uppleva samband mellan dem, utan man kan helt enkelt få sambandet berättat för sig. I laboratoriestudier har det visats att man kan få en betingad respons innan man upplevt BS och OBS tillsammans (Davey, 1997). Ett samband mellan ett stimulus och ett traumatisk utfall kan alltså bli inlärt som ett resultat av tillhandahållen information eller genom att observera någon annan. Forskning visar dock att denna typ av inläring är svagare än direkta betingningsupplevelser (Davey, 1997).

Även de föreställningar om BS och dess relation till OBS man har före betingningsepisoden påverkar betingningsprocessen. Om man har en förföreställning om ett stimulus som förknippat med rädsla går det snabbare att lära sig förbindelsen mellan detta stimulus och ett ångestväckande OBS och gör också detta samband mer motståndskraftigt mot utsläckning. Dessa förföreställningar kan vara både biologiskt och/eller kulturellt grundade. På samma sätt kommer BS som redan väcker viss rädsla att snabbare associeras med ångestväckande OBS och försvåra utsläckning (Davey, 1997).

Moderna betingningsmodeller tar även hänsyn till processer som kan förändra individens utvärdering av ett OBS. En betingad respons (BR) medieras genom den representation av OBS som aktiveras av kopplingen mellan BS och OBS, vilket medför att BR i sin tur påverkas av faktorer som förändrar representationen av OBS (Davey, 1997). Dessa omvärderingsprocesser av OBS kan se ut på flera olika sätt.

Erfarenheter med OBS enbart (dvs. i frånvaro av BS) efter det att betingning skett kan leda till förändrad utvärdering av OBS. Särskilt om dessa erfarenheter leder till att man betraktar OBS som antingen mer eller mindre obehagligt än det var under betingningsepisoden. Exempelvis kan det upplevda obehaget hos ett OBS öka om man upplever ett liknande OBS med större intensitet. Om man tidigare lärt sig förknippa ett BS med ett OBS då det senare uppfattades som mindre obehagligt (dvs. den betingade rädslan är liten eller ingen alls) kan en upplevelse som leder till att OBS uppfattas som mer obehagligt leda till att efterföljande kontakter med BS leder till kraftigare BR (Davey, 1997). Man kan exempelvis föreställa sig ett skeende där man i en första betingningsepisod förknippar spindlar med ett mildt trauma (t ex något som kryper på ens ansikte) och där man efter en erfarenhet av ett liknande trauma fast med större ångestintensitet (t ex om tre kackerlackor trillar ner på ens ansikte under natten vid en hotellvistelse utomlands) omvärderar traumat även i den första betingningsepisoden och fortsättningsvis reagerar med kraftig rädsla på spindlar.

OBS kan också omvärderas genom att man efter betingningen erhåller verbal information om graden av obehaglighet hos OBS. Denna mekanism har visat sig kunna leda till stora öknings av rädsla (genom att OBS uppfattas som mer obehagligt), men det har visat sig betydligt svårare att uppnå en minskad rädsla genom att via verbal information få OBS att uppfattas som mindre obehagligt (Davey, 1997).

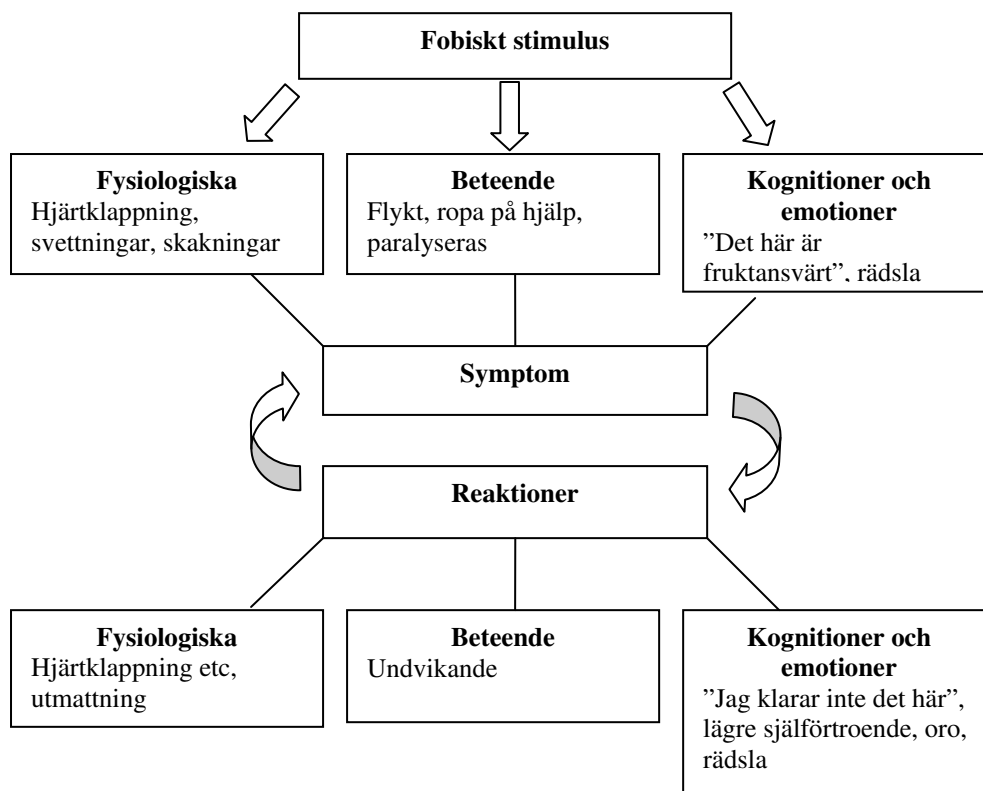
Vidare använder fobiker i större utsträckning känslomässig eller interoceptiv information för att utvärdera potentiellt hotfulla situationer (Davey, 1997). En sådan tendens kan leda till att en BR som uppfattas som stark utifrån interoceptiv information leder till en omvärdering av OBS i mer obehaglig riktning, som i sin tur leder till kraftfullare BR framöver.

En anledning till att vissa individer som är med om traumatiska upplevelser inte utvecklar fobier kan vara att de använder sig av copingstrategier som minskar den obehagliga betydelsen av traumat (OBS). För personer som inte har tillgång till copingstrategier som leder till minskad hotupplevelse ökar därför risken för att utveckla fobier (Davey, 1997).

### ***Vidmakthållande***

Den viktigaste vidmakthållande faktorn vid fobier är olika former av undvikandebeteenden.

Dessa uppkommer som en reaktion på de symptom som utlöses av det fobiska stimuli. Andra viktiga vidmakthållande faktorer är tankar, t ex kring betydelsen av ångestsymptomen ("jag kommer att svimma", "jag får en hjärtattack") eller kring konsekvenserna av att möta det fobiska objektet eller situationen ("jag kommer att bli biten"), samt lägre självförtroende i situationer kopplade till fobin. Även externa faktorer kan bidra till vidmakthållande av fobin exempelvis om personer i fobikerns närhet stödjer undvikandebeteendet genom att agera så att fobikern slipper möta det objekt eller den situation de är rädda för. Figur 2 visar en modell för hur symptom och reaktioner vidmakthåller den fobiska problematiken. Sammantaget leder detta till att fobier, om de förblir obehandlade, är extremt långlivade och att spontantillfrisknandet är mycket lågt (Butler, 1989).



**Figur 2** En modell för vidmakthållande av fobisk ångest. Förenklad version av Butler (1989).

### ***KBT-behandling för specifik fobi***

I en sammanställning av de behandlingsstudier som genomförts på personer med olika typer av specifik fobi visar Öst (1997) att den mest effektiva behandlingsformen för flertalet fobier är ensessions exponeringsbehandling. Den genomsnittliga behandlingstiden varierar mellan 1,9 timmar för ormfobi och 3,5 timmar för höjdfobi. Behandlingseffekten (andel som uppnått kliniskt signifikant förbättring) varierar mellan 77 och 94 %.

KBT-behandling av fobier baseras på hypotesen att såväl ”normalt” som ”onormalt” beteende är inlärt (Butler, 1989). Av detta följer att det som blivit inlärt kan bli avlärt och att mer adaptiva reaktioner kan läras in istället. Detta uppnås huvudsakligen genom att man närmar sig det man är rädd för istället för att undvika det. Om tendensen att fly, dra sig undan från eller undvika fobiska situationer hävs, erbjuds fobikern tillfälle att lära sig att situationen

faktiskt inte är farlig. Behandlingar av specifika fobier har därför som centralt inslag att patienten upprepade gånger kommer i kontakt med det de fruktar och stannar kvar i kontakt med det tills rädslan eller ångesten sjunker (Butler, 1989). Detta kallas för exponering för ångestväckande stimuli.

### ***Exponering***

Forskning visar att exponering för att uppnå maximal effekt skall vara graderad, upprepad och ske under längre tid samt att övningsuppgifter skall vara tydligt specificerade. Detta innebär att patienten skall identifiera situationer som undviks och ordna dem i en ångesthierarki efter ökande ångestgrad. Aktiviteterna skall utföras tills ångesten avtar och repeteras regelbundet och ofta tills de väcker liten eller ingen ångest (Butler, 1989).

Öst menar att det även är centralt med en kognitiv analys av patientens katastrofkognitioner rörande det fobiska objektet eller situationen så att exponeringen kan arrangeras som en serie beteendexperiment (Öst, 1997).

### ***Modellinläring***

Exponeringsbehandlingen kompletteras ibland med inslag av modellinläring. Detta innebär att terapeuten först visar hur man kan interagera med det fobiska objektet eller agera i den fobiska situationen. Därefter hjälper terapeuten sin patient att gradvis närma sig det fobiska objektet eller situationen, för att slutligen låta patienten utföra aktiviteten enbart med hjälp av terapeutens instruktioner (Öst, 1997).

### ***Psykoedukation***

Som vid alla KBT-behandlingar är det viktigt att socialisera patienten till behandlingsmodellen. Det är mycket viktigt att betona skillnaden mellan den terapeutiska

exponeringen och de ”naturliga” konfrontationer patienten kan ha haft med det fobiska objektet eller situationen. I terapisituationen är exponeringen planerad, graderad och kontrollerad, medan den ”naturliga” exponeringen är oplanerad, icke gradvis och okontrollerad (Öst, 1997).

### ***Vidmakthållandeprogram***

Det bör göras tydligt för patienten att den terapeutledda exponeringen bör följas av ett vidmakthållandeprogram, där patienten på egen hand skall fortsätta utsätta sig för det fobiska objektet eller situationen, tills allt fobiskt beteende försvunnit (Öst, 1997).

### ***Självhjälpsbehandling***

Forskning som genomförts de senaste trettio åren har visat att självhjälpsbehandlingar är lika eller nästan lika effektiva som terapi för flera olika problem och diagnoser (Ström, 2003). Metaanalyser som utförts av Gould och Clum samt Marrs (Ström, 2003), visar på betydande behandlingseffekt för depression, huvudvärk, insomni, ångeststörningar och sexuella dysfunktioner ( $d = 0,74 - 1,86$ ) och moderat behandlingseffekt för viktminskning, alkoholberoende och rökavvänjning ( $d = 0,15 - 0,46$ ).

De två mest framträdande fördelarna med självhjälpsbehandlingar är tillgänglighet och kostnadseffektivitet (Ström, 1993). Tillgängligheten ökar genom att psykologisk kunskap och behandling görs tillgänglig för en större grupp än de som söker och har möjlighet att få traditionell terapeutledd terapi och kostnadseffektiviteten uppnås genom att det krävs liten eller ingen professionell medverkan i behandlingen.

De tydligaste nackdelarna med självhjälpsbehandlingar är risk för högt bortfall och ökad risk för felbehandling (Ström, 1993). Den ökade bortfallsrisken kan tillskrivas det faktum att självhjälpsbehandlingar ställer högre krav på disciplin och motivation hos klienten genom det



att de saknar yttre kontroll av att behandlingsplanen följs och genomförs samt för att kostnaden vid avbruten behandling upplevs som mindre än om man betalat för en traditionell terapi. Vid en självhjälpsbehandling för huvudvärk som tillfört en minimal terapeutmedverkan i behandlingen har bortfallsfrekvensen dock sjunkit till samma nivåer som för traditionell terapi (Ström, 1993). Ökad risk för felbehandling uppstår genom att det vid renodlade självhjälpsbehandlingar saknas en professionellt utförd bedömning och diagnostik samt genom att behandlingsinstruktionerna kan missuppfattas eller feltolkas av klienten (Ström, 1993).

