



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoedukation i multimediaformat

En pilotstudie av information till ungdomar om social
fobi

Thor Bengtsson & Kaj Wahlström

Psykologexamensuppsats. Vol. XI (2009):09

Handledare: Margit Wångby-Lundh
Bitr.handledare: Jonas Bjärehed
Examinator: Lars Trygg

Abstract

Several previous studies have shown that Internet-based CBT can be an effective treatment of social phobia in adults. To what extent this treatment is applicable for adolescents is currently not clear. It is plausible, however, that a multimedia approach is suitable for this audience. Therefore, the main purpose of this study was to design and evaluate a film consisting of educational material about social phobia and CBT. 259 participants, ages 16-20, watched the film. The participants also answered a questionnaire consisting of (1) feedback items regarding the film and (2) attitudes toward psychotherapy, (3) items from an existing screening questionnaire for social phobia (SPSQ), (4) questions on content of the film, and (5) items regarding health and the Internet. Results were compared across gender and ratings of social anxiety. Overall, feedback regarding the film was positive among both sexes, as well as among individuals with higher or lower social anxiety. Also, the Internet seems to be an important source of health information for adolescents, particularly for individuals with higher social anxiety. Guidelines for further development of the film are presented.

Keywords: social phobia, psychoeducation, adolescents, cognitive behavioural therapy, Internet-based therapy, self-help, multimedia

Vi vill tacka

Margit Wångby-Lundh och Jonas Bjärehed för utmärkt handledning och värdefulla synpunkter på uppsatsarbetet.

Olof Johansson för tips och råd.

Per Carlbring för visat stöd.

Lisa Zetterberg för inläsning av filmmanus.

Radio AF för utlåning av inspelningsstudio.

De lärare som ställde upp med deltagande i studien.

De gymnasieelever som såg filmen och besvarade enkäten.

Innehållsförteckning

Inledning	6
<i>Diagnosen social fobi</i>	6
<i>Diagnosens historik</i>	6
<i>Förekomst</i>	7
<i>Prevalens</i>	7
<i>Könsfördelning</i>	8
<i>Olika länder/samhällen</i>	9
<i>Debutålder</i>	9
<i>Förlopp</i>	10
<i>Komorbiditet</i>	10
<i>Etiologi</i>	10
<i>Clark och Wells kognitiva modell av social fobi</i>	11
<i>Behandling av social fobi</i>	13
<i>Farmakologisk behandling</i>	13
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	13
<i>Psykoedukation</i>	14
<i>Kognitiv beteendeterapi via Internet</i>	15
<i>För- och nackdelar med Internetterapi</i>	16
<i>Etiska implikationer</i>	17
<i>Praktisk tillämpning</i>	17
<i>Internet</i>	17
<i>Föreliggande studie</i>	18
<i>Syfte</i>	19
Metod.....	21
<i>Deltagare</i>	21
<i>Material</i>	22
<i>Film</i>	22
<i>Manus</i>	22
<i>Programvara</i>	23
<i>Bilder</i>	24
<i>Speakerröst</i>	24
<i>Enkät</i>	24
<i>Del I. Frågor om filmen</i>	25

<i>Del II. Frågor om psykoterapi</i>	25
<i>Del III. Screeningformulär för social fobi</i>	25
<i>Del IV. Kunskapsfrågor</i>	26
<i>Del V. Frågor om hälsa och Internet</i>	26
<i>Procedur</i>	27
<i>Rekrytering</i>	27
<i>Frågestund</i>	27
<i>Visning</i>	27
<i>Etik</i>	28
<i>Bortfall</i>	29
Resultat	30
<i>Social ångest i undersökningsgruppen</i>	30
<i>Deltagarnas attityder till filmen</i>	31
<i>Skillnader i attityder mellan olika grupper</i>	32
<i>Män och kvinnor</i>	33
<i>Elever med högre eller lägre social ångest</i>	33
<i>Deltagarnas kommentarer till filmen</i>	34
<i>Frågor om psykoterapi</i>	35
<i>Kunskapsfrågor</i>	36
<i>Frågor om Internet och hälsa</i>	37
Diskussion.....	39
<i>Film</i>	39
<i>Kunskapstest</i>	40
<i>Gymnasieungdomars attityder kring hälsoinformation på Internet</i>	41
<i>Resultat från Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)</i>	42
<i>Begränsningar i studien</i>	42
<i>Vidare forskning</i>	44
<i>Slutsatser</i>	47
Referenser	48
BILAGA A: Rekryteringsbrev 1	
BILAGA B: Rekryteringsbrev 2	
BILAGA C: Enkät	
BILAGA D: Procedur	
BILAGA E: Programvara och bildarkiv	

Inledning

Social fobi är ett vanligt psykiatriskt tillstånd hos svenska ungdomar och då speciellt hos unga kvinnor (Gren-Landell et al., 2009). Trots att problemen kan innebära ett stort lidande och att behandling av social fobi har visat sig vara effektiv, är det många som inte söker hjälp (Stein & Stein, 2008). Att öka kunskapen om social fobi och tillgången till behandling kan därför anses vara ett centralt mål. En behandlingsform som i upprepade studier har visat sig vara effektiv för vuxna med social fobi är kognitiv beteendeterapi som ges via Internet (Andersson et al., 2006; Carlbring et al., 2007). Denna studie syftar till att utforma och utvärdera en psykoedukationsdel (förklaring av diagnosen och en socialisering till kognitiv beteendeterapi) av en sådan behandling för målgruppen gymnasieungdomar.

Diagnosen social fobi

Social fobi är en uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer som innebär exponering för okända människor eller risk för kritisk granskning från andra. Detta grundar sig i en rädsla för att bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest. Exponering för den fruktade situationen leder så gott som alltid till ångest, något som kan ta sig uttryck i en panikattack. Den fruktade sociala situationen eller prestationssituationen undviks helt, alternativt uthärdas under intensiv ångest eller plåga. För att kunna klassas som diagnos måste undvikandet eller lidandet i betydande grad störa normalt fungerande i vardagen, i yrkeslivet/studier eller i sociala aktiviteter/relationer, och för vuxna är ett kriterium även insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig. Dessutom måste problemen ha varat minst sex månader och inte bero på annan sjukdom/skada eller effekter av någon substans eller förklaras bättre med annan psykisk störning (till exempel paniksyndrom med eller utan agorafobi, separationsångest, dysmorfofobi, genomgripande störning i utvecklingen eller schizoid personlighetsstörning). Om annan sjukdom/skada eller psykisk störning föreligger har inte rädslan något samband med denna. En generaliserad subtyp förekommer (den sociala fobin generaliseras till de flesta sociala situationer), såväl som ett tillägg av diagnosen fobisk personlighetsstörning (American Psychiatric Association [APA], 2002).

Diagnosens historik

Syndromet beskrevs redan av Hippokrates (Marks, 1969, i Heckelman & Schneier, 1995) men först 1903 användes en term som liknar dagens, phobie des situations sociales (Janet, 1903, i Furmark, 2000). 1938 använde Schilder (1938) termen "Social neurosis" i en

artikel som publicerades i "The Psychoanalytic Review", men det var i och med beteendeterapeuterna som intresset för syndromet kom att öka. Vidare nämner Furmark (2000) Joseph Wolpes arbete om systematisk desensibilisering på 1950-talet som ett pionjärarbete för intresset för beteendeterapi mot fobier. Den brittiske psykiatern Isaac Marks föreslog på 1960-talet att social fobi kan föreställas vara en distinkt kategori, bland annat baserat på att fobier kunde särskiljas genom karaktäristiska debutåldrar (Marks & Gelder, i Heckelman & Schneier, 1995). APA uppmärksammade idén om en distinkt kategorisering och vid publiceringen av DSM-III (1980) blev social fobi en officiell diagnos. Dock skiljer sig kriterierna i denna utgåva något från hur den ser ut idag. En skillnad var att personer som även uppfyllde kriterier för fobisk personlighetsstörning fick en sådan diagnos men inte en diagnos för social fobi. När DSM-III reviderades 1987 skedde ett par förändringar. En sådan var att personer med fobisk personlighetsstörning ej längre exkluderades från diagnosen utan man kunde uppfylla båda. Detta gjorde att fler kunde få diagnosen. En annan förändring var införandet av en generaliserad subtyp. Styrkan i obehagen man behövde ha för att uppfylla diagnosen förändrades också, från "Significant distress" till "interference with occupational functioning" eller "marked distress" (APA, 1987). Vid senare versioner av DSM har mindre förändringar förekommit. De första åren efter introduktionen i DSM var forskningsintresset för social fobi minst sagt blygsamt. Auktoriteter på området beskrev social fobi som "The neglected anxiety disorder" (Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985, i Furmark, 2000). Under senare år har diagnosen rönt allt större uppmärksamhet även om mer återstår att göras, som beskrivs nedan.

Förekomst

Prevalens

Furmark et al. (1999) förklarar att en av de stora svårigheterna för prevalensstudier av social fobi är att avgöra var en klar, icke godtycklig gräns för olika begrepp såsom social fobi och normal social ångest går. Förekomsten av en slags gråzon förmodas, där personerna som ingår kan beskrivas som blyga eller introverta. Att gränsdragningen för vad som är social fobi påverkar prevalenssiffrorna blir en klar följd av denna problematik. Furmark et al. (1999) jämförde internationella prevalensstudier och fann att prevalensuppskattningarna skilde mellan 0 och 52.5%. Till dessa skillnader anges flera tänkbara orsaker vad gäller metod: diagnoskriterierna har förändrats, olika intervjuguider har använts, det har ställts olika krav på hur mycket funktionsnedsättning fobin orsakar samt vilket prevalensmått (punkt-, månads- eller livstidsprevalens) som undersökts.

Social fobi har visat sig vara den vanligaste ångeststörningen och den tredje vanligaste psykiska sjukdomen (Hofmann & Barlow, 2002). Livstidsprevalensen för social fobi beräknas till 15.5% för kvinnor och 11.1% för män (Kessler et al. 1994, i Hofmann & Barlow, 2002). Furmark et al. (1999) uppskattade punktprevalensen (förekomst vid mättillfället) i Sverige till 15.6%. I denna studie undersöktes ett urval på 2000 vuxna jämnt fördelat på kön, hälften från Stockholm och hälften från Gotland, som på frågeformuläret Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ) skattade minst 3 på en fyragradig skala om sitt lidande och markerade nedsättning i fungerandet på minst en av de tre livsdomänerna vardagen, yrkeslivet (eller studier), sociala aktiviteter/relationer. Beroende på olika grad av nedsättning varierade resultatet mellan 1.9% (minst svårt lidande i en situation och en nedsättning av sysselsättning, fritid och sociala aktiviteter) och 20.4% (\geq nedsättning i en av livsdomänerna). I samma studie fanns en ickesignifikant tendens för social fobi att vara överrepresenterad bland unga. Hur social fobi ser ut i åldersgruppen 16-18 i Sverige är däremot svårare att föreställa sig, Gren-Landell et al. publicerade 2009 den första prevalensstudien om social fobi hos svenska ungdomar och undersökte då unga i åldrarna 12-14 år. 2128 personer från 17 olika skolor undersöktes med frågeformuläret Social Phobia Screening Questionnaire-for Children (SPSQ-C). I dessa åldrar upptäcktes en punktprevalens på 4.4% (13.8% om man använde mildare kriterier för inklusion, då man var tvungen att markera rädsla för minst en social situation). Gren-Landell et al. (2009) förväntar sig att prevalensen stiger i åldrarna då högre siffror återfinns något högre upp i åldrarna. Tillfors och Furmark (2007) fann en prevalensnivå på 16.1% då 523 svenska universitetsstudenter på den fjärde terminen av sina studier undersöktes enligt SPSQ, en siffra att jämföra med 15.6% som Furmark et al. (1999) fann för den vuxna populationen. Dock varierade åldern på dessa universitetsstudenter mellan 18 och 60 år.

Könsfördelning

Social fobi är en psykisk åkomma som i högre grad drabbar kvinnor, såväl i Sverige (Furmark et al., 1999), som internationellt (Kessler et al., 1994, i Hofmann & Barlow, 2002). Kessler et al. (1994, i Hofmann & Barlow, 2002) anger en kvot på 3:2 mellan kvinnor och män. Gren-Landell et al. (2009) fann att signifikant fler flickor än pojkar (6.6% flickor, 1.8% pojkar, $p < .001$) i åldern 12-14 led av social fobi. Tillfors och Furmark (2007) fann däremot ingen signifikant könsskillnad bland universitetsstuderande. En möjlig orsak som nämns i denna studie är att män med social fobi oftare söker till högre utbildning trots sina problem

och att detta jämnar ut könsfördelningen. En annan möjlighet är att personer med svårast problem inte söker till universitetet och att detta i sin tur kan påverka demografiska data och förklara detta resultat. Detta kan relateras till att social fobi är den enda ångeststörning som konsistent visat samband med att avsluta skolan i förtid (Stein & Kean, 2000, i Stein & Stein 2008). Könsskillnaderna tenderar också att jämna ut sig i kliniska populationer där andelen män är lika hög eller högre än andelen kvinnor, vilket har förklarats med att tillståndet kan innebära ett större hinder för män i många samhällen (Rapee, 1995).

Olika länder/samhällen

Länder som USA, Canada och Australien har ungefär samma prevalens som Sverige, noterar Stein och Stein (2008). Iran ges som exempel på ett land med kulturella skillnader gentemot de övriga, även här presenteras att social fobi existerar om än i lägre grad. Det japanska syndromet taijin kyofuusho uppvisar stora likheter med social fobi (Matsunaga, 2001, i Stein & Stein, 2008).

Debutålder

Social fobi tenderar att debutera i tonåren men kan också uppstå redan i tidig barndom (Hofmann & Barlow, 2002). Speciellt den generaliserade typen börjar i barndomen eller tidig ungdom (Chavira & Stein, i Stein & Stein, 2008). Gren-Landell et al., (2009) uppger att debutåldern för social fobi är mellan 12 till 16.6 år, vilket är tidigare i livet än de flesta psykiska störningar (Kessler et al., 2005, i Gren-Landell et al., 2009). Tidigare debut kan kopplas samman med ett högre antal sociala rädslor (Ruscio et al., 2007, i Gren-Landell et al., 2009) och med rädsla för mer än en social eller prestationssituation som är typisk för den generaliserade subtypen av social fobi (Wittchen et al., 1999, i Gren-Landell et al., 2009). Bokhorst et al. (2008, i Gren-Landell et al., 2009) spekulerar kring den högre prevalensen hos unga jämfört med hos barn och föreslår att denna kan associeras med den unges kognitiva utveckling, till exempel genom en ökad förmåga att kunna ta någon annans perspektiv. Detta skulle förutom uppenbara fördelar även göra den unge mer uppmärksam på andras uppmärksamhet; en social utvärdering och jämnårigas åsikter kan orsaka en plåga hos vissa. Det är också viktigare att vara del av en grupp under tonåren och risken att bli utesluten från gruppen kan vara en stark plåga. Även Rapee (2004, i Gren-Landell et al., 2009) kommenterar den högre prevalensen hos unga än hos barn och nämner som tänkbara förklaringar ökade akademiska och sociala krav samt en större spännvidd hos sociala situationer man kan tänkas möta.

Förlopp

Social fobi kan, om tillståndet förblir obehandlat, ha ett kroniskt förlopp (Hofmann & Barlow, 2002). I en studie var sannolikheten för tillfrisknande mindre hos patienter med social fobi än patienter med andra ångestsyndrom såsom GAD (Generalized Anxiety Disorder) eller panikångest. Däremot var risken mindre för återfall hos tillfrisknade patienter med social fobi än hos patienter med andra ångestsyndrom (Bruce et al. 2005). Trots lidandet och den försämring i livskvalitet som kan hänföras till den sociala fobin, söker bara hälften någonsin upp en behandling och de gör detta efter 15-20 år med symptom (Wang et al., 2005; i Stein & Stein, 2008)

Komorbiditet

Man har funnit en hög komorbiditet mellan social fobi och andra psykiatriska diagnoser. Uppåt 70-80% av personer med social fobi uppfyller även kriterier för någon annan diagnos i DSM. Dessutom föregår ofta den sociala fobin det komorbida tillståndet (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996; Schneier et al., 1992; i Turk, Heimberg & Magee, 2007). De vanligaste diagnoserna som förekommer komorbida till social fobi är specifika fobier, agorafobi, egentlig depression samt alkoholmissbruk och beroende (Magee et al., 1996; Schneier et al., 1992, i Turk et al., 2007). Personer med social fobi tog medicin för psykiska problem utöver den sociala fobin i högre grad (Furmark et al., 1999).

