



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Effekten av steg tre i kognitiv förberedelse vid audio feedback som behandlingsintervention för social ångest.

Sofia Samuelsson
Marie Wiberg

Psykoterapeutexamensuppsats Vt 2012
Handledare: Jan-Erik Nilsson

Abstract

The purpose of our study was to examine the effect of cognitive preparation during audio-feedback in a single-session treatment for social anxiety in a non-clinical sample. Participants in the study were recruited among high school students with high self-rated social anxiety. The study was conducted with a between-groups and repeated measure design. In total 41 participants were randomized to an experimental group and a control group. All participants received audio feedback treatment and were asked to give two speeches that were recorded. Participants in the experimental group also received cognitive preparation, i.e. they were instructed to listen to the recording as if they were listening to a stranger. All participants evaluated their performance with respect to how they perceived their voices and their performance was also evaluated by two independent observers. The results of the study showed that the experimental group reported significantly less negative self-evaluation compared to the control group. The results remained significant in the second speech, following a short break, showing a generalization effect. Thus the study showed that cognitive preparation improved the effect of audio-feedback treatment.

Keywords: Social anxiety, audio feedback, cognitive preparation

Innehållsförteckning

Introduktion	5
<i>Inledning</i>	5
<i>Diagnosen Social fobi och dess historia</i>	5
<i>Förekomst</i>	7
<i>Teori</i>	8
<i>Förklaringsmodeller</i>	9
<i>Tidigare forskning kring video och audio feedback</i>	13
<i>Syfte</i>	15
<i>Frågeställning/hypotes</i>	15
Metod	15
<i>Design</i>	15
<i>Deltagare</i>	16
<i>Mätinstrument</i>	16
<i>Procedur</i>	17
<i>Rekrytering</i>	17
<i>Genomförande</i>	17
<i>Behandlare</i>	19
<i>Observatörer</i>	19
<i>Etik</i>	19
Resultat.....	19
<i>Deskriptiva data</i>	19
<i>Effekter av audio feedback med kognitiv förberedelse steg 3</i>	20
<i>Effekter på självskattning</i>	20
<i>Effekter på State-Anxiety</i>	21
<i>Observatörsskattning</i>	22
<i>Diskrepenser mellan observatörsskattningar och självskattningar</i>	24

<i>Generaliseringseffekt</i>	25
Diskussion	26
Referenser.....	33

Introduktion

Inledning

Kåver (2010) beskrev att i dagens samhälle värdesätts social kompetens högt och det efterfrågas i många sammanhang. Vi förväntas ständigt söka nya utmaningar i livet. Har man då en rädsla för att göra bort sig eller bara helt enkelt svårt att hävda sig kan det bli kännbara handikapp utifrån dagens ideal. Social fobi kännetecknas av en stark rädsla för att bli granskad och att göra bort sig samt att bli avslöjad och förödmjukad i sociala situationer. Rädslan kan komma att begränsa livet i olika omfattning. Vi kan alla då och då känna oss obehagliga till mods i sociala sammanhang, t ex när vi ska tala inför publik, men för att uppfylla kriterierna för en diagnos måste rädslan vara mycket starkare än så och leda till undvikande av olika sociala situationer. Rädslan ska också på ett tydligt sätt vara handikappande och begränsa livet för att det ska vara fråga om en fobi (Kåver, 2010; Harb & Heimberg, 2006). Enligt Furmark (1999) var den vanligaste oron vid social fobi att tala inför en grupp.

Under många år har social fobi betraktats som ett personlighetsdrag, blyghet, och därför har inte så mycket kraft lagts på att forska kring behandlingsmetoder. Man ansåg, felaktigt, att diagnosen inte var så handikappande eller ledde till något större lidande för individen. Under senare år har det visat sig både att diagnosen är ganska vanlig, ca 12% av befolkningen, samt att den kan ha förödande konsekvenser för individen bl a vad gäller skolresultat, karriär och inte minst livskvalité och familjebildning (Wittchen & Fehm, 2003; Turk, Heimberg & Magee, 2008).

Diagnosen Social fobi och dess historia. Social fobi är en relativt ny diagnos. Den fick diagnosstatus först i samband med tredje upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III) som kom ut 1980. Diagnoskriterierna i DSM III och den senare reviderade upplagan, DSM III-R från 1987 är i princip identiska med de som vi idag följer i DSM IV (American Psychiatric Association[APA],1994). I den senare upplagan, DSM IV-TR (APA, 2000) där TR står för text reviderad har små justeringar gjorts i avsnittet gällande komorbiditet.

I DSM IV-TR finns följande diagnoskriterier beskrivna:

- A. *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 av andra. Detta grundar sig i en rädsla för att bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest. **Obs:** Hos barn måste det finnas belägg för att barnet har en åldersadekvat förmåga att relatera social till bekanta personer, och rädslan måste visa sig också i kontakter med jämnåriga, inte enbart vid kontakt med vuxna.*
- B. *Exponering för den fruktade sociala situationen framkallar så gott som alltid ångest, vilket kan ta sig uttryck i en situationellt betingad eller situationellt predisponerad panikattack. **Obs:** Hos barn kan ångesten ta sig uttryck i gråt, vredesutbrott eller i att barnet blir stelt av skräck eller undviker samvaro med främmande människor.*
- C. *Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig. **Obs:** Detta behöver inte gälla hos barn.*
- D. *Den fruktade sociala situationen eller prestationssituationen undviks helt, alternativt uthärdas under intensiv ångest eller plåga.*
- E. *Antingen stör undvikandet, de ångestladdade förväntningarna eller plågan i samband med de fruktade sociala situationerna eller prestationssituationerna i betydande grad ett normalt fungerande i vardagen, i yrkeslivet (eller i studier), i sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobin.*
- F. *Hos personer under arton år skall varaktigheten vara minst sex månader.*
- G. *Ångesten eller undvikandet beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex paniksyndrom med eller utan agorafobi, separationsångest, dysmorfofobi, en genomgripande störning i utvecklingen eller schizoid personlighetsstörning)*
- H. *Om det samtidigt föreligger någon somatisk sjukdom/skada eller någon annan psykisk störning eller sjukdom så har inte rädslan enligt kriterium A något samband med denna; t ex rädslan gäller inte talsvårigheter vid stamning, skakningar vid Parkinsons*

sjukdom eller uppvisande av onormala ätbeteende vid anorexia nervosa eller bulimia nervosa

Specificera om:

generaliserad: *rädslan innefattar de flesta sociala situationer (t ex att inleda eller upprätthålla konversation, delta i smågrupper, ha en träff med någon, tala till auktoritetspersoner, gå på fest). Obs: Överväg också tillägg av diagnosen fobisk personlighetsstörning.*

I DSM V som förväntas komma ut under 2013 kommer det, enligt det förarbete som finns att tillgå idag, att bli vissa förändringar i kriterierna. Framförallt föreslås att diagnosens namn ändras från nuvarande "social phobia" till "social anxiety disorder" (www.dsm5.org). Vidare fokuserar man i kriterierna på tre typer av sociala situationer; interaktion, observation samt prestation, som undviks eller uthärdas med intensiv ångest. Man har också en formulering kring oro för att agera på ett sätt som kan bedömas negativt. I förslaget har man helt tagit bort kravet på insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig. Man har sett att patienter med social fobi har svårt att inse att deras rädsla är orimlig trots att de inte lider av vanföreställningar. Det finns i det nya förslaget krav på kliniskt signifikant lidande och/eller försämrad funktion i t ex sociala sammanhang (Bögels et al., 2010).

Förekomst. Social ångest är vanligt förekommande i befolkningen oavsett om man ser till självrapporterad blyghet, social rädsla eller till diagnoskriterierna för social fobi (Crozier & Alden 2001). Bland ångeststörningarna är social fobi en av de mer vanligt förekommande (Harb & Heimberg, 2006). I västvärlden bedöms livstidsprevalensen ligga på mellan 7 och 13 procent (Furmark, 2002). Enligt Furmark (2002) har epidemiologiska studier genomgående visat att en större andel av kvinnor uppfyllde kriterierna för social fobi. Förhållandet mellan kvinnor och män var ungefär 3:2. I en svensk studie av tonåringar fann Gren-Landell et.al. (2009) signifikant könsskillnad där prevalens för flickor låg på 6,6 procent och för pojkar 1,8 procent.

Social fobi debuterar oftast under barndomen eller de tidiga tonåren (Chartier et al., 2003; Wittchen & Fehm, 2003). Av Wittchen och Fehms studie, som utgick från tvärsnittsstudier och longitudinella studier, framgick att ett senare insjuknande var ovanligt och i så fall ofta sekundärt till någon annan psykisk sjukdom. Likaså beskrev de att

insjuknande före 8 års ålder var ovanligt eftersom barnet måste ha utvecklat en viss självmedvetenhet för att kunna uppleva oro inför andras bedömning. Sådan självmedvetenhet uppnås först vid 8 års ålder eller senare. Kåver (2010) beskrev i sin bok att barn så unga som 8 år kan utveckla social fobi enligt DSM IV kriterierna och att ungefär 1-2 % av barn och ungdomar i Sverige lider av detta. Utifrån sin kliniska erfarenhet menade Kåver (2010) att en del vuxna patienter med social fobi kunde berätta att detta funnits med dem hela barndomen medan andra forskare menat att det utvecklats i tonåren eller t o m i vuxen ålder.

Komorbidityten vid social fobi är hög framför allt avseende andra ångeststörningar, affektiva diagnoser samt missbruksproblematik (Chartier, Walker & Stein, 2003; Wittchen & Fehm, 2003).

Teori

Enligt Rapee och Spence (2004) råder det en samsyn i forskningslitteraturen kring att social fobi förklaras som en kombination av genetiska, temperamentsspecifika och kognitiva faktorer. Dessa faktorer kombineras även med samspelet mellan barn och föräldrar, aversiva sociala upplevelser samt negativa livshändelser. De nämnde även att genetiska faktorer påverkar utvecklingen av social fobi på en signifikant men moderat nivå.