### ***Internetbaserad självhjälpsbehandling***

I takt med att Internet expanderat och hela tiden blir allt mer tillgängligt har olika former av Internetbaserade behandlingar utvecklats och utvärderats. Studier har visat att Internetbaserade behandlingar är effektiva för bland annat paniksyndrom (Carlbring, 2004), insomnia (Ström, Pettersson & Andersson, 2004), huvudvärk (Ström, Pettersson & Andersson, 2000), depression (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004) och posttraumatiskt stressyndrom (Lange et al, 2003).

Internetbaserade behandlingar kan indelas i fyra kategorier (Carlbring, 2004): (1) självadministrerad terapi, dvs. "ren" självhjälp, (2) övervägande självhjälp (t ex terapeuten bedömer och förser klienten med behandlingsrationalen och instruktioner för hur självhjälpsverktygen skall användas), (3) terapi med minimal terapeutkontakt (dvs. aktiv terapeutmedverkan men med lägre grad än vid traditionell terapi), samt (4) övervägande terapeutadministrerad terapi (dvs. kontinuerlig livekontakt med terapeuten kompletterat med Internetbaserad självhjälp). De flesta randomiserade studier är gjorda på behandlingar av typen terapi med minimal terapeutkontakt.

Utöver de fördelar som tidigare redogjorts för vad gäller självhjälpsbehandlingar i allmänhet, har Internetbaserad självhjälpsbehandling flera fördelar i jämförelse med icke Internetbaserad självhjälpsbehandling: (1) Behandlingen kan skräddarsys för den enskilde användaren, t ex genom att olika svar kan ges beroende på hur ett bedömningsformulär fylls i, (2) Internet ger möjligheter till interaktion mellan användare och terapeut och om det blir nödvändigt kan en direkt kontakt etableras, (3) påminnelser kan ges för att öka behandlingsföljsamheten (Ström, 2003). Den Internetbaserade självhjälpsbehandlingen erbjuder alltså möjligheter att minska de nackdelar som den icke Internetbaserade självhjälpsbehandlingen präglas av.

De nackdelar som lyfts fram med Internetbaserad självhjälpsbehandling är, i likhet med självhjälpsbehandlingar i allmänhet, framförallt ökad bortfallsrisk och ökad risk för felbehandling (Ström, 2003). En faktor som riskerar att öka bortfallet är det som kallas ”Internetbeteende”. Med detta avses en tendens hos Internetanvändare att bli mindre styrda av sociala normer, vilket skulle kunna bidra till att det upplevda obehaget av att avbryta en påbörjad behandling minskar och därmed ökar bortfallsrisken (Ström, 2003).

### ***Självhjälpsbehandling för specifik fobi***

Flera studier av effektiviteten hos självadministrerad behandling av specifika fobier har genomförts. Hellström, Salkovskis och Öst (1991) genomförde en studie på spindelfobiker där de jämförde ensessions terapeutledd exponeringsbehandling med självadministrerad exponering. Denna studie visade att den terapeutledda ensessionsbehandlingen gav signifikant bättre behandlingsresultat än den självadministrerade exponeringen, såväl vid mätning omedelbart efter avslutad behandling som vid uppföljning ett år senare (Hellström et al, 1991). Hellström och Öst genomförde 1995 ytterligare en studie av spindelfobiker. I denna studie fanns fem behandlingsbetingelser: (1) ensessions terapeutledd behandling (max tre

timmar), (2) manualbaserad självhjälsbehandling för spindelfobi som genomfördes i hemmet, (3) manualbaserad självhjälsbehandling för spindelfobi som genomfördes på klinik, (4) manualbaserad självhjälsbehandling för ångestproblematik som genomfördes i hemmet samt (5) manualbaserad självhjälsbehandling för ångestproblematik som genomfördes på klinik (Hellström & Öst, 1995). Resultatet visade att terapeutledd ensessionsbehandling gav signifikant bättre resultat än de manualbaserade behandlingarna, både vid mätning omedelbart efter avslutad behandling och vid uppföljande mätningar. Den manualbaserade självhjälsbehandlingen för spindelfobi som genomfördes på klinik gav bättre resultat än övriga självhjälsbehandlingar vid uppföljning (Hellström & Öst, 1995).

Oss veterligen har det endast genomförts en Internetbaserad behandling av specifika fobier. Denna genomfördes som psykologexamensuppsats vid Uppsala universitet 2003 av Jonsson & Malmaeus (2003). Denna studie jämförde självhjälsprogram för orm och spindelfobi via Internet med terapeutledd ensessionsbehandling. IT-behandlingen pågick i fyra veckor och bestod av psykoedukation och instruktioner om hur deltagarna själva skulle exponera sig med hjälp av tillhandahållet material. Deltagarna hade under behandlingen kontakt med en kontaktperson via e-mail. Studien visade signifikant förbättring för båda grupperna, dock var behandlingseffekten större hos gruppen som fått terapeutledd ensessionsbehandling. Bortfallet i studien var 6 % i Live-gruppen och 13 % i självhjälsgruppen (Jonsson & Malmaeus, 2003).

### ***Syfte och frågeställningar***

Syftet med föreliggande psykologexamensarbete är att utveckla en generell Internetbaserad behandling för specifik fobi samt att utvärdera behandlingseffekt och deltagarupplevelse av denna behandling. Studiens frågeställningar är följande:

- Skattar de deltagare som genomgått behandlingen sin fobiska rädsla och undvikande som lägre efter genomförd behandling?
- Hur upplever deltagarna den genomförda behandlingen?
- Förändras deltagarnas självrapporterade attityd till undvikande- och närmandestrategier efter genomförd behandling?

Ett ytterligare syfte med psykologexamensarbetet blev att utforma och genomföra en preliminär normering av självskattningsskalor för höjdfobi, råttfobi, fågelfobi och svampfobi. Detta behov aktualiserades då det saknas skalor på svenska för dessa specifika fobier samtidigt som vi ville hålla behandlingen öppen för så många fobityper som möjligt. De nya självskattningsskalorna utvecklades med de redan existerande skalorna som mall.

### **Metod**

Designen för studien är multipla fallstudier med före- och eftermätning (Shaugnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2003). Den önskade designen med experiment- och kontrollgrupp har av tidsskäl inte kunnat genomföras, varför studien får betraktas som en pilotstudie av behandlingseffekt och deltagarupplevelse hos den Internetbaserade fobibehandling vi utarbetat.

### ***Deltagare***

Deltagarna rekryterades genom att anslag sattes upp i Lund, Malmö, Ronneby, Karlshamn, Stockholm och Falun. Information om studien och länk till behandlingssiten fanns även på Studentföreningen för kognitiva och beteendearterade terapiers hemsida. Intresserade deltagare ombads anmäla sig via e-mail där de kort skulle beskriva sin fobi samt lämna ett telefonnummer där de kunde nås för bedömningsintervju.

För att vara aktuell för deltagande i behandlingen skulle man uppfylla DSM-IV kriterierna för specifik fobi, inte uppfylla kriterierna för någon annan psykiatrisk diagnos som

kan påverka möjligheten att medverka i eller genomföra behandlingen, ha fyllt 16 år, ha tillgång till en medhjälpare som inte lider av specifik fobi samt ha möjlighet till tät och regelbunden tillgång till Internet.

Totalt anmälde 34 personer sitt intresse för att medverka i behandlingen. Efter bedömningsintervjun exkluderades 17 stycken då de inte uppfyllde inklusionskriterierna ovan. Sammanlagt antogs således 17 personer till behandlingen. Av dem som påbörjade behandlingen var 15 kvinnor och två män. Deltagarna var mellan 17 och 36 år med en medelålder på 23 år. Fjorton av deltagarna studerade och tre var yrkesarbetande. Deltagare rekryterades från samtliga orter där anslag satts upp, men en majoritet av deltagarna var bosatta i Skåne.

Avseende fobityp fördelade sig de som påbörjade behandlingen på följande sätt: Sex ormfobiker, sex spindelfobiker, en råttfobiker, en fågelfobiker, en klaustrofobiker, en höjdfobiker och en svampfobiker.

### ***Bortfall***

Som bortfallskriterium valdes att deltagaren ej genomfört någon exponeringsträning. Orsaken till att detta bortfallskriterium valdes är att det är exponeringen som utgör den mest centrala behandlingskomponenten. Sju av de deltagare som påbörjade behandlingen uppfyllde vid behandlingsperiodens slut bortfallskriteriet, vilket innebär ett bortfall på 41 %.

Den medhjälpvärdering (se s. 26) som skickades ut efter avslutad behandling besvarades enbart av tre personer, varför den uteslöts ur resultatbearbetningen.

### ***Normgrupp***

För att erhålla en jämförelsegrupp på de formulär som konstruerats inför behandlingen genomfördes en mindre normering av dessa instrument. 26 studenter och fyra yrkesarbetande,

rekryterade genom bekvämlighetsurval, fick fylla i samtliga egenhändigt konstruerade formulär samt spindelfobiskalan. Spindelfobiskalan användes i detta sammanhang för att få en bild av hur vår normgrupp förhöll sig till ett normerat formulär. Normgruppen bestod av 18 kvinnor och 12 män med en medelålder på 28,3 år.

## *Material*

### *Vår behandling*

Den behandling vi konstruerat bygger på samma principer som traditionell KBT-behandling för specifik fobi. Exponering och psykoedukation är de två mest framträdande behandlingskomponenterna. Behandlingen är upplagd så att man kan använda sig av den vid flertalet specifika fobier (undantag är blod-, injektions-, kräk- samt tandläkarfobi). Behandlingen löper över fyra moduler, där varje modul innehåller såväl texter som olika former av övningsuppgifter. Modul 1 är en introduktionsmodul där deltagarna får grundläggande information om specifik fobi och KBT. I modul 2 får deltagarna lära sig mer om ångest och ångesthantering. De får även i denna modul konstruera en hierarki över ångestskapande aktiviteter och arbeta med sina katastroftankar knutna till det fobiska objektet eller situationen. Modul 3 handlar om exponering och hur denna genomförs så effektivt som möjligt. Deltagarna får i denna modul planera och genomföra sin exponering. Vår rekommendation är att de skall genomföra tre exponeringstillfällen per vecka à två timmar under två veckors tid. Efter varje exponeringstillfälle uppmanas även deltagarna att genomföra någon form av belöningsaktivitet. I modul 4 instrueras deltagarna kring vidmakthållande och övningsuppgiften i denna modul är att skapa sitt eget vidmakthållandeprogram. Den behandling vi lagt upp är konstruerad för att genomföras på tre till fyra veckor, dock angavs ingen deadline utan deltagarna fick själva planera sin behandling.

Behandlare och deltagare kommunicerade via dialogrutor i varje modul. Genom denna dialogfunktion besvarade deltagarna övningsuppgifter samt hade möjlighet att ställa övriga frågor till behandlarna. Viss kontakt skedde även via e-mail i de fall någon deltagare inte varit inloggad på siten under en längre period.

I varje modul fanns dessutom länkar till fördjupande texter samt exempel och problemlösningstips. Vidare fanns på siten en samling bilder och filmer som deltagarna kunde använda sig av vid sin exponering.

För att minska bortfallet och öka sannolikheten att exponeringen genomförs på ett korrekt sätt har ett obligatoriskt inslag i behandlingen varit att man haft tillgång till en medhjälpare. Vår tanke med medhjälparen var att han eller hon skulle fungera som ett stöd vid exponeringen och uppmärksamma och förhindra undvikandebeteenden samt uppmuntra och peppa deltagaren att fullfölja behandlingen. På siten fanns särskilda instruktioner och texter riktade till medhjälparen för att bistå denne.

### ***Bedömningsintervju***

Den bedömningsintervju som använts vid urvalet inför behandlingen (se bilaga B) var en modifierad form av den korta versionen av Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS; Brown, DiNardo & Barlow, 1994). Syftet med bedömningsintervjun var att säkerställa att inklusionskriterierna var uppfyllda. Bedömningsintervjun genomfördes över telefon och tog cirka 15 minuter.

### ***Skattningsformulär***

***Undvikande- närmandeskala.*** För att få ett generellt mått på i vilken grad man finner undvikande- respektive närmandestrategier lämpliga för att hantera negativa upplevelser (emotioner, kognitioner och trauman), konstruerades ett självskattningsformulär där man fick

ta ställning till ett antal påståenden kring dessa teman (se bilaga C). Formuläret består av två skalor, en undvikandeskala och en närmandeskala, med fem item vardera. Ett item på närmandeskalan uppvisade emellertid mycket liten variation i svaren och exkluderades därför. Internkonsistensen (Cronbachs Alpha) var 0,62 för undvikandeskalan och 0,64 för närmandeskalan.