Etiologi

Det finns ett flertal olika teorier om uppkomsten av social fobi. Dessa teorier är inte ömsesidigt uteslutande utan sannolikt samverkar olika faktorer (bl.a. genetiska/biologiska, psykologiska och miljömässiga) till uppkomsten. Mycket tyder på att social fobi har en genetisk komponent. Olika studier har gett en ärftlighet på 0.31-0.65 (Rapee & Spence, 2004). En tvillingstudie innehållande 2163 kvinnliga tvillingpar visade på en överensstämmelse på 24% hos enäggstvillingar och på 15% hos tvåäggstvillingar (Kendler et al., 1992; i Hudson & Rapee, 2000).

I forskning kring temperament har begreppet beteendehinhibition (behavioral inhibition) ofta kopplats till social fobi. Beteendehinhibition karaktäriseras av bland annat försiktighet, blyghet och förhöjd arousal i nya situationer (Tillfors, 2004). Gladstone et al. (2005) jämförde grupper med låg, medelhög och hög beteendehinhibition. Andelen personer med social fobi var

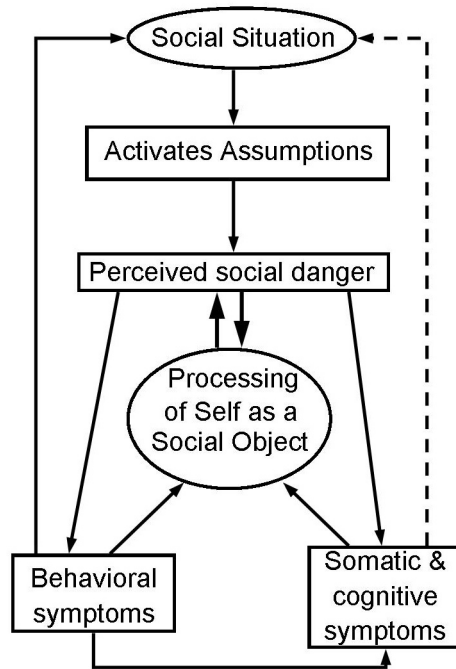
signifikant större i gruppen som skattade hög grad av beteendehinhibition under barndomen, än i övriga grupper.

Förekomsten tycks även vara högre i familjer där en förälder har social fobi. En studie av Mancini et al. (1996; i Hofmann & Barlow, 2002) visade att 23% av barnen till föräldrar med social fobi ($m = 11$ år) uppfyllde diagnoskriterierna för social fobi. En svensk studie fann att risken att drabbas av social fobi ökade två till tre gånger i de fall då en förälder led av social ångest (Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredrikson, 2001). Familjestudier skiljer dock inte på genetiska faktorer och faktorer i uppväxtmiljö. Hudson och Rapee (2000) ger exempel på studier som funnit samband mellan social ångest och ett kontrollerande, kyligt eller överbeskyddande föräldraskap. Man pekar dock på svårigheterna att fastställa kausalitet i dessa fall. Möjligheten finns till exempel att ett ängsligt temperament hos barnet kan utlösa överbeskyddande beteenden från föräldrarna.

Svåra omständigheter i barndomen, såsom skilsmässa, psykisk ohälsa hos förälder, konflikter i familjen och sexuellt utnyttjande, har visat sig kunna öka risken för social fobi. Dessa händelser är dock även kopplade till fler former av psykisk ohälsa och är inte unika för social fobi (Rapee & Spence, 2004). En annan förklaring är att en fobi utlöses av enskilda negativa sociala upplevelser genom klassisk betingning, dvs. att en viss typ av händelse blivit förknippad med starkt obehag. Stemberger, Turner, Beidel och Calhoun (1995) fann att 56% av personer med specifik och 40% av personer med generaliserad social fobi kunde minnas en specifik traumatisk händelse som var kopplad till symptomen. Samtidigt kan denna modell kritiseras då många personer som lider av en fobi, inte kan koppla sin rädsla till en särskild händelse utan istället upplever sig alltid ha varit rädda (Tillfors, 2004).

Clark och Wells kognitiva modell av social fobi

Clark och Wells kognitiva modell (1995) av social fobi ger en förklaring till processerna som inträffar när en person med social fobi möter en situation den fruktar. Kärnan i den sociala fobin är en stark önskan hos individen att förmedla bilden av sig själv i en bra dager och en osäkerhet över sin förmåga att göra detta. Personer med social fobi har utvecklat en serie föreställningar om sig själva och sin sociala värld där de tror att de i en eller flera sociala situationer riskerar att handla på ett oacceptabelt sätt och att detta kan få katastrofala följder i form av minskad status, minskat värde och bortstötning. När en person med social fobi möter den fruktade situationen aktiveras ett ångestprogram som visas i Figur 1.



Figur 1. Clark & Wells (1995) modell för vad som händer när en person med social fobi möter en fruktad social situation.

Figuren beskriver processerna under den fruktade och ofta undvikta situationen hos personer med social fobi. Linjerna beskriver hur det går till när de negativa föreställningarna av situationen påverkas av inre tolkningar, snarare än genom att betrakta andras beteende.

I en social situation aktiveras de somatiska och kognitiva symtomen, som i sig tolkas som ett bevis på fara (till exempel kan rodnad tolkas som att man håller på att göra bort sig). Detta följs av ett skifte i uppmärksamhet. Istället för att titta utåt för att mer i detalj undersöka vad omgivningen tycker om dem, tenderar en person med social fobi att rikta fokus inåt (Processing of Self as a social object) och ta uppfattningen av sig själv för sann. Detta gör att personen uppmärksammar de somatiska symtomen och negativt utvärderande tankarna, vilket i sin tur minskar förmågan att rikta uppmärksamheten på den sociala omgivningen. Som en följd kan personen med social fobi verka mindre socialt tillgänglig. Detta kan leda till att omgivningen behandlar personen mindre vänligt, något som i sin tur ytterligare förstärker personens negativa förväntningar. Många personer utarbetar så kallade säkerhetsbeteenden, alltså beteenden som är till för att dölja de somatiska symtomen. Dessa säkerhetsbeteenden kan få effekter som skapar fler fruktade känslor. Till exempel kan man om man pratat för snabbt för att undvika den fruktade situationen få andnöd och yrsel. Lidandet består dessutom utanför situationen, då personen ofta ägnar mycket tid på att grubbla över sina problem.

Modellen är utprövad på vuxna men den föreslås vara tillämplig även för unga (Hodson, McManus, Clark & Doll, 2008). Hignett och Cartwright-Hatton (2008) undersökte om modellen även kunde tillämpas på en ickeklinisk grupp ungdomar och fann att den centrala omkopplingsprocessen till ett socialt objekt kunde äga rum även i denna grupp.

Behandling av social fobi

Farmakologisk behandling

Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) har visat sig vara en effektiv behandlingsform för social fobi (Stein & Stein, 2008). I en metastudie föreslås SSRI-preparat som ett förstahandsalternativ vid farmakologisk behandling av social fobi, detta dels då SSRI har funnits vara effektiva mot såväl social fobi som andra komorbida tillstånd, dels då dessa preparat är säkrare och ger mildare biverkningar än andra mediciner (Blanco et al., 2003).

Även Monoaminoxidashämmare (MAO-hämmare) har visat sig vara effektiva men då dessa vanligen är förknippade med bieffekter såsom restriktioner mot att äta vissa livsmedel, används de numera mer sällan (Furmark, 2000). Ångestdämpande bensodiazepiner kan användas mot social fobi men medför samtidigt en risk för beroende (Hofmann & Barlow, 2002). Slutligen används också betablockerare ibland som ett sätt att minska fysiska symptom vid nervositet.

Kognitiv beteendeterapi

KBT (Kognitiv BeteendeTerapi) kännetecknas av ett målinriktat och aktivt samarbete mellan klient och terapeut. Fokus ligger på tankar, känslor och beteenden i klientens nuvarande livssituation. Behandlingen syftar till att genom inlärning ge klienten mer funktionella sätt att tänka och handla. Denna behandlingsform kan ges individuellt eller i grupp.

Heimberg (2002) nämner fyra huvudsakliga inslag inom KBT mot social fobi. Dessa är:

- 1) Exponering - detta innebär att klienten utsätter sig för de sociala situationer som upplevs som obehagliga. Exponeringen genomförs på ett planerat och strukturerat sätt, där man vanligen börjar med mindre obehagliga situationer. Exponeringen kan ske stegvis genom att klienten först föreställer sig situationen, sedan genom rollspel mellan klient och terapeut, och därefter att klienten försöker på egen hand, utanför terapisituationen. För att exponeringen

skall få maximal effekt skall klienten vara fullt närvarande i situationen och tillåta sig att bli nervös eller få ångest, för att denna ångest sedan skall kunna klinga av och situationen kunna upplevas som mindre hotfull.

2) Kognitiv omstrukturering - klienten och terapeuten kartlägger tillsammans klientens negativa tankar och föreställningar om de situationer som upplevs som obehagliga. Därefter utvärderas giltigheten och funktionen med dessa tankar, och klienten tränas i alternativa sätt att tänka om samma situation.

3) Avslappningsträning - syftet med detta inslag är att lära sig hur ångest yttrar sig fysiologiskt och hur man genom olika övningar kan bli mer avslappnad. Klienten får sedan öva sig i att tillämpa dessa färdigheter i ångestväckande situationer.

4) Social färdighetsträning - övning i olika sociala färdigheter såsom hur man håller ögonkontakt eller för ett samtal.

KBT som behandling av social fobi har utvärderats i ett flertal studier. Acarturk, Cuijpers, van Straten och de Graaf (2009) undersökte i en metaanalys av sammanlagt 29 randomiserade kontrollerade studier ($n = 1628$) effekten av psykologisk behandling av social fobi. Det sammanlagda resultatet visade på en stor effektstorlek (0.70). Den psykologiska behandlingen i de respektive studierna bestod av moment som i olika utsträckning kan sägas ingå i KBT. Dock var effektstorleken större för de studier som i analysen klassades som KBT, än för de studier som klassades som icke-KBT.

Även för ungdomar med social fobi har KBT visat sig vara effektivt. Herbert et al. (2009) jämförde i en randomiserad kontrollstudie tre olika betingelser: individuell KBT ($n = 24$), KBT i grupp ($n = 23$) och edukativ/stödjande psykoterapi utan specifika KBT-inslag ($n = 26$). Inklusionskriterierna var bland annat ålder (12-17 år) och en diagnosticerad social fobi av generaliserad subtyp. Alla tre betingelser gav en signifikant symptomreduktion, men de båda KBT-betingelserna uppvisade större förbättringar i beteendemätningar (behavioral assessment).

Psykoedukation. Ett vanligt inslag inom KBT för alla typer av psykiska problem, är att klienten delges information om sina symptom och hur behandlingen kommer att gå till, så kallad psykoedukation. Ett syfte med psykoedukation är att skapa förtroende för behandlingen och göra klienten införstådd med grunderna i denna (Ledley, Marx & Heimberg, 2005). Ett annat syfte med psykoedukation är att normalisera problemen och ge hopp inför behandling

(Overholser, 2002). Klienten kan känna sig lättad över att höra att denne inte är ensam om sina problem och att dessa går att behandla (Mørch & Rosenberg, 2006). Psykoedukation återkommer även under hela terapin, bland annat för att förklara specifika tekniker som används inom KBT. Poängen med detta är att sannolikheten för att klienten fullföljer behandlingen ökar om denne förstår anledningen till att man använder sig av en viss metod (Ledley et al., 2005).

En psykoedukation för social fobi innehåller bland annat en förklaring av diagnosen och hur vanlig denna är i populationen. Annan typisk information är möjliga orsaker till social fobi och hur symptomen kan förklaras utifrån en KBT-modell. Psykoedukation innebär också en socialisering till kognitiv beteendeterapi, till exempel hur denna behandlingsform går till, hur många som brukar bli hjälpta och vad som väntas av klienten (Leahy & Holland, 2000; Ledley et al., 2005; Mørch & Rosenberg, 2006).

Kognitiv beteendeterapi via Internet

Det finns former av KBT med mindre kontakt med psykoterapeut, där behandlingen istället ges i form av självhjälp-material. Ett vanligt sätt att ge detta material är via Internet. Det finns empiriskt stöd för att sådan behandling kan vara effektiv i behandling av ångestsyndrom. En metaanalys över sammanlagt 19 RCT-studier (Randomized Controlled Trial), visade att Internetbaserad KBT gav signifikanta förbättringar jämfört med vänteliste- och placebogrupper (Reger & Gahm, 2009). En rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) fann ett begränsat vetenskapligt stöd för att datorbaserad KBT, på kort sikt, har gynnsam effekt vid behandling av social fobi, paniksyndrom och depression (SBU, 2007), då detta stöds av minst två studier med medelhögt bevisvärde.

Vad gäller Internetbaserad KBT specifikt för social fobi, har det i Sverige genomförts ett flertal studier inom det s.k. SOFIE-projektet (SOcial Fobibehandling via Internet i kombination med Exponering) vid Institutionen för psykologi i Uppsala. SOFIE-projektet har utgått från ett självhjälp-program i nio delsteg, baserat på Clark och Wells förklaringsmodell (Figur 1), som dels har utvärderats självständigt, dels har kombinerats med annat stöd i form av bland annat gruppträffar och telefonkontakt med terapeut. Andersson et al. (2006) jämförde en grupp som fick behandling i form av Internetbehandling och två gruppträffar innehållande exponeringsövningar ($n = 32$), med kontrollgrupp ($n = 32$). Vid avslutad behandling uppvisade behandlingsgruppen förbättringar på sociala ångestskattningar, ångest-

och depressionsnivåer och upplevd livskvalitet. Carlbring et al. (2007) jämförde en grupp som fick behandling i form av Internetbehandling och telefonkontakt med terapeut ($n = 29$) och en kontrollgrupp ($n = 28$). Behandlingsgruppen skattade vid avslutad behandling signifikant lägre än kontrollgruppen på allmän ångest, social ångest, undvikande och depression. Uppföljning ett år senare visade att effekten hållit i sig på lång sikt. Dessa studier har även replikerats med enbart Internetbehandling, dvs. utan gruppträffar eller telefonkontakt, med motsvarande resultat (Eriksson & Hållén, 2005; Eriksson & Spak, 2004; Steczko, 2004).

Medan självhjälpsbehandling visat sig vara effektiv för vuxna, finns det betydligt mindre forskning om denna behandlingsform anpassad specifikt för ungdomar. I en metastudie av Ahmead och Bower (2008) undersöktes 14 studier (randomiserad eller kvasiexperimentell design) om olika typer av självhjälpsbehandling för ungdomar, bland annat via Internet. Man fann inga signifikanta förbättringar utan konstaterar behovet av randomiserade kontrollerade studier i tydligt definierade populationer för att kunna utvärdera användbarheten.

En datorbaserad självhjälpsbehandling av ångeststörningar hos unga, "Cool Teens", har utvecklats vid Macquarie University i Australien (Cunningham, Rapee & Lyneham, 2006). Behandlingen är i form av ett datorprogram innehållande 8 behandlingssteg av olika typ, s.k. moduler, som presenteras genom bland annat text, grafik, speakerröst och video. Behandling med Cool Teens-materialet har hittills (maj, 2009) utvärderats i en pilotstudie (Cunningham et al., 2009). Deltagarna i studien ($n = 5$) bestod av fyra kvinnor (14-16 år) och en man (16 år). Fyra av deltagarna hade huvuddiagnosen GAD (Generaliserat Ångestsyndrom) och en hade separationsångest som huvuddiagnos. Efter behandling var ångestskattningen sänkt till en subklinisk nivå för två av deltagarna. Överlag var deltagarna nöjda med datorprogrammets innehåll och utformning.

För- och nackdelar med Internetterapi. Internetbaserade terapier har föreslagits som ett sätt att dels minska olika hinder att söka behandling, dels öka tillgängligheten på standardiserad och evidensbaserad behandling (Reger & Gahm, 2009). Argument som talar för Internetbaserade terapier är en ökad flexibilitet, dvs. att klienten kan arbeta med materialet på tider som passar denne (SBU, 2007), samt att behandlingen kan ske på distans vilket underlättar om det geografiska avståndet är stort. Det finns också ett antal nackdelar som förknippas med Internetterapi. En sådan nackdel är att det kan vara svårare att upptäcka om en

patients tillstånd försämrats. Det kan också vara svårare att anpassa behandlingen efter individen. Om klientens motivation är bristande eller saknar tilltro till Internetterapi är risken större att klienten skall avbryta behandlingen (Macleod, Martinez & Williams, 2009).