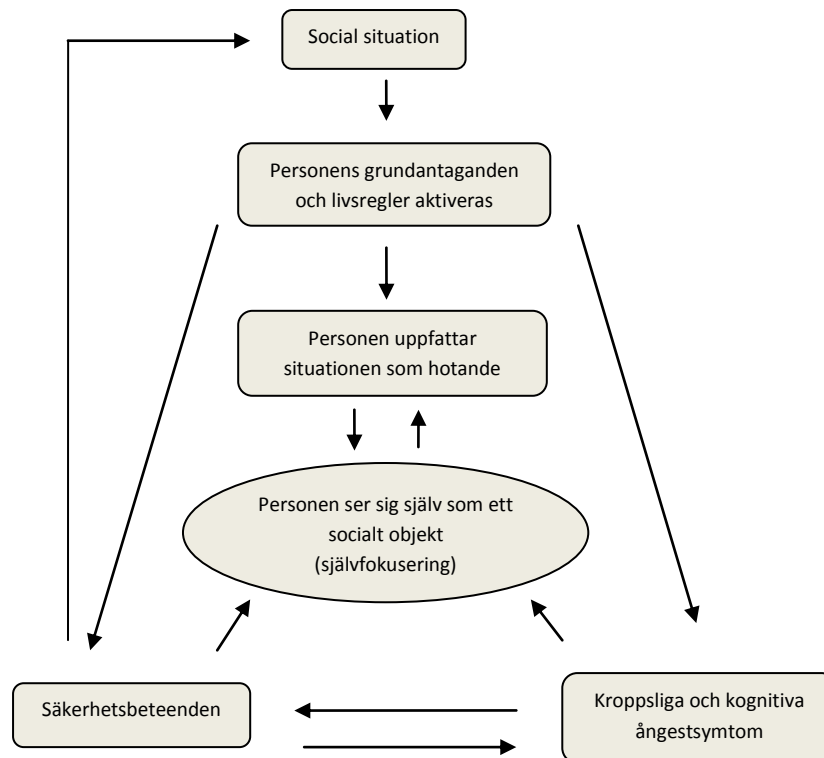
Kåver (2010) beskrev att social fobi yttrar sig som kroppsliga fysiologiska reaktioner, negativa tankar, negativa känslor och undvikandebeteenden. I en socialt hotfull situation, exempelvis vid en muntlig framställning, kommer kroppen att reagera med exempelvis hjärtklappning, illamående, svettningar, rodnad och darrningar/skakningar. Uppmärksamheten kommer då att vändas inåt mot det man känner. Tankarna kommer kretsa runt katastrofscener i vilka man upplever sig bli bortgjord. Den dominerande känslan är ångest, men man känner även känslor av skam, ilska och depression. Det leder till att man undviker och/eller flyr från sådana situationer. Harb och Heimberg (2006) tog upp att personer som är drabbade på så sätt får sämre utbildnings- och yrkesmöjligheter.

Creswell, Murray, Stacey och Cooper (2011) redogör för en kombination av faktorer som kan fungera dels som orsaksförklaring till ångest/social fobi hos barn och dels som vidmakthållande faktorer av ångest/social fobi. Faktorerna som både kan finnas enskilt och samverka är; biologisk/genetisk sårbarhet, socialisation/livshändelser, modellinlärning, överengagerade föräldrar, tolkning av omvärlden som mer hotfull och den egna förmågan som

mindre kapabel samt förvrängda kognitiva processer d v s uppmärksamhetsbias, tolkningsbias, minnesbias samt undvikande beteende.

Foa och Kozak (1986) studerade mekanismer som styr emotionellt processande med fokus på rädsloreduktion. De beskrev känslor som informationsstrukturer i minnet vilka påverkar flyktresponser. Vid emotionellt processande sker en modifiering av minnesstrukturer som ligger till grund för våra känslor. Detta är grunden för exponeringsbehandling. De menade att habituering är ett exempel på emotionellt processande som också påverkar informationsbearbetningen.

Förklaringsmodeller. En av de mer välkända kognitiva modellerna, som försöker förklara uppkomsten av social fobi och de processer som vidmakthåller den är utvecklad av Clark och Wells (1995). Se figur 1. Modellen utgår från att personer med social fobi har en intensiv önskan att uppfattas positivt av andra människor samtidigt som de har en betydande osäkerhet på sin förmåga att göra detta. Utgångspunkten är att socialfobiska personer tolkar sociala händelser negativt i högre grad än personer som inte lider av social fobi. De socialfobiska personerna tenderar att hamna i katastroftänkande vilket leder till kroppsliga reaktioner som det är vanligt att personerna försöker kontrollera och/eller dölja med olika säkerhetsbeteenden. Dessa säkerhetsbeteenden leder i sin tur till ökad självfokusering och vidmakthåller samt förvärrar på så sätt problemet. Personen tar inte in de yttre sociala signaler som eventuellt skulle kunna korrigera katastroftänkandet och de slutsatser hon/han drar. Det subjektivt upplevda obehaget i sociala situationer får på så sätt en framträdande roll i hur personen tolkar sin egen prestation och hur hon/han bedöms av omgivningen. Modellen bygger även på tanken att social ångest och katastroftänkande tillsammans är ett självförstärkande system och att de sålunda leder till en ömsesidig ökning av båda (Clark, 2001).

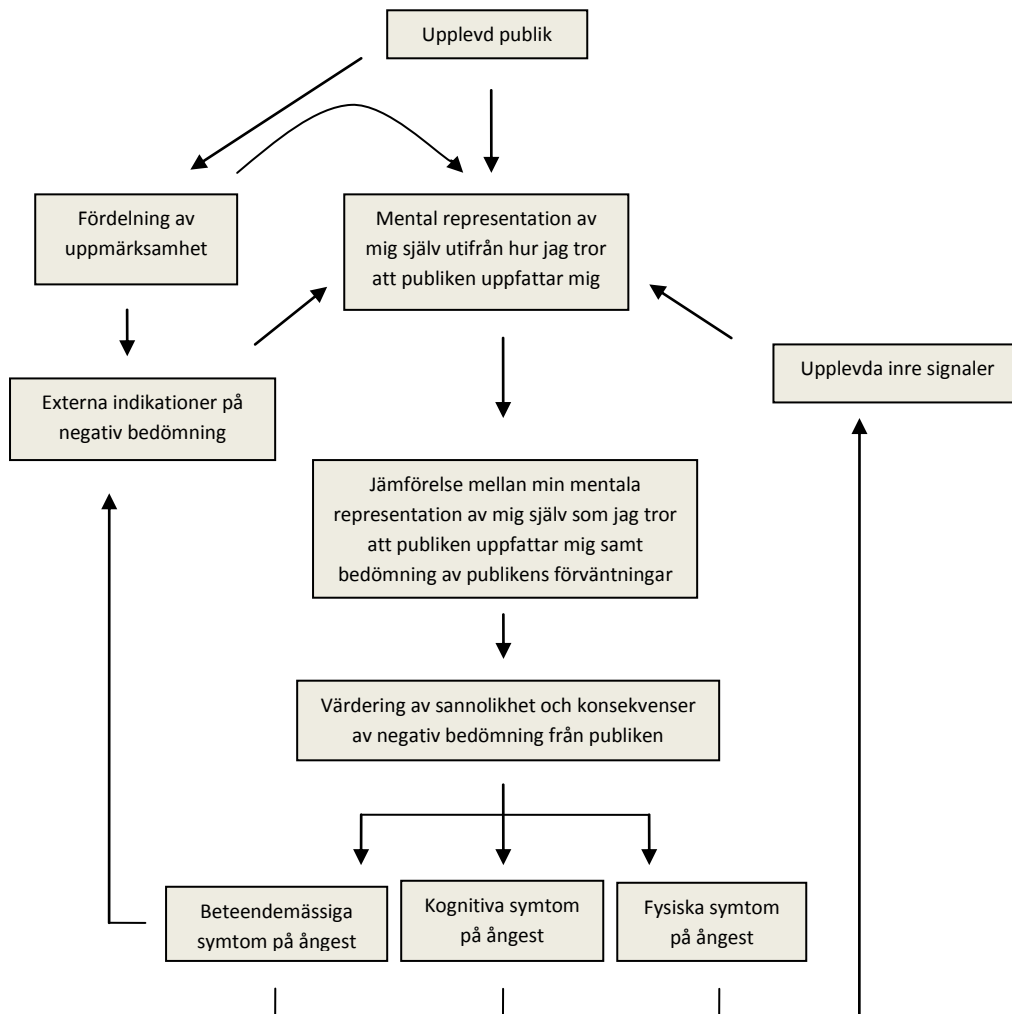


Figur 1.

Clark och Wells(1995) modell över vidmakthållande av social fobi.

Rapee och Heimbergs (1997) modell har stora likheter med Clark och Wells' (1995), men har ett tydligare fokus på oron för eventuell negativ bedömning från andra. Se figur 2. I en social situation skapar individen en mental representation av hur han/hon förmodar att publiken uppfattar att han/hon framstår och samtidigt fokuserar han/hon sin uppmärksamhet både på denna mentala representation och på alla upplevda hot i omgivningen. Lägg märke till att med publik menas här inte publik i gängse betydelse utan snarare en eller flera personer i omgivningen som potentiellt kan komma att bedöma individen. Den inre mentala representationen baseras på information från långtidsminnet, t ex tidigare erfarenheter i liknande situationer, interna signaler, t ex olika fysiska symtom, och yttre signaler, t ex återkoppling från publiken. Individens uppmärksamhet fokuseras på olika aspekter av självbilden och eventuella yttre hot. Samtidigt formulerar individen en förutsägelse om prestationens standard så som han/hon antar att den kommer att bedömas av publiken. En förutsägelse skapas om huruvida individen presterar i nivå med den förmodade standarden hos den aktuella publiken. Skillnaden mellan individens uppfattning om publikens bedömning

av hans/hennes prestation och individens uppfattning av publikens standard för bedömning blir det som avgör den upplevda sannolikheten för negativ bedömning samt de eventuella sociala konsekvenserna av bedömningen. Förväntan om negativ bedömning ökar ångesten vilket får fysiska, kognitiva och beteendemässiga symtom som ytterligare påverkar individens mentala representation av sitt framträdande och cirkeln fortsätter.



Figur 2.

Rapee och Heimbergs (1997) modell över vidmakthållande av ångest i sociala situationer (fri översättning till svenska av uppsatsens författare).

Wells, Clark och Ahmad (1998) antog att människor med social fobi hade annorlunda minnesbilder av sociala situationer än andra människor. De kunde också, i sin studie, visa att

så var fallet. Personer med social fobi hade ett annorlunda perspektiv på sina minnen av sociala situationer än kontrollgruppen men skiljde sig inte i perspektivet av andra minnen. De kunde påvisa att personer med social fobi mindes sociala situationer ur en betraktares perspektiv snarare än från sin egen synvinkel. Detta innebar att de såg sig själva utifrån, som de antog att andra uppfattade dem från ett subjektivt observatörsperspektiv, vilket i sin tur innebar att de inte hade tillgång till information om hur andra reagerade eller information som skulle kunna indikera positiva reaktioner. I kontrollgruppen mindes man å andra sidan sociala situationer ur ett så kallat fältperspektiv, d v s man mindes situationen som betraktad ur sina egna ögon.