**Spindelfobiskala.** SPQ (Fredriksson, 1983) är ett självskattningsformulär som mäter graden av rädsla och undvikande i relation till spindlar. Formuläret består av 31 item som utgörs av påståenden kring hur klienten känner eller beter sig inför spindlar (se bilaga D). Varje item kan besvaras med antingen "sant" eller "falskt". Formuläret har god reliabilitet och validitet (Fredriksson, 1983).

**Ormfobiskala.** SNAQ (Fredriksson, 1983) är ett självskattningsformulär som mäter graden av rädsla och undvikande i relation till ormar. Formuläret består av 30 item som utgörs av påståenden kring hur klienten känner eller beter sig inför ormar (se bilaga E). Varje item kan besvaras med antingen "sant" eller "falskt". Formuläret har god reliabilitet och validitet (Fredriksson, 1983).

**Klaustrofobiskala (Å och U).** Mätinstrumentet för klaustrofobi består av två skalor: Klaustrofobiskalan Ångest och Klaustrofobiskalan Undvikande (Öst, Johansson & Jerremalm, 1982). Klaustrofobiskalan Ångest består av 20 item där man får ta ställning till hur mycket ångest olika situationer eller aktiviteter väcker på en skala från 0 till 4. Klaustrofobiskalan Undvikande består av 18 item där man får ta ställning till i vilken grad man undviker olika situationer eller aktiviteter på en skala från 0 till 2 (se bilaga F). Båda skalorna har god reliabilitet och validitet (Öst et al., 1982).



**Höjdfobiskala.** Då det inte finns någon höjdfobiskala på svenska konstruerades en sådan med klaustrofobiskalorna som mall (se bilaga G). Höjdskalen Ångest består av 20 item där man får ta ställning till hur mycket ångest olika situationer eller aktiviteter väcker på en skala från 0 till 4. Höjdskalen Undvikande består av 20 item där man får ta ställning till i vilken grad man undviker olika situationer eller aktiviteter på en skala från 0 till 2. Båda skalorna hade god reliabilitet (Cronbach's alpha 0,94 för Höjdskalen Å och 0,87 för Höjdskalen U) i vår normgrupp.

**Fågelfobiskala.** Då det inte finns någon fågelfobiskala på svenska konstruerades en sådan med spindelfobiskalan som mall (se bilaga H). Formuläret består av 29 item som utgörs av påståenden kring hur klienten känner eller beter sig inför fåglar. Varje item kan besvaras med antingen "sant" eller "falskt". Formuläret hade god reliabilitet (Cronbach's alpha 0,89) i vår normgrupp.

**Råttfobiskala.** Då det inte finns någon råttfobiskala på svenska konstruerades en sådan med spindelfobiskalan som mall (se bilaga I). Formuläret består av 26 item som utgörs av påståenden kring hur klienten känner eller beter sig inför möss/råttor. Varje item kan besvaras med antingen "sant" eller "falskt". Formuläret hade god reliabilitet (Cronbach's alpha 0,93) i vår normgrupp.

**Svampfobiskala.** Då det inte finns någon svampfobiskala på svenska konstruerades en sådan med klaustrofobiskalorna som mall (se bilaga J). Svampfobiskalan Ångest består av 10 item där man får ta ställning till hur mycket ångest olika situationer eller aktiviteter väcker på en skala från 0 till 4. Svampfobiskalan Undvikande består av 10 item där man får ta ställning till i vilken grad man undviker olika situationer eller aktiviteter på en skala från 0 till 2. Båda

skalorna hade god reliabilitet (Cronbach's alpha 0,92 för Svampfobiskalan Å och 0,94 för Svampfobiskalan U) i vår normgrupp.

### ***Ångesthierarki***

Ytterligare ett effektutvärderingsmått som användes i studien var deltagarnas egenhändigt utformade ångesthierarki. Denna fanns som övningsuppgift i modul två, som en förberedelse inför exponeringsträningen. Ångesthierarkin skulle bestå av 9 aktiviteter av varierande svårighetsgrad. Deltagarna fick i uppgift att skatta varje aktivitet på en skala mellan 0-100, där 0 står för ingen ångest och 100 står för den starkaste ångest de någonsin upplevt.

### ***Deltagarutvärdering***

För att utvärdera deltagarnas upplevelse av behandlingen användes dels en modifierad form av Client Satisfaction Questionnaire (CSQ; Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979) och dels sex öppna frågor (se bilaga K). De aspekter som utvärderades var behandlingens kvalitet, hur väl behandlingen svarade mot deltagarnas behov, hur kontakten med behandlarna upplevdes, för- respektive nackdelar med Internetbaserad behandling, hur medhjälparslaget upplevdes, texternas och övningsuppgifternas relevans och omfattning samt eventuella hinder deltagarna stött på under behandlingens gång.

### ***Medhjälparsutvärdering***

För att utvärdera medhjälparnas upplevelse av sin roll under behandlingen samt den effekt han/hon upplevde att behandlingen haft på den han/hon hjälpt, användes fem öppna frågor samt en flervalsfråga (se bilaga L).

### ***Bortfallsutvärdering***

För att undersöka om bortfallsgruppens skattningsvärden förändrats under behandlingsperioden samt för att få en bild av deras upplevelser av behandlingen skickades eftermätnings- och utvärderingsdokumentet även ut till de 7 deltagare som ej fullföljt behandlingen. Av dessa besvarade 4 utvärderingen.

### ***Procedur***

#### ***Förmätning***

Efter rekrytering och urval (se ovan) och före behandlingen påbörjades fick samtliga deltagare fylla i ett förmättningsdokument. Detta skickades som bifogad fil via e-mail och returnerades i samma form. Förmättningsdokumentet innehöll Undvikande- närmandeskalan samt självskattningsformuläret för den typ av specifik fobi deltagaren led av. Till förmätningen räknas även den ångesthierarki som deltagarna fick fylla i som övningsuppgift i modul 2. Då behandlarna mottagit förmättningsdokumentet erhöll deltagarna användarnamn och lösenord till behandlingssiten.

#### ***Behandling***

Mellan för- och eftermätning genomgick deltagarna behandling enligt beskrivningen ovan. Behandlingarnas längd varierade mellan 7 och 12 veckor. I genomsnitt har behandlarna ägnat 40 minuter per deltagare (de som uppfyller bortfallskriteriet räknas ej med här) åt kommunikation via meddelandefunktionen på behandlingssiten samt ytterligare cirka 10 minuter per deltagare åt kommunikation via e-mail (påminnelser och utskick av skattningsformulär).

### ***Eftermätning***

Efter genomförd behandling fick deltagarna fylla i ett eftermätningsskema som skickades ut via e-mail och returnerades i samma form. Eftermätningsskemat innehöll Undvikandekänslomåttat samt självskattningsskemat för den typ av specifik fobi deltagaren led av. Vidare fick deltagarna i eftermätningsskemat på nytt skatta ångestgraden hos de aktiviteter de listat i sin ångesthierarki samt fylla i deltagarutvärderingen. Eftermätningen innefattade även det utvärderingsskemat som skickats via e-mail till deltagarnas medhjälpare.

### ***Klinisk signifikans***

Vid bedömning av klinisk signifikant förbättring föreslår Jacobsson bland annat kriteriet att klienterna skall närma sig en ickeklinisk grupp som resultat av behandlingen (Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001). För att ta ställning till detta undersöks om klientens poäng på det använda instrumentet efter behandling uppfyller något av följande tre kriterier (Ogles et al., 2001):

- A) Klienten befinner sig inom normalpopulationen (definierad som  $M \pm 2 SD$ )
- B) Klienten befinner sig minst två standardavvikelser från den kliniska gruppens medelvärde i riktning mot normalitet.
- C) Klienten skall befinna sig minst halvvägs mellan klientgruppens medelvärde och normalpopulationens medelvärde.

### **Resultat**

Av de 10 deltagare som påbörjat exponering var det 8 som genomförde exponeringar för samtliga aktiviteter på sin ångesthierarki. Övriga två deltagare genomförde exponeringar, men hann under behandlingsperioden endast med delar av sin ångesthierarki. I de tabeller där fallstudierna presenteras, redovisas därför om deltagaren genomfört samtliga

behandlingsmoment eller ej. Inledningsvis redovisas resultaten av den normering som genomfördes av de formulär som konstruerats inför behandlingen, därefter redogörs för resultaten av för- och eftermätningen på undvikande- närmandeskalan, fobiskalorna samt ångesthierarkierna. Slutligen redovisas en sammanställning av deltagarnas svar på behandlingsutvärderingen.

### *Normering*

I detta stycke presenteras resultatet av den normering som genomfördes på de skalor som konstruerats inför behandlingen. Spindelfobiskalan presenteras med de konstruerade skalorna i detta sammanhang för att ge en bild av hur vår normgrupp förhöll sig till ett normerat formulär.

Tabell 1.

*Deskriptiv statistik för normeringsgruppen på de skalor som konstruerats inför behandlingen samt spindelfobiskalan.*

Skala	<i>n</i>	Minimivärde	Maxvärde	M	SD
Fågelfobiskala	30	0	4	1,67	1,27
Höjdfobiskala Å	30	0	39	9,2	9,14
Höjdfobiskala U	30	0	12	2,3	3,23
Råttfobiskala	30	0	14	2,73	3,33
Svampfobiskala Å	30	0	1	0,1	0,31
Svampfobiskala U	30	0	1	0,067	0,25
Spindelfobiskala	30	0	22	5,33	5,87

I litteraturen redovisas medelvärde 5,0 och standardavvikelse 4,9 på spindelfobiskalan (Fredriksson, 1983). Med undantag för något större spridning (5,87) tycks således vår normgrupp utgöra en relevant jämförelsegrupp, dock kan man ej med säkerhet antaga att den är representativ för normalpopulationen avseende övriga skalor.

Normeringen visar även som väntat på signifikanta positiva korrelationer mellan Höjdfobiskalan Å och Höjdfobiskalan U ( $r = 0,90, p < 0,001$ ) samt mellan Svampfobiskalan Å och Svampfobiskalan U ( $r = 0,97 p < 0,001$ )

### *Undvikande- närmandeskalan*

Medelvärdesskillnader före påbörjad behandling på undvikande- närmandeskalan mellan fobiker och normgrupp undersöktes med t-test för två oberoende stickprov. Resultatet visas i Tabell 2.

Tabell 2.

*Jämförelse mellan normgrupp och fobigrupp på undvikande- närmandeskalan.*

	Normgrupp ( $n=30$ )		Fobiker ( $n=17$ )		$t$ (45)	$p$
	M	SD	M	SD		
Undvikandeskala	8,67	1,95	10,47	2,79	2,60	0,013*
Närmandeskala	12,83	1,90	11,53	1,94	-2,23	0,033*

\*Signifikant på  $\alpha = 0,05$  nivå

Således föreligger signifikanta skillnader mellan fobiker och normgrupp på såväl undvikande- som närmandeskalan. Fobikerna tenderar att i större utsträckning bejaka undvikandestrategier och i lägre utsträckning bejaka närmandestrategier jämfört med normgruppen.

Förmätningen visar även att det, som förväntat, föreligger en signifikant negativ korrelation mellan resultatet på undvikandeskalan och resultatet på närmandeskalan ( $r = -0,60, p < 0,001$ ).

För att undersöka om förhållningssätt till undvikande- och närmande strategier samvarierade med vilka som fullföljde respektive avbröt behandlingen undersöktes deltagargruppens och bortfallsgruppens medelvärden inför behandlingen med t-test för två oberoende stickprov. Resultatet visas i Tabell 3.

Tabell 3.

*Jämförelse mellan fullföljande- respektive bortfallsgrupp på undvikande- närmandeskalan.*

	Fullföljandegrp (n=10)		Bortfallsgrp (n=4)		t (12)	p
	M	SD	M	SD		
Undvikandeskala	10,6	2,84	10,3	2,93	0,22	0,83
Närmandeskala	12,3	1,89	10,4	1,51	2,26	0,039*

\*Signifikant på  $\alpha = 0,05$  nivå

Således förelåg inför behandling en signifikant skillnad mellan den grupp som fullföljde behandlingen och de som bortföll avseende attityder till närmandestrategier, där de som fullföljde var signifikant mer positiva till sådana strategier.