Etiska implikationer. Med bristerna i åtanke följer ett antal etiska implikationer med Internetbehandlingar. I en översikt över Internetterapier poängterar Carlbring och Andersson (2006) vikten av att utvecklingen och användandet av självhjälp-material styrs av professionella riktlinjer och inte av kommersiella intressen. Vidare är det viktigt att klienten känner acceptans för denna behandlingsform, att denne får vara delaktig vid valet av behandling samt även erbjuds andra alternativ. Det är av stor vikt att en kvalificerad bedömning av klienten genomförs innan datorbaserad KBT påbörjas (SBU, 2007). Då det kan vara svårare att upptäcka försämringar hos klienter, till exempel en ökad risk för suicid, kan klienter med allvarligare problematik behöva exkluderas från Internetbehandlingar (Carlbring & Andersson, 2006).

Praktisk tillämpning. En annan central fråga är vilken plats Internetbaserade behandlingar skall ha inom hälso- och sjukvården (SBU, 2007). Snarare än att ersätta traditionella terapiformer med större terapeutkontakt, kan Internetterapier utgöra ett komplement till dessa för målgrupper som av olika anledningar kan tänkas vara lämpade. Det är i dagsläget inte klarlagt hur ett urval till Internetbaserad KBT skall gå till (SBU, 2007). Då avhopp och avbrutna självhjälp-behandlingar utgör ett problem, behövs även mer forskning om vad som kännetecknar dem som blir hjälpta av en sådan behandling (MacLeod et al., 2009). Emellertid är ett möjligt scenario att Internetbehandling skulle kunna utgöra ett av de första stegen i en s.k. "stepped care"-modell (SBU, 2007). I en sådan modell ges behandling i olika steg, där de första stegen kan utgöras av mindre intensiva behandlingar, till exempel korttidsterapier, gruppterapier eller Internetterapi. Graden av intensitet kan då ökas för de patienter som har svårare problematik eller som inte svarar på den inledande behandlingen. Fördelarna med denna modell är att den kan öka kostnadseffektiviteten, öka tillgången på behandling, samt att mer intensiva former av behandling kan bli tillgängliga för dem som är i större behov (Bower & Gilbody, 2005).

Internet

I Europa hör Sverige till de länder som använder Internet allra mest. Enligt en rapport från Statistiska Centralbyrån (2008) var andelen som har tillgång till Internet i hemmen 88%.

I åldrarna 16-24 var denna andel ännu högre och praktiskt alla i denna åldersgrupp använder Internet regelbundet (98% svarade att de hade använt Internet under första kvartalet 2008 och 86% att de använder sig av Internet varje dag). I rapporten från SCB (2008) framkom att 29% av männen och 40% av kvinnorna under första kvartalet 2008 har använt Internet för att söka hälsoinformation. Av rapporten framgår det dock inte i vilka syften eller i vilka utsträckning detta inkluderar psykisk hälsoinformation, till exempel om social fobi.

Vad gäller personer med social fobi, jämförde Madell och Muncer (2006) graden av Internetanvändande hos 362 studenter i åldrarna 18-52 år. Utifrån skattningar på två formulär om social fobi, hittades dock inga signifikanta skillnader i Internetanvändande mellan personer med och utan social fobi. Erwin, Turk, Heimberg, Fresco och Hantula (2004) undersökte vad som utmärker personer med hög social ångest som söker information om social fobi på Internet. 434 personer, varav 92% uppfyllde kriterier för social fobi, besvarade en webbenkät med frågor om bland annat Internetanvändande. De svarande uppgav att de hade lärt sig mer om social fobi och dess behandling på Internet, dock var det färre som uppgav att detta hade fått dem att uppsöka behandling.

För personer med social fobi kan kommunikation via Internet generellt innebära vissa fördelar, bland annat att besvärande fysiska attribut inte blir synliga (till exempel tecken på nervositet), att man kan undvika felsägningar och fördröjningar i konversationer att anonymiteten på Internet minskar sociala hämningar och gör det lättare att prata om känsliga frågor (Saunders & Chester, 2008). Även om det kan vara ett bekvämt forum för personer med social fobi, kan Internet få negativa konsekvenser om det används som en tillflykt eller ersättning för sociala kontakter i övrigt (Saunders & Chester, 2008; Erwin et al., 2004). Detta minskar i så fall möjligheterna att exponeras för obehagliga situationer, vilket kan göra att symptomen kvarstår.

Föreliggande studie

Det finns flera skäl att undersöka möjligheterna att anpassa existerande Internetbehandlingar för social fobi till en yngre målgrupp. Social fobi debuterar ofta i tonåren (Hofmann & Barlow, 2002), kan innebära ett stort lidande och ökar risken för andra psykiska problem såsom depression och missbruk (Stein & Stein, 2008). Att kunna behandla social fobi tidigt vore därför mycket värdefullt. Gren-Landell et al. (2009) som undersökte förekomsten av social fobi hos ungdomar i Sverige, påpekar behovet av att göra effektiva

interventioner mot social fobi tillgängliga. Då social fobi kan få folk att hoppa av skolan i förtid är det viktigt att sätta in resurser som kan hinna ha effekt innan val till universitet och högskolor.

Personer med social fobi väntar ofta länge med att söka hjälp, i den mån de alls söker hjälp (Wang et al., 2005; i Stein & Stein, 2008). Det är också tänkbart att personer med social fobi upplever större hinder att söka hjälp, då svårigheter att prata med och bli granskad av en främmande person ligger i problemens natur. Generellt sett kan kommunikation via Internet innebära en rad fördelar för personer med social fobi (Erwin et al., 2004; Saunders & Chester, 2008). En Internetbehandling kan alltså innebära ett alternativ till att söka hjälp på vanligt sätt och kan dessutom öka tillgången på behandling.

De tolv studier som undersöktes av SBU (2007) i en utvärdering av datorbaserad KBT utgick samtliga från manualer i textformat. Denna studie innebär en anpassning av befintligt textmaterial till ett filmformat, då detta kan lämpa sig bättre för en yngre målgrupp. Med hänsyn till tidsramar för studien ansågs det rimligt att välja en enskild del av en komplett behandling. Här valdes en psykoedukationsdel av flera anledningar. Då tillgång till en klinisk grupp saknas, är en regelrätt behandling inte aktuell. Psykoedukation utgör en central del i en Internetbehandling. Även om behandlingseffekten av enbart psykoedukation kan antas vara begränsad, är denna del viktig för klientens förståelse av sina symptom samt för att ge en rational för behandlingen. Slutligen kan en psykoedukationsfilm ha ett större användningsområde än bara en Internetbehandling, då den kan användas som ett fristående inslag (Cunningham et al., 2006). Andra användningsområden kan till exempel vara att öka kunskaper om social fobi eller att öka andelen som söker hjälp. Ungdomar har god tillgång till Internet och använder sig av Internet till att söka efter hälsorelaterad information (SCB, 2008). Det är därför viktigt att tillförlitlig information om olika psykiska problem och om möjliga behandlingsformer finns tillgänglig på Internet. I en utvärdering av nuvarande information om social fobi på Internet (på engelska), befanns denna vara bristfällig (Khazaal, Fernandez, Cochand, Reboh & Zullino, 2008).

Syfte

Inom ramen för denna studie utformas och utvärderas en psykoedukationsintervention om social fobi anpassad för gymnasieungdomar. Interventionen görs i filmformat och är tänkt att distribueras via Internet och i kommande versioner kunna ingå i en komplett behandling.

1) Ett första syfte med studien är att generera kunskap inför vidare arbete med multimediaanpassning av Internetbehandlingar. Då det för denna ålderskategori inte finns någon datorbaserad psykologisk behandling av social fobi på svenska kan detta ses som en undersökande pilotstudie. 2) Ett andra syfte med uppsatsen är att utforma ett frågeformulär med kunskapsfrågor som ett sätt att utvärdera inläringen kring interventionen och se om försökspersonerna förstått principerna med behandlingen. 3) Ett tredje syfte är att undersöka gymnasieungdomars attityder kring att hitta och använda sig av information om hälsa på Internet.

Studien avser att belysa följande specifika frågeställningar:

1. Vad tycker gymnasieungdomar, i synnerhet de som har högre grad av social ångest, om filmen?
 - a) Vad är bra med filmen och vad kan bli bättre? Fokus ligger på följande områden: Utseende, tempo, svårighetsgrad, anpassning till åldersgrupp, samt tillförlitlighet.
 - b) Har deras inställning till psykoterapi påverkats av filmen? I så fall, i vilken riktning?
 - c) Kan de tänka sig att rekommendera filmen till en kompis som har problem med blyghet?
2. Hur ser resultatet ut av kunskapsfrågorna i enkäten?
 - a) I vilken utsträckning har gymnasieungdomar tillgodogjort sig informationen i filmen?
 - b) Hur väl skildrar kunskapsfrågorna inläring av informationen?
3. Hur ser gymnasieungdomars attityder kring att söka hälsoinformation på Internet ut?
 - a) Undviker gymnasieungdomar att söka hjälp när de mår dåligt på grund av att de måste prata med människor?
 - b) I vilken utsträckning söker de efter hälsoinformation på Internet?
 - c) Av vilka anledningar föredrar de att söka hälsoinformation på Internet?

Datainsamling sker i studien via enkät, vilken är huvudsakligen kvantitativ (flervalsfrågor) med vissa kvalitativa inslag (öppna frågor). Enkäter är lämpligt när man har ett stort antal försökspersoner och liknande enkäter har visat sig vara en god informationskälla i andra studier om Internetbehandling (se till exempel Cunningham et al., 2006; MacGregor, Hayward, Peck & Wilkes, 2009).

Metod

Deltagare

Urvalet (se Tabell 1) är att betrakta som ett bekvämlighetsurval och utgjordes av 259 gymnasieelever som läste kurs i psykologi. Åldersspannet var 16-20 år ($m = 17.7$, $SD = 0.76$). Dessa läste i 13 olika klasser på fem gymnasieskolor i Lund och Malmö. Antalet elever i varje klass varierade mellan 8-30. Klasserna läste årskurs 2 och 3. De var fördelade på följande gymnasieprogram: naturvetenskapliga, samhällsvetenskapliga, estetiska och barn- och fritidsprogrammet. Vid flera av undersökningstillfällena var dock klasserna blandade, både med avseende på årskurs och på program. Några av klasserna läste Psykologi A medan andra läste Psykologi B. En klass läste kursen "Teknisk Psykologi" men räknades i sammanställningen som Psykologi A, då dessa elever inte hade läst någon tidigare kurs i psykologi. För vissa klasser ingick kursen som en obligatorisk kurs i programmet medan andra själva hade valt ämnet som "individuellt val". Könsfördelningen i klasserna var 61% kvinnor och 39% män.

Tabell 1

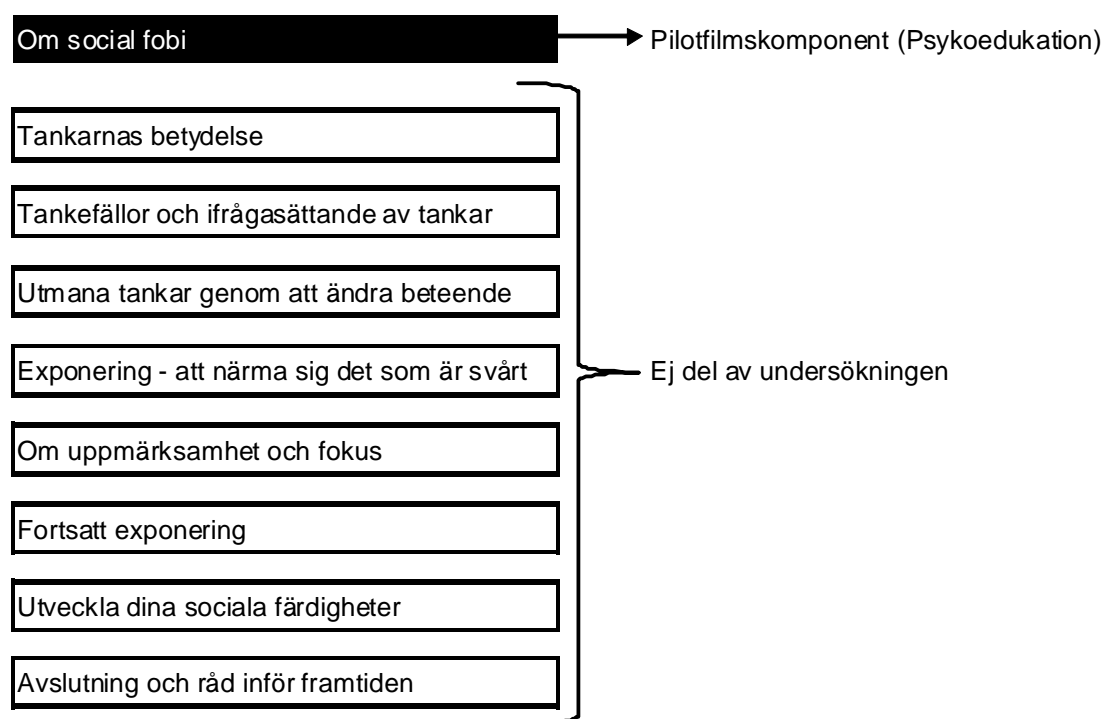
Demografiska data för försökspersonerna (n = 259)

Grupp										
Kön	Män	Kvinnor								
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%						
	101	39	158	61						
Skola	1		2		3		4		5	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	42	16	22	9	56	22	89	34	50	19
Ålder	16		17		18		19		20	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	8	3	94	37	122	47	30	12	3	1
Undervisningsnivå	Psykologi A		Psykologi B							
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%						
	180	70	79	30						
Årskurs	Andra året		Tredje året		Blandad klass					
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%				
	71	27	132	51	56	22				

Material

Film

"Att vara blyg" är en 21 minuter lång film som gjordes av författarna specifikt till denna studie. Den består av multimedialinslag: stillbilder, animerade korta filmsekvenser, text, grafiska modeller och pålagd speakerröst. Filmen är en anpassning av textmaterial från boken "Social fobi - Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi" (Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring & Andersson, 2006). Denna bok är i stora drag identisk med det självhjälpsmaterial som används inom SOFIE-projektet vid Uppsala Universitet. Vid bokens publicering (maj 2006) hade detta material använts vid fem kontrollerade behandlingsstudier. Medan boken innehåller en fullständig behandling mot social fobi och därmed innehåller moment såsom kognitiv omstrukturering och exponering, bygger filmen huvudsakligen på bokens inledande kapitel (Figur 2) som främst utgörs av psykoedukation.

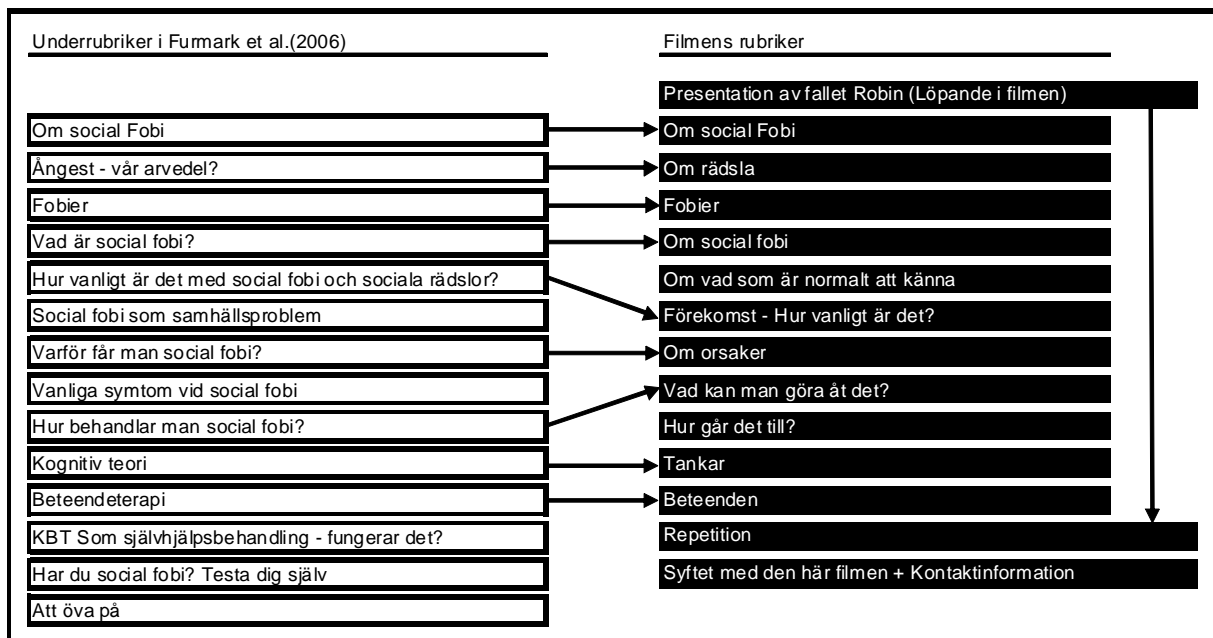


Figur 2. Presentation av utvalt moment av behandlingen.