I en studie av Stopa och Clark (1993), som undersökte den kognitiva modellen för social fobi, fann de att personer med social fobi under en konversation hade fler negativt självvärderande tankar, tolkningsbias, de presterade sämre och underskattade systematiskt sin prestation mer än andra.

I en undersökning av Mansett, Clark och Ehlers (2003) fann forskarna, genom att mäta intern och extern fokuserad uppmärksamhet hos deltagarna, belägg för att personer med hög social ångest riktar sin uppmärksamhet mot intern information, d v s självfokusering, i sociala situationer där de förväntar sig att bli bedömda.

Hirsch, Clark, Mathews och Williams (2003) fann i sin studie att personer med social fobi som uppmanades frammana en negativ självbild när de konverserade med en okänd person upplevde högre ångest jämfört med den grupp deltagare som inte skulle frammana en negativ självbild. Vidare skattade de sina ångestsymtom som mer synliga och jämfört med kontrollgruppen underskattade de sin prestation i större utsträckning. I studien hade man även observatörer vilka skattade deltagarnas ångest som mer uppenbar och deras beteende som mindre positivt jämfört med kontrollgruppen.

Hirsch, Mathews, Clark, Williams och Morrison (2006) valde i en senare studie att specifikt titta på vilken roll negativ självbild spelar för social ångest. De studerade personer utan talängslan och lät dem träna in en negativ självbild innan de höll ett anförande. Resultaten gav belägg för att en negativ självbild medförde en upplevelse av ökad oro, underskattning av sin prestation samt en ökad mängd negativa tankar. De drog slutsatsen att en negativ självbild spelar en avgörande roll i utvecklande och vidmakthållande av social ångest.

Tidigare forskning kring video och audio feedback

Rapee och Lim (1992) visade att socialt ängsliga personer som fick hålla ett kort improviserat tal inför en mindre publik, oavsett om de formellt har fått diagnosen social fobi eller inte, tenderade att underskatta sin prestation i jämförelse med de skattningar som gjordes av observatörer.

Rapee och Hayman (1996) utvecklade en specifik form av video feedback för att påverka de socialt ängsliga personernas negativa självbild och underskattning av sin prestation. I tre studier fick deltagare skatta sin egen prestation efter ett framträdande som filmades. De fick därefter titta på filmen och göra en ny skattning av prestationen men då utifrån hur de uppfattade den när de tittade på filmen. Man använde sig av oberoende observatörer för att kunna jämföra deltagarnas skattningar med observatörernas. De fann att deltagarna efter video feedback skattade sin prestation mer likt de oberoende observatörerna och att den effekten kvarstod vid ett andra framträdande tio minuter senare. De spekulerade i att detta kunde hänga samman med hur personerna skapade mentala representationer av hur de uppfattades utifrån interna och externa signaler i långtidsminnet. I en replikerande studie av Rodebaugh och Chambless (2002) fann man att video feedback hade en kortvarig effekt på personernas negativa självbild. Resultaten i studien tydde dock på att video feedback kunde vara effektiv för de deltagare som skattade sin egen prestation lägre än vad observatörerna gjorde. Författarna drog slutsatsen att de personer som hade störst behov av att korrigera sin bild av hur de presterade också var de som hade störst nytta av video feedback. Liknande resultat kunde visas av Rodebaugh och Rapees (2005) i en studie om video feedback i samband med att deltagarna höll ett anförande.

Flera studier tyder på att kognitiv förberedelse kan förstärka de positiva effekterna av video feedback (Harvey, Clark, Ehlers & Rapee, 2000; Kim, Lundh & Harvey, 2002; Rodebaugh, T. L. 2004). Kognitiv förberedelse (KF) syftar till att göra tydligt för deltagaren förekommande avvikelser mellan sin förutsägelse i skattningen av specifika beteenden och det som faktiskt syns på videofilmen. KF genomförs i tre steg: Deltagarna ombeds (1) att i detalj förutsäga vad han eller hon förväntar sig se på videoinspelningen, (2) att visualisera, skapa en inre bild, av hur de presterade under videoinspelningen och (3) att titta på videoinspelningen utifrån perspektivet att de tittade på en främling. I studierna av Harvey et al. (2000) och Kim et al. (2002) antogs att de tre stegen i KF kompletterade varandra och inbördes var lika viktiga för att få förbättrad affekt av video feedback. Framförallt såg man steg 2 i KF, d v s

visualiseringen, som en förutsättning för att aktivera deltagarnas negativa schema om sig själva och sin egen prestation och på så sätt öka effekten av AF.

Även Parr och Cartwright-Hatton's (2009) studie, som speciellt undersökte om metoden med video feedback i kombination med KF hade effekt på ungdomar (13-17 år) med social ångest, visade att metoden hade god effekt och med fördel kunde användas som terapeutisk teknik för att korrigera en förvrängd självuppfattning hos ungdomar.

Lundh et al. (2002) testade två hypoteser, nämligen huruvida det är personens uppfattning om den egna förmågan som är negativt förvrängd eller om det faktiskt finns färdighetsbrister förenade med social fobi. Författarna ville titta närmre på just uppfattningen om den egna rösten, då detta inte gjorts tidigare. Den första hypotesen, om färdighetsbrist, var att en social fobi är förenad med faktiska brister i resurser, t ex röstresurser, och därför kommer rösten att bedömas negativt av både en själv och andra. Den andra hypotesen, om kognitiv förvrängning, var att social fobi är förenad med att individen underskattar sin förmåga vad gäller bl a röstresurser i förhållande till andras bedömning. För ändamålet utvecklades ett frågeformulär, VEQ, Voice Evaluation Questionnaire (Lundh et al, 2002). Formuläret utvecklades i två versioner, en för deltagaren själv och en för oberoende observatörer. Resultaten i denna studie visade att den andra hypotesen, nämligen hypotesen om kognitiv förvrängning och inte om färdighetsbrist, stämde. I en första studie där man specifikt tittade på muntligt framförande vid social ångest visade Hirsch och Clark (2007) att personer med social ångest generellt kände sig mer oroliga och var mer kritiska till sin förmåga än en kontrollgrupp. De värderade sitt eget framträdande lägre än vad oberoende observatörer gjorde, vilket inte gällde för personer i kontrollgruppen. Enligt skattningar av oberoende observatörer förekom ingen skillnad mellan de socialt ängsliga personerna och kontrollgruppen, vilket visade att det inte förelåg någon faktisk skillnad i förmåga mellan de båda grupperna. Samma slutsats kom även Lundh et al. (2002) fram till. Hirsch och Clark (2007) kunde också i sin studie visa att audio feedback (AF) som metod kunde minska underskattningen av den egna förmågan.

I en nyligen publicerad studie av Nilsson, Lundh, Faghihi och Roth-Andersson (2011) konstaterades att AF på samma sätt som video feedback kan korrigera en överdrivet negativ självbild. Denna studie var den första som specifikt undersökte effekterna av AF med KF på självvärdering hos socialt oroliga personer. Precis som i Rapee och Hayman's studie (1996)

så fick personerna skatta sin prestation efter ett anförande. Hälften av deltagarna fick sedan KF varefter alla deltagarna fick lyssna på sitt anförande och skatta sin prestation igen. Deltagare som fick AF med KF skattade sin förmåga mindre negativt än de deltagare som fick AF utan KF. I författarnas diskussion av resultaten föreslogs att effekterna av KF i huvudsak kunde bero på dess tredje steg – instruktionen att lyssna till ljudinspelningen som om man lyssnade till en främmande person. Man föreslog i diskussionen replikerande studier med större underlag samt med kompletterande bedömning av objektiva observatörer.

Syfte

Vår studie avser att studera effekten av steg 3 i den kognitiva förberedelsen (fortsättningsvis kallad KF-3) vid AF som intervention vid social ångest i en icke-klinisk grupp under en ensessions behandling.

KF-3 innebär i korthet att deltagarna, efter att ha genomfört ett anförande på 3 minuter som spelats in, får instruktionen att när de ska lyssna på det inspelade anförandet så ska de göra det utifrån föreställningen att det är en främling som talar. Deltagarna uppmanas att försöka bortse från hur det kändes under inspelningen och bara skatta det som hörs på bandet.

Frågeställning/hypotes. Deltagare som får AF med KF-3 kommer generellt att få större behandlingseffekt än de deltagare som endast får AF. Specifikt förväntar vi oss att:

1. AF med KF-3 leder till större minskning av negativ självskattning än enbart AF.
2. en reduktion av negativ självskattning åtföljs av minskad oro/ångest.
3. deltagarna kommer att underskatta sin prestation före AF och deras skattningar kommer ligga lägre än observatörernas.
4. deltagarnas skattning av sin prestation kommer att ligga närmre observatörernas efter AF med KF-3 än efter enbart AF.
5. effekterna generaliseras, dvs kvarstår, vid ett andra anförande.

Metod

Design

Studien genomfördes med en 2 (Grupp: AF med KF-3; enbart AF) x 3 (Måttillfällen: efter första anförandet; efter AF; efter andra anförandet) design. Deltagarna randomiserades till

experimentgrupp respektive kontrollgrupp. Därutöver användes två oberoende observatörer som skattade deltagarnas inspelade anförande.

Deltagare

Deltagarna rekryterades från årskurs 3 på en gymnasieskola i Kristianstads kommun. Efter selektion via formuläret Fear of Negative Evaluation (FNE) kallades deltagarna till deltagande i studien vilket skedde vid ett par tillfällen under 2011. Sammanlagt tackade 51 elever ja till att delta i studien. Av de som initialt tackade ja, valde 10 av olika anledningar att inte påbörja behandlingen. Av de totalt 41 som påbörjade och fullföljde behandlingen var 27 kvinnor och 14 män. Deltagarnas ålder låg mellan 17 – 22 år.

Mätinstrument

Beck Depression Inventory- II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2006). BDI-II är ett formulär som består av 21 item med en 0-3-gradig skala. Det utvecklades som en indikator på förekomst och grad av depressivitet i enlighet med kriterierna i DSM-IV. Varje item består av en grupp om fyra påståenden graderade från 0-3. Högsta möjliga totalpoäng är 63. Ju högre poäng, desto högre grad av depressiva symtom. Exempel på svarspåstående är; *”jag känner mig ofta ledsen och nedstämd, jag känner mig ledsen och nedstämd hela tiden”*.