Eventuella skillnader i rapporterat förhållningssätt till undvikande- och närmandestrategier mellan för- och eftermätningen i den grupp som fullföljde behandlingen undersöktes med t-test för två beroende stickprov. Resultatet visas i Tabell 4.

Tabell 4.

*Jämförelse på undvikande- närmandeskalan för fullföljandegruppen. Före och efter behandling.*

	Före (n=10)		Efter (n=10)		t (19)	p
	M	SD	M	SD		
Undvikandeskala	10,6	2,84	7,8	1,32	2,94	0,016*
Närmandeskala	12,3	1,89	14,1	1,45	-2,11	0,064

\*Signifikant på  $\alpha = 0,05$  nivå

I absoluta tal har de fullföljande deltagarna rört sig neråt på undvikandeskalan och uppåt på närmandeskalan. Förändringen på undvikandeskalan är statistiskt signifikant ( $p = 0,016$ ) medan förändringen på närmandeskalan inte är statistiskt signifikant ( $p = 0,064$ ).

Även bortfallsgruppen har efter behandlingsperioden ett lägre medelvärde på undvikandeskalan jämfört med före behandlingsperioden (10,75 före jämfört med 8,50 efter). Denna skillnad uppfyller dock inte kraven för statistisk signifikans ( $p = 0,22$ ).

### *Fobiskalorna*

Nedan (se Tabell 5) presenteras resultatet från före- och eftermätningen på deltagarnas respektive fobiskala. För att undersöka om förbättringarna uppfyller kraven för klinisk signifikans användes kriteriet att deltagaren efter genomförd behandling skall befinna sig inom två standardavvikelser från normalgruppens medelvärde på använt instrument.

Tabell 5.

*För- och eftermätning på fobiskalorna för respektive deltagares fobi.*

Deltagare	Genomfört samtliga moment	Normvärden		Före	Efter	Differens
		M	SD			
Spindelfobiker 1	Ja	5,0 <sup>b</sup>	4,9 <sup>b</sup>	15	5	- 10*
Spindelfobiker 2	Ja	5,0 <sup>b</sup>	4,9 <sup>b</sup>	18	3	- 15*
Spindelfobiker 3	Ja	5,0 <sup>b</sup>	4,9 <sup>b</sup>	17	6	- 11*
Spindelfobiker 6	Ja	5,0 <sup>b</sup>	4,9 <sup>b</sup>	16	9	- 7*
Ormlobiker 1	Ja	9,1 <sup>b</sup>	6,1 <sup>b</sup>	22	7	- 15*
Ormlobiker 2	Nej	5,8 <sup>a</sup>	3,8 <sup>a</sup>	24	9	- 15*
Ormlobiker 5	Ja	9,1 <sup>b</sup>	6,1 <sup>b</sup>	22	8	- 14*
Höjdfobiker (Å/U)	Nej	9,2/2,3	9,1/3,2	49/17	36/11	-13/-6
Svamplobiker	Ja	0,1/0,07	0,3/0,3	16/10	14/6	-2/-4
Klaustrofobiker (Å/U)	Ja	6,1/2,9	6,5/3,0	31/12	15/4	-16*/-8*

\* Differensen uppfyller kriterierna för kliniskt signifikant förbättring

<sup>a</sup> Normvärden för män

<sup>b</sup> Normvärden för kvinnor

Resultatet av före och eftermätningen på skalorna för respektive fobi visar att 8 av 10 deltagare uppnått kliniskt signifikant förbättring (80 %). Av de deltagare som genomfört samtliga behandlingsmoment uppfyller 7 av 8 kriterierna för klinisk signifikant förbättring (88 %).

### *Ångesthierarkin*

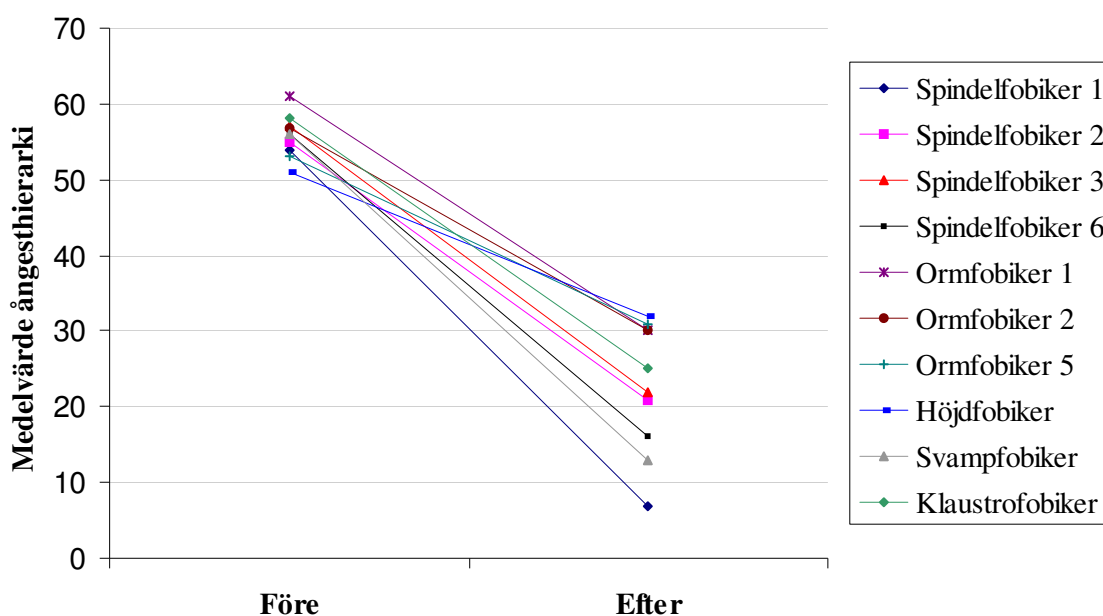
För att utvärdera eventuell förbättring beräknades deltagarnas medelvärden före respektive efter behandling. Medelvärdesförändringen redovisas i procent av medelvärdet före genomförd behandling ( $(M_{\text{efter}} - M_{\text{före}}) / M_{\text{före}}$ ). Se Tabell 6 och Figur 3.



Tabell 6.

*Deltagarnas skattade ångest inför exponeringsuppgifter före respektive efter behandling.*

Deltagare	Genomfört samtliga moment	M Före	M Efter	Procentuell minskning
Spindelfobiker 1	Ja	54	7	87
Spindelfobiker 2	Ja	55	21	62
Spindelfobiker 3	Ja	57	22	61
Spindelfobiker 6	Ja	56	16	71
Ormlobiker 1	Ja	61	30	48
Ormlobiker 2	Nej	57	30	47
Ormlobiker 5	Ja	53	31	42
Höjdfobiker	Nej	51	32	37
Svamplobiker	Ja	56	13	77
Klaustrofobiker	Ja	58	25	57



Figur 3. Deltagarnas skattade ångest inför exponeringsuppgifter före respektive efter behandling.

Samtliga deltagare har alltså sjunkit markant avseende självskattad ångest. För 6 av 10 deltagare har medelvärdet sjunkit med mer än 50 % och 8 av 10 deltagare har efter behandlingen ett medelvärde på 30 eller lägre (övriga deltagare har ett medelvärde på enbart ett par poäng över 30). Aktiviteter med en ångestnivå mellan 10 och 30 definierades som

”lätta aktiviteter” i de instruktioner deltagarna fick inför konstruktionen av ångesthierarkin. Ett medelvärde under 30 indikerar således en påtaglig minskning av aktiviteternas ångestladdning.

### *Utvärdering*

Nedan redovisas deltagarnas svar på eftermätningens utvärderingsdel. Först presenteras en sammanställning av svaren på den modifierade varianten av Client Satisfaction Questionnaire (se Tabell 7) och därefter svaren på de öppna frågorna (se Tabell 8).

Tabell 7.

*Summering av svaren på utvärderingens flervälsfrågor\*.*

Utvärderingsfråga	1	2	3	4	M
Hur bedömer du kvalitén på den behandling du har fått?	0	1	4	5	3,4
Fick du den typ av behandling som du önskade?	0	1	4	5	3,4
I vilken utsträckning har vår behandling svarat mot dina behov?	0	1	3	6	3,6
Om en vän var i behov av liknande hjälp skulle du då rekommendera vår behandling till honom eller henne?	0	0	3	7	3,7
Hur nöjd är du med omfattningen av den kontakt du haft med behandlarna?	0	1	1	8	3,7
Har behandlingen du har fått hjälpt dig att på ett bättre sätt handskas med din fobi?	0	0	2	8	3,8
Totalt sett, hur tillfredsställd är du med den behandling du har fått?	0	0	4	6	3,6

\* För att uppnå större överskådlighet är svarsalternativen omsatta till siffror, där 1 står för det mest negativa svarsalternativet och 4 för det mest positiva.

Utvärderingens flervälsfrågor visar att deltagarna är mycket positiva till den behandling de genomgått. Det summerade medelvärdet för deltagarnas svar på samtliga utvärderingsfrågor är 3,6 (där maxvärdet är 4,0).

Tabell 8.

*Återkommande teman i behandlingsutvärderingen*

Återkommande teman	Antal deltagare (n=10)
1. Fördel med behandling är frihet i behandlingsplanering och genomförande.	10
2. Nackdel att behandlingen ställer stora krav på motivation och självdisciplin.	10
3. Medhjälparen var till mycket stort stöd.	7
4. Medhjälparen var inte något stöd.	3
5. Texterna på behandlingssiten var relevanta och av lagom omfattning.	10
6. Övningsuppgifterna var begripliga och relevanta .	10
7. Ett stort hinder under behandlingen var sviktande självdisciplin.	10
8. Ett stort hinder under behandlingen var svårigheter att få tag på exponeringsobjekt.	3
9. Vore bra med tydligare tidsramar och deadlines i behandlingen	4

Deltagarnas svar på de öppna utvärderingsfrågorna var tämligen entydiga. Samtliga deltagare upplevde att den främsta fördelen med behandlingen var den frihet och egenkontroll som behandlingsformen erbjöd, samtidigt som den största nackdelen och det mest påtagliga hindret var de stora kraven på självdisciplin och motivation som denna frihet medför. Samtliga deltagare var nöjda med texternas relevans och omfattning samt övningsuppgifternas begriplighet och relevans. 7 av 10 deltagare upplevde medhjälparen som ett stort stöd och ett väsentligt inslag i behandlingen, medan 3 av 10 inte hade haft så stort stöd av sin medhjälpare. Övriga synpunkter som framkom under utvärderingen var att vissa deltagare (3 av 10) hade problem med att få tag på lämpliga exponeringsobjekt samt att tydligare tidsramar och deadlines (4 av 10) hade underlättat behandlingsföljsamheten.

***Bortfallsutvärdering***

Eftermätnings- och utvärderingsdokumentet skickades även ut till de sju deltagare som ej fullföljt behandlingen. Av dessa besvarade fyra utvärderingen. Av dessa uppfyllde ingen kriterierna för klinisk signifikant förbättring. Samtliga uppgav att det största hindret för dem

varit sviktande självdisciplin och tre av fyra uppgav att de inte haft en fungerande medhjälpare. Samtliga tyckte att texterna och övningsuppgifterna varit begripliga och relevanta.

## **Diskussion**

### ***Bortfall***

På grund av avsaknaden av direkt kontakt mellan behandlare och deltagare var ett visst bortfall att förvänta, dock framstår studiens bortfall (41 %) som anmärkningsvärt högt. Utifrån såväl deltagarutvärderingar som de utvärderingar som erhållits från bortfallsgruppen är det tydligt att den främsta orsaken till bortfallet är de stora krav som denna typ av behandling ställer på deltagarens egen motivation och disciplin. Under planeringen av behandlingen antogs att den process som krävdes för att bli antagen som deltagare i behandlingen skulle sälla bort individer med sviktande motivation. Uppenbarligen var detta antagande felaktigt. Vi tänker oss att de tre viktigaste faktorerna till att bortfallet blev högre än förväntat är avsaknad av tydliga tidsramar, det faktum att behandlingen var kostnadsfri samt karaktären av patientgruppen och diagnosen.

Även om det i behandlingen fanns tidsrekommendationer (t.ex. att deltagarna skulle boka in sex exponeringstillfällen under de kommande två veckorna), så saknades en tydligt uttalad tidsgräns för behandlingen. Med sviktande motivation blir det således lätt att skjuta på respektive behandlingsmoment. Om en tydlig tidsgräns angivits vid behandlingens början kan man därför antaga att bortfallet varit något mindre.