Manus. Grunden för filmen utgjordes av ett manus. Det ursprungliga textmaterialet (Furmark et al., 2006) ändrades här om på flera sätt (Figur 3), dels för att kunna presenteras i filmformat, dels för att bättre passa en yngre målgrupp. Vid genomgången av texterna förenklades svåra ord eller fackuttryck på inrådan av handledare eller speakerperson. De viktiga poängerna i varje underkapitel extraherades för att därefter skrivas om i manusform. Undantaget rubriken "Att öva på" har lämpliga passager från även de andra rubrikerna lagts in

i filmen. Vid flera tillfällen lades normaliserande kommentarer in. Under rubriken "Har du social fobi? Testa dig själv" återfinns delar av SPSQ, se metod.

Manuset lästes därefter in som ett första ljudspår, vilket fick utgöra stommen för filmen genom att bilderna och animationerna lades in i filmredigeringsprogrammet till denna inläsning. Under detta arbete gjordes flera ändringar fortlöpande i manus. När hela filmen var uppbyggd kring stommen gjordes en ny inläsning av manus, som kom att bli det slutgiltiga ljudspåret. Slutligen anpassades bilderna till det nya ljudspåret (enligt figur 3).



Figur 3. Anpassning av befintligt material till film.

För att levandegöra materialet lades ett exempel, "Robin", in löpande i manus. Robin, som i exemplet skall genomföra en redovisning inför klassen, användes för att illustrera och konkretisera symtom och behandling. Situationen att tala inför en grupp valdes då detta har nämnts som den vanligaste sociala rädslan bland ungdomar (Gren-Landell et al. 2009), som många därför antogs kunna relatera till, även personer som inte lider av social fobi. Då studien genomfördes i skolmiljö ansågs detta exempel lämpa sig särskilt väl.

Programvara. Den programvara som användes för framställandet av filmen var antingen gratis eller ingick i operativsystemet Windows XP. För en förteckning över programvaran se Bilaga E.

Bilder. Bilder till filmen hämtades från foton författarna själva tagit, samt från bildarkiv med Creative Commonslicens (för en komplett lista på dessa bilder se Bilaga E). Denna typ av licens innebär minskade upphovsrättsliga krav, bland annat att bilderna får användas och redigeras gratis i kreativa, icke-kommersiella syften.

Vid valet av bilder har hänsyn tagits till att filmen skall nå unga i Sverige idag. Bilder föreställande personer i åldrarna 15-25 har därför prioriterats. Till bildurvalet har också eftersträvats en jämn fördelning mellan män och kvinnor, samt en utseendemässig och kulturell mångfald.

För att ge bilderna ett unisont utseende användes en grafisk anpassning, så kallad vektorisering (se Bilaga E). Denna minskar detaljrikedomen och antalet färger, vilket antogs göra dem mer allmängiltiga och därmed lämpliga för en bred publik. Ett annat skäl till denna anpassning var att bilderna vid behov kunde avidentifieras.

Speakerröst. Som röst till filmen användes en kvinnlig speakerröst. Tanken med detta var att båda könen skulle kunna känna sig tilltalade, med hänsyn till att Robin - dvs. exemplet i filmen - var en man. Rekrytering till röstinspelning skedde genom en annonsering på internhemsidan hos Studentradion i Lund, Radio AF. De som anmälde intresse ombads skicka röstprov, och utifrån dessa prov valdes den speaker som bäst ansågs passa den ton filmen ville förmedla. Personen hade tidigare erfarenhet av röstinspelning från bland annat Sveriges Radio. Röstinspelningen gjordes i en inspelningsstudio på Radio AF i Lund.

Enkät

Till datainsamlingen användes en enkät bestående av sammanlagt 44 items (För delarna I, II, IV och V, se Bilaga C), samt frågor om kön och ålder. Information om deltagarnas skol-, kurs-, samt programtillhörighet gavs av respektive lärare. Enkäten var indelad i fem olika delar: (I) Frågor om filmen, (II) Frågor om psykoterapi, (III) Screeningformulär för Social Fobi, (IV) Kunskapsfrågor, samt (V) Frågor om hälsa och Internet. Samtliga delar utom screeningformuläret (del III) var konstruerade av författarna till denna studie. Till flertalet av frågorna användes fasta svarsalternativ, detta för att underlätta för deltagarna och minska ett eventuellt bortfall. På dessa frågor eftersträvades en så stor symmetri mellan svarsalternativen som möjligt, dvs. att det fanns lika många positiva svar som negativa. Ejlertsson (2005) lyfter fram betydelsen av enkelt språk och jämbördiga svarsalternativ och hänsyn till detta togs i

enkätutformningen. På tre av frågorna fick deltagarna möjlighet att fritt skriva svaren, detta för att öppna upp för synpunkter som inte täcktes upp av de övriga frågorna.

Del I. Frågor om filmen. Denna del bestod av 12 frågor som handlade om vad deltagarna tyckte om olika aspekter av filmen. De första fem frågorna var av flervalstyp och handlade om filmens utformning, till exempel bilder, animationer, svårighetsgrad och tempo. De fem nästföljande frågorna var av Likert-typ och bestod av ett antal påståenden där deltagarna fick svara på i vilken utsträckning de höll med om detta påstående (Håller med fullständigt - Håller med - Varken eller - Håller inte med - Håller inte med alls). På de två sista frågorna fick deltagarna själva fylla i vad de tyckte var bra med filmen samt vad de ansåg skulle kunna bli bättre.

Del II. Frågor om psykoterapi. Delen bestod av fyra frågor om psykoterapi. Deltagarna skattade sig på (1) hur mycket de ansåg sig känna till om psykoterapi innan filmen (2) vad deras inställning till psykoterapi är och (3) om filmen har påverkat denna inställning. En öppen fråga (4) om inställning till psykoterapi avslutade denna del.

Del III. Screeningformulär för social fobi. Del III bestod av en del av ett självskattningsinstrument för diagnosticering av social fobi, SPSQ (Social Phobia Screening Questionnaire), ett formulär som utarbetats vid Institutionen för Psykologi i Uppsala (Furmark et al., 1999). Detta formulär finns tillgängligt på svenska och förekommer i flera studier om social fobi i Sverige (se t ex Furmark et al., 1999; Tillfors & Furmark, 2007). Vidare används formuläret i den bok av Furmark et al. (2006) som fungerade som förlaga till filmen. En annan fördel med screeningformuläret var att det var relativt kort, då antalet frågor i en enkät ej bör vara för stort (Ejlertsson, 2005) - i synnerhet när endast en liten andel av deltagarna i denna studie kunde antas uppfylla kriterierna för social fobi.

Den del av SPSQ som användes i denna studie mäter graden av obehag i sammanlagt 14 olika sociala prestations- eller interaktionssituationer där deltagarna skattar det obehag de upplever på en skala från 0 (Inte alls obehaglig) till 4 (Väldigt obehaglig). Denna skala korrelerar högt med andra test som Social Phobia Scale (SPS, $r = 0.77$, $p < 0.0001$) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS, $r = 0.79$, $p < 0.0001$). SCID-intervju har använts som referens och SPSQ visade då en hög sensitivitet och specificitet (Furmark et al., 1999). I Furmark et al. (2006) uppges medelvärdet vara 9.1 ($SD = 7.3$) i den svenska

allmänbefolkningen som inte har social fobi. En standardavvikelse över medelvärdet (17) skattas då som "Riskzon för social fobi", varför detta värde användes som cut-off i denna studie för indelning av urvalet i högre respektive lägre social ångest.

Då målgruppen i SPSQ är från 18 år och uppåt, och deltagarna i denna studie var 16-20 år, gjordes ett antal ändringar av formuleringarna eller förenklingar av ord i screeningformuläret för att bättre passa denna målgrupp. Formuleringarna ändrades dock så att innebörden i situationen skulle vara densamma. De ändringar som gjordes återges i Tabell 2.

Tabell 2

Ändringar i anpassningen av SPSQ.

Item	Formulering i SPSQ	Anpassning
4	Att skriva något när andra människor ser på	Att skriva något när andra ser på
7	Att använda offentliga toaletter	Att använda allmänna toaletter
9	Att tala med en auktoritetsperson (t. ex. chef, lärare)	Att tala med en auktoritetsperson (t. ex. lärare eller chef)
11	Att hålla igång en konversation med en person du inte känner väl	Att hålla igång ett samtal med en person du inte känner väl
12	Att umgås med arbetskamrater på lunch- eller fikaraster	Att umgås med skolkamrater på raster

Del IV. Kunskapsfrågor. Denna del innehöll 10 flervalfrågor om saker som hade tagits upp i filmen. Ett liknande förfarande för att utvärdera psykoedukation har använts tidigare av Carlsson och Johansson (2007). Frågorna formulerades för att täcka upp samtliga områden i filmen och jämbördiga svarsalternativ eftersträvades. Innan användning granskades frågorna av handledare och hänsyn togs till deras kommentarer.

Del V. Frågor om hälsa och Internet. Denna del innehöll fyra frågor om hälsa och Internet. Den första frågan gällde huruvida de någon gång har undvikit att söka hjälp när de har mått dåligt, för att det är jobbigt att berätta om det för någon okänd. Återstående tre frågor handlade om huruvida deltagarna använder Internet för att få information om hälsa, hur många gånger de har gjort detta i sådana fall och vilka som är de viktigaste anledningarna till att de använder just Internet till att söka hälsoinformation.

Procedur

Rekrytering

Rekrytering skedde i två omgångar. I första omgången skickades ett brev (Bilaga A) ut till sammanlagt 22 psykologilärare på gymnasieskolor i Malmö och Lund. I brevet beskrevs syftet med uppsatsen, vad filmen handlade om i korthet, hur visningen var tänkt att gå till, när den skulle genomföras och hur materialet från insamlingen skulle behandlas. Visningen föreslogs äga rum i samband med ett ordinarie undervisningstillfälle i psykologi. Andra omgången i rekryteringen skedde via e-post. De lärare som inte hört av sig i den första omgången fick då en påminnelse där syftet med studien återupprepades samt med information om vilka möjliga tillfällen som fanns kvar att delta (Bilaga B).

Sammanlagt elva lärare hörde av sig efter de båda utskicken. Av dessa hade sju lärare möjlighet att delta i studien, då de hade lämpliga klasser på de tider som fanns avsatta för datainsamlingen. Alla lärare erbjöd visning i det ordinarie klassrummet via en projektor vilket ansågs som ett tillfredsställande alternativ, även om förslaget i första hand hade varit att visningen skulle hållas vid enskilda datorer i den lokala datasalen.

Frågestund

För att öka intresset för studien erbjöds de tillfrågade lärarna även en frågestund för eleverna. Denna ägde rum efter att filmen hade visats och datainsamlingen var avslutad, för att minimera dess eventuella påverkan på datainsamlingen. Under detta moment fick eleverna möjlighet att ställa frågor dels om studien och Internetbehandling, dels om psykologutbildningen och psykologyrket. Faktamaterial från Psykologförbundet och studievägledare vid Institutionen för Psykologi vid Lunds Universitet användes fritt för att svara på deltagarnas frågor. I den mån inga frågor förekom berättade författarna om de vanligaste frågorna de fått tidigare, till exempel om möjliga arbetsuppgifter, intagningskrav och lön. Förutom att detta moment användes för att göra besöket mer attraktivt och därigenom få tillgång till fler deltagare, fungerade momentet också som en debriefing där frågor kring blyghet och uppsatsen kunde tas upp i den mån det behövdes.

Visning

Filmen visades vid sammanlagt 13 olika tillfällen. Visningarna genomfördes klassvis, i samband med psykologiundervisning och ägde rum i ordinarie klassrum. Lärarna hade i olika utsträckning informerat klassen sedan tidigare. Denna information var dock begränsad till det som stod i de båda utskicken (Bilaga A och B).

Visningen inleddes med att läraren samlade klassen, presenterade författarna och därefter lämnade över ordet. Klassen informerades om vad som skulle ske; vilka moment som tillfället skulle innehålla och hur lång tid dessa var beräknade att ta. Vidare poängterades att deltagandet var frivilligt och anonymt samt att filmen var gjord för och tänkt att visas över Internet. Denna information var standardiserad (Bilaga D) för att kunna vara så likvärdig som möjligt vid alla visningstillfällen.

Vid samtliga visningstillfällen användes den teknikutrustning som fanns tillgänglig i klassrummen. Utrustningen var likvärdig för alla visningarna. Filmen visades via DVD-spelare och projektor på en overheadduk. Visningen av filmen förflöt utan avbrott med undantag för två tillfällen. Vid det ena sjönk och steg ljudvolymen av okänd anledning under cirka tre minuter. Vid det andra tillfället hackade filmen till något i slutminuterna så att några sekunder föll bort.

Efter visningen av filmen gavs en kort information om enkäten (Bilaga D), vad den innehöll och hur lång tid den beräknades ta att fylla i. Det poängterades återigen att deltagandet var frivilligt, anonymt, samt att inga enskilda resultat skulle komma att redovisas i uppsatsen. Eleverna uppmanades att vända på enkäten när de var klara och sitta kvar till samtliga hade besvarat enkäten. Innan enkäten delades ut fick eleverna möjlighet att ställa frågor om denna, de gavs även möjlighet att ställa frågor under själva ifyllandet om det var något i enkäten som var oklart. Enkäten tog ungefär 15 minuter för eleverna att besvara.

Då alla enkäter var ifyllda samlades dessa in, eleverna tackades för sin medverkan och datainsamlingen avslutades därmed. Eleverna fick därefter möjlighet att ställa frågor till oss om uppsatsen, Internetbehandling, vad en psykolog kan arbeta med, hur det är att läsa till psykolog m.m. Längden på detta moment berodde lektionens längd och på elevernas intresse, men den varade mellan 15-30 minuter.

Etik

Anonymitet och frivillighet poängterades på enkätens framsida, samt muntligen före visningen av filmen och igen inför utdelningen av enkäten. Genomförandet av studien hade även lärarnas godkännande. Elever med sen ankomst ombads märka upp sina enkäter med ett kryss, i övrigt är enkäterna ej möjliga att koppla till enskilda elever.

Bortfall

Totalt svarade 259 elever på enkäten. Det interna bortfallet varierade mellan olika delar i enkäten. Vid behov skattades bortfallet konservativt, det vill säga nedåt, för att undvika överskattningar av resultatet. Samtliga elever besvarade attitydfrågorna om filmen samt frågorna som gällde kunskaper om och inställning till psykoterapi. Åtta elever kom till lektionen mer än 30 sekunder efter att filmen hade börjat. Dessa elever fick fylla i enkäten men de svaren som handlade specifikt om filmen räknades ej med i den statistiska bearbetningen. Däremot inkluderades de frågor som inte förutsatte att man hade sett filmen.