Fear of Negative Evaluation (FNE; Watson & Friend, 1969). FNE är ett formulär som består av 30 item vilka mäter förekomst av rädsla för negativ bedömning från andra i sociala sammanhang (bil 1). Frågorna är formulerade som påstående på vilka man ska ringa in alternativen sant eller falskt. Påståendena är både positivt och negativt formulerade och de positiva påståendena räknas omvänt. Hög totalpoäng indicerar hög rädsla. Exempel på positivt formulerad fråga är; *”Jag oroar mig sällan över att verka fånig inför andra”*.

Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clarke, 1998). SIAS är ett formulär med 20 item vilka mäter testpersonens rädsla för social interaktion (bil 2). Varje item skattas på en 5-gradig skala (0-4) från *”stämmer inte alls på mig”* till *”stämmer precis på mig”* där ett högt värde indikerar stort obehag. Tre frågor är positivt formulerade och måste således räknas omvänt. Exempel på fråga är; *”Jag har svårt att prata med andra människor”*.

Voice Evaluation Questionnaire (VEQ; Lundh et al. 2002). VEQ är utfallsmått där självskattningar relateras till observatörsskattningar (bil 3). VEQ är en 18-items självskattningsformulär, kallat *”Skattning av din egen röst”*, där hörbara aspekter av

prestation och ångest bedöms, en högre totalpoäng indikerar mer hörbara tecken på oro och sämre prestation. Testet är konstruerat i tre delar; del ett som mäter ”hur bra man lät” som helhet, del två ”hur orolig man var under anförandet” samt del tre 16 item därutöver som beskriver olika aspekter på rösten. 11 av dessa items är negativa och 5 positiva. De positiva mäts omvänt, vilket medför att hög poäng indikerar negativ röstvärdering. Exempel på fråga i VEQ är; ”*jag darrade på rösten*”. VEQ_O (bil 4) är samma frågeformulär som VEQ men formulerat till en observatör istället. Påståendena är formulerade exempelvis; ”*Personen darrade på rösten*”, istället för; ”*Jag darrade på rösten*”.

State-Anxiety (SA). SA är en en-itemskala där deltagaren får skatta hur mycket oro eller ångest han/hon känner just nu på en skala från 0% ingen alls, till 100% extremt mycket (bil5).

Procedur

Rekrytering. Deltagarna, åk 3 elever vid en gymnasieskola, selekterades via FNE som screeninginstrument, där de skulle uppnå en totalsumma av ≥ 17 , vilket var kriterium för inklusion i studien. Screeningen genomfördes vid ett par tillfällen i de klasser från åk 3 som då fanns tillgängliga på skolan. FNE delades ut efter en kort information om studien och dess syfte samt information om hur eleverna skulle kontaktas om de uppnådde kriterierna för inklusion. Varje elev fick en speciell kod för att i möjligaste mån undvika bias vid rättningen samt för att kunna garantera anonymitet. Formulären samlades in och rättades av behandlarna. De elever som uppnådde kriterierna för inklusion kontaktades och erbjöds möjlighet att delta. De som tackade ja kallades sedan till själva genomförandet.

Genomförande. Själva behandlingen manualiserades (bil 6) för att minimera påverkan på testresultat. Behandlingsproceduren tog ungefär 1,5 timmar.

Först fick deltagarna en allmän information om studien, dess syfte samt vilka behandlarna var. De fick även en kort allmän redogörelse av hur själva behandlingen skulle gå till. I informationen ingick en redogörelse för vad studien avsåg undersöka; nämligen behandlingens effekt på social ångest och då specifikt på talängslan. Det framgick även att behandlingen innebar inspelning av ett anförande, som de sedan skulle lyssna till. Här fick de också information om att två oberoende observatörer skulle lyssna på de inspelade anförandena vid ett senare tillfälle. Information gavs också om att de efter sitt anförande skulle besvara ett formulär om hur de upplevt att de lät. Deltagarna informerades om att de

när som helst hade möjlighet att avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara sig samt att deras anonymitet garanterades. De uppmanades att inte prata med kompisar/klasskamrater om behandlingens innehåll för att förhindra bias hos kommande deltagare.

Efter detta genomfördes en kort semistrukturerad intervju angående bakgrundsfaktorer som tidigare behandling och medicinering. De fick frågor kring hur länge de haft ångest och i vilka situationer de upplever ångest. De fick även fritt berätta om hur ångesten påverkat dem i olika sociala sammanhang samt om och hur de i så fall tror att det påverkat deras liv. Därefter fick deltagarna fylla i BDI-II, SIAS samt den första State-Anxiety-skattningen, kallad ångestskattning 1.

Deltagarna fick följande instruktion som förberedelse för anförandet; *”Nu ska du välja ett ämne, vilket som helst, som du kan tala om i ungefär tre minuter. Du har 3 minuter på dig att förbereda dig och kan då skriva lite minnesanteckningar, men du får inte använda dessa under anförandet. Vi kommer att spela in anförandet. Efteråt lyssnar vi tillsammans på det och du får göra en bedömning av röst och framförande. Senare kommer också två andra oberoende personer att lyssna och bedöma anförandet. Förslag på ämnen: En semesterupplevelse, en typisk skoldag, en typisk eller ovanlig helg, mitt favoritdjur eller min hobby/mitt intresse”.*

Precis före inspelningen fick de fylla i den andra State-Anxiety, ångestskattning 2. Direkt efter anförandet fick deltagarna fylla i VEQ 1.

Innan uppspelningen av anförandet fick kontrollgruppen fylla i en ny State-Anxiety, ångestskattning 3 medan experimentgruppen först fick en kognitiv förberedelse enligt följande: *”Nu kommer vi att lyssna på inspelningen av det anförande du höll tidigare. Det är viktigt att du inte låter inspelningen påminna dig om hur det kändes under framförandet utan att du istället fokuserar din uppmärksamhet på det som faktiskt hörs på inspelningen. Försök att lyssna på inspelningen som det är någon annan, en främling, som håller ett anförande”* och sedan fick fylla i State-Anxiety, ångestskattning 3. Efter genomlysningen av anförandet fick båda grupperna fylla i VEQ 2. Därefter följde en paus på 15-20 minuter.

Efter pausen blev deltagarna på nytt ombudda att hålla ett anförande utifrån samma instruktion som tidigare, dock fick de ej välja samma ämne som vid första anförandet. Före anförandet fick deltagarna fylla i ett nytt State-Anxiety, ångestskattning 4. Sedan höll

deltagarna ett nytt anförande på tre minuter vilket också spelades in. Efter anförandet fick deltagarna fylla i VEQ 3. Därefter var behandlingen avslutad.

Behandlare. Deltagarna behandlades av två terapeuter under utbildning vid Psykoterapeutprogrammet vid Lunds Universitet (sk steg 2) med inriktning mot KBT för Barn och Unga. Båda var i grunden socionomer med grundläggande utbildning motsvarande steg 1 i kognitiv beteendeterapi och har lång erfarenhet av behandlingsarbete med ungdomar. Terapeuterna behandlade 20 respektive 21 deltagare vardera jämt fördelade, genom randomisering, mellan experiment- och kontrollgrupp.

Observatörer. Två oberoende observatörer, fick lyssna på alla deltagarnas båda anföranden i en slumpmässig ordning, och skatta vad de hörde med VEQ₀. Observatörerna lyssnade blint vilket innebar att de inte hade kunskap om vilket som var första eller andra anförandet eller till vilken grupp deltagarna hörde. Observatörerna hade ingen förkunskap om deltagarna och de hade heller inget samarbete eller kontakt kring sin uppgift.

Etik. Samtliga som selekterades, d v s hade en FNE poäng på ≥ 17 , erbjöds möjlighet att delta i studien och fick själva aktivt tacka ja eller nej. Under behandlingen informerades alla deltagare om att de när som helst kunde avbryta behandlingen utan ytterligare förklaring. Deltagarna som slumpades till kontrollgruppen erbjöds efter sista mättillfället för denna studies design, möjlighet att erhålla KF-3 på andra talet. De informerades vidare om att de hade möjlighet att få den ursprungliga behandlingen med video feedback via skolans kuratorer.

Resultat

Hypoteserna testades med en serie mixed Anova (MANOVA) analyser samt t-tester. Signifikansgräns sattes till $\text{Alpha} = .05$. Effektstorleken beräknades enligt Cohen's *d*. Den viktigaste utfallsvariabeln, VEQ, var normalfördelad och uppfyllde statistiska antaganden för parametriska analyser. De statistiska analyserna var begränsade till granskning av interaktionseffekter av faktorer inomgrupp och mellangrupp (tid x grupp).

Deskriptiva data

Beskrivande data över deltagarna presenteras i tabell 1. Där redovisas även de psykometriska instrument som administrerades före själva genomförandet. Det fanns inga signifikanta

skillnader mellan grupperna utifrån någon av dessa variabler. Som framgår av tabellen nedan hade kontrollgruppen ett något högre värde än experimentgruppen avseende både SIAS och FNE, skillnaderna var dock inte signifikanta.

Tabell 1

Medelvärde och standardavvikelser på ålder och kön samt de psykometriska instrument som använts för respektive grupp.

	Experimentgrupp ^a <i>M (SD)</i>	Kontrollgrupp ^b <i>M (SD)</i>
Ålder	18.75 (0.85)	18.76 (0.94)
Kön	1.35 (0.49)	1.33 (0.48)
FNE	21.75 (4.19)	24.33 (3.99)
BDI-II	13.70 (10.05)	13.14 (9.53)
SIAS	39.70 (10.97)	45.67 (12.13)
State-Anxiety första gången	29.00 (19.71)	31.90 (20.15)

^a $n = 20$, ^b $n = 21$

I experimentgruppen var 13 kvinnor och 7 män varav ingen hade, vid tiden för studien, pågående psykiatrisk behandling och endast en hade pågående medicinering med psykofarmaka. I kontrollgruppen var 14 kvinnor och 7 män och ingen hade pågående psykiatrisk behandling eller psykofarmakabehandling.