Deltagargruppens motivation att fullfölja behandlingen hade troligen varit högre om behandlingen inte varit kostnadsfri. Om deltagaren i samband med anmälan även debiteras en behandlingsavgift skulle kostnaden för avbruten behandling upplevas som större än vad som var fallet i denna studie.

I jämförelse med andra patientgrupper som genomgått Internetbaserade behandlingsstudier (depression, panikångest, social fobi), skulle det kunna finnas vissa egenskaper hos patientgruppen med specifik fobi som bidrar till ökad bortfallsrisk. Behandlingsmotivationen kan exempelvis sänkas av att diagnosens inverkan på vardagen inte är lika påtaglig. Många fobiker har haft sin fobi större delen av sitt liv och inrättat en tillvaro där konfrontationen med det fobiska objektet är minimal. Detta medför att lidandet för fobikern och dennes närstående förmodligen är av mer begränsad karaktär och inte lika närvarande i vardagen. Studier på olika patientgruppers skattning av livskvalitet styrker ett sådant antagande (Öst, 2005). Om dessa antaganden stämmer skulle detta förhållande kunna bidra till en högre bortfallsrisk för diagnosen specifik fobi.

### *Medhjälparen*

Då självhjälpsbehandlingar saknar tydlig extern kontroll i form av t.ex. en engagerad och styrande terapeut, ställs högre krav på deltagaren avseende disciplin och motivation. För att minska bortfallet och öka sannolikheten att exponeringen genomförs på ett korrekt sätt införde vi därför tillgång till medhjälpare som ett obligatoriskt inslag i behandlingen. Förhoppningen var att medhjälparen skulle fungera pådrivande och stödjande samt förhindra undvikandebeteenden under exponeringen.

Resultatet av deltagarutvärderingen visar dock särlagda meningar kring medhjälparens funktion. 7 av 10 rapporterar att medhjälparen varit till stort stöd och haft en viktig roll i behandlingen medan 3 av 10 menar att medhjälparen inte fyllt önskad funktion. Vad som bör framhållas i detta sammanhang är dock att de som ej uppskattat inslaget av medhjälpare dessutom uttrycker att denne varit lat, hånande eller på annat sätt inte intagit den roll vi tänkt oss att medhjälparen skulle ha. Resultatet av utvärderingen bekräftar således relevansen av ett medhjälparinslag i behandlingen. För att säkerställa att medhjälparen fyller önskad funktion

kunde det införts tydligare instruktioner till deltagarna kring medhjälparens viktiga roll under behandlingen. Därigenom minimeras risken för att deltagaren enbart gör ett bekvämlighetsval av medhjälpare. Möjligen skulle det även kunnat införas en mer direkt kontakt mellan medhjälpare och behandlare under behandlingen, exempelvis genom ett inslag där medhjälparen avrapporterar till behandlarna halvvägs genom exponeringen för att kontrollera och öka dennes följsamhet.

### *Utfallsmått*

De utfallsmått som använts i studien kan problematiseras. Samtliga utfallsmått är olika varianter av självskattningar. De normerade självskattningsformulär som använts (spindelfobiskalan, ormfobiskalan och klaustrofobiskalan Å och U) uppvisar förvisso enligt litteraturen god validitet (Fredriksson, 1983), men ett visst mått av osäkerhet finns i alla former av upprepad mätning med självskattningar (Arrindell, 2001). Ett ofta tillämpat utfallsmått vid fobibehandlingar, med högre validitet än självskattningar, är beteendetest (Hellström et al, 1991). Att tillämpa ett sådant utfallsmått skulle dock varit tidsmässigt och praktiskt svår genomförbart samt motverka ambitionen i behandlingsutformningen rörande den geografiska obundenheten.

Vad gäller de självskattningsformulär som konstruerats inför behandlingen så uppvisar samtliga god reliabilitet, dock har någon validering av dem inte kunnat genomföras. Det faktum att de personer som uppgav sig lida av någon fobi fick ett resultat långt över normgruppens medelvärde för aktuell skala, skulle dock kunna ses som en indikation på att formulären uppvisar viss validitet. Skalornas statistiska egenskaper och validitet skulle behöva utforskas ytterligare genom testning på såväl kliniska som ickekliniska grupper.

Ångesthierarkin fanns med som utfallsmått på grund av att den, genom dess konkreta koppling till situationer som deltagaren själv beskrivit som ångestväckande, uppvisar vissa

likheter med ett beteendetest. Detta mått är självfallet mycket subjektivt, men kan samtidigt på grund av dess konstruktion anses ha hög face-validity (Shaugnessy et al., 2003) för den enskilde deltagaren.

Sammanfattningsvis föreligger alltså en viss osäkerhet kring validiteten av de utfallsmått som använts i studien, vilket bör vägas in vid uttolkningen av resultaten.

### ***Kostnadseffektivitet***

Som redovisats tidigare är den främsta fördelen med Internetbaserade behandlingar möjligheterna till ökad tillgänglighet samt större kostnadseffektivitet. Den tid som behandlarna i denna studie ägnat åt varje deltagare (40 minuter åt kommunikation via meddelandefunktionen på behandlingssiten samt ytterligare cirka 10 minuter åt kommunikation via e-mail) är också betydligt mindre än om en traditionell behandling genomförts (en ensessionsbehandling skulle uppskattningsvis ta 4-5 timmar inklusive bedömning och uppföljning).

### ***Slutsatser***

Syftet med föreliggande psykologexamensarbete var att utveckla en generell Internetbaserad behandling för specifik fobi samt att utvärdera behandlingseffekt och deltagarupplevelse av denna behandling. Studiens frågeställningar var följande:

- Skattar de deltagare som genomgått behandlingen sin fobiska rädsla och undvikande som lägre efter genomförd behandling?
- Hur upplever deltagarna den genomförda behandlingen?
- Förändras deltagarnas självrapporterade attityd till undvikande- och närmandestrategier efter genomförd behandling?

På grund av avsaknaden av kontrollgrupp är det omöjligt att dra kausala samband om eventuella behandlingseffekter. Dock har studien påvisat möjligheten att sådana samband föreligger. 8 av 10 deltagare uppfyllde vid eftermätningen kriteriet för klinisk signifikant förbättring (Ogles et al., 2001). Det som talar för att det är den genomförda behandlingen som haft positiva effekter är dels att spontantillfrisknandet för specifika fobier är mycket lågt (Butler, 1989) samt att inga av de deltagare som ej fullföljt behandlingen är kliniskt signifikant förbättrade. Samtidigt kan inte hot mot studiens interna validitet på grund av bland annat effekter av upprepad testning uteslutas (Arrindell, 2001). Resultatet kan även vara påverkat av det föreligger en risk att deltagarna upplever det som socialt önskvärt gentemot oss som behandlare att ha förbättrats på grund av sin genomförda behandling och att detta präglar deras svarsstil i eftermätningen. En annan faktor som uppmanar till försiktighet vid utvärderingen av behandlingseffekten är att validiteten hos de använda utfallsmåtten kan diskuteras (se s. 38).

Samtliga deltagare som fullföljt behandlingen är positiva till behandlingens utformning. Texter och övningsuppgifter har uppfattats som begripliga och relevanta. Deltagarna upplever vidare att den behandling de fått helt eller till stor del motsvarade deras förväntningar och behov. Det stora måttet av eget ansvar för behandlingens genomförande ses som både positivt och negativt.

Resultaten på de genomförda mätningarna på undvikande- närmandeskalan visar på en rad intressanta tendenser. Dessa resultat måste dock tolkas med viss försiktighet med tanke på att skalorna är psykometriskt oprövade. De tre mest intressanta fynden är: (1) att gruppen fobiker skiljer sig från normgruppen avseende attityder till undvikande- och närmandestrategier (mer undvikande och mindre närmande;  $p = 0,013$  respektive  $p = 0,033$ ), (2) att de deltagare som fullföljde behandlingen redan inför behandlingen var mer positiva till närmandestrategier än de som bortföll ( $p = 0,039$ ) samt (3) att de som genomgått



behandlingen rapporterar mer negativ attityd till undvikande strategier ( $p = 0,016$ ) och en tendens till mer positiv attityd till närmande strategier ( $p = 0,064$ ) jämfört med förmätningen. Samtliga dessa fynd vore intressanta att undersöka ytterligare. Exempelvis skulle det vara spännande att utreda huruvida attityder till närmandestrategier kan användas för att predicera behandlingsresultat och behandlingsföljsamhet. Dock bör skalan då vidareutvecklas, valideras och bearbetas så att den får bättre psykometriska egenskaper.

För att kunna dra säkrare slutsatser kring behandlingseffektiviteten skulle en studie med randomiserad fördelning till experiment- och kontrollgrupp behöva genomföras. Om så är möjligt vore det dessutom önskvärt att använda beteendetest som ett av utfallsmåtten. Den genomförda utvärderingen och det höga bortfallet aktualiserar dessutom tänkbara revideringar av behandlingsutformningen. Den stora utmaningen blir här att bevara behandlingens generella och flexibla karaktär samtidigt som man inför en tydligare struktur för att minska bortfallet och öka behandlingsföljsamheten. Ett sätt att åstadkomma detta kan vara att dels kostnadsbelägga deltagandet i behandlingen samt att införa en tidsram inom vilken behandlingen måste ha slutförts.

Då Internetbaserad behandling fortfarande befinner sig i ett relativt startskede är vår ödmjuka förhoppning att även detta arbete i någon utsträckning skall kunna bidra till att psykologens kompetens i framtiden ska komma fler människor i behov av hjälp till godo.

## Referenser

- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press
- Arrindell, W. A. (2001). Changes in waiting-list patients over time: data on some commonly-used measures. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1227 – 1247.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Brown, T.A., DiNardo, P.A., & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany: Center for Stress and Anxiety Disorders, University at Albany, New York.
- Butler, G. (1989). Phobic Disorders. Ur K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (red.). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems* (s. 97-128). Oxford: Oxford University Press Inc.
- Carlbring, P. (2004). Panic! Its Prevalence, Diagnosis and Treatment via the Internet. Acta Universitatis Upsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 136*. Uppsala.
- Christensen, H., Griffiths K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 260 – 265.
- Davey G.C.L. (1997). A Conditioning Model of Phobias. Ur G.C.L. Davey (red.) *Phobias: A handbook of Theory Research and Treatment* (s. 301 - 322). Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Eaton, W.W., Dryman, A. & Weissman, M.M. (1991). Panic and Phobia. Ur L.N. Robins & D.A. Regier (red.) *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (s. 155 -159). New York: Free Press.
- Fredriksson, M. (1983). Reliability and validity of some specific fear questionnaires. *Scandinavian Journal of Psychology*, 24, 331 – 334.

- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Hellström, K., Salkovskis, P. M., & Öst L-G. (1991). One-Session Therapist-Directed Exposure Vs. Self-Exposure in the Treatment of Spider Phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Hellström, K., & Öst, L-G. (1995). One-session therapist-directed exposure vs. two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 959-965.
- Jonsson, U., & Malmaeus, F. (2003). *Fobibehandling över Internet - En experimentell behandlingsstudie av Internetadministrerad självhjälpsbehandling vid orm- och spindelfobi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime 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.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197 – 207.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- Shaugnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2003). *Research Methods in Psychology*. New York: McGraw-Hill.

- Ström, L. (2003). Self-help via the internet. A new approach to psychological treatment. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences, 132*.
- Ström, L., Pettersson R., & Andersson, G. (2000). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 722 – 727.
- Ström, L., Pettersson R., & Andersson, G. (2004) Internet-based treatment for insomnia: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 113 – 120.
- Thorpe, S.J. & Salkovskis, P.M. (1997). Animal Phobias. Ur G.C.L. Davey (red.) *Phobias: A handbook of Theory Research and Treatment* (s. 81 – 105). Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Öst, L.-G. (1997). Rapid Treatment of Specific Phobias. Ur G.C.L. Davey (red.) *Phobias: A handbook of Theory Research and Treatment* (s. 227 – 276). Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Öst, L.-G., Johansson, J., & Jerremalm, A. (1982). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy, 20*, 445 – 460.
- Öst, L.-G. (2005) Inlägg i paneldiskussion under temadagen Metaperspektiv på psykoterapi, 050413. Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet.

## **Bilaga A, DSM-IV kriterier för specifik fobi**

### *Specifik fobi*

En uttalad och bestående rädsla som är överdriven eller orimlig och som framkallas av att personen ställs inför, eller förväntar sig att ställas inför, en specifik företeelse eller situation (t ex flygresor, höjder, djur, få en spruta, åsynen av blod).

