

Vetenskapligt arbete i klinisk psykologi
Sveriges Psykologförbunds specialistordning
april 2016

**Olika subtyper eller en dimension: Två perspektiv på social
ångest och samband med livskvalitet, depression och kön.**

Mikael Malmberg
Utvecklingszonen
Viravägen 30
82022 Sandarne

Handledare:
Per Carlbring (Professor Stockholms Universitet)
Philip Lindner (Doktorand Karolinska Institutet)

Olika subtyper eller en dimension: Två perspektiv på social ångest och samband med livskvalitet, depression och kön.

Social ångest (social anxiety disorder, SAD) är ett av de vanligaste ångesttillstånden och som ofta har stor påverkan på både funktion och livskvalitet. Den aktuella studien undersökte om det fanns effekter av olika grad av SAD och subtyp av SAD (Interaction Anxiety [IA], och Performance Anxiety [PA]) på depressivitet och livskvalitet, samt om det fanns könsskillnader och interaktionseffekter av kön, i ett SAD-sampel insamlat via internet. Det fanns inga samband mellan subtyperna IA eller PA och kön, depression och livskvalitet. Däremot fanns samband mellan högre grad av social fobi, högre grad av depression och lägre grad av livskvalitet. Kvinnor fick högre grad av SAD och högre skattningar på livskvalitet än män. Resultaten gav inte stöd för hypotesen att olika subtyper av SAD leder till olika konsekvenser, men gav däremot stöd för hypotesen att SAD-symptom, svårigheter och livskvalitet uppträder på ett kontinuum. Dessutom fann vi stöd för att kvinnor med social ångest dels upplever mer SAD-symptom än män, dels upplever högre livskvalitet än män.

Inledning

Social fobi eller social ångest (på engelska Social Anxiety Disorder, SAD), som tillståndet kallas fr.o.m. 5e upplagan av Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) som släpptes 2013 (American Psychological Association, 2013), är en av de vanligaste ångeststörningarna. En amerikansk studie bedömde SAD som den fjärde vanligaste ångeststörningen (Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers & Stein, 2000). Livstidprevalensen av social ångest som bedöms vara på kliniskt signifikant nivå varierar dock kraftigt mellan olika studier e. g. i två studier från USA 12.1% (Kessler et al., 2005) och 4% (Narrow, Rae, Robins & Regier, 2002). I en översikt av 23 studier från Europa var medianen av livstidsprevalensen av SAD, enligt DSM-III-R (APA, 1987) och DSM-IV (APA, 1994) kriterier, 6.65% (Fehm, Pelissolo, Furmark & Wittchen, 2005).

I de tidiga upplagorna av DSM (DSM-I och DSM-II: APA, 1952, 1968) byggde diagnoserna på hypotetiska konstrukt med antaganden om etiologi, i den s.k. klassiska diagnostiken måste alla kriterier uppfyllas för att bedömas höra till en diagnostisk kategori (Cantor & Mischel, 1979). Sedan DSM-III (APA, 1980) släpptes har klassifikationen och diagnoserna i högre grad byggt på en ateoretisk, empirisk approach (Dattilio & Salas-Auvert, 2000). I de tidigare klassiska diagnossystemen sågs diagnoser som diskreta enheter, med egenskaper som var kvalitativt åtskilda från varandra. DSM-diagnostiken fr. o. m. 1980 är prototypiskt, där prototypdiagnosen motsvarar de vanligaste inslagen i en diagnos, som man jämför med när man diagnosticerar en person, d.v.s. alla diagnosens kriterier behöver inte vara uppfyllda för att en ska bedömas höra till en diagnostisk grupp (Cantor & Mischel, 1979) och individer med samma diagnos kan ha relativt skilda profiler (Horowitz, Post, French, Wallis & Siegelman, 1981).