Effekter av audio feedback med kognitiv förberedelse steg 3

Effekter på självskattning. För att testa vår första hypotes att AF med KF-3 leder till större minskning av negativ självskattning, genomfördes en 2 (Grupp: AF med KF-3; endast AF) x 3 (Tid: före AF; efter AF; efter andra anförandet) MANOVA. Vi valde att analysera och redovisa VEQ utifrån dess tre delar, där del 3 är den del som tydligast mäter prestationen (se tabell 2). Grupperna uppvisade ingen skillnad avseende de olika delarna i VEQ före AF däremot efter. Analysen visade på en signifikant interaktionseffekt mellan grupp och tid avseende VEQ del 3; $F(2,74) = 5.533$, $p = .006$ samt Cohen's $d = 0.77$. Dessa effekter kvarstod när vi hade kontrollerat för variablerna, testledare och BDI-II, vilka kunde påverka resultatet. Enligt analyser av enkla huvudeffekter uppvisade experimentgruppen en signifikant minskning i del 3 VEQ, $t(18) = 5.11$, $p < .000$, som inte återfanns hos kontrollgruppen, $t(19) = 1.67$, $p = .110$. Analyserna bekräftade hypotesen om att AF med KF-3 leder till en större minskning av negativ självskattning jämfört med enbart AF. Avseende VEQ del 1 återfanns

ingen signifikant interaktionseffekt, $F(2,78) = 1.655, p = .198$. Likaledes för VEQ del 2, $F(2,78) = 1.194, p = .308$. Både i VEQ del 1 och del 2 fanns en stark huvudeffekt för tid, VEQ del 1, $F(2,78) = 21.489, p < .000$ och VEQ del 2, $F(2,78) = 8.793, p < .000$.

Tabell 2

Medelvärde och standardavvikelser på VEQ komponenterna före och efter AF(VEQ 1samt VEQ 2).

	Experimentgrupp <i>M (SD)</i>	Kontrollgrupp <i>M (SD)</i>
<i>Röst som helhet (VEQ del 1)</i>		
Före AF	3.30 (2.13) ^a	3.33 (1.77) ^a
Efter AF	5.25 (1.97) ^a	4.29 (2.31) ^a
<i>Oro under anförandet (VEQ del 2)</i>		
Före AF	5.95 (2.54) ^a	5.90 (3.00) ^a
Efter AF	5.05 (2.59) ^a	6.14 (2.54) ^a
<i>Aspekter på rösten (VEQ del 3)</i>		
Före AF	95.00 (18.97) ^b	95.55 (17.70) ^a
Efter AF	71.26 (18.74) ^b	89.10 (26.80) ^a

Not. Högre värden för VEQ del 1 representerar mer positiv skattning medan lägre värden på VEQ del 2 och del 3 står för mindre negativ skattning.

^a $n = 20$, ^b $n = 19$

Effekter på State-Anxiety. Utöver skattning av oro under anförandet så skattade deltagarna sin oro vid fyra olika tillfällen under genomförandet. Medelvärdena för dessa mätningar, State-Anxiety, visas i tabell 3 och figur 3. Vi fann ingen signifikant interaktionseffekt; $F(3,108) = .189, p = .903$. Däremot återfanns en stark huvudeffekt avseende tid, $p < .000$. Det återfinns heller ingen signifikant interaktionseffekt mellan oroskattning 2 och 4, d v s före första och andra anförandet, $F(1,37) = .000, p = 1.000$. Emellertid återfanns även här en stark huvudeffekt nämligen tid, $F(1,37) = 16.387, p < .000$.

Tabell 3

Medelvärde och standardavvikelse för State Anxiety 1, initialt, State Anxiety 2, före första anförandet, State Anxiety 3, före Audio feedback samt State Anxiety 4, före andra anförandet för respektive grupp.

	Experimentgrupp <i>M (SD)</i>	Kontrollgrupp <i>M (SD)</i>
State-Anxiety 1	29.00 (19.71) ^a	31.90 (20.15) ^c
State-Anxiety 2	53.00 (24.52) ^a	56.19 (23.97) ^c
State-Anxiety 3	45.79 (28.54) ^b	46.19 (27.29) ^c
State-Anxiety 4	45.26 (26.54) ^b	46.00 (23.71) ^d

^a $n = 20$, ^b $n = 19$, ^c $n = 21$, ^d $n = 20$

En jämförelse gjordes även mellan ångestskattning 2, före första anförandet, och ångestskattning 4, före andra anförandet. Vid jämförelse av skillnaderna mellan ångestskattning 2 och 4 samt skillnaderna mellan VEQ 1 och 3 fann vi ingen korrelation, $r = 0.09$, $p = .599$. För kontrollgruppen var korrelationen, $r = 0.31$, $p = .203$ och för experimentgruppen $r = -0.13$, $p = .602$. Hypotes nummer 2, reduktion av negativ självskattning åtföljs av minskad oro, bekräftas inte av våra resultat.

Observatörsskattning. Det förelåg en bristande samstämmighet mellan observatörernas skattningar av första framförandet, $r = .21$, $p = .205$ medan deras skattningar av det andra anförandet uppvisade en större överensstämmelse, $r = .52$, $p = .001$. På grund av den bristande interbedömarreliabiliteten har vi valt att använda en indexvariabel bestående av medelvärdet mellan observatörernas skattningar på varje enskilt item i VEQ.

Därefter undersökte vi resultaten för VEQ_O del 3 d v s de 16 frågor som berörde aspekter på rösten, se tabell 4 och figur 3. Med observatörsskattning 1 menas här observatörernas sammanslagna skattningar av första anförandet, VEQ_O 1 del 3, och med observatörsskattning 2 menas således observatörernas sammanslagna skattningar av andra anförandet, VEQ_O 2 del 3.

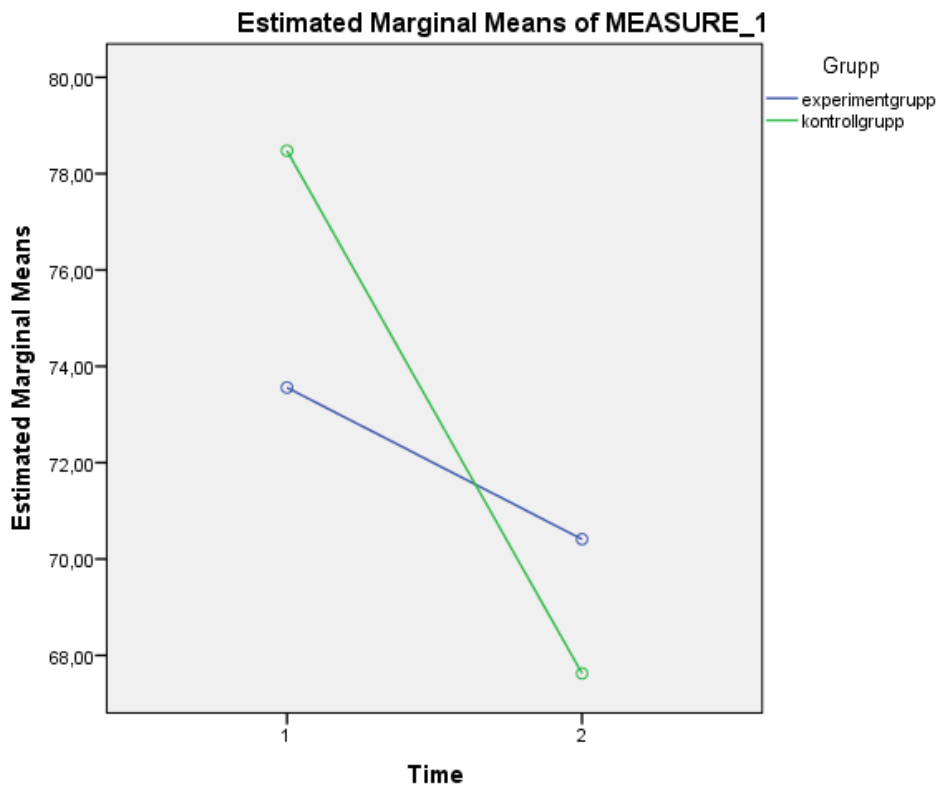
Tabell 4

Medelvärde och standardavvikelser på observatörskattning 1 och 2, d v s observatörernas sammanslagna skattningar av VEQ_O del 3 efter första och andra talet.

	Experimentgrupp ^a M (SD)	Kontrollgrupp ^b M (SD)
Observatörsskattning 1	73.56 (19.88)	78.48 (15.99)
Observatörsskattning 2	70.41 (17.75)	67.63 (13.48)

^a n = 17, ^b n = 20

En 2 (grupp: AF med KF-3; enbart AF) x 2 (mättillfällen: första anförandet; andra anförandet) MANOVA-analys visade ingen signifikant interaktionseffekt mellan grupp och tid, $F(1,35) = 2.470$, $p = .125$. Vi kunde dock påvisa en signifikant huvudeffekt; tid, $F(1,35) = 8.155$, $p = .007$.



Figur3.

Värdena av observatörskattning 1 och 2 för kontrollgrupp och experimentgrupp.

Diskrepenser mellan observatörsskattningar och självskattningar. För att testa hypotes nummer 3, att deltagarna kommer att underskatta sin prestation före AF, och hypotes nummer 4, att deltagarnas självskattningar efter AF med KF-3 ligger närmre observatörernas, beräknade vi diskrepansen mellan observatörernas och deltagarnas skattningar avseende den tredje delen i VEQ. Diskrepansen (D) är skillnaden mellan observatörernas sammanslagna skattning och deltagarnas skattning ($D = VEQ_O - VEQ$). Första diskrepansen, D1, utgör skillnaden mellan VEQ_O 1, observatörernas skattningar av första anförandet, och VEQ 1, deltagarnas skattning efter första anförandet. Andra diskrepansen, D2, utgör skillnaden mellan VEQ_O 1, observatörernas skattningar av första anförandet, och VEQ 2, deltagarnas skattning efter AF. Tredje diskrepansen, D3, utgör skillnaden mellan VEQ_O 2, observatörernas skattning av andra anförandet och VEQ 3, deltagarnas skattning efter andra anförandet. Diskrepensvärdena visas i tabell 5 och illustreras i figur 4.