- A. Exponering för det fobiska stimuli utlöser så gott som alltid en omedelbar ångestreaktion som kan ta formen av en situationellt betingad eller situationellt predisponerad panikattack. Obs: Hos barn kan oron uttryckas som gråt, vredesutbrott, klängighet eller genom att barnet blir stelt av skräck.
- B. Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig. Obs: Detta behöver inte gälla hos barn.
- C. Det fobiska stimuli undviks helt alternativt uthärdas under intensiv ångest eller plåga.
- D. Antingen stör undvikandet, de ångestladdade förväntningarna eller plågan i samband med exponering för stimuli i betydande grad ett normalt fungerande i vardagen, i yrkeslivet (eller i studier), i sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobi.
- E. Hos personer under arton år skall varaktigheten vara minst sex månader.
- F. Ångesten, panikattackerna eller det fobiska undvikandet som förknippas med det specifika stimuli förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning som tvångssyndrom (t ex rädsla för smuts hos någon med tvångsföreställningar om att bli förorenad), posttraumatiskt stressyndrom (t ex undviker stimuli förknippade med något allvarligt trauma), separationsångest (t ex undviker att gå till skolan), social fobi

(t ex undviker sociala situationer på grund av rädsla för att känna sig besvärad), paniksyndrom med agorafobi eller agorafobi utan anamnes på paniksyndrom.

Specificera typen av fobiskt stimulus: levande varelser: rädslan utlöses av djur eller insekter, naturföreteelser, rädslan utlöses av natur- eller väderfenomen, t ex stormar, höjder eller vatten.

Blod-sprutor-skador: rädslan utlöses av åsynen av blod eller skador eller i samband med injektioner eller andra invasiva medicinska åtgärder.

Specifika situationer: rädslan utlöses av någon specifik situation, t ex allmänna transportmedel, tunnlar, broar, hissar, flygresor, bilresor eller trånga utrymmen.

Annan form: rädslan utlöses av andra stimuli. Undergruppen innefattar rädsla för eller undvikande av situationer som kan leda till kvävning, kräkning eller till ådragande av sjukdom, rädsla för öppna ytor (rädsla för att falla omkull utan direktkontakt med väggar eller annat stöd) eller barns rädsla för höga ljud eller utklädda personer. (American Psychiatric Association,1995)

## Bilaga B, Bedömningsintervju, modifierad form av korta versionen av ADIS

### Bedömningsintervju

1. Presentation
2. Ålder samt sysselsättning?
3. Som du såg på anslagen är det nödvändigt att ha tillgång till en medhjälpare. Har du det, och i så fall vem?
4. Kan du beskriva din fobi lite närmre? (situation, vad är du rädd för ska hända, vilka symptom, vad gör du, när började det)
5. Vad får din fobi för konsekvenser i vardagen?

**Nu tänkte jag ställa några andra frågor som är viktiga för oss att få svar på. Vissa frågor kan låta konstiga. Men det är viktigt för den här typen av undersökning att de besvaras.**

- 6 a** Tycker du att ängslighet, oro eller nervositet är ett problem för dig?  
**b** Har det varit ett problem tidigare?

**[om ja]**

Hur länge har det varit ett problem?

Finns det något speciellt du oroar dig för?(Ekonomi, familjemedlemmar, arbetssituation, något annat)

Tycker du att du oroar dig överdrivet mycket?

- 7.** Har du någon gång drabbats av panik eller stark ångest, det man brukar kalla panikattack, i en situation som inte varit knuten till din fobi?

**[om ja]**

Har du haft återkommande attacker av sådant slag under någon period?

I så fall under hur lång tid och hur ofta? I vilka situationer?

- 8.** Brukar du ha ångest i sociala situationer, eller vara bekymrad över att du skall genera eller förödmjuka dig inför andra?

**[om ja]**

Finns det några situationer eller sammanhang du undviker på grund av denna rädsla?

- 9.** Har du varit med om någon extremt stressande, livshotande eller traumatisk händelse? (t ex blivit allvarligt fysiskt skadad, misshandlad, våldtagen. varit i slagsmål — eller blivit vittne till att någon annan blivit dödad eller svårt skadad)?

**[om ja]**

vad hände?

När?

Hur starkt påverkad blev du av detta?

Känner du fortfarande av effekterna av denna händelse (känslor, minnen, drömmar)?

Flera händelser?

**10.** Är eller har du någon gång varit deprimerad, känt att allt varit meningslöst, förlorat intresset för nästan alla dina vanliga aktiviteter?

**[om ja]**

Vad tror du det berodde på?

Hur länge varade det?

Hur kom du ur depressionen?

Har du varit deprimerad flera gånger?

**11.** Har du haft någon period då du upplevt underliga eller ovanliga saker?

t ex hört eller sett saker som andra inte har märkt?

hört röster eller samtal fast ingen varit närvarande?

haft syner som ingen annan sett?

**12.** Hur mycket alkohol dricker du vanligen för närvarande?

**[om mycket]**

Har ditt drickande resulterat i några problem som försämrade arbets- eller studieprestationer, relationsproblem?

**13.** Använder du andra droger som t.ex. hasch eller amfetamin?

**[om ja]**

Hur ofta och vilka?

**14.** Har du någonsin känt dig tvungen att upprepa något beteende eller upprepa något i dina tankar om och om igen för att försöka känna mindre obehag?

**[om ja]**

Specificera vad och hur ofta/när?

**15.** Har du någonsin haft en period av återkommande tankar, bilder eller impulser som verkar olämpliga eller meningslösa?

**[om ja]**

Specificera vad och hur ofta/när?

**16.** Har du gått i psykoterapi, eller haft kontakt med psykolog, psykiater eller annan terapeut/själavårdare?

**[om ja]**

När?

Vilken form av terapi?

Hur god hjälp hade du av detta?

**[om nej]**



Har du funderat någon gång på att ta en sådan kontakt?

**Avslutande information:**

- Du kommer få ett e-mail inom några veckor med besked om du är antagen till behandlingen.
- I så fall får du också förmättningsdokument och när vi fått det av dig får du lösenord och instruktioner för hur du loggar in på vår behandlingssite.
- Har du några frågor?
- Behandlingen är av typen ”Hjälp till självhjälp” och följer samma princip som en ”live” terapi. Ordnat och stegvis utsätta sig för det man är rädd för. Man börjar med enkla uppgifter.

## Bilaga C, Undvikande- närmandeskalen

### Ångesthanteringsformulär

Här nedan finns ett antal påståenden. Sätt ett kryss i den ruta som motsvarar det svarsalternativ som stämmer bäst med din uppfattning. Tänk på att svara i enlighet med vad du verkligen tycker och känner i dessa frågor, och inte efter vad du tror anses vara bäst enligt olika psykologiska teorier!

Påstående	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer intE alls
1. Om man verkligen är rädd för någon speciell sak eller situation så är det bäst att undvika denna.				
2. Om man är rädd för något så är det egentligen bäst att i små steg försöka närma sig det man är rädd för.				
3. Jobbiga känslor (ångest eller andra negativa känslor) hanterar man bäst genom att försöka hålla dem borta, i den mån det går.				
4. Om man upplever ångest eller någon annan stark negativ känsla, så är det bäst att stanna kvar i känslan och möta den ”ansikte mot ansikte”.				
5. Om man är nervös är det bäst att försöka dölja det för andra människor så mycket som möjligt.				
6. Det bästa sättet att hantera nervositet är att låta nervositeten ha sin gång, utan att dölja eller kontrollera den – då kommer den att släppa efter ett tag.				
7. En person som varit utsatt för någon starkt traumatisk händelse (som tortyr eller våldtäkt) bör helst försöka glömma det som har hänt.				
8. Om man har varit med om en traumatisk händelse behöver man försöka minnas den i detalj och gå igenom sina känslor kring den, tills den så småningom förlorar sin laddning.				
9. Om man har gjort något som man ångrar eller känner skuld-känslor för, så är det bäst att försöka glömma detta så gott det går.				
10. Om man har gjort något man ångrar eller känner skuld-känslor för, så är det bäst att acceptera dessa känslor och tillåta sig att känna dem fullt ut.				

## Bilaga D, Spindelfobiskala

### SPQ

Detta frågeformulär består av 31 påståenden som gäller hur du känner dig inför spindlar. Varje påstående kan antingen vara "sant" eller "falskt". Försök att avgöra vilken av beteckningarna som bäst beskriver de tankar du nyss haft eller de erfarenheter du gjort. Ringa in ett "S" eller ett "F" efter respektive påstående. Arbeta snabbt och stanna inte upp och grubbla över någon fråga. Det är ditt första intryck vi är intresserade av. Kom ihåg att besvara alla frågor.

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

- |                                                                                                                  |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1. Jag undviker att gå i parker eller att åka på utflykter därför att det kan finnas spindlar där.               | S | F |
| 2. Jag skulle känna lite obehag om jag höll en leksaksspindel i handen.                                          | S | F |
| 3. Om det under en filmvisning syns spindlar på bilden så tittar jag bort.                                       | S | F |
| 4. Jag tycker illa om att titta på tidningsbilder av spindlar.                                                   | S | F |
| 5. Om det finns en spindel i taket ovanför min säng, så kan jag inte somna om inte någon slår ihjäl den.         | S | F |
| 6. Jag tycker om att se spindlar spinna nät.                                                                     | S | F |
| 7. Jag blir skräckslagen vid tanken på att beröra en ofarlig spindel.                                            | S | F |
| 8. Om någon säger att det finns spindlar i närheten så blir jag på helspänn.                                     | S | F |
| 9. Jag skulle inte gå ner i källaren för att hämta något om jag trodde att det kunde finnas spindlar där nere.   | S | F |
| 10. Jag skulle känna mig illa till mods om en spindel kröp ur min sko när jag skulle sätta den på mig.           | S | F |
| 11. När jag ser en spindel känner jag mig spänd och orolig.                                                      | S | F |
| 12. Jag tycker om att läsa artiklar om spindlar.                                                                 | S | F |
| 13. Jag mår illa när jag ser spindlar.                                                                           | S | F |
| 14. Spindlar kan vara nyttiga ibland.                                                                            | S | F |
| 15. Jag ryser när jag tänker på spindlar.                                                                        | S | F |
| 16. Jag har inget emot att vara i närheten av en ofarlig spindel om det finns någon i närheten som jag litar på. | S | F |
| 17. En del spindlar är mycket vackra att titta på.                                                               | S | F |

- |                                                                                                                                      |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 18. Jag tror inte at någon skulle kunna hålla en spindel i handen utan att visa rädsla                                               | S | F |
| 19. Spindlar rör sig på ett motbjudande sätt.                                                                                        | S | F |
| 20. Det skulle inte göra mig så mycket att röra vid en död spindel med hjälp av en lång käpp.                                        | S | F |
| 21. Om jag ser en spindel medan jag städar vinden skulle jag troligen springa iväg.                                                  | S | F |
| 22. Jag är mer rädd för spindlar än för något annat djur.                                                                            | S | F |
| 23. Jag skulle inte vilja resa till Mexico eller Centralamerica därför att det finns så många giftiga spindlar där.                  | S | F |
| 24. Jag är försiktig när jag köper frukt för det kan finnas spindlar med bananerna.                                                  | S | F |
| 25. Jag är rädd för spindlar som inte är giftiga.                                                                                    | S | F |
| 26. Jag skulle inte läsa biologi om jag skulle bli tvungen att ta i levande spindlar                                                 | S | F |
| 27. Spindelnät är mycket konstnärliga.                                                                                               | S | F |
| 28. Jag tror inte att jag är mer rädd för spindlar än folk i allmänhet.                                                              | S | F |
| 29. Jag skulle nog inte läsa ut en berättelse om det stod någonting om spindlar i den.                                               | S | F |
| 30. Även om jag var sen till ett viktigt möte så skulle blotta tanken på spindlar hindra mig från att ta en genväg under en viadukt. | S | F |
| 31. Jag är inte bara rädd för spindlar utan tusenfotingar och larver får mig att känna obehag.                                       | S | F |

## Bilaga E, Ormfobiskalan

### SNAQ

Detta frågeformulär består av 30 påståenden som gäller hur du känner dig inför ormar. Varje påstående kan antingen vara "sant" eller "falskt". Försök att avgöra vilken av beteckningarna som bäst beskriver de tankar du nyss har haft eller de erfarenheter du gjort. Ringa sedan in ett "S" eller ett "F" efter respektive påstående. Arbeta snabbt och stanna inte upp och grubbla över någon fråga. Det är ditt första intryck som vi är intresserade av. Kom ihåg att besvara alla frågor.