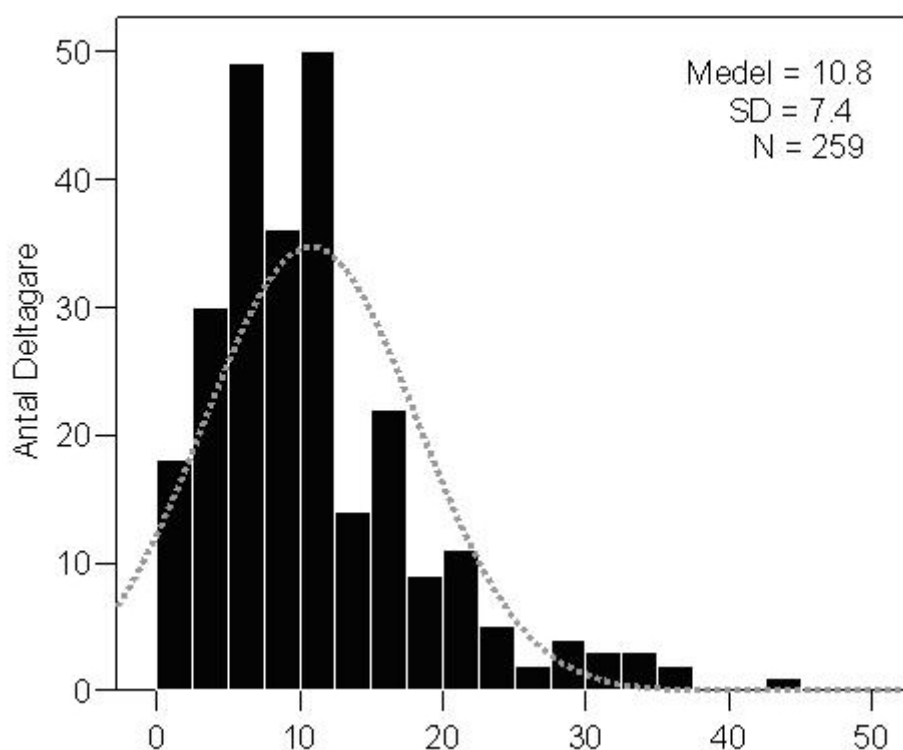
På del III (SPSQ) hade några av eleverna kryssat i flera alternativ på samma item. Om det inte gick att avgöra vilket av alternativen som avsågs och då dessa låg bredvid varandra, valdes ett av dessa alternativ slumpmässigt. I denna del hade sex personer missat ett item, och en person hade missat två items. Dessa items skattades vid tilldelning till grupperna högre och lägre ångest som 0 (Inte alls obehagligt).

När det gäller kunskapsfrågorna om filmen, räknades frågan som felaktigt ifylld i de fall då flera svarsalternativ var ifyllda på samma item. Några av deltagarna hade även hoppat över enskilda kunskapsfrågor. Om personen hade hoppat över färre än tre frågor på denna del, räknades dessa items vid sammanräkningen av poängen som felaktigt ifyllda (19 personer). Om personen hade hoppat över tre eller fler än tre frågor, räknades deras resultat på kunskapsdelen bort helt och hållet i statistikbearbetningen (fem personer). Det sammanlagda interna bortfallet på kunskapsdelen var 13, varav alltså fem togs bort på grund av ogiltiga svarsalternativ och återstående åtta på grund av tidigare nämnd sen ankomst.

Resultat

Social ångest i undersökningsgruppen

Samtliga elever besvarade SPSQ-skattningen ($n = 259$). Medelvärdet för hela urvalet var 10.8 ($SD = 7.4$). Fördelning av deltagarnas sammanlagda poäng presenteras i Figur 4.



Figur 4. Fördelning av totalsumman på det tillämpade SPSQ-formuläret

Urvalet grupperades därefter som "Lägre social ångestskattning" eller "Högre social ångestskattning". Ett cut-off-värde (17 poäng) för gruppen "Högre social ångestskattning" hämtades från Furmark m.fl. (2006), då det ligger en standardavvikelse ovanför medelvärdet för allmänbefolkningen i Sverige och i självhjälpsmaterialet av Furmark m.fl. klassas som "riskzon för social fobi". 45 personer hade en totalpoäng som var 17 eller högre, 38 av dessa var kvinnor. Gruppernas fördelning över kön, skola, ålder, undervisningsnivå och årskurs redovisas i Tabell 3. Grupperna var relativt lika fördelade på samtliga dessa kategorier bortsett från kön, där kvinnor var signifikant överrepresenterade i gruppen med högre social ångestskattning ($\chi^2 [1] = 11.4, p < .01, phi = 0.22$).

Tabell 3

Fördelning av grupperna lägre respektive högre ångestskattning

Grupp	Grad av social ångestskattning			
	Högre		Lägre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Totalt (<i>n</i> = 259)	45	17	214	83
Kön				
Män	7	7	94	93
Kvinnor	38	24	120	76
Skola				
1	6	14	36	86
2	4	18	18	82
3	9	16	47	84
4	14	16	75	84
5	12	24	38	76
Ålder*				
16	1	12	7	88
17	13	14	81	86
18	23	19	99	81
19	7	23	23	77
20	1	33	2	67
Undervisningsnivå				
Psykologi A	31	17	149	83
Psykologi B	14	18	65	82
Årskurs				
Andra året	11	15	60	85
Tredje året	25	19	107	81
Blandad Klass	9	16	47	84

* = (*n* = 257)

Deltagarnas attityder till filmen

Samtliga deltagare (*n* = 251) besvarade attitydfrågorna 1-10 i enkäten. En sammanställning av resultatet redovisas i Tabell 4a-c. De gymnasieungdomar som undersöktes tyckte i allmänhet bra om filmen. 95.2% av de svarande tyckte att filmen är bra eller mycket bra. En klar majoritet ansåg att tempot och svårighetsgraden är lagom (65.7 respektive 75.3%). Särskilt utmärkande resultat är exemplet med Robin, vilket många uppskattade i hög grad, samt att informationen upplevdes som trovärdig. 88.0% höll med eller höll med fullständigt om påståendet att filmen passar för ungdomar mellan 16-18 år.

Tabell 4a

Fördelning över deltagarnas attityder till filmen, frågor 1-3

Vad tycker du om...	Mycket bra		Bra		Varken eller		Dålig		Mycket dålig	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
... filmen som helhet?	59	23.5	180	71.7	7	2.8	4	1.6	1	0.4
... bilderna och animationerna?	47	18.7	156	62.2	35	13.9	12	4.8	1	0.4
... exemplet med Robin?	128	49.4	113	45.0	10	4.0	0	0.0	0	0.0

Tabell 4b

Fördelning över deltagarnas attityder till filmen, frågor 4-5

Vad tycker du om ...	Alldeles för svårt/snabbt		Lite för svårt/Snabbt		Lagom		Lite för lätt/Långsamt		Alldeles för lätt/långsamt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
... svårighetsgraden på informationen i filmen?	0	0	1	0.4	189	75.3	52	20.7	9	3.6
... tempot i filmen?	0	0	30	12	165	65.7	51	20.3	5	2

Tabell 4c

Fördelning över deltagarnas attityder till filmen, frågor 6-10

	Håller med fullständigt		Håller med		Varken eller		Håller inte med		Håller inte med alls	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Jag skulle rekommendera filmen till en kompis som har problem med blyghet	54	21.5	137	54.6	43	17.1	15	6.0	2	0.8
Filmen har ökat min förståelse för blyghet	46	18.3	126	50.2	62	24.7	12	4.8	5	2.0
Filmen har ökat min förståelse för psykoterapi	29	11.6	143	57.0	64	25.5	12	4.8	3	1.2
Informationen i filmen är trovärdig	144	57.4	102	40.6	4	1.6	0	0.0	1	0.4
Filmen passar för ungdomar mellan 16-18 år	100	39.8	121	48.2	23	9.2	7	2.8	0	0.0

Skillnader i attityder mellan olika grupper

Medelvärden beräknades för respektive attityditem, där svarsalternativen värderades efter placering i enkäten. De första svarsalternativen tilldelades värdet "1", de andra tilldelades värdet "2", de tredje tilldelades värdet "3" osv. Ett lågt medelvärde motsvarar alltså en positiv attityd, utom på frågorna 4 och 5, där det tredje svarsalternativet "Lagom" motsvarar en positiv attityd.

Män och kvinnor. Medelvärdeskillnader mellan män och kvinnor jämfördes med t-test för oberoende stickprov (Tabell 5). Kvinnor tyckte i vissa avseenden något bättre om filmen än män. Signifikanta könsskillnader påträffades på följande items: bilderna och animationerna, exemplet med Robin, att filmen ökat förståelsen för psykoterapi samt att informationen var trovärdig. Männerna skattade dock tempot i filmen som lagom ($m = 3.02$) i något högre utsträckning än kvinnorna ($m = 3.19$) som drar något åt att tycka filmen var lite långsam, även om de fortfarande tyckte att tempot var relativt lagom.

Tabell 5

Jämförelse av medelvärde mellan attityder till filmen och kön

	Män ($n=96$)		Kvinnor ($n=155$)		Total ($n=251$)		t (df)
	M	SD	M	SD	M	SD	
Vad tycker du om: Filmen som helhet	1.92	0.56	1.79	0.59	1.84	0.58	1.75 (211) ²
Vad tycker du om: Bilderna och animationerna	2.2	0.78	1.97	0.71	2.06	0.74	2.34 (249) ¹ *
Vad tycker du om: Exemplet med Robin	1.64	0.62	1.46	0.54	1.53	0.57	2.31 (249) ¹ *
Svårighetsgraden på informationen i filmen	3.22	0.46	3.31	0.57	3.27	0.53	-1.39 (230) ²
Tempot i filmen	3.02	0.60	3.19	0.63	3.12	0.62	-2.09 (210) ² *
Jag skulle rekommendera filmen till en kompis som har problem med blyghet	2.08	0.80	2.11	0.85	2.10	0.83	-0.24 (249) ¹
Filmen har ökat min förståelse för blyghet	2.26	0.87	2.19	0.87	2.22	0.87	0.59 (249) ¹
Filmen har ökat min förståelse för psykoterapi	2.48	0.80	2.14	0.73	2.27	0.77	3.34 (185) ² ***
Informationen som ges i filmen är trovärdig	1.57	0.63	1.38	0.53	1.45	0.57	2.61 (249) ¹ **
Filmen passar för ungdomar mellan 16-18 år	1.79	0.71	1.72	0.75	1.75	0.74	0.72 (249) ¹

* = Signifikant på $\alpha=0.05$ nivå, ** = Signifikant på $\alpha=0.01$ nivå, *** = Signifikant på $\alpha=0.001$ nivå

¹ = Equal variances assumed, ² = Equal variances not assumed

Elever med högre eller lägre social ångest. Medelvärdeskillnader mellan grupperna högre/lägre ångestskattning jämfördes med t-test för oberoende stickprov (Tabell 6). Attityderna i gruppen "högre social ångest" skilde sig inte signifikant från attityderna i gruppen "lägre social ångest". På några items var de med högre social ångest något mer positiva, bland annat gällande bilderna och animationerna, samt att rekommendera filmen till en kompis som har problem med blyghet. Dessa skillnader var dock inte signifikanta.

Tabell 6

Jämförelse av medelvärden mellan attityder till filmen och olika grad av ångestskattning

	Grad av ångestskattning						t (df)
	Högre (n=43)		Lägre (n=208)		Total (n=251)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Vad tycker du om: Filmen som helhet	1.81	0.5	1.84	0.60	1.84	0.58	0.28 (249 ¹)
Vad tycker du om: Bilderna och animationerna	1.88	0.66	2.1	0.76	2.06	0.74	1.71 (249 ¹)
Vad tycker du om: Exemplet med Robin	1.47	0.55	1.54	0.58	1.53	0.57	0.81 (249 ¹)
Svärlighetsgraden på informationen i filmen	3.33	0.522	3.26	0.53	3.27	0.53	-0.69 (249 ¹)
Tempot i filmen	3.12	0.544	3.13	0.64	3.12	0.62	0.08 (249 ¹)
Jag skulle rekommendera filmen till en kompis som har problem med blyghet	1.95	0.69	2.13	0.86	2.10	0.83	1.27 (249 ¹)
Filmen har ökat min förståelse för blyghet	2.14	0.92	2.24	0.86	2.22	0.87	0.66 (249 ¹)
Filmen har ökat min förståelse för psykoterapi	2.19	0.66	2.29	0.80	2.27	0.77	0.89 (69 ²)
Informationen som ges i filmen är trovärdig	1.47	0.592	1.45	0.571	1.45	0.57	-0.14 (249 ¹)
Filmen passar för ungdomar mellan 16-18 år	1.7	0.77	1.76	0.73	1.75	0.74	0.50 (249 ¹)

¹ = Equal variances assumed, ² = Equal variances not assumed

Deltagarnas kommentarer till filmen

De avslutande attitydfrågorna i enkäten (Bilaga C) var av kvalitativ typ. 240 deltagare kommenterade vad de tyckte var bra med filmen (Item I.11). På item I.12 besvarade 182 deltagare frågan om de hade tips för vad som skulle kunna bli bättre. Kommentarer lästes igenom för att hitta centrala teman som inte framkommit i kryssfrågorna.

Flera av kommentarerna handlade om det grafiska tilltalet. Försökspersonerna hade åsikter om vilket typsnitt eller programvara som använts. Till exempel kommenterade en person valet av typsnitt på följande sätt: "Använd alltid tjocka typsnitt (inte t ex Times new roman)" och en annan person kommenterade valet av programvara: "Mindre 'Movie Maker'-Effekter". Andra kommentarer handlade om att text och bild visades samtidigt. De som var positiva tyckte det framhävde budskapet, men ett par tyckte det kunde bli rörigt, till exempel "När det kom text att läsa samtidigt som berättarrösten sa något annat.". Speakerrösten fick många positiva kommentarer. Följande kommentar illustrerar väl vad många av kommentarerna förmedlade: "Tydlig berättarröst - lätt att hänga med och lyssna på".

Flera hade velat se fler rörliga bilder med identifierbara människor. Främst gällde detta fallet Robin, till exempel föreslår en kommentar följande: *"Göra ett exempel med 'skådespelare' som spelar upp en situation där social fobi är iblandat"*. I några fall föreslogs även att professionella spelades in, som en psykolog: *"Kanske hade varit roligt med en intervju från någon psykolog..."*.

Det uppskattades på flera håll i kommentarerna att tillståndet normaliserades: *"Man får alltid höra att det är 'onormalt' att vara blyg men filmen visar motsatsen och det tycker jag är jättebra"*. Huruvida det var bra eller mindre bra med att upprepa vissa poänger återkom i kommentarerna. Många tyckte det var för mycket upprepning och repetition men det var samtidigt vissa som tyckte att detta var bra. Följande kommentar sammanfattar åsikterna i de båda riktningarna: *"Kanske lite mindre upprepningar. Men det är samtidigt bra för då förstår man verkligen"*.

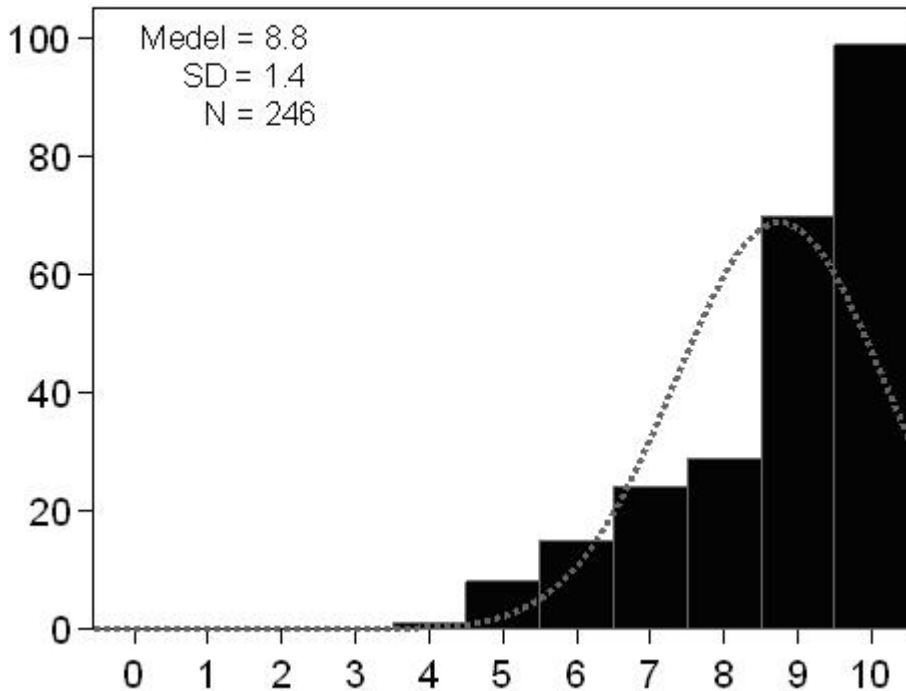
Frågor om psykoterapi

Samtliga deltagare svarade på item II.14 och II.15 i enkäten (Bilaga C) som handlar om inställning till psykoterapi och huruvida filmen har påverkat denna. Vad gäller gymnasieungdomarnas inställning till psykoterapi, var denna överlag positiv. 65.3% svarade att de har en positiv och 18.7% att de har en mycket positiv inställning till psykoterapi. Fyra personer (1.6%) hade en negativ eller mycket negativ inställning till psykoterapi.

På item II.15, om filmen hade påverkat deras inställning till psykoterapi svarade 43.4% att de hade blivit lite mer positiva och 8.8% att de blivit mycket mer positiva. 47% svarade att deras inställning inte hade påverkats av filmen. Endast två personer (0.8%) svarade att deras inställning hade blivit mer negativ av filmen.