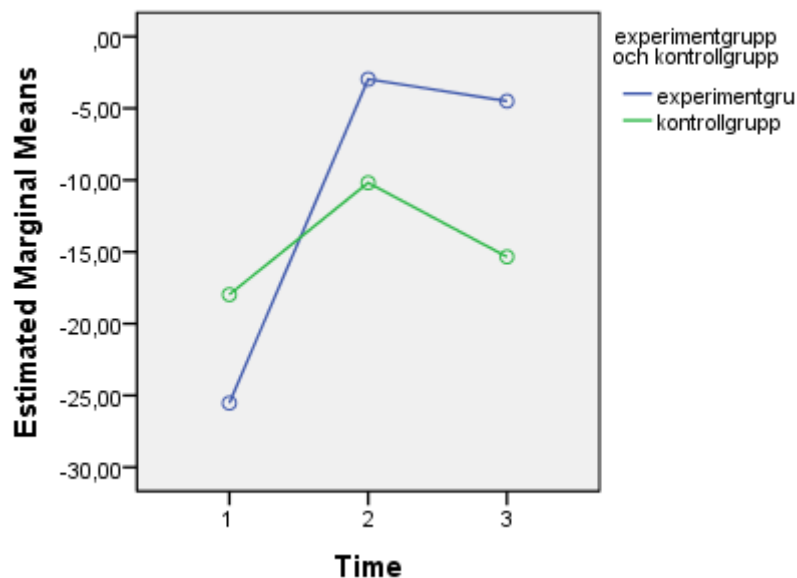
Tabell 5

Medelvärden och standardavvikelser för diskrepanser mellan deltagarnas och observatörernas skattningar uppdelat på experimentgrupp och kontrollgrupp.

	Experimentgrupp <i>M (SD)</i>	Kontrollgrupp <i>M (SD)</i>
Diskrepens 1	-23.32 (28.28) ^a	-17.97 (23.95) ^c
Diskrepens 2	-0.31 (23.29) ^b	-9.58 (28.66) ^d
Diskrepens 3	-1.42 (23.76) ^b	-15.60 (24.85) ^e

^a $n = 17$, ^b $n = 18$, ^c $n = 19$, ^d $n = 20$, ^e $n = 21$

En 2 (Grupp: AF med KF-3; enbart AF) x 3 (Mättillfällen: efter första anförandet; efter AF; efter andra anförandet) MANOVA-analys med diskrepanserna som beroendevariabel, visade en signifikant interaktionseffekt mellan grupp och tid; $F(2,66) = 3.73$ $p = .029$. Signifikansen kvarstår även när vi kontrollerar för baslinjeskillnader i FNE. Analys av de enkla huvudeffekterna, via t-tester, visade att de signifikanta effekterna berodde på AF med KF-3. Parvisa t-test för par ett, som jämförde D1 och D2 visade en signifikant minskning av diskrepansen för experimentgrupp, $t(16) = 4.53$, $p < .000$. För kontrollgrupp påvisades en tendens till minskning; $t(18) = 2.05$, $p = .056$.



Figur 4.

Kurva över diskrepanserna D1, D2 och D3 för kontrollgrupp och experimentgrupp

Som framgår i tabell 5 är skillnaderna mellan observatörernas och deltagarnas skattningar större före AF än efter. Skillnaderna är mer uttalade i experimentgruppen än i kontrollgruppen. Hypotesen om att deltagarna kommer att underskatta sin prestation före AF bekräftades.

Efter AF närmar sig deltagarnas skattningar observatörernas. Experimentgruppens skattningar ligger närmre observatörernas skattningar än kontrollgruppens vilket bekräftar våra hypoteser att deltagarnas skattning av sin prestation kommer att ligga närmre observatörernas efter AF med KF-3. Skillnaden kvarstår efter andra anförandet.

Generaliseringseffekt

För att undersöka hypotes 5, om det fanns en generaliseringseffekt, utfördes en MANOVA-analys: 2 (Grupp: AF med KF-3; endast AF) x 2 (Tid: före AF; efter andra anförandet).

Analysen visade på en signifikant interaktionseffekt mellan grupp och tid avseende del 3 av VEQ; $F(1,37) = 5.719$, $p = .022$, samt Cohen's $d = 0.77$, se tabell 6. Analyser av de enkla huvudeffekterna, via parvisa t-test, visade att den signifikanta förbättringen berodde på effekterna av AF med KF-3. T-testen påvisade en större minskning för experimentgruppen; $t(18) = 8.33$, $p < .000$ än för kontrollgruppen; $t(19) = 4.32$, $p < .000$ avseende VEQ del 3. För

att ytterligare undersöka generaliseringseffekterna genomfördes en MANOVA-analys: 2 (Grupp: AF med KF-3; endast AF) x 2 (Tid: före AF; efter andra anförandet) utifrån diskrepenserna, D1 och D3, som beroendevariabler; $F(1,33) = 5.346, p = .027$.

Parvisa t-test för par två som jämförde diskrepanserna D1 och D3 visade för experimentgruppen, $t(15) = 3.53, p = .003$, vilket visade på signifikant minskad diskrepens. För kontrollgruppen var minskningen inte signifikant; $t(15) = 0.50, p = .626$.

Tabell 6

Medelvärde och Standardavvikelser på VEQ komponenterna efter första anförandet men före AF och efter andra anförandet(VEQ 1 och VEQ 3).

	Experimentgrupp <i>M (SD)</i>	Kontrollgrupp <i>M (SD)</i>
<i>Röst som helhet (VEQ del 1)</i>		
Efter första anförandet	3.30 (2.13) ^a	3.33 (1.77) ^c
Efter andra anförandet	5.45 (1.64) ^a	4.71 (2.00) ^c
<i>Oro under anförandet (VEQ del 2)</i>		
Efter första anförandet	5.95 (2.54) ^a	5.90 (3.00) ^c
Efter andra anförandet	3.90 (2.38) ^a	4.81 (2.18) ^c
<i>Aspekter på rösten (VEQ del 3)</i>		
Efter första anförandet	95.00 (18.97) ^b	95.55 (17.70) ^a
Efter andra anförandet	71.89 (19.40) ^b	82.35 (19.32) ^a

^a $n = 20$, ^b $n = 19$, ^c $n = 21$

Diskussion

Den här studien utformades för att undersöka effekten av steg tre i den kognitiva förberedelsen vid audio feedback som behandlingsintervention för social ångest. Vi var specifikt intresserade av fem hypoteser: deltagare som får AF med KF-3 kommer generellt att ha en större behandlingseffekt av AF än kontrollgruppen avseende negativ självskattning; att en reduktion av negativ självskattning åtföljs av minskad oro/ångest; att deltagarna kommer att underskatta sin prestation före AF och att deras skattningar kommer ligga lägre än observatörernas; att deltagarnas skattning av sin prestation kommer att ligga närmare

observatörernas efter AF behandling med KF-3 samt att effekterna generaliseras till ett andra anförande.

Vi har studerat AF som intervention vid social ångest i en icke-klinisk grupp under en en-sessionsbehandling. Sammanfattningsvis bekräftar resultaten vår hypotes att effekten av AF förbättras om man samtidigt använder sig av KF-3. Överlag fick de deltagare som erhöll KF-3 signifikant bättre resultat än de som bara erhöll AF och våra resultat överensstämmer med Kim et al (2002) och Nilsson et al (2011). Dessutom visar vår studie att resultaten kvarstår och generaliseras till ett andra anförande efter en kortare paus. Däremot, i motsats till våra förväntningar, fick vi inte stöd för vår hypotes att en reduktion av negativ självskattning åtföljs av en minskad oro. Resultaten visar dock som förväntat att deltagarna underskattar sin prestation före AF i förhållande till observatörernas skattningar. Efter AF med KF-3 närmar sig deltagarnas skattning av sin prestation observatörernas, vilket överensstämmer med våra hypoteser. Resultaten illustrerar att observatörerna kan se en behandlingseffekt efter AF vilket innebär att deltagarna i observatörernas ögon blev bättre talare efter andra anförandet oavsett grupptillhörighet. Det visar sig att kontrollgruppens skattningar ligger något högre i observatörernas skattningar än experimentgruppens efter första anförandet. Kontrollgruppen har även lite högre resultat på både FNE och SIAS, vilket möjligen innebär att denna grupp har något större besvär av sin sociala oro. Skillnaden är dock inte signifikant och bör således inte påverka resultaten nämnvärt. Vi antar att det slumpmässigt fördelar sig så att deltagarna i kontrollgruppen är något mer socialt oroliga.

Som tidigare nämnts bygger de kognitiva förklaringsmodellerna (Clark & Stopa, 1993; Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997) på teorier om att socialt ängsliga personer antar att de kommer att bli negativt värderade av andra samtidigt som de har en stark önskan om att uppfattas positivt. Modellerna utgår även från att socialt ängsliga personer i högre grad tolkar sociala händelser negativt och att de inte tar in yttre signaler som eventuellt skulle kunna korrigera de slutsatser de drar vilket leder till att de underskattar sin prestation. Resultaten i vår studie stämmer med detta då vi tydligt ser att deltagarna underskattar sin prestation före AF. Vi ser också i våra data att deltagarnas underskattning av sin prestation minskar signifikant i båda grupperna men jämfört med de som enbart fick AF reducerades underskattningen mer hos dem som även erhölet KF-3. Detta indikerar att instruktionen, lyssna på uppspelningen som om det vore en främling, hjälper deltagarna att skifta fokus från inre signaler, hur det känns, till att istället lägga fokus på det som faktiskt hörs. På detta sätt

minskar deras underskattning och de blir mer samstämmiga med observatörerna i skattningen av prestationen. Vi antar att ett avgörande inslag är att deltagarna som erhållit KF-3 kan ta till sig och omsätta kunskapen att det som känns inte är samma sak som det som hörs vilket gör att deras tolkningsbias på så sätt korrigeras, det sker en kognitiv omstrukturering.

I tidigare studier, Harvey et al (2000) och Kim et al (2002), har det antagits att de tre stegen i KF kompletterar varandra och inbördes är lika viktiga för att få förbättrad effekt av AF. Framför allt har det antagits att steg 2 i KF, d v s visualiseringen, har varit en förutsättning för att aktivera deltagarnas negativa schema om sig själva och sin egen prestation och på så sätt öka effekten av AF. I våra resultat har vi uppnått en signifikant förbättring med enbart steg 3 i KF. Vi kan dessutom visa bättre resultat än vad som påvisats i studien av Nilsson et al (2011), där man för övrigt föreslog en studie som enbart fokuserade på effekten av just KF-3. Våra resultat tyder på att schemat aktiveras trots att vi inte använt oss av visualiseringen. En förklaring till detta skulle kunna vara att då schemat redan är aktiverat efter första anförandet behövs inte ytterligare schemaaktiverande åtgärder för att få effekt. Därav ifrågasätter vi nyttan av de andra två stegen. För att dra säkra slutsatser behöver detta dock undersökas ytterligare.