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

- |     |                                                                                                                     |   |   |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1.  | Jag undviker att gå i parker eller att åka på utflykter därför att det kan finnas ormar där.                        | S | F |
| 2.  | Jag skulle känna lite obehag om jag höll en leksaksorm i handen.                                                    | S | F |
| 3.  | Om det under en filmföreställning syns en orm på duken så tittar jag bort.                                          | S | F |
| 4.  | Jag tycker illa om att titta på tidningsbilder av ormar.                                                            | S | F |
| 5.  | Fast det kanske inte är på det sättet så tänker jag på ormar som slemmiga.                                          | S | F |
| 6.  | Jag tycker om att titta på ormar på zoo.                                                                            | S | F |
| 7.  | Jag blir skräckslagen vid tanken på att ta i en ofarlig orm.                                                        | S | F |
| 8.  | Om någon säger att det finns ormar i närheten blir jag på helspänn.                                                 | S | F |
| 9.  | Jag skulle inte gå ner till stranden och bada om man hade sett ormar där.                                           | S | F |
| 10. | Jag tycker det skulle kännas obehagligt att ha ett ormskinnsbälte på mig.                                           | S | F |
| 11. | När jag ser en orm känner jag mig spänd och orolig.                                                                 | S | F |
| 12. | Jag tycker om att läsa artiklar om ormar och andra kräldjur.                                                        | S | F |
| 13. | Jag mår illa när jag ser ormar.                                                                                     | S | F |
| 14. | Ormar kan vara nyttiga ibland.                                                                                      | S | F |
| 15. | Jag ryser när jag tänker på ormar.                                                                                  | S | F |
| 16. | Jag har inget emot att vara i närheten av en orm som inte är giftig om det finns någon i närheten som jag litar på. | S | F |
| 17. | En del ormar är mycket vackra att se på.                                                                            | S | F |
| 18. | Jag tror inte att någon kan hålla i en orm utan en viss rädsla.                                                     | S | F |

- |     |                                                                                                                                 |   |   |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 19. | Ormar rör sig på ett motbjudande sätt.                                                                                          | S | F |
| 20. | Det skulle inte göra mig så mycket att röra vid en död orm med en lång käpp.                                                    | S | F |
| 21. | Om jag stötte på en orm i skogen skulle jag troligen springa iväg.                                                              | S | F |
| 22. | Jag är mer rädd för ormar än för något annat djur.                                                                              | S | F |
| 23. | Jag skulle inte vilja resa söderut eller till tropikerna därför att det finns så många ormar där.                               | S | F |
| 24. | Jag skulle inte vilja läsa biologi om jag trodde att man måste dissekera ormar.                                                 | S | F |
| 25. | Jag är inte rädd för ormar som inte är giftiga.                                                                                 | S | F |
| 26. | Det är inte bara det att jag är rädd för ormar utan också maskar och de flesta kräldjur får mig att känna obehag.               | S | F |
| 27. | Ormar är väldigt graciösa djur.                                                                                                 | S | F |
| 28. | Jag tror inte att jag är mer rädd för ormar än folk i allmänhet.                                                                | S | F |
| 29. | Jag skulle nog inte läsa ut en berättelse om det stod någonting om ormar i den.                                                 | S | F |
| 30. | Även om jag var sen till ett mycket viktigt möte så skulle blotta tanken på ormar hindra mig från att ta en genväg över en äng. | S | F |

## Bilaga F, Klaustrofobiskalan Å och U

### *Klaustrofobiskalan (Å)*

Nedan följer ett antal beskrivningar av situationer som kan väcka rädsla, ångest eller andra obehagliga känslor. Läs varje fråga och bedöm hur mycket ångest du idag upplever inför den beskrivna situationen. Ringa in den siffra som stämmer bäst med hur du känner.

Siffrorna har följande betydelse:

0 = Ingen ångest alls, 1 = Lite ångest, 2 = En hel del ångest, 3 = Mycket ångest,  
4 = Våldigt mycket ångest

---

1. Att stå i en sådan trängsel att man inte kan röra sig ur fläcken	1	2	3	4
2. Att vistas i ett mindre rum utan fönster	1	2	3	4
3. Att prova kläder i ett litet provrum med låst dörr	1	2	3	4
4. Att sitta vid fönstret mitt i ett flygplan	1	2	3	4
5. Att åka ensam i en liten hiss	1	2	3	4
6. Att prova klädesplagg med trång hals t.ex. en polokrage	1	2	3	4
7. Att sitta mitt i en fulldatt biograf eller teater	1	2	3	4
8. Att sitta på fönsterplats med någon utanför sig, i en fullsatt buss	1	2	3	4
9. Att vara i en källarlokal utan fönster	1	2	3	4
10. Att åka i baksätet på en bil med två dörrar	1	2	3	4
11. Att gå genom en trång passage	1	2	3	4
12. Att åka tre personer i baksätet på en liten bil	1	2	3	4
13. Att åka i en liten hiss med maximalt antal passagerare	1	2	3	4
14. Att stå i en ”fullpackad” buss som stannar för rött ljus	1	2	3	4
15. Att vara ute när det är dimma och man bara ser några meter framför sig	1	2	3	4
16. Att gå in på en toalett utan fönster och låsa dörren	1	2	3	4
17. Att åka sovvagn med två medpassagerare	1	2	3	4
18. Att gå in på en toalett utan fönster och stänga dörren om sig	1	2	3	4

- |                                                                     |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 19. Att fastna mellan två våningar i en hiss                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Att toalettdörren går i baklås på en liten toalett utan fönster | 1 | 2 | 3 | 4 |

### ***Klaustrofobiskalan (U)***

Nedan följer ett antal beskrivningar av situationer som kan väcka rädsla, ångest eller undvikande. Läs varje fråga och bedöm i vilken grad du idag tenderar att **undvika** den beskrivna situationen. Ringa därefter in den siffra som bäst beskriver ditt undvikande.

Siffrorna har följande betydelse:

0 = Undviker inte alls, 1 = Undviker om möjligt, 2 = Undviker alltid

- 
- |                                                                            |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 1. Att stå i en sådan trängsel att man inte kan röra sig ur fläcken        | 0 | 1 | 2 |
| 2. Att vistas i ett mindre rum utan fönster                                | 0 | 1 | 2 |
| 3. Att prova kläder i ett litet provrum med låst dörr                      | 0 | 1 | 2 |
| 4. Att sitta vid fönstret mitt i ett flygplan                              | 0 | 1 | 2 |
| 5. Att åka ensam i en liten hiss                                           | 0 | 1 | 2 |
| 6. Att prova klädesplagg med trång hals t.ex. en polokrage                 | 0 | 1 | 2 |
| 7. Att sitta mitt i en fullfatt biograf eller teater                       | 0 | 1 | 2 |
| 8. Att sitta på fönsterplats med någon utanför sig, i en fullsatt buss     | 0 | 1 | 2 |
| 9. Att vara i en källarlokal utan fönster                                  | 0 | 1 | 2 |
| 10. Att åka i baksätet på en bil med två dörrar                            | 0 | 1 | 2 |
| 11. Att gå genom en trång passage                                          | 0 | 1 | 2 |
| 12. Att åka tre personer i baksätet på en liten bil                        | 0 | 1 | 2 |
| 13. Att åka i en liten hiss med maximalt antal passagerare                 | 0 | 1 | 2 |
| 14. Att stå i en ”fullpackad” buss som stannar för rött ljus               | 0 | 1 | 2 |
| 15. Att vara ute när det är dimma och man bara ser några meter framför sig | 0 | 1 | 2 |
| 16. Att gå in på en toalett utan fönster och låsa dörren                   | 0 | 1 | 2 |



17. Att åka sovvagn med två medpassagerare	0	1	2
18. Att gå in på en toalett utan fönster och stänga dörren om sig	0	1	2

## Bilaga G, Höjdfobiskalan Å och U

### *Höjdfobiskalan (Å)*

Nedan följer ett antal beskrivningar av situationer som kan väcka rädsla, ångest eller andra obehagliga känslor. Läs varje fråga och bedöm hur mycket ångest du idag upplever inför den beskrivna situationen. Ringa in den siffra som stämmer bäst med hur du känner.

Siffrorna har följande betydelse:

0 = Ingen ångest alls, 1 = Lite ångest, 2 = En hel del ångest, 3 = Mycket ångest,  
4 = Våldigt mycket ångest

---

- |                                                                                  |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Att titta ut genom ett fönster på ett högt beläget våningsplan.               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Att åka i en hiss med glasväggar.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Att klättra upp på en stege                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Att flyga                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Att gå upp för en öppen spiraltrappa                                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Att gå ut på en balkong på tredje våningen                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Att titta på bilder tagna från höga höjder                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Att gå över en hög bro                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Att gå upp på taket på en villa                                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Att gå ut på en balkong på sjunde våningen eller högre                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Att klättra upp till tremeterssvikten i ett hopptorn.                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Att åka bil över en hög bro.                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Att titta på filmer tagna från höga höjder                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Att vistas på en högt belägen naturlig utsiktsplats.                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Att klättra upp till "tian" i ett hopptorn                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Att luta sig över räcket och titta neråt från en balkong på tredje våningen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Att ställa sig på en stol                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |

18. Att luta sig över räcket och titta neråt från en balkong på sjunde våningen eller högre.	1	2	3	4
19. Att åka pariserhjulet.	1	2	3	4
20. Att åka berg- och dalbana.	1	2	3	4

### *Höjdfobiskalan (U)*

Nedan följer ett antal beskrivningar av situationer som kan väcka rädsla, ångest eller undvikande. Läs varje fråga och bedöm i vilken grad du idag tenderar att **undvika** den beskrivna situationen. Ringa därefter in den siffra som bäst beskriver ditt undvikande.

Siffrorna har följande betydelse:

0 = Undviker inte alls, 1 = Undviker om möjligt, 2 = Undviker alltid

---

1. Att titta ut genom ett fönster på ett högt beläget våningsplan	0	1	2
2. Att åka i en hiss med glasväggar.	0	1	2
3. Att klättra upp på en stege	0	1	2
4. Att flyga	0	1	2
5. Att gå upp för en öppen spiraltrappa	0	1	2
6. Att gå ut på en balkong på tredje våningen	0	1	2
7. Att titta på bilder tagna från höga höjder	0	1	2
8. Att gå över en hög bro	0	1	2
9. Att gå upp på taket på en villa	0	1	2
10. Att gå ut på en balkong på sjunde våningen eller högre	0	1	2
11. Att klättra upp till tremeterssvikten i ett hopptorn	0	1	2
12. Att åka bil över en hög bro	0	1	2
13. Att titta på filmer tagna från höga höjder	0	1	2
14. Att vistas på en högt belägen naturlig utsiktsplats.	0	1	2
15. Att klättra upp till ”tian” i ett hopptorn	0	1	2

16. Att luta sig över räcket och titta neråt från en balkong på tredje våningen.	0	1	2
17. Att ställa sig på en stol	0	1	2
18. Att luta sig över räcket och titta neråt från en balkong på sjunde våningen eller högre.	0	1	2
19. Att åka pariserhjulet.	0	1	2
20. Att åka berg- och dalbana.	0	1	2

## Bilaga H, Fågelfobiskalan

### *Fågelfobiformulär*

Detta frågeformulär består av 29 påståenden som gäller hur du känner dig inför fåglar. Varje påstående kan antingen vara "sant" eller "falskt". Försök att avgöra vilken av beteckningarna som bäst beskriver de tankar du har eller de erfarenheter du gjort. Ringa sedan in ett "S" eller ett "F" efter respektive påstående. Arbeta snabbt och stanna inte upp och grubbla över någon fråga. Det är ditt första intryck som vi är intresserade av. Kom ihåg att besvara alla frågor.