Kunskapsfrågor

För kunskapsfrågorna (Bilaga C. IV.1-10) var medelvärdet 8.8 ($SD = 1.4$) av en maxpoäng på 10. Fördelningen av resultaten illustreras grafiskt i Figur 5 där en takeffekt kan utläsas.



Figur 5. Fördelning över antal rätt på kunskapstestet

En sammanställning av resultatet från respektive kunskapsfråga redovisas i tabell 7. Andelen som svarade rätt var genomgående hög. Den item där flest svarade rätt (Hur förklarar vi i filmen att man bland annat får hjärtklappning och svettningar när man blir rädd) hade 97% rätta svar och den item där flest svarade fel (Vad nämnde vi i filmen om psykoterapi) hade 67% rätta svar. Även hur många som valde distraktorer, dvs. felaktiga alternativ, redovisas. Två distraktorer fick inte en enda markering och enbart två av de distraktorer som fick minst antal markeringar fick mer än fem procent av markeringarna.

Tabell 7

Fördelning över svaren på kunskapsfrågorna

Item	Rätt svar		Bästa distraktor	Frekvens bästa distraktor		Frekvens sämsta distraktor		Totalt*
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1	243	97	Alt 1	4	2	3	1	250
2	229	92	Alt 3	14	6	4	2	250
3	243	97	Alt 1	8	3	0	0	251
4	234	94	Alt 2	12	5	3	1	250
5	239	95	Alt 1	6	2	5	2	251
6	205	83	Alt 3	39	16	0	0	247
7	195	79	Alt 1	44	18	4	2	248
8	167	67	Alt 3	61	25	14	6	248
9	235	96	Alt 3	8	3	2	1	246
10	184	75	Alt 2	36	15	18	7	246

* Antal N redovisas för varje fråga

Frågor om Internet och hälsa

För frågorna om Internetanvändande och hälsa (Bilaga C, V.17-18) redovisas fördelningen dels för grupperna högre/lägre social ångestskattning, dels för hela urvalet (Tabeller 8 - 10). Resultatet visar att 38.5% av samtliga deltagare har undvikit att söka hjälp när de har mått dåligt för att det är jobbigt att berätta om det för någon okänd. I gruppen med högre social ångestskattning var denna andel större (64.4%). Skillnaderna i att ha undvikit att söka hjälp mellan grupperna högre och lägre social ångestskattning var signifikanta ($\chi^2(1) = 14.2, p < .01, \phi = -0.25$).

Tabell 8

Har du någon gång undvikit att söka hjälp om du har mått dåligt för att det är jobbigt att berätta om det för någon okänd?

	Grad av social ångestskattning ¹					
	Högre (<i>n</i> = 45)		Lägre (<i>n</i> = 212)		Alla (<i>n</i> = 257)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ja	29	64.4	70	33.0	99	38.5
Nej	16	35.6	142	67.0	158	61.5

¹För indelningen av dessa grupper se rubrik "Social ångest i undersökningsgruppen"

Vad gäller att få information om hälsa, svarade 68.7% av deltagarna att de använder Internet till detta, 10% att de söker efter sådan information på annat sätt och 21.2% att de inte söker efter information om hälsa (Tabell 9). En något större andel använder Internet i syfte att få information om hälsa i gruppen med högre grad av social ångestskattning (75.6%) än i gruppen med lägre social ångestskattning. Skillnaderna var inte signifikanta.

Tabell 9

Använder du Internet för att få information om hälsa (t ex om sjukdomar, psykiska problem eller diet)?

	Grad av social ångestskattning					
	Högre (<i>n</i> = 45)		Lägre (<i>n</i> = 214)		Alla (<i>n</i> = 259)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ja	34	75.6	144	67.3	178	68.7
Nej, jag söker efter information om hälsa på annat sätt	4	8.9	22	10.3	26	10.0
Nej, jag söker inte efter information om hälsa	7	15.6	48	22.4	55	21.2

178 personer svarade att de använder Internet för att få information om hälsa. De främsta anledningarna till att de använder just Internet var att det är enklare och bekvämare än andra sätt (Tabell 10). En liten andel ansåg att det vara en fördel att informationen på Internet är lättare att förstå samt att man inte behöver ange sitt namn. 13.5% uppgav att en viktig fördel är att det är mindre pinsamt. I gruppen med högre ångestskattning var denna andel 35.3%, vilket var en signifikant skillnad jämfört med gruppen "Lägre social ångest" ($\chi^2(1) = 14.6, p < .01, phi = -0.31$).

Tabell 10

Varför väljer du att söka information om hälsa på Internet istället för att få information på annat sätt (t ex att fråga någon, läsa i en bok)? Kryssa i det/de alternativ du tycker är viktigast

	Grad av social ångestskattning					
	Högre (<i>n</i> = 34)		Lägre (<i>n</i> = 144)		Alla (<i>n</i> = 178)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Det är enklare att få ta tag i informationen	22	64.7	111	77.3	133	74.7
Det är bekvämare, man kan t ex kolla när man vill	19	55.9	97	67.4	116	65.2
Informationen är lättare att förstå	1	2.9	6	4.2	7	3.9
Man behöver inte ange sitt namn	2	5.9	8	5.6	10	5.6
Det är mindre pinsamt	12	35.3	12	8.3	24	13.5

Diskussion

Denna studie innebär en utformning och utvärdering av en psykoedukationsfilm om social fobi anpassad för gymnasieungdomar. Ett första syfte med studien är att generera kunskap inför vidare arbete med multimediaanpassning av Internetbehandlingar. Ett andra syfte med uppsatsen är att utforma ett frågeformulär med kunskapsfrågor som ett sätt att utvärdera inläringen kring interventionen och se om försökspersonerna förstått principerna med behandlingen. Ett tredje syfte är att undersöka gymnasieungdomars attityder kring att hitta och använda sig av information om hälsa på Internet. Psykoedukationsfilmen har visats för sammanlagt 259 gymnasieelever som läser kurs i psykologi. Dessa elever har även besvarat en enkät i fem delar, innehållande attitydfrågor om (I) filmen och (II) psykoterapi, (III) delar av ett etablerat skattningsformulär för social fobi (SPSQ), (IV) kunskapsfrågor om filmen och (V) frågor gällande Internet och hälsa.

Film

Ett syfte med studien har varit att generera kunskap inför vidare arbete med multimediaanpassning av Internetbehandlingar. Resultatet på attitydfrågorna om filmen var överlag mycket positiva. 95% av gymnasieungdomarna tyckte filmen var bra eller mycket bra. Filmen uppskattades av såväl män som kvinnor, där kvinnornas attityder i genomsnitt var något mera positiva. Inga signifikanta skillnader påträffades angående hur personer med högre respektive lägre social ångest tyckte om filmen utan båda dessa grupper var positiva. Filmen kan anses vara adekvat för åldern 16-18 år, då 88% höll med om detta påstående i enkäten. Svårighetsgraden ansågs av deltagarna som lagom eller något för lätt. Enbart 1 person (0.4%) markerade att den var lite för svår. Samtidigt bestod urvalet av psykologielever och det kan tänkas att svårighetsgraden är lämplig för gymnasieungdomar i allmänhet. En majoritet ansåg att tempot i filmen var lagom. Informationen uppfattades som mycket trovärdig av deltagarna, då 98% höll med eller höll med fullständigt om detta påstående.

Sammanfattningsvis tyder resultatet på att filmen skulle kunna användas som undervisningsmaterial för såväl män som kvinnor, samt för grupper med högre respektive lägre social ångest. Att det var en man (Robin) som fick gestalta fallet verkade inte vara något problem utan genomsnittsomdömet för denna fråga hamnade någonstans mellan bra och mycket bra för båda könen, även om kvinnorna skattade signifikant bättre på denna fråga. Kommentarer om det grafiska tilltalet stämmer väl ihop med skattningarna om bilderna och animationerna, de flesta var nöjda med tilltalet men flera kommenterade med stor insatthet till

exempel val av programvara. Även om 81% tycker att bilderna och animationerna är bra eller mycket bra finns utrymme för förbättring på detta område i framtiden. Vid skapandet av denna film användes gratis bilder med uppluckrad upphovsrätt, s.k. Creative Commons. Det var svårt att hitta till exempel bilder från svenska gymnasieskolor. För att ge bilderna ett mer anonymt, enhetligt och allmängiltigt utseende bearbetades dessa grafiskt med s.k. vektorisering. Att använda fler rörliga bilder, för att till exempel ytterligare levandegöra fallet är en trolig positiv utveckling av filmen. I de öppna frågorna framkommer flera kommentarer som uppskattar speakerrösten i filmen. En bra speakerröst är alltså en värdefull resurs för behandlingsmaterial i multimediaformat.

Frågorna huruvida filmen har påverkat ungdomarnas inställning till psykoterapi är viktiga, då ett syfte med att använda psykoedukation i en behandling är att skapa förståelse för och tilltro till denna. Oavsett framtida användningsområde för en sådan film, är det viktigt att kunna utesluta att den riskerar att försämra bilden av psykoterapi. I denna studie markerade endast två personer (1%) att filmen hade påverkat deras inställning till psykoterapi negativt, medan 52% uppgav att deras inställning hade blivit lite eller mycket mer positiv. Resultatet talar alltså för att filmen i viss utsträckning har påverkat ungdomars inställning till psykoterapi positivt, även om det är oklart vad en förändrad inställning har för praktiska implikationer, till exempel huruvida en mer positiv attityd innebär att fler faktiskt söker hjälp via psykoterapi, eller fullföljer en behandling. 76% kan dock tänka sig att rekommendera filmen till en kompis som har problem med blyghet. Sammanfattningsvis kan filmen sägas ha fått ett bra omdöme och anses värd att vidareutveckla.

Kunskapstest

Ett andra syfte med uppsatsen har varit att utforma ett frågeformulär med kunskapsfrågor som ett sätt att utvärdera inläringen kring interventionen och se om försökspersonerna förstått principerna med behandlingen. Till enkäten formulerades därför tio flervalsfrågor om ämnen som tagits upp i filmen (Bilaga C, IV.1-10). Varje fråga hade tre svarsalternativ där endast ett av dessa var rätt. Det förekom en stor takeffekt för kunskapsfrågorna. Det kan finnas flera olika anledningar till detta. Förhoppningsvis beror det höga resultatet på att deltagarna lärde sig mycket av filmen, men andra förklaringar kan inte uteslutas. Till exempel kan undersökningsgruppen vara för kunnig jämfört med en allmänpopulation av ungdomar, då urvalet var personer som läste psykologi på gymnasiet. Många kan tänkas ha det aktuellt från undervisningen eller ha ämnet som intresse. Om man

ska utveckla frågorna vidare bör man således undersöka unga som inte läst psykologi. Det kan också tänkas att frågorna var för lätta eller att distraktorer kunde uteslutas med hjälp av sunt förnuft. Ibland användes samma formuleringar som gavs i filmen till de rätta svaren på kunskapsfrågorna, vilket kan innebära att de som svarade rätt enbart upprepade formuleringarna oavsett om de hade förstått innebörden i svaret. Effekten av en behandling torde bli starkare genom att djupinläring sker. Det kan i så fall vara bättre att använda andra formuleringar än vad som används i presentationsmaterialet. Ett ytterligare alternativ är att använda distraktorer som inte är direkt fel men där rätt svar markeras av det övergripande budskapet. Ett exempel på detta i kunskapstestet är item åtta (Bilaga C, IV.8), som handlade om vad som nämnts i filmen om psykoterapi. Detta item också var det som flest deltagare svarade fel på. Detta item är att betrakta som något tvetydigt, då både det rätta svaret (Psykoterapi har inga biverkningar) och en distraktor (Psykoterapi kan vara bra att ta hjälp av inför till exempel redovisningar) kan anses vara rätt. En övergripande poäng i filmen är dock att det är normalt att till exempel tycka redovisningar är jobbiga men att man inte behöver söka terapi förrän obehagen hindrar en markant i vardagen. Frågor som förutsätter en djupare förståelse kan alltså tänkas gagna inläringen och tillämpningen av kunskap.

Slutligen är det svårt att via nuvarande kunskapstest avgöra i vilken utsträckning deltagarna tillgodogjort sig materialet. Då det finns en tydlig takeffekt, är dess användningsområde i forskning begränsat. Däremot kan frågeformuläret fylla en annan funktion, nämligen att fungera som en andra inläring av materialet.

Gymnasieungdomars attityder kring hälsoinformation på Internet

Ett tredje syfte med studien har varit att undersöka gymnasieungdomars attityder kring att hitta och använda sig av information om hälsa på Internet. En större andel personer med högre social ångestskattning har undvikit att söka hjälp om de mått dåligt (Bilaga C, V.17), på grund av att det är jobbigt att berätta om det för någon okänd. Det går dock att problematisera hur detta item formulerades i enkäten. En tänkbar felkälla kan vara att fler med lägre social ångestskattning inte behöver söka hjälp över huvud taget. Följden för resultatet blir då att gruppen högre social ångestskattning inte drar sig för att söka hjälp i större utsträckning, utan att de istället haft fler tillfällen de behövt söka hjälp. Detta har i så fall gett dem fler möjligheter och därför större risk att undvika att söka hjälp. Oavsett hur det förhåller sig talar inte resultatet emot tidiga interventioner. I gruppen med högre social ångestskattning var det även en större andel som ansåg att en fördel att söka information på Internet är att det är

mindre pinsamt än andra sätt. Detta är fynd som stärker vikten av behandlingsformer där personer med högre social ångest inte behöver möta så många okända personer initialt i behandlingen, till exempel behandling via Internet.

Resultat från Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)

Andelen deltagare som skattade högre social ångest (17.4%) på det tillämpade SPSQ, överensstämmer i huvudsak med punktprevalensen för social fobi hos allmänbefolkningen i Sverige (15.6%) (Furmark et al. 1999). Gren-Landell et al. (2009) nämner även att prevalensen ökar något i denna åldersgrupp, jämfört med 12-14-åringar. Men en skillnad som bör kommenteras är olika resultat för värdet på cut-offgränsen. Cut-off för gruppen högre social ångest sattes i denna till 17. Detta värde har i Furmark et al. (2006) angetts som en riskzon för social fobi då det ligger en standardavvikelse över medelvärdet för allmänbefolkningen utan social fobi ($M + 1SD$). Denna cut-off användes istället för ett högre värde som framkom i denna studie utifrån samma formel. Anledningen till att de etablerade gränserna användes, är att resultatet ansågs intressant att jämföra med de större prevalensstudierna (ex Furmark et al., 1999).

Prevalensresultatet i denna studie kan problematiseras då urvalet inte var representativt utifrån kön. Betydligt fler kvinnor än män markerade högre social ångest, något som ligger i linje med andra studier, såväl internationella (ex Kessler et al., 1994, i Hofmann & Barlow, 2002), som svenska studier (ex Furmark et al., 1999; Gren-Landell et al., 2009). Dock fann Tillfors och Furmark (2007) inte någon signifikant könsskillnad bland universitetsstudenter. Möjligtvis kan prevalensskillnaden i föreliggande studie bero på metodologiska skillnader, då det inte undersöktes i vilken utsträckning social fobi hindrar ett normalt fungerande i vardagen, det s.k. E-kriteriet för diagnosen social fobi (APA, 2002). Rapee och Spence (2004) skriver att även om kvinnor rapporterar högre mått av obehag i epidemiologiska studier rapporteras ofta andelen män som större grupp i den kliniska befolkningen. Rapee (1995) tolkar detta som att social ångest kan ha större påverkan på män i många samhällen. Tolkningen som kan göras efter utförd studie är att en större andel kvinnor än män uppvisade hög grad av obehag beroende av social ångest i undersökningsgruppen.

Begränsningar i studien

Studien har utgått från ett bekvämlighetsurval bestående av psykologistudenter på gymnasiet. Några av klasserna hade valt ämnet som individuellt val och kan därför antas vara

intresserade av ämnet och möjligen även ha en mer positiv inställning till psykoterapi än ungdomar i allmänhet. Majoriteten av eleverna läste också på teoretiskt inriktade program, något som inte heller är representativt för ungdomar i allmänhet. Medelåldern i urvalet är relativt hög ($m = 17.7$) och det fanns för få 16-åringar i urvalet ($n = 8$) för att kunna uttala sig om denna specifika ålder. I en kommande studie skulle det vara intressant göra tydligare jämförelser mellan åldrar.