State-Anxiety, d v s deltagarnas orosskattning, sjunker under behandlingen. Förändringen om man jämför orosskattning 2 med orosskattning 4 är signifikant avseende tid för båda grupperna. Detta innebär att deltagarna är mindre oroliga inför sitt andra anförande oavsett om de fått KF-3 eller ej varför det torde röra sig en habitueringseffekt och/eller inlärningseffekt. Det är känt att man får en viss inlärningseffekt vid alla upprepade mätningar vilket påverkar våra resultat. Vi menar också att själva anförandet blir en form av exponering för situationen, att hålla ett anförande, och vi ser en habituering som vid all exponeringsbehandling snarare än som ett resultat av AF behandling. Detta antagande stärks av det faktum att det saknas korrelation mellan skillnaderna i orosskattning 2 och 4 samt VEQ 1 och VEQ 3. Mot förväntan kunde alltså hypotesen om att reduktion av negativ självskattning åtföljs av minskad oro inte bekräftas.

Vi har i vår studie två oberoende observatörer som har lyssnat på alla anföranden. I resultaten har vi slagit samman deras två skattningar till en. Det finns flera anledningar till att vi väljer att slå samman dessa värden; dels underlättar det en jämförelse med deltagarnas skattning men framförallt så är korrelationen mellan de båda observatörernas skattningar låg. I

resultatet undersöker vi även diskrepansen mellan observatörernas och deltagarnas skattningar. Vi ser då att diskrepansen minskar signifikant mellan första och andra anförandet för experimentgruppen. Detta stöder vår hypotes att deltagarnas skattningar av sin egen prestation stämmer bättre överens med oberoende observatörers skattning av samma prestation efter att de erhållit AF med KF-3. I sammanhanget är det intressant att notera att även enbart AF ger effekt dock inte lika god effekt som AF med KF-3.

Vad gäller bedömningsbias avseende observatörerna så har vi undanröjt möjliga hot genom att observatörerna inte visste vilken grupp deltagarna tillhörde samt att anförandena presenterades för dem 'blind'. Den låga korrelationen mellan observatörerna och de spretiga resultaten mellan de två observatörerna utgör en begränsning i vår studie. Eventuellt skulle vi behövt fler observatörer för att kunna få mer samstämmiga värden eller skulle vi genomfört någon form av gemensam introduktion/utbildning för våra observatörer där de givits möjligheten att skatta ett antal anföranden genomsamt för att på så sätt få deras bedömningar att närma sig varandra. Detta hade givit en bättre interbedömarreliabilitet samt möjliggjort säkrare slutsatser angående resultaten.

Eftersom detta är en randomiserad kontrollerad studie får den interna validiteten anses hög. Vi har noterat att kontrollgruppen hade ett något högre värde på FNE och SIAS, men våra statistiska analyser visar att dessa värden inte påverkar utfallet i resultaten. Vår undersökningsgrupp innehåller 41 deltagare, vilket får anses vara ett tillräckligt stort antal för att vi ska kunna dra statistiskt underbyggda antaganden utifrån materialet.

Ett möjligt hot mot den externa validiteten är vårt valda rekryteringsurval på en gymnasieskola. Just urvalet innebär en snäv åldersspridning vilket påverkar möjligheten att generalisera resultaten på en normalpopulation vilket blir en begränsning för vår studie. Möjligheten att generalisera till ett kliniskt underlag, personer med diagnos social fobi, är begränsad då diagnos inte var ett inklusionskriterium. Vi kan utifrån resultaten i denna studie inte uttala oss alls om eventuell generalisering till andra social situationer. Då deltagarna var gymnasieelever och studien dessutom genomfördes i skolans lokaler finns en risk att resultatet endast påverkar skolrelaterad oro.

Att vi i vår studie valt att använda två observatörer är en styrka och talar för god konstruktvaliditet. Förutom deltagarnas egen uppfattning om förmåga har vi även med

objektiv bedömning som en faktor i våra resultat. Ett möjligt hot mot konstruktvaliditet kan vara att FNE är ett äldre formulär med äldre språkliga formuleringar.

Just instruktionen i KF-3, där testpersonen uppmanas att lyssna som om de lyssnade på en främling och bortse från hur det kändes, antar vi har stor betydelse för resultatet. Det är troligt att KF-3 tillåter deltagarna att växla perspektiv mellan observatörs- och fältperspektiv (Wells et al, 1998). Därigenom får deltagarna tillgång till objektiv information från AF som bättre stämmer överens med verkligheten. I vår studie har samma skattningsformulär, VEQ, använts både före och efter AF. Om vi istället använt VEQ_O, där påståendena är formulerade i tredje person istället för i du-form, till deltagarna i experimentgruppen efter AF hade det kunnat öka deltagarnas möjlighet att växla perspektiv?

Vår studie undersökte en icke klinisk grupp och man bör även studera om interventionen fungerar med ett kliniskt underlag för att säkerställa att den även fungerar som behandling vid social fobi. Naturligtvis behöver man också göra studier med ett större underlag samt ett mer heterogent underlag för att säkerställa våra slutsatser vi kommit fram till mer generellt. Då vi inför vår studie hade tillgång till elever vid en gymnasieskola i Kristianstad rekryterades deltagare därifrån. Urvalet påverkar, som nämnts tidigare, möjligheten att generalisera våra resultat till en vuxenpopulation. Det finns i nuläget mycket få studier inom detta område som fokuserar på barn och ungdomar och här bidrar vår studie, med sin begränsade åldersspridning, till ökad kunskap. Eftersom social fobi ofta debuterar under den sena barndomen vore det intressant att se studier på hur denna metod med KF och AF fungerar lägre ner i åldrarna än vi haft möjlighet att undersöka i vår studie.

Vi har också studerat generaliseringseffekten, jämförelse av resultaten på VEQ 1 och VEQ 3, och här visar resultaten att effekten av KF-3 kvarstår vid andra anförandet i experimentgruppen. Vi har således påvisat en generaliseringseffekt. Eftersom pausen mellan första och andra anförandet får anses vara relativt kort kan vi dock inte dra några slutsatser om hur länge generaliseringseffekten kvarstår. Det rymdes inte tidsmässigt inom ramen för vår studie men det hade varit intressant att göra en uppföljning efter att en längre tid har passerat och låta samma deltagare hålla ett nytt anförande för att se hur de då skattar sin prestation. Vi vill gärna tro att behandlingseffekterna kvarstår över tid. Vidare hade det varit intressant att undersöka generaliseringseffekten till andra sociala situationer. Upplever deltagarna förbättring även i andra socialt hotfulla situationer? Deltagarna har i

observatörernas ögon blivit bättre talare efter AF vilket väcker frågan om utökade användningsområden av AF behandling. Vidare skulle det vara intressant med studier som tittade på effekterna i en population som inte är socialt oroliga. Blir även dessa bättre talare? Är detta en metod att använda mer generellt för exempelvis studenter?

I framtida studier skulle ett fokus på emotionella processer (Foa & Kozak, 1986) vara intressant, d v s undersöka hur ett starkt påslag påverkar förmågan att korrekt värdera sin prestation samt hur detta är länkat till en negativ självbild och vilken påverkan det har på schemanivå. Om vi studerar detta utifrån emotionell processande finner vi det troligt att personer som är socialt ängsliga efter ett anförande som i vår testsituation har en ökad arousal. Genom KF-3 får de en kognitiv förändring som i kombination med AF torde leda till mer positiva känslor då de kan notera en bättre prestation.

En fundering som uppstod under vägen var kring formuläret VEQ. Kanske borde man efter KF-steg 3 använda formuläret VEQ₀ för att ytterligare förstärka instruktionen och öka diskrepansen mellan det man kände och det som hörs. Vi vet inte om det hade haft någon betydelse för resultatet men kanske är detta något att forska vidare kring. Vi anser även att det vore intressant att undersöka vidare om man får en större effekt om man kombinerar KF med både audio och video feedback, tex att man först använder AF vid ett första testtillfälle och därefter video feedback vid ett andra testtillfälle. Vid AF ligger fokus på värdering av prestation kring hur rösten låter och uppfattas i kombination med hur det känns. Vid video feedback tillkommer komponenter kring hur det ser ut, om man rodnar, ser nervös ut etc.

Sammanfattningsvis visar våra resultat att KF-3 signifikant förbättrar effekterna av AF. Eftersom våra resultat tyder på att endast KF-3 är tillräckligt för att nå önskad behandlingseffekt och att de andra två stegen således inte behövs så önskar vi se replikerande studier som tittar på möjligheten att enbart KF-3 ger lika goda eller möjligen bättre resultat än KF med alla steg. Vi menar att studier som jämför effekterna av de olika stegen var för sig samt även effekten av alla tre stegen jämfört enbart med KF-3 behövs för att kunna dra tydligare och mer specifika slutsatser.

Slutligen vill vi kommentera lite kring de mer kvalitativa delarna i genomförandet av denna studie. Vi är positivt överraskade av det intresse som funnits bland gymnasieeleverna för denna behandling och för möjligheten att delta studien. Det fanns också ett förvånande stort antal elever som uppfyllde inklusionskriterierna. Detta ligger i och för sig i linje med

forskning angående prevalens på social fobi. Eleverna själva hade många tankar kring behandlingen och flera drog egna slutsatser kring behandlingen och resultatet. Åtskilliga deltagare i båda grupperna gjorde på egen hand kopplingen att *”det som jag känner när jag talar inte hörs”*, även i kontrollgruppen. Många kommenterade spontant efter AF att *”jag lät inte alls så nervös som jag trodde”* eller *”jag lät ju riktigt bra”*. Efter behandlingen sa flera deltagare att de trodde att de framöver skulle göra bättre framförande och vara mindre nervösa inför sina framträdande.

En intressant aspekt av vår studie, som kunde gett upphov till en helt annan studie med annat fokus, var deltagarnas val av ämne. Utifrån instruktionen fick deltagarna fritt välja ämne, men vi noterade att flera valde samma tema. Vanligt återkommande var semesterresor, projektarbete, deras familj och en vanlig dag i deras liv. Vi har haft mycket roligt tillsammans med deltagarna under studien och vi har fått lyssna till många intressanta anföranden.