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

- |                                                                                                                 |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1. Jag undviker att gå i parker eller att åka på utflykter därför att det kan finnas fåglar där.                | S | F |
| 2. Jag skulle känna lite obehag om jag höll en naturtrogen leksaksfågel i handen                                | S | F |
| 3. Om det under en filmvisning syns en fågel på duken så tittar jag bort                                        | S | F |
| 4. Jag tycker illa om att se tidningsbilder på fåglar                                                           | S | F |
| 5. Om det finns en fågel på altanen kan jag inte sitta där och äta eller fika                                   | S | F |
| 6. Jag tycker om att se fåglar bygga bon och mata sina ungar                                                    | S | F |
| 7. Jag blir skräckslagen vid blotta tanken på att beröra en fågel                                               | S | F |
| 8. Om någon säger att det finns fåglar i närheten så blir jag på helspänn                                       | S | F |
| 9. Jag skulle inte gå och handla grönsaker på torget om jag trodde att det kunde finnas fåglar där              | S | F |
| 10. Jag skulle känna mig illa till mods om en fågel flög bort från fönsterbläcket när jag skulle öppna fönstret | S | F |
| 11. När jag ser en fågel känner jag mig spänd och orolig                                                        | S | F |
| 12. Jag tycker om att läsa artiklar om fåglar                                                                   | S | F |
| 13. Jag mår illa när jag ser fåglar                                                                             | S | F |
| 14. Fåglar kan vara nyttiga ibland                                                                              | S | F |

- |                                                                                                                                                  |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 15. Jag ryser när jag tänker på fåglar                                                                                                           | S | F |
| 16. Jag har inget emot att vara i närheten av en fågel om det finns någon i närheten som jag litar på                                            | S | F |
| 17. En del fåglar är mycket vackra att titta på                                                                                                  | S | F |
| 18. Jag tror inte att någon skulle kunna hålla en fågel i handen utan att visa rädsla.                                                           | S | F |
| 19. Fåglar rör sig på ett motbjudande sätt                                                                                                       | S | F |
| 20. Det skulle inte göra mig så mycket att röra vid en död fågel med hjälp av en lång käpp.                                                      | S | F |
| 21. Om fåglar kom i närheten av mig i en park eller på ett torg skulle jag troligen springa iväg.                                                | S | F |
| 22. Jag är mer rädd för fåglar än för något annat djur.                                                                                          | S | F |
| 23. Jag skulle inte vilja resa till städer eller platser där jag vet att det finns många fåglar.                                                 | S | F |
| 24. Jag skulle inte läsa biologi om jag trodde att jag skulle bli tvungen att ta i levande fåglar                                                | S | F |
| 25. Jag är inte rädd för fåglar som sitter i burar                                                                                               | S | F |
| 26. Fågelfjädrar är mycket konstnärliga                                                                                                          | S | F |
| 27. Jag tror inte jag är mer rädd för fåglar än folk i allmänhet                                                                                 | S | F |
| 28. Jag skulle nog inte läsa klart en berättelse om det stod någonting om fåglar i den.                                                          | S | F |
| 29. Även om jag var sen till ett viktigt möte skulle blotta tanken på fåglar hindra mig från att ta en genväg genom en park eller över ett torg. | S | F |

## Bilaga I, Råttfobiformulär

### *Råttfobiformulär*

Detta frågeformulär består av 26 påståenden som gäller hur du känner dig inför råttor och möss. Varje påstående kan antingen vara "sant" eller "falskt". Försök att avgöra vilken av beteckningarna som bäst beskriver de tankar du nyss haft eller de erfarenheter du gjort. Ringa sedan in ett "S" eller ett "F" efter respektive påstående. Arbeta snabbt och stanna inte upp och grubbla över någon fråga. Det är ditt första intryck som vi är intresserade av. Kom ihåg att besvara alla frågor.

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

- |                                                                                                                  |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1. Jag undviker att gå ner i källare eller soputrymmen därför att det kan finnas möss eller råttor där.          | S | F |
| 2. Jag skulle känna obehag om jag höll en leksaksråtta i handen.                                                 | S | F |
| 3. Om det under en filmvisning syns möss eller råttor på bilden så tittar jag bort                               | S | F |
| 4. Jag tycker illa om att titta på tidningsbilder av möss och råttor                                             | S | F |
| 5. Jag blir skräckslagen vid tanken på att beröra en mus eller råtta                                             | S | F |
| 6. Om någon säger att det finns möss i närheten blir jag på helspänn                                             | S | F |
| 7. Jag skulle inte gå upp på vinden för att hämta något om jag trodde att det kunde finnas möss där uppe         | S | F |
| 8. Jag skulle känna mig illa till mods om en mus sprang fram bakom soptunnan när jag skulle slänga sopor         | S | F |
| 9. När jag ser en mus eller råtta känner jag mig spänd och orolig                                                | S | F |
| 10. Jag mår illa när jag ser möss eller råttor                                                                   | S | F |
| 11. Möss och råttor kan vara nyttiga ibland                                                                      | S | F |
| 12. Jag ryser när jag tänker på möss eller råttor                                                                | S | F |
| 13. Jag har inget emot att vara i närheten av en mus eller råtta om det finns någon i närheten som jag litar på. | S | F |
| 14. En del möss och råttor är mycket vackra att titta på                                                         | S | F |
| 15. Jag tror inte att någon skulle kunna hålla en mus eller råtta i handen utan att visa rädsla                  | S | F |

- |                                                                                                                                         |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 16. Möss och råttor rör sig på ett motbjudande sätt                                                                                     | S | F |
| 17. Det skulle inte göra mig så mycket att röra vid en död mus eller råtta med hjälp av en lång käpp                                    | S | F |
| 18. Om jag ser en mus eller råtta medan jag städar vinden skulle jag troligen springa iväg                                              | S | F |
| 19. Jag är mer rädd för möss och råttor än för något annat djur                                                                         | S | F |
| 20. Jag skulle inte resa till städer eller länder där jag vet att det finns mycket råttor och möss.                                     | S | F |
| 21. Jag är inte rädd för möss och råttor i burar                                                                                        | S | F |
| 22. Jag tror inte att jag är mer rädd för möss och råttor än folk i allmänhet                                                           | S | F |
| 23. Jag skulle nog inte läsa ut en berättelse om det stod någonting om möss eller råttor i den                                          | S | F |
| 24. Jag skulle inte läsa biologi om jag trodde att jag skulle bli tvungen att ta i levande möss                                         | S | F |
| 25. Om jag var sen till ett viktigt möte skulle blotta tanken på möss eller råttor hindra mig från att ta en genväg genom en gångtunnel | S | F |
| 26. Jag är inte bara rädd för möss och råttor, utan även marsvin och hamstrar får mig att känna obehag                                  | S | F |



## Bilaga J, Svampfobiskalan Å och U

### *Svampfobiskalan (Å)*

Nedan följer ett antal beskrivningar av situationer som kan väcka rädsla, ångest eller andra obehagliga känslor. Läs varje fråga och bedöm hur mycket ångest du idag upplever inför den beskrivna situationen. Ringa in den siffra som stämmer bäst med hur du känner.

Siffrorna har följande betydelse:

0 = Ingen ångest alls, 1 = Lite ångest, 2 = En hel del ångest, 3 = Mycket ångest,  
4 = Våldigt mycket ångest

---

1. Att se svampar på bild	1	2	3	4
2. Att ta en skogspromenad på hösten	1	2	3	4
3. Att se svampar i skogen på nära håll	1	2	3	4
4. Att se svampar i en naturfilm	1	2	3	4
5. Att hålla i en svamp	1	2	3	4
6. Att peta på svampar med en pinne	1	2	3	4
7. Att ta svampar i grönsaksdisken	1	2	3	4
8. Att råka trampa på en svamp	1	2	3	4
9. Att känna lukten av svamp	1	2	3	4
10. Att se svampar på avstånd	1	2	3	4

### *Svampfobiskalan (U)*

Nedan följer ett antal beskrivningar av situationer som kan väcka rädsla, ångest eller undvikande. Läs varje fråga och bedöm i vilken grad du idag tenderar att **undvika** den beskrivna situationen. Ringa därefter in den siffra som bäst beskriver ditt undvikande.

Siffrorna har följande betydelse:

0 = Undviker inte alls, 1 = Undviker om möjligt, 2 = Undviker alltid

---

1. Att titta på svampar på bild	0	1	2
2. Att ta en skogspromenad på hösten	0	1	2
3. Att titta på svampar i skogen på nära håll	0	1	2
4. Att titta på svampar i en naturfilm	0	1	2
5. Att hålla i en svamp	0	1	2
6. Att peta på svampar med en pinne	0	1	2
7. Att ta svampar i grönsaksdisken	0	1	2
8. Att trampa på en svamp	0	1	2
9. Att vistas där man kan känna lukten av svamp	0	1	2
10. Att titta på svampar på avstånd	0	1	2

## Bilaga K, Deltagarutvärdering

### CSQ (mod)

Var vänlig och hjälp oss förbättra vår behandling genom att svara på några frågor om den behandling som du har gått igenom. Först kommer sju frågor med färdiga svarsalternativ och därefter följer några öppna frågor om hur du upplevt olika aspekter av behandlingen. Vi är intresserade av dina ärliga svar, oberoende av om de är positiva eller negativa. *Var vänlig och besvara alla frågor.* Tack för hjälpen!

### SÄTT ETT X I RUTAN FRAMFÖR DET SVARSALTERNATIV DU TYCKER STÄMMER BÄST

1. Hur bedömer du kvalitén på den behandling du har fått?

*Utmärkt*                       *Bra*                       *Måttlig*                       *Dålig*

2. Fick du den typ av behandling som du önskade?

*Nej, definitivt inte*                       *Nej, inte riktigt*                       *Ja, i stort sett*                       *Ja, definitivt*

3. I vilken utsträckning har vår behandling svarat mot dina behov?

*Nästan alla mina behov har mötts*                       *De flesta av mina behov har mötts*                       *Bara några få av av mina behov har mötts*                       *Inget av mina behov har mötts*

4. Om en vän var i behov av liknande hjälp skulle du då rekommendera vår behandling till honom eller henne?

*Nej, definitivt inte*                       *Nej, jag tror inte det*                       *Ja, jag tror det*                       *Ja definitivt*

5. Hur nöjd är du med omfattningen av den kontakt du haft med behandlarna?

*Helt otillfredsställd*                       *Likgiltig eller något otillfredsställd*                       *Till största delen tillfredsställd*                       *Mycket tillfredsställd*

6. Har behandlingen du har fått hjälpt dig att på ett bättre sätt handskas med din fobi?

*Ja, den har hjälpt en hel del*                       *Ja, den har hjälpt till viss del*                       *Nej, den har egentligen inte hjälpt*                       *Nej, den verkar ha gjort det värre*

7. Totalt sett, hur tillfredsställd är du med den behandling du har fått?

*Mycket tillfredsställd*                       *Till största delen tillfredsställd*                       *Likgiltig eller något otillfredsställd*                       *Helt otillfredsställd*

**1. Vad ser du personligen för för- och nackdelar med att genomgå en Internetbaserad behandling?**

**2. Vilken funktion har din medhjälpare fyllt under din behandling och hur betydelsefull har han/hon varit för dina möjligheter att genomföra behandlingen enligt instruktionerna?**

**3. Vad tycker du om omfattningen, begripligheten och innehållet i texterna på behandlingssiten?**

**4. Vad tycker du relevansen och begripligheten hos övningsuppgifterna på behandlingssiten?**

**5. Vilka var de största hinder du stötte på under din behandling?**

**6. Övriga kommentarer eller förändringsförslag**

## Bilaga L, Medhjälpautvärdering

### *Utvärderingsfrågor*

Nedan följer några frågor till dig som medverkat som medhjälpare under den Internetbaserade fobibehandlingen. Vi är intresserade av dina ärliga svar, oberoende av om de är positiva eller negativa. *Var vänlig och besvara alla frågor.* Tack för hjälpen!

*Skriv dina svar under respektive fråga. Använd så mycket utrymme du behöver.*

- 1. Hur tycker du det har varit att vara medhjälpare under behandlingen?**
- 2. Hur mycket tid (i timmar) har du uppskattningsvis lagt ner på behandlingen?**
- 3. Vilka har dina viktigaste funktioner som medhjälpare varit?**
- 4. Tror du att den du hjälpt hade klarat sig lika bra utan din hjälp?**
- 5. Vilka delar av behandlingssiten har du tagit del av och i vilken utsträckning har det du tagit del av hjälpt dig i din roll som medhjälpare?**
- 6. Om du jämför med förebehandlingen, hur mycket tycker då att behandling har hjälpt din vän att handskas med sin fobi (sätt et x i den ruta som passar bäst)?**

*Den har hjälpt  
en hel del*

*Den har hjälpt  
till viss del*

*Den har väsentligen  
inte hjälpt*

*Den verkar ha gjort  
problemen värre*

**SPARA DOKUMENTET OCH SKICKA DET SOM BIFOGAD FIL TILL  
*fobibehandling@hotmail.com***

***Tack för din medverkan!***