Social fobi blev en egen diagnos i DSM-III 1980 och ansågs då bara påverka det sociala fungerandet minimalt. Sedan dess har forskningen kunnat påvisa att de flesta med SAD rapporterar att de påverkas allvarligt i privatliv, utbildning och arbete (Turk, Heimberg & Magee, 2008) och

den viktigaste anledningen till att byta namn från social fobi till SAD var att tydliggöra att det är en störning med högre grad av funktionsnedsättning än specifika fobier (Heimberg et al., 2014). Exempelvis har det visats att betydligt fler med SAD var ogifta (50%) än jämförbara personer med paniksyndrom med agorafobi (36%) eller generaliserat ångestsyndrom (18%), (Sanderson, DiNardo, Papee & Barlow, 1990). Personer med SAD har även större sannolikhet att arbeta med uppgifter som ligger under deras utbildningsnivå, jämfört med personer utan ångeststörning (Bruch, Fallon & Heimberg, 2003).

Variationen i prevalens är relativt stor mellan olika sociodemografiska karakteristika som ålder, kön, socioekonomisk status, utbildning och civilstånd (Schneider, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992). Kessler et al. (1994) rapporterade 3:2 prevalensförhållande mellan kvinnor (15,5%) och män (11,1%), vilket stämmer med många andra studier (Chapman, Manuzza & Fyer, 1995; Fehm et al, 2005). Vidare rapporterar Pollard och Henderson (1998) att ovanstående prevalensförhållande stämmer om signifikant-lidande-kriteriet inte räknas in, medan förhållandet blir det omvända, d.v.s. 2:3 förhållande i prevalens mellan kvinnor och män om lidandekriteriet tillämpas strikt, medan den tidigare nämnda europeiska översiktsstudien rapporterar att män söker minst lika mycket eller något mer hjälp, trots att betydligt färre män är drabbade av SAD än kvinnor (Fehm et al., 2005). Detta kan indikera att kvinnor har mer symptom på social ångest än män, medan att män har svårare hantera symptom på social ångest än kvinnor.

Social ångest kan definieras som ångest och obehag i sociala situationer, beroende på rädsla för att göra bort sig, att göra ett dåligt intryck eller för att bli granskad och negativt bedömd av andra. Ångesten och obehaget leder ofta till socialt undvikande och hinder i vardagslivet. Mönstret i vilken typ av situationer som upplevs som obehagliga och som leder till ångest och undvikande kan dock variera väldigt mycket (Antony & Swinson, 2000). Variationen i de sociala situationerna som upplevs som skrämmande har lett till att vissa forskare har börjat se SAD som bestående av den

ena, andra, eller båda av två underliggande dimensioner eller subtyper av social ångest, d.v.s. Performance Anxiety (PA), Interaction Anxiety (IA), (Carleton et al., 2009). PA kan definieras som rädsla för eller undvikande av att äta och dricka i offentliga sammanhang, skriva när andra kan se, tala på ett möte eller hålla en föreläsning. IA kan definieras som rädsla för eller undvikande av att tala med nya människor, gå på en fest eller liknande (Crome & Baillie, 2015). I DSM-5, den senaste utgåvan av DSM, har det även inkluderats att det ska specificeras om individen enbart har PA (APA, 2013), medan det i tidigare utgåvor av diagnosmanualen, fr.o.m. DSM-III-R t.o.m. DSM-IV-TR (APA, 1987; APA, 2000), skulle specificeras om fobin var av generaliserad typ. Generaliserad social fobi definieras som rädsla för de flesta typer av sociala situationer, medan andra typer av social fobi vanligtvis kallas icke generaliserad, där det finns rädsla för en eller ett antal sociala situationer, men inte de flesta (Bruch, Fallon & Heimberg, 2003). Den största delen av forskningen runt social fobi har fokuserats på den generaliserade typen där individen upplever ångest i de flesta sociala situationer, t. ex. både vid sociala interaktioner och vid prestationer i sociala sammanhang. Det råder viss osäkerhet om social ångest som inte är generaliserad har några större konsekvenser för individens mående, men mycket talar för att symptom och svårigheter uppträder på ett kontinuum med ett någorlunda linjärt samband (Heimberg et al., 2014; Chartrand, Cox, El-Gabalawy & Clara, 2011; Bruch et al., 2003; Stein, Torgrud & Walker 2000).