Då inte en klinisk grupp undersöktes, bör generalisering av resultaten till gruppen personer med social fobi göras med försiktighet. Ångestmätningen skiljer sig till vissa delar från de prevalensstudier som gjorts i Sverige. Denna studie inkluderade till exempel inte E-kriteriet för social fobi som gäller nedsättning, utan mätningen av ångest i studien baserades på skattat grad av obehag. Dock korrelerar SPSQ väl med andra sätt att uppmäta social fobi (Furmark et al., 1999). Vid utformandet av denna studie användes en tillämpad version av SPSQ, där frågorna anpassades till målgruppen 16-18. Formuläret SPSQ-C (Gren-Landell et al., 2009) fanns tyvärr inte tillgängligt men bör övervägas i fortsatta studier, då det inkluderar detta åldersspann.

Från början efterfrågades att undersökningen skulle genomföras i datasal, dels då detta mer liknar hur filmen är avsedd att visas (dvs. via Internet vid enskilda datorer), dels då detta antogs minska risken för gruppeffekter - till exempel att deltagarna påverkas av varandras attityder. Då det saknades tillgång till datasal genomfördes visningen istället i ordinarie klassrum. Huruvida filmens presentation via filmprojektor påverkat attityderna till filmen är inte helt fastställt. Innan visningen förmedlades information om hur filmen ursprungligen var avsedd att visas, men det kan inte uteslutas att den aktuella visningsformen kan ha påverkat skattningen. Eleverna satt bredvid varandra och kan ha sett hur andra svarade i enkäten, vilket kan ha påverkat deras svarande. Till exempel kan svaren på SPSQ ha påverkats av social önskvärdhet. Detta borde i så fall göra att eventuella resultat på icke önskvärda skalor kunnat bli ännu starkare. En annan tanke är att deltagarna kan ha tittat på varandras svar på kunskapsfrågorna och att detta i sin tur bidragit till takeffekten på denna del. Dock hade både försöksledarna och ansvariga lärare uppsikt över eleverna vilket förhoppningsvis minskade risken för dylika felkällor.

Denna studie har utgått från datainsamling via enkät. Detta är förknippat med vissa fördelar, bland annat att enkäter möjliggör undersökning av ett stort antal personer på förhållandevis kort tid (Ejlertsson, 2005). Samtidigt finns det vissa brister med att använda

enkät. För det första kan deltagarna i studien missförstå items i en enkät. I denna studie poängterades dock möjligheten att ställa frågor om det var något som var oklart i enkäten. För det andra kan det finnas attityder som inte täcktes upp av frågorna i en enkät. För att kompensera för detta fanns i denna studie även öppna frågor, där deltagarna själva fick formulera svaren.

Åsikterna om filmen är i allmänhet mycket positiva, dock finns det vissa faktorer som kan ha påverkat svarandet i denna riktning. För det första kan deltagarna ha påverkats av vår närvaro. Utöver datainsamlingen anordnades även en frågestund för eleverna. Även om denna först genomfördes efter ifyllandet av enkäten, kan vetskapen om frågestunden möjligen ha påverkat den allmänna attityden. För det andra genomfördes filmvisningen under lektionstid och att få titta på en film kan ha upplevts som roligare än ordinarie undervisning. För det tredje kan det vara så att det innebär ett större ställningstagande att välja ett negativt svarsalternativ och att vissa valde ett positivt svarsalternativ även om de inte hade någon tydlig åsikt i frågan.

Vidare forskning

Då det för denna ålderskategori inte finns någon datorbaserad psykologisk behandling mot social fobi på svenska kan detta ses som en undersökande pilotstudie. Att utforma och utvärdera en psykoedukationsintervention om social fobi anpassad för gymnasieungdomar har resulterat i flera tankar och förslag kring vidare forskning. En av de förhoppningar som klarast står ut är utformandet av en hel behandling i detta format och en utvärdering jämfört med andra behandlingsformer. Statens Offentliga Utredningar (SOU 2006:77) föreslår Internetbaserad kognitiv psykoterapi riktad mot unga. Det hade varit mycket intressant att undersöka hur väl en multimedieanpassning lämpar sig för detta ändamål jämfört med andra format, till exempel textbaserade Internetbehandlingar. En annan viktig utvärdering är att undersöka vilket åldersspann som är optimal målgrupp, både med hänsyn till att behandlingen skall hinna verka innan viktiga val blivit påverkade av den sociala fobin, men även med hänsyn till lämplig kognitiv förmåga och grad av akademiska och sociala krav. Huruvida nedsättning enligt E-kriteriet föreligger i gruppen 16-18 och om detta rentav kan påverka valet till högre studier är även det intressant att undersöka. Behovet av en intervention mot social fobi riktad mot unga i denna ålder kan öka ytterligare ju starkare denna koppling är.

Nästa steg bör bli att strukturera upp hur en hel Internetbehandling kan anpassas till ett multimediaformat för att därefter skapa alla delar. Medan denna studie har utgått från en film som ses från början till slut, finns i fortsättningen tekniska möjligheter att skapa ett större mått av interaktion mellan klient och behandling. I denna studie framkom att en del tyckte det var för mycket upprepningar i filmen och en tanke är därför att i en fortsatt multimediaanpassning dela upp filmen i mindre delar. Till exempel kan en längre mer förklarande del separeras från en kortare mer kärnfull del, så att deltagarna själva kan välja hur de vill ha materialet presenterat. Genom att dela upp filmen, till exempel de grafiska schematiska modellerna och presentationen av fallet Robin ges deltagarna möjlighet till större interaktion. Deltagarna kan till exempel repetera varje moment så många gånger de vill och kunskapsutvärderingen kan integreras i större utsträckning än en separat enkät.

Exemplet med Robin och normaliseringen av symtomen fick bra omdömen och kan vara något att ha med till vidareutvecklingar av konceptet. Det hade varit intressant att titta på följande frågeställningar: Vilken grad av normalisering är bra för en klinisk grupp med social fobi? Hur många gånger tittar en klinisk grupp med social fobi på en psykoedukationsfilm i en behandling?

Någonting som efterlyses av deltagarna är fler rörliga bilder i filmen. Utveckling av det grafiska tilltalet kan också ses som ett förbättringsområde. I utvecklandet av en kommande behandling bör man använda sig av andra yrkesgrupper, till exempel med specialkompetens på att skapa informationsfilmer och Internethemsidor. Dock bör betonas att den psykologiska kunskapen måste stå i fokus för utvecklingsarbetet, både på grund av möjligheten till vetenskaplig granskning och då huvudsyftet är psykologisk behandling. Även ungdomar bör medverka i utvecklingsarbetet. Denna studie har utgått från datainsamling via enkät. Ett alternativ i vidare forskning kan vara att använda sig av fokusgrupper, ett sätt som möjliggör fördjupning av svaren och upptäcker potentiella utvecklingsområden forskarna inte har tagit i beaktande.

Självhjälpsbehandling via en Internet kan ge möjligheter för terapeuten att samla in relevant information om behandlingen, via utvärderingsformulär som fylls i av klienten på hemsidan för behandlingen. Det är detta snabba utbyte av information som skiljer en Internetbehandling från andra självhjälpsbehandlingar, till exempel ett behandlingsprogram på CD-ROM. En fördel är att terapeuten kan se hur det går för hans eller hennes patienter.

Naturligtvis finns det också ett antal nackdelar med behandling på Internet och inom vidare forskning bör hänsyn i första hand tas till patientsäkerheten.

Utformandet av ett frågeformulär med kunskapsfrågor som ett sätt att utvärdera inläringen kring interventionen ger uppslag för anpassning av psykoterapi till Internet men med en förhoppning att även traditionell KBT kan gagnas. Då Internetbehandling ger möjlighet till direkt datainsamling bör utvärdering av terapins effekt kunna ske i realtid, något som kan få positiva effekter både för den enskilda behandlingen och för behandlingsformen i stort. I en utvärdering om personen har fått med sig tillräcklig kunskap kan ett lågt resultat till exempel betyda att personen erbjuds ett annat behandlingsprogram än en person med ett högt resultat, ett behandlingsprogram där relevanta poänger går igenom till dess att personen kan applicera dem. Internetterapeuten får då ett resultat att följa i realtid, något som kan ge denne en insyn och en interaktionsmöjlighet i behandlingen. En utveckling av kunskapstestet är att man strävar efter att få patienten att kunna tillämpa kunskapen. Ett tänkbart kunskapstest kan då till exempel vara att man undersöker i vilken grad personen lyckats fylla i rimliga mål för behandlingen.

En annan fördel med Internetbaserad behandling är att den är mindre bunden geografiskt än traditionell psykoterapi. Då urvalet till denna studie var begränsat till Lund och Malmö kan det vara svårt att dra slutsatser gällande boende i andra delar av Sverige och boende i städer av andra storlekar. Men i vidare forskning kan tänkas att man undersöker regionala reaktioner på hur information presenteras i en Internetbehandling. Kan det till exempel vara så att deltagare kan uppleva en distans för att de inte känner igen det lokala bussbolagets bussar i filmen?

Vidareutvecklingar av självhjälpsbehandling till multimediaformat kan också tänkas gynna andra målgrupper, i första hand där textbaserad behandling kan vara ett hinder. En möjlig anpassning är till personer med dyslexi, dock bör undersökas närmare hur inläringen optimeras för denna målgrupp. Filmen som användes i denna studie innehåller textstycken som inte alltid överensstämde med vad som sades i ljudspåret. Detta upplevdes av vissa deltagare som förvirrande.

En psykoterapi i multimediaformat kan utgöra ett första steg att erbjuda patienter i en "stepped care"-modell, dvs. där behandling erbjuds i olika grad av intensitet efter patientens

behov. Eventuellt kan även delar av psykoterapi i multimedialformat användas i kombination med andra behandlingar eller fristående. Till exempel skulle en psykoedukationsfilm om social fobi kunna användas för att ge en patient inblick i vad en behandling kan innebära. Det skulle vara intressant att undersöka huruvida detta kan minska risken för tidiga avhopp i grupp- och individualbehandlingar.

En annan fråga handlar om vad det kan få för effekter att göra en psykoedukationsfilm lättillgänglig på Internet. Då personer med social fobi väntar länge med att söka hjälp, vore det värdefullt att öka andelen som söker hjälp. Filmen i denna studie påverkade deltagarnas attityder till psykoterapi i positiv riktning. Det hade varit intressant att undersöka om det finns några praktiska implikationer av en sådan attitydförändring, dvs. om tillgängligheten till informationsfilmer kan öka andelen som söker hjälp.

Slutsatser

Sammanfattningsvis visar studien att en multimedialanpassning är ett bra sätt att presentera information om social fobi för gymnasieungdomar. En vidareutveckling av materialet behövs dock för att kunna användas i en fullständig psykologisk behandling. Studien visar att ungdomar använder Internet för att få information om hälsa. Internet tycks vara en viktig resurs för personer med högre social ångest då de oftare upplever hinder att skaffa denna på andra sätt. Det är därför mycket värdefullt att det finns information av hög kvalitet om social fobi och behandling av denna på Internet.

Referenser

- Acarturk C., Cuijpers P., van Straten A., & de Graaf R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological medicine: a journal for research in psychiatry and the allied sciences*, 39(2).
- Ahmead, M., & Bower, P. (2008). The effectiveness of self help technologies for emotional problems in adolescents: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 20.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, revised*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *MINI-D IV: Diagnostiska Kriterier Enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim press.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., et al.(2006). Internet-Based Self-Help With Therapist Feedback and In Vivo Group Exposure for Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 677.
- Blanco, C., Schneier, F. R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C., Marshall, R. D., Sánchez-Lacay, A., et al. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 18(1), 29-40.
- Bower P., & Gilbody S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. *British journal of psychiatry*, 186(1), 11-17.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., et al. (2005). Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined. *Computers in human behavior*, 22, 545-553.
- Carlbring, P., Gunnarsdottir, M., Hedensjö L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British journal of psychiatry*, 190(2), 123-128.

- Carlsson, E., & Johansson, A., (2007). Att mäta psykoedukation - Kunskapstest för personer som genomgått kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom via Internet. *Psykologexamensuppsats, Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande, Linköpings Universitet.*
- Clark, D. M., Wells, A., (1995) A Cognitive Model of Social Phobia. I Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Red.), *Social Phobia. Diagnoses, assessment and treatment* (69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Cunningham, M. J., Rapee, R. M., & Lyneham, H. (2006). Feedback to a prototype self-help computer program for anxiety disorders in adolescents. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 5(3), 1-9.
- Cunningham, M. J., Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). The Cool Teens CD-ROM for anxiety disorders in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(2), 125-129.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, A., & Hållén, A. (2005). SOFIE 5 - En kontrollerad studie av tre format av kognitiv-beteendeterapeutisk självhjälpsbehandling vid social fobi. *Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.*
- Eriksson, A., & Spak, M. (2004). SOFIE III: Internetbaserad självhjälpsbehandling för studenter med social fobi - en undersökning av exponeringssessioners relativa effekt. *Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.*
- Erwin, B., Turk, C., Heimberg, R., Fresco, D., & Hantula, D. (2004). The Internet: home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 629-646.
- Furmark, T., (2000). *Social Phobia: from Epidemiology to Brain Function*. Uppsala: University Press.
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). *Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 416-424.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Wilhelm, K. A., & Malhi, G. S. (2005). Relationship between self-reported childhood behavioral inhibition and lifetime anxiety disorders in a clinical sample. *Depression and Anxiety*, 22(3), 103-113.
- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G., & Svedin, C-G.

- (2009) Social phobia in Swedish adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 1-7.
- Heckelman, L. R., & Schneier, F. R., (1995). Diagnostic issues. I R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Red.), *Social Phobia. Diagnosis, Assessment and Treatment* (ss. 3-21). New York: Guilford Press
- Heimberg, R. G (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 101-108.
- Herbert, J., Gaudiano, B., Rheingold, A., Moitra, E., Myers, V., Dalrymple, K., et al. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 167-177.
- Hignett, E., & Cartwright-Hatton, S. (2008). Observer Perspective in Adolescence: The Relationship with Social Anxiety and Age. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 437-447.
- Hodson, K. J., McManus F. V., Clark D. M., & Doll H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) Cognitive Model of Social Phobia be Applied to Young People? *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(4), 449-461.
- Hofmann S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social Phobia (Social Anxiety Disorder). I D. H. Barlow (Red.), *Anxiety and Its Disorders, Second Edition* (pp. 454-476). New York: The Guilford Press.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The Origins of Social Phobia. *Behavior Modification*, 24(1), 102-130.
- Khazaal, Y., Fernandez, S., Cochand, S., Reboh, I., & Zullino, D. (2008). Quality of web-based information on social phobia: a cross-sectional study. *Depression and Anxiety*, 25(5), 461-465.
- Leahy, R. L., Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work*. New York: Guilford.
- MacGregor A.D., Hayward L., Peck D.F., & Wilkes P. (2009). Empirically Grounded Clinical Interventions Clients' and Referrers' Perceptions of Computer-Guided CBT (FearFighter). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(1).
- MacLeod M., Martinez R., & Williams C. (2009). Cognitive Behaviour Therapy Self-Help: Who Does it Help and What are its Drawbacks? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(1).

- Madell, D., & Muncer, S. (2006). Internet Communication: An Activity that Appeals to Shy and Socially Phobic People? *CyberPsychology & Behavior*, 9(5), 618-622.
- Mørch, M., & Rosenberg, N. K. (2006). *Kognitiv terapi: modeller och metoder*. Malmö: Gleerups Utbildning.
- Overholser, J. C. (2002). Cognitive-Behavioral Treatment of Social Phobia, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 125-144.
- Rapee, R. M. (1995) Descriptive psychopathology of social phobia. I Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Red.), *Social Phobia. Diagnoses, assessment and treatment* (69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767.
- Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 53-76.
- Saunders, P., & Chester, A. (2008). Shyness and the internet: Social problem or panacea? *Computers in Human Behavior*, 24(6), 2649-2658.
- Schilder, P (1938). The Social neurosis. *The Psychoanalytic Review*, 25, 1-19.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. (SBU alert-rapport nr 2007-03). Stockholm: SBU.
- Statens offentliga utredningar, 2006:77. (2006). *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: analyser och förslag till åtgärder: slutbetänkande*. Hämtad 2009-05-03, från <http://www.regeringen.se/>
- Statistiska Centralbyrån (2008). *Privatpersoners användning av datorer och Internet 2008*. Hämtad 9 april, 2009, från <http://www.scb.se>.
- Steczkó, J. (2004). SOFIE-projektet: Effekten av ett Internet-baserat självhjälpsprogram med e-post stöd vid behandling av social fobi, *Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet*.
- Stein, M., & Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 526-531.
- Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic journal of psychiatry*, 58(4), 267-276.
- Tillfors, M., & Furmark, T. (2007). Social phobia in Swedish university students: prevalence,

subgroups and avoidant behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 79-86.

- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(3), 289-298.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Magee, L. (2007). Social Anxiety Disorder. I D. Barlow (Red.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Fourth Edition*. (ss. 123-163). New York: The Guilford Press.

Hej!

Vi heter **Thor Bengtsson** och **Kaj Wahlström** och skriver till Dig med anledning av det examensarbete vi genomför vid psykologprogrammet på Lunds Universitet. Till en **informationsfilm i psykologi** vi håller på att utforma behövs ungas åsikter. Vi tror att filmen skulle kunna vara givande för ungdomar i allmänhet och att den skulle kunna passa in i psykologiundervisningen på gymnasiet. Därför frågar vi om det finns intresse att vi kommer och **visar den för Dina elever**. Samtidigt kan vi erbjuda oss att svara på frågor till exempel om psykologutbildningen och psykologyrket i allmänhet. Då vi befinner oss i gränslandet mellan studier och arbetsliv tror vi oss ha goda förutsättningar att svara på sådana frågor.

Nedan hittar Du mer detaljerad information. Är Du intresserad får Du gärna kontakta oss, vi kommer också att höra av oss till Dig om ett tag och kan då svara på fler frågor. Vi skulle vilja komma ut och visa filmen under **mars månad** för att hinna bearbeta materialet.

Vad?

Filmen handlar om blyghet och är anpassad för en ung publik, cirka 16-18 år. Utifrån exemplet med att genomföra en muntlig presentation inför klassen berättar filmen hur man kan se på blyghet utifrån ett psykologiskt perspektiv. Vårt syfte är att undersöka vad ungdomar tycker och får ut av ett material som kan presenteras med den nya multimediatekniken, till exempel You Tube.

Var?

Vårt förstahandsalternativ är att visa filmen i en datasal med tillgång till Internet och hörlurar, för att göra det så naturtroget som möjligt hur man senare skulle kunna använda filmen. Men finns det inte möjlighet till detta kan vi givetvis använda ett vanligt klassrum utrustat med DVD eller möjlighet att koppla in en dator.

När?

Vår tanke är att visa filmen under ordinarie undervisning i psykologiklass under mars månad. Vi är även öppna för andra möjligheter, förhoppningsvis kan vi hitta ett samarbete som passar alla. Filmen är cirka **20 minuter** lång. Den följs av ett kort skriftligt kunskapstest om filmens innehåll, ett frågeformulär om vad ungdomarna tycker om filmen samt hur de själva känner inför situationer som att hålla en muntlig presentation.

Hur?

Materialet kommer att behandlas anonymt. Även om ett högt deltagande är värdefullt för oss kommer vi poängtera att man kan hoppa över frågor som man inte vill svara på. Filmen kräver inga förberedelser eller förkunskaper i ämnet.

BILAGA A: Rekryteringsbrev 1

Vi hoppas att Du ser detta som ett givande tillfälle och ett kul tillskott till undervisningen. Ett stort tack på förhand – Ert deltagande är mycket viktigt för uppsatsens genomförande!

Kontaktuppgifter

Thor Bengtsson
0706 – 24 41 36
Thor.Bengtsson@gmail.com

Kaj Wahlström
0709 – 59 57 55
Kajwahlstrom@gmail.com

Uppsatshandledare:
FD Margit Wångby Lundh
046 - 222 87 49
Margit.Wangby@psychology.lu.se

Bitr. Handledare:
Doktorand Jonas Bjärehed
046 - 222 42 09
Jonas.Bjarehed@psychology.lu.se

BILAGA B: Rekryteringsbrev 2

Hej!

För ett tag sedan fick Du ett brev från oss. I detta brev frågade vi om vi fick visa en informationsfilm i psykologi i Dina klasser. Samtidigt kunde vi erbjuda oss att svara på elevernas frågor om hur det är att läsa till psykolog.

Intresset har varit stort och det börjar närma sig så många klasser som vi har möjlighet att besöka inom ramen för vårt arbete. Men är det så att Du är intresserad av något av de sista möjligheter vi har under vecka 12, ställer vi oss gärna till förfogande.

Med vänliga hälsningar
Thor Bengtsson och Kaj Wahlström

Kontaktuppgifter
Thor Bengtsson
0706 – 24 41 36
Thor.Bengtsson@gmail.com

Kaj Wahlström
0709 – 59 57 55
Kajwahlstrom@gmail.com

ENKÄT

Syftet med denna enkät är att samla information om:

- 1) åsikter och kunskaper om vår film.
- 2) åsikter och kunskaper inom andra områden som är centrala för vår uppsats, bland annat Internet, hälsa och psykoterapi.

Det är mycket värdefullt för oss att få ta del av dina svar.

Ditt deltagande är **anonymt**. Informationen du lämnar i enkäten kommer att behandlas utan möjlighet att kopplas till dig som person. Inga individuella svar kommer att redovisas i uppsatsen.

Ditt deltagande i enkäten är **frivilligt**. För undersökningens kvalitet är det viktigt att du försöker svara på så många av frågorna som möjligt.

Tack på förhand!

Thor Bengtsson och Kaj Wahlström
Psykologkandidater

Institutionen för psykologi
Lunds Universitet

Kön:

Man

Kvinna

Ålder: _____

I. Dessa frågor handlar om vad du tycker om filmen du nyss såg.

Vad tycker du om:

1. Filmen som helhet

- Mycket bra
- Bra
- Varken eller
- Dåligt
- Mycket dålig

2. Bilderna och animationerna

- Mycket bra
- Bra
- Varken eller
- Dåliga
- Mycket dåliga

3. Exemplet med Robin

- Mycket bra
- Bra
- Varken eller
- Dåligt
- Mycket dåligt

4. Svårighetsgraden på informationen i filmen

Alldeles för svårt Lite för svårt Lagom Lite för lätt Alldeles för lätt

5. Tempot i filmen

Alldeles för snabbt Lite för snabbt Lagom Lite för långsamt Alldeles för långsamt

Instruktion: Nedanför finns ett antal påståenden om filmen.
Markera i vilken utsträckning du håller med om påståendet.

Obs. Kryssa endast ett alternativ

6. Jag skulle rekommendera filmen till en kompis som har problem med blyghet.

- Håller med fullständigt
- Håller med
- Varken eller
- Håller inte med
- Håller inte med alls

7. Filmen har ökat min förståelse för blyghet.

- Håller med fullständigt
- Håller med
- Varken eller
- Håller inte med
- Håller inte med alls

8. Filmen har ökat min förståelse för psykoterapi.

- Håller med fullständigt
- Håller med
- Varken eller
- Håller inte med
- Håller inte med alls

9. Informationen som ges i filmen är trovärdig.

- Håller med fullständigt
- Håller med
- Varken eller
- Håller inte med
- Håller inte med alls

10. Filmen passar för ungdomar mellan 16-18 år.

- Håller med fullständigt
- Håller med
- Varken eller
- Håller inte med
- Håller inte med alls

11. Vad tycker du var bra med filmen?

12. Har du några tips på vad som skulle kunna bli bättre med filmen?

II. Dessa frågor handlar om vad du känner till och anser om psykoterapi.

13. Hur mycket kände du till om psykoterapi innan du såg filmen?
Markera med ett kryss på linjen:



14. Vad är din inställning till psykoterapi nu?

- Mycket positiv Positiv Varken eller Negativ Mycket negativ

15. Har din inställning till psykoterapi som ett sätt att behandla psykiska problem förändrats av den här filmen?

- Nej, min inställning har inte förändrats.
Ja, och min inställning har blivit:
 mycket mer positiv
 lite mer positiv
 lite mer negativ
 mycket mer negativ

16. Eventuella kommentarer om hur filmen påverkat din inställning till psykoterapi:

III. Dessa frågor handlar om hur du upplever olika sociala situationer.

Instruktion: Sätt ett kryss för det alternativ som bäst stämmer in på hur du upplever följande situationer.

OBS. SPSQ ingår ej som bilaga

IV. Dessa frågor handlar om saker som nämndes i filmen.

Ett sätt att mäta vad man har lärt sig i Internetbehandling är genom små kunskapstest. Syftet med dessa frågor är att ta reda på om filmen är ett bra sätt att lära sig saker på.

*OBS. Ibland kan flera av alternativen verka rimliga, men kryssa i det som du tycker är **MEST** rätt.*

1. Hur förklarar vi i filmen att man bland annat får hjärklappning och svettningar när man blir rädd?

- Kroppen förbereder sig på att få upplevelsen av det jobbiga att gå snabbare, så att det verkar mindre farligt.
- Kroppen pumpar ut mer blod i kroppen och detta gör en mer fokuserad på att ta hand om det jobbiga.
- Kroppen förbereder sig på att handla, t ex att fly. Detta var viktigt historiskt för människans överlevnad.

2. Hur nämner vi i filmen att man sätter upp bra mål för sig själv i en psykoterapi?

Det bästa är att sätta upp...

- stora mål, för att känna att man kommer framåt.
- stegvisa mål, för att nästa steg skall bli lagom stort.
- generella mål, för att få med allt man vill arbeta med.

3. Vad är en fobi?

- När man ogillar något speciellt, t ex djur.
- En besatthet av något väldigt speciellt som inte är så vanligt.
- En rädsla som är starkt överdriven i förhållande till den verkliga faran.

4. Vad är det jobbigaste för personer med social fobi?

- En stark rädsla för situationer där man känner sig värderad eller granskad av andra.
- En stark stress för att det ställs så mycket krav på att man ska vara social.
- En stark oro över att andra tycker man är otrevlig och arg.

5. Vilken är en typisk situation som personer med social fobi kan vara rädda för?

- Att gå ensam hem när det är mörkt ute och märka att någon går bakom.
- Att äta när andra ser på.
- Att campa med familjen och dela tält.

6. Vad är en förklaring till att många är rädda att tala inför grupp?

- Eftersom människan har varit så beroende av gruppen för sin överlevnad, har risken att bli utstött varit en stark och viktig fara under människans utveckling. Det är denna fara som är kärnan i den sociala rädslan.
- Vi är inte flockdjur, något vi också märker för att det är så mycket krig och elände i världen. Människan är traditionellt sett rädd för andra och därför rädd att prata i grupp.
- I vårt samhälle bedöms vi efter hur vi gör ifrån oss i sociala situationer. Sociala personer är mer troliga att uppfattas som ledare. De får ofta utstå mycket mer kritik än andra, något som är jobbigt och farligt.

7. Varför beskrev vi det som dåligt att undvika det man är rädd för?

- När man undviker något blir det mycket större, det samlas på hög som till exempel redovisningar man måste göra i slutet på terminen.
- Det gör att man inte gör något åt sin rädsla och att denna kan hindra och begränsa ens liv.
- När man undviker något blir man stämplad som en som undviker saker i allmänhet och folk tror att man undviker allt, även saker man gillar att göra.

8. Vad nämnde vi i filmen om psykoterapi?

- Psykoterapi har inga biverkningar.
- Psykoterapi är det enda sättet att behandla blyghet.
- Psykoterapi kan vara bra att ta hjälp av inför till exempel redovisningar.

9. Vad var en viktig poäng i filmen om kroppsliga reaktioner, som till exempel darrningar?

- Det är obehagligt och kan lätt få personer att tappa bort sig under redovisningar för att de inte kan se vad de skrivit i sina stödanteckningar.
- Ofta känner vi mycket mer av våra egna kroppsliga reaktioner än vad det syns utifrån.
- För en person med social fobi kan det vara extra jobbigt om man darrar mycket, för då blir steget extra stort till att kunna gå upp och redovisa.

10. Hur beskrev vi tolkningar av situationer i filmen?

- Tolkningar gör att man uppfattar en situation som den egentligen är, ungefär som linser eller glasögon kan korrigera ett synfel.
- För att komma till rätta med felaktiga tolkningar kan man behöva se situationen från någon annans perspektiv, ungefär som att låna någons glasögon.
- Man kan se dessa som något som förvränger eller lägger till saker till verkligheten, ungefär som en lins eller ett filter.

V. Dessa frågor handlar om hälsa och Internet.

17. Har du någon gång undvikit att söka hjälp om du har mått dåligt för att det är jobbigt att berätta om det för någon okänd?

- Ja
 Nej

18 a) Använder du Internet för att få information om hälsa (t ex om sjukdomar, psykiska problem, skador eller diet)?

- Ja.
 Nej, jag söker efter information om hälsa på annat sätt.
 Nej, jag söker inte information om hälsa.

Om du svarade ja på förra frågan,

b) Ange hur många gånger du har använt Internet för att få information om hälsa (t ex om sjukdomar, psykiska problem, skador eller diet).

- 1-5 gånger
 6-20 gånger
 21-50 gånger
 Fler än 50 gånger

c) Varför väljer du att söka information om hälsa på Internet istället för att få informationen på annat sätt (t ex att fråga någon, läsa i en bok).

Kryssa i det/de alternativ du tycker är viktigast.

- Det är enklare att få tag i informationen
 Det är bekvämare, man kan t ex kolla när man vill
 Informationen är lättare att förstå
 Man behöver inte ange sitt eget namn
 Det är mindre pinsamt
 Annan anledning, nämligen: _____

*STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN
Kaj & Thor*

Procedur:

Presentation:

Thor

Vi heter Kaj Wahlström och Thor Bengtsson och läser sista terminen på psykologprogrammet på Lunds universitet.

Vi är här för att be om **hjälp** från er, till vårt **examensarbete**.

Anledningen till att vi är här är att vi vill ha feedback från **gymnasieelever**. Och vi är mycket tacksamma att vi har fått komma till er klass.

Vi vill veta vad ni **tycker** om en film ni kommer att få se. Den är ungefär **20 minuter** lång.

Psykologisk information som vi gjort en film av och vi har jobbat utifrån till exempel bilder från Flickr och Wikipedia.

Filmen är egentligen **tänkt att visas på dator**, på samma sätt som man ser video på t ex YouTube. Men nu visar vi den på... Blir bildkvalitén låg är det av den anledningen och ni får ha överseende med den.

Kaj

Efter filmen ber vi er svara på några frågor i en **enkät** vi delar ut. Det kommer att ta cirka **15 minuter**. Era svar kommer såklart vara **anonyma** och det är ingenting som till exempel kommer att vara en del av något betyg eller något sånt, så det är bara till för vår uppsats

Därefter har vi lite tid över till **frågor**.

Vi har just läst en femårig utbildning som gör oss till psykologer och därför kan vi kanske svara på om ni har några funderingar kring hur det är att plugga på universitetet till psykolog och vad en psykolog gör.

Men först alltså filmen. Det är kanske lika bra att vi kör igång så får filmen tala för sig själv. Några frågor innan vi börjar?

Sätter på filmen

Instruktioner för enkäterna:

Kaj

Såja, då har ni sett filmen. Som vi berättade innan, vill vi nu att ni ska fylla i några frågor i en enkät. Vi vill poängtera att om det frivilligt att fylla i. Så är det någon fråga du **inte vill svara** på så är det såklart tillåtet. Men vi hoppas att ni svarar på **så många som möjligt**, då får vi ju resultat som bättre visar vad ni tycker. Vi vill också poängtera att det är **anonymt**, vi kommer inte att visa några som helst **enskilda resultat**. Det är vad ni tycker som grupp som är intressant.

Thor

Vi tror att det tar ungefär en **kvart** att fylla i formuläret. Men det är första gången vi är ute idag, så det är en gissning. Så gör det ordentligt. När ni är färdiga så kan ni bara vända på enkäten och **vänta till att alla är klara**.

När vi sen är färdiga alla så är vi tillgängliga för frågor.

Är det några frågor om enkäten innan vi kör igång?

Om du har några frågor om någon formulering så kan du räcka upp handen.

Programvara som användes i framställande av filmen

Free audio editor

<http://www.free-audio-editor.com/>

Google Picasa

<http://picasa.google.se/>

Google Sketchup

<http://sketchup.google.com/>

Monkey Jam

<http://www.giantscreamingrobotmonkeys.com/monkeyjam/index.html>

Paint.net

<http://www.getpaint.net/>

Pivot Stickfigure Animator

<http://www.snapfiles.com/GeT/sTiCkFiGuRe.html>

Windows Movie Maker

<http://www.microsoft.com/windowsxp/downloads/updates/moviemaker2.msp>

Winmorph

<http://debugmode.com/winmorph/>

Bildarkiv

Flickr

<http://www.flickr.com>

Wikipedia

<http://www.wikipedia.org>

VectorMagic

<http://vectormagic.com/home>