Tack

Vi vill rikta ett särskilt tack till de elever som deltagit och till vår handledare, Jan-Erik Nilsson, som vi inte skulle kunnat slutföra detta utan. Vi vill även tacka familj och kollegor som stöttat oss och stått ut när vi haft fullt fokus på denna uppsats.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed TR.). Washington DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. *DSM V Development; Proposed Revisions; Anxiety Disorders; E 04 Social Anxiety Disorder (Social Phobia)*. Hämtad 29 februari, 2012 från <http://www.dsm5.org>.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (2006). *BDI-II: Beck Depression Inventory: manual, svensk version*. (2. ed.) Stockholm: Psykologiförlaget.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189. doi: 10.1002/da.20670
- Chartier, M., Walker, J., & Stein, M. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 728-734. doi: 10.1007/s00127-003-0720-6
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W.R Crozier, & L. E. Alden (Eds), *International handbook of social anxiety: concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp 405-429). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F.R. Schneider, (Eds), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: The Guildford Press.
- Creswell, C., Murray, L., Stacey, J., & Cooper, P. (2011). Parenting and child anxiety. In W. K. Silverman, & A. P. Field, (Eds). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp 299-322). (2nd ed). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crozier, W. R., & Alden, L. E. (2001). The social nature of Social Anxiety. In W.R Crozier, & L. E. Alden (Eds), *International handbook of social anxiety: concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp 1-22). New York: John Wiley & Sons Ltd.

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.-O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredriksson, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(8), 416-424. Doi: 10.1007/s001270050163
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 84-93. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x
- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G., Svedin, C.-G. (2009). Social phobia in Swedish adolescents, Prevalence and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 1-7. doi: 10.1007/s00127-008-0400-7
- Harb, G. C., & Heimberg, R. G. (2006). Social Anxiety Disorder. In J. E. Fisher, & W. O'Donohue, (red.). *Practitioner's Guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 668-677). New York: Springer.
- Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A., Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression: cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful task. *Behaviour Research and therapy*, 38(12), 1183-1192.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2007). Imagery special issue: Underestimation of auditory performance in social phobia and the use of audio feedback. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 447-458.
- Hirsch, C.R., Clark, D. M., Mathews, A., & Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 909-921.
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Clark, D. M., Williams, R., & Morrison, J., A. (2006). The causal role of negative imagery in social anxiety: A test in confident public speakers. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(2), 159-170.
- Kim, H.-Y., Lundh, L.-G., & Harvey, A. (2002). The enhancement of video feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety. A single-session experiment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(1), 19-37.

Kåver, A. (2010). *Social fobi: att känna sig granskad och bortgjord*. (2. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Lundh, L-G., Berg, B., Johansson, H., Kjellén Nilsson, L., Sandberg, J., & Segerstedt A. (2002). Social anxiety is associated with a negatively distorted perception of one's own voice. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(1), 25-30. doi: 10.1080/16506070252823634

Mansell, W., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Internal versus external attention in social anxiety: an investigation using a novel paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (5), 555-572. doi:10.1016/S0005-7967(02)00029-3

Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455-470.

Nilsson, J.-E., Lundh, L.-G., Faghihi, S., & Roth-Andersson, G. (2011). The enhancement of beneficial effects following audio feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety: A single-session experiment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(4), 497-503. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.05.004

Parr, C. L., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Social anxiety in adolescents: the effect of video feedback on anxiety and the self-evaluation of performance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(1), 46-54. doi: 10.1002/cpp.599

Rapee, R. M., & Hayman, K. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 315-322.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.

Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 728-731.

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.

- Rodebaugh, T. L. (2004). I might look OK, but I'm still doubtful, anxious, and avoidant: The mixed effects of enhanced video feedback on social anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1435-1451. doi: 10.1016/j.brat.2003.10.004
- Rodebaugh, T. L., & Chambless, D. L. (2002). The effects of video feedback on self-perception of performance: A replication and extension. *Cognitive Therapy and Research*, 26(5), 629-644. doi: 10.1023/A:1020357210137
- Rodebaugh, T. L., & Rapee, R. M. (2005). Those who think they look worst respond best: self-observer discrepancy predicts response to video feedback following a speech task. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 705-715. doi: 10.1007/s10608-005-9634-9
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (3), 255-267
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Magee, L. (2008). Social Anxiety Disorder. In D.H. Barlow (Ed), *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual* (s. 123-163). New York: The Guildford Press.
- Wells, A., Clark, D. M., & Ahmad, S. (1998). How do I look with my minds eye: perspective taking in social phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 631-634.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457. doi: 10.1037/h0027806
- Wittchen, H.-U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fear and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl.417), 4-18.
doi: 10.1034/j.16000447.108.s417.1.x

FNE

Namn: _____ Datum: _____

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

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Jag oroar mig sällan över att verka fånig inför andra | S | F |
| 2. Jag oroar mig för vad människor skall tycka om mig, även om jag vet att det inte spelar någon roll | S | F |
| 3. Jag blir spänd och nervös om jag vet att någon bedömer mig | S | F |
| 4. Jag bekymrar mig inte även om jag vet att människor får ett ofördelaktigt intryck av mig | S | F |
| 5. Jag känner mig mycket upprörd när jag har gjort något socialt fel | S | F |
| 6. De åsikter som viktiga människor kan ha om mig bekymrar mig föga | S | F |
| 7. Jag är ofta rädd att jag skall se löjlig ut eller göra bort mig | S | F |
| 8. Jag reagerar mycket litet när andra människor ogillar mig | S | F |
| 9. Jag är ofta rädd att andra människor skall lägga märke till mina brister | S | F |
| 10. Andras ogillande skulle ha föga effekt på mig | S | F |
| 11. Om någon bedömer mig tenderar jag att vänta mig det värsta | S | F |
| 12. Jag bekymrar mig sällan över vilket intryck jag gör på andra | S | F |
| 13. Jag är rädd för att andra inte skall tycka om mig | S | F |
| 14. Jag är rädd att människor skall finna fel hos mig | S | F |
| 15. Andra människors åsikter om mig oroar mig inte | S | F |
| 16. Jag blir inte nödvändigtvis upprörd om jag inte behagar en viss person | S | F |
| 17. När jag talar med någon oroar jag mig för vad han/hon skall tycka om mig | S | F |
| 18. Jag anser att man inte kan undvika att göra sociala misstag ibland, så varför bekymra sig om det | S | F |
| 19. Jag oroar mig vanligen för vilket sorts intryck jag skall göra | S | F |
| 20. Jag oroar mig mycket för vad mina överordnade skall tänka om mig | S | F |
| 21. Om jag vet att någon bedömer mig har det föga effekt på mig | S | F |
| 22. Jag oroar mig för att andra skall tycka att jag inte är givande att vara tillsammans med | S | F |
| 23. Jag bekymrar mig mycket litet över vad andra skall tänka om mig | S | F |
| 24. Ibland tycker jag att jag är för bekymrad över vad andra människor skall tänka om mig | S | F |
| 25. Jag är ofta orolig att jag skall säga eller göra fel saker | S | F |
| 26. Jag struntar ofta i vad andra tycker om mig | S | F |
| 27. Jag är vanligen säker på att andra har en fördelaktig åsikt om mig | S | F |
| 28. Jag oroar mig ofta för att människor som är viktiga för mig inte har speciellt höga tankar om mig | S | F |
| 29. Jag grubblar över vad mina vänner anser om mig | S | F |
| 30. Jag blir spänd och nervös om jag vet att jag blir bedömd av mina överordnade | S | F |

SIAS

Ange för varje fråga hur väl de olika påstående stämmer för dig genom att ringa in en av siffrorna. Använd följande skala:

- 0 = Stämmer inte alls på mig
 1 = Stämmer något på mig
 2 = Stämmer ganska bra på mig
 3 = Stämmer mycket bra på mig
 4 = Stämmer precis på mig

	Påståendet stämmer				
	inte alls	något bra	ganska bra	mycket bra	precis
1. Jag blir nervös om jag behöver tala med auktoritetspersoner (lärare, chef etc.)	0	1	2	3	4
2. Jag har svårt att ha ögonkontakt med andra människor	0	1	2	3	4
3. Jag blir spänd om jag skall tala om mig själv eller om mina känslor	0	1	2	3	4
4. Jag har svårt att umgås med mina arbetskamrater på ett avspänt sätt	0	1	2	3	4
5. Jag har lätt att bli vän med personer i min egen ålder	0	1	2	3	4
6. Jag blir spänd om jag möter någon bekant person på gatan	0	1	2	3	4
7. Jag känner mig besvärad vid sociala tillställningar	0	1	2	3	4
8. Jag känner mig spänd om jag är ensam med en annan person	0	1	2	3	4
9. Jag känner mig avspänd när jag träffar människor på fester etc.	0	1	2	3	4
10. Jag har svårt att prata med andra människor	0	1	2	3	4
11. Det är lätt för mig att hitta saker att prata om	0	1	2	3	4
12. Jag oroar mig för att uttrycka mina åsikter ifall jag skulle uppfattas som klumpig	0	1	2	3	4
13. Det är svårt för mig att säga emot någon annans åsikter	0	1	2	3	4
14. Jag har svårt att tala med attraktiva personer av motsatt kön	0	1	2	3	4
15. Jag kommer på mig själv med att oroa mig för att inte veta vad jag skall säga i sociala situationer	0	1	2	3	4
16. Jag är nervös tillsammans med människor som jag inte känner väl	0	1	2	3	4
17. Det känns som om jag kommer att säga något pinsamt/genant	0	1	2	3	4
18. När jag är i en grupp kommer jag på mig själv med att oroa mig för att bli ignorerad	0	1	2	3	4
19. Jag känner mig spänd när jag umgås i en grupp	0	1	2	3	4
20. Jag är osäker på om jag skall hälsa på personer som jag bara känner lite grand	0	1	2	3	4

Hur mycket oro/ångest känner du just nu?

ingen alls

extremt mycket
outhärdligt

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

CHECKLISTA

1. INFORMATION

2. INTERVJU

3. INSTRUMENTEN

Ångestskattning 1
SIAS
BDI

4. FÖRBEREDELSE INFÖR ANFÖRANDE 1

Instruktion
3 min förberedelse

5. ÅNGESTSKATTNING 2

6. ANFÖRANDE 1

7. VEQ 1

8. KOGNITIV FÖRBEREDELSE: **steg 3**

9. ÅNGESTSKATTNING 3

10. AUDIO FEEDBACK

11. VEQ 2

12. PAUS (ev. fika)

13. FÖRBEREDELSE INFÖR ANFÖRANDE 2

14. ÅNGESTSKATTNING 4

15. ANFÖRANDE 2

16. VEQ 3

17. AVSLUTNING