Sedan 60-talet har man gjort olika livskvalitetsmätningar i västvärlden. Oftast används begreppet Quality of Life (QoL) och den mest etablerade definitionen består av olika aspekter av livskvalitet som vägts samman, med upplevda livsvillkor, relationer och psykologiskt tillstånd (Lindner et al., In press). Ett av de mest använda instrumenten för att mäta subjektiv livskvalitet är QOLI (Quality of Life Inventory) som tagits fram av Frisch, Cornell, Villanueva och Retzlaff (1992). QOLI består av en sammanvägning av hur viktig man upplever olika livsområden och hur nöjd man är med respektive område (för vidare beskrivning av QOLI, se metoddelen). På senare år har intresset för forskning om livskvalitet i relation till psykologiska

störningar ökat (Barrera & Norton, 2009). Istället för att bara se till symptom och nedsättningar i funktion inom olika områden, ses livskvalitet som ett eget begrepp som mäter en annan aspekt av upplevelsen av ens liv. Bland annat undersökte Hambrick, Heimberg, Schneier & Liebowitz (2003) sambandet mellan funktionsnivå och QoL hos en grupp med SAD och fann att nedsättningar i funktion stod för 25% av förklarad varians i QoL, medan man i en annan studie har funnit att symptomskattningar svarar för 4% av förklarad varians i QoL (Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005). Skattningar av QoL kan därmed ses som ett viktigt komplement till symptomskattningar och funktionsbedömningar vid både screening och behandlingsutvärdering (Gladis, Gosch, Dishuk, & Crits-Christoph, 1999; Lindner, Andersson, Öst, & Carlbring, 2013). Eng, Coles, Heimberg & Safren (2005) har undersökt samband mellan social fobi, depression och olika livsområden med QOLI. De gjorde även en faktoranalys av de 16 livsområden som mäts av QOLI och hittade då fyra olika faktorer: Prestation/åstadkommande (Achievement), Socialt liv (Social Functioning), Personlig utveckling (Personal Growth) och Livsmiljö (Surroundings). I en svensk studie, där data aggregerades från flera olika internetadministrerade studier, tog man fram svenska normer för internetadministrerad QOLI. I samma studie undersöktes även, bland annat, hur viktningen av livsområden påverkade QOLI formulärets psykometriska egenskaper. Man fann då att instrumentets interna konsistens var god oavsett om viktning tillämpats eller inte och att viktningen påverkade såtillvida att man fann fler mellangruppskillnader med ovägda data än med vägda.

Rekommendationen från studien var att fortsätta med viktning enligt den etablerade modellen, tills det undersökts ytterligare hur viktning påverkar, samt i nya studier gärna inkludera ovägda analyser och notera eventuella skillnader (Lindner et al., 2013).

Det finns idag en hel del studier rörande livskvalitet och SAD. Rapaport et al., (2005) rapporterade att personer med SAD fick nedsatt livskvalitet motsvarande 2 standardavvikelse eller mer på livskvalitetsskattningar och Lochner et al., (2003) har påvisat nedsatt livskvalitet avseende socialt liv och fritidsaktiviteter (Social and leisure areas). Eng et al., (2005) fann att SAD patienter fick

lägre skattningar inom Prestation/åstadkommande (Achievement) och Socialt liv (Social Functioning) mätt med QOLI. De fann även att tillfredsställelsen inom dessa områden hade signifikanta negativa samband med grad av social ångest och depressiva symptom. Dryman, Gardner, Weeks & Heimberg (2016) undersökte två olika aspekter av SAD, nämligen FNE (Fear of Negative Evaluation, d.v.s. rädsla för negativ bedömning) och FPE (Fear of Positive Evaluation), och hur FNE och FPE förhåller sig till QoL mätt med QOLIs olika delskalor. Dessutom undersökte de om det fanns skillnader mellan viktighetsskattningarna och nöjdhetsskattningarna på respektive delskala. De fann att både FNE och FPE hade samband med nöjdhetsskattningar, d.v.s. ovägda poäng, medan de inte hade samband med viktighetsskattningarna.

För att kunna göra trovärdiga prevalensstudier, kontrollerade behandlingsstudier, valida kliniska bedömningar och fallkonceptualiseringar samt löpande kunna bedöma behandlingsrespons behövs väl utprovade instrument (eg. Greist, Kobak, Jefferson, Katzelnick & Chene, 1995). Social Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clarke, 1998) och Social Phobia Scale (SPS; Mattick and Clarke, 1998) är två av de mest använda instrumenten för SAD (Heidenreich, Schermelleh-Engel, Schramm, Hofmann & Stangier, 2011). SIAS är framtaget för att bedöma obehag och ångest under sociala interaktioner (IA), utan att vara fokuserad på personer med SAD diagnos (Mattick & Clarke, 1998). SPS har tagits fram för att bedöma rädsla för att bli granskad och bedömd under olika typer av prestationer (PA) och specifikt med fokus på individer med diagnos på SAD (Mattick & Clarke, 1998). Båda instrumenten har visat sig ha goda psykometriska egenskaper (eg. Heidenreich et al., 2011). Dock har studier även visat att de item med omvänd poängsättning i SIAS hade sämre begreppsvaliditet och ev. bör uteslutas (Rodebaugh, Woods & Heimberg, 2007; Rodebaugh, Woods, Heimberg & Liebowitz, 2006), samt att SPS sannolikt mäter två faktorer: rädsla för overt bedömning och rädsla för att dra på sig uppmärksamhet (Carleton et al., 2009). Heidenreich et al. (2011) bedömde att faktorstrukturen var otillfredsställande undersökt, och genomförde därför en studie med bl.a. konfirmatoriska faktoranalyser. Resultaten indikerade att negativt formulerade item

eventuellt kan uteslutas och att SIAS och SPS mäter två olika aspekter av social ångest som korrelerar högt med varandra.

Syfte och hypoteser

Syftet med följande studie är att med hjälp av SIAS och SPS, undersöka olika grad av SAD och olika subtyp av SAD, (Interaction Anxiety [IA] och Performance Anxiety [PA]) och respektive faktorers samband med livskvalitet och depression, samt undersöka om det finns könsskillnader och interaktionseffekter av kön. Vår huvudhypotes är att typ av SAD har betydelse och att två specifika subtyper av SAD (IA och PA) går att skilja åt avseende deras samband mellan livskvalitet, depression och kön. Det vi ämnar undersöka är mer specifikt:

1. Om det finns en huvudeffekt av grad av SAD på livskvalitet; om det finns en huvudeffekt av olika subtyp av SAD (IA och PA) på livskvalitet och om det finns interaktionseffekter av kön.

Hypoteser:

- a) högre grad av SAD predicerar lägre grad av livskvalitet
- b) olika subtyp av SAD predicerar olika grad av livskvalitet
- c) det finns interaktioner mellan olika subtyper av SAD, kön och livskvalitet

2. Om det finns en huvudeffekt av grad av SAD på depression; om det finns en huvudeffekt av olika subtyp av SAD (IA och PA) på depression och om det finns interaktionseffekter av kön.

Hypoteser:

- a) högre grad av SAD predicerar högre grad av depression
- b) olika subtyper av SAD predicerar olika grad av depression
- c) det finns interaktioner mellan olika subtyper av SAD, kön och depression

3. Om det finns samband mellan kön och olika grad av SAD och mellan kön och subtyp av SAD (IA och PA)

Hypoteser:

- a) kvinnor har högre grad av SAD än män

b) det finns könsskillnader mellan olika subtyp av SAD

Instrumenten SIAS och SPS kommer dessutom att utvärderas avseende reliabilitet och begreppsvaliditet, för att undersöka lämpligheten i att använda SIAS med 20 item eller SIAS med 17 item, genom att: a) testa intern konsistens på SIAS, med och utan negativt formulerade item, och SPS; b) bedöma samband med andra instrument som mäter social ångest, depression och livskvalitet genom Pearson's produktmomentkorrelation.

Metod

Data samlades in via internet i samband med 3 olika studier (SOFIE 8, SOFIE 11 och SOFIE 13) som syftat till att behandla social fobi eller undersöka olika aspekter av social fobi. Deltagarna anmälde sig själva via internet efter annonsering i olika media som kvällstidningar, på Google, universitets hemsidor, anslag på psykologiska institutioner osv. De fick sedan fylla i ett antal självskattningsformulär rörande social ångest, depression, livskvalitet och bakgrundsdata.

Deltagare

Totalt 753 personer anmälde sitt intresse till de 3 studierna. I nedanstående sammanslagna studie ingår enbart skattningar gjorda före exkludering och eventuella interventioner. Totalt togs 48 personer bort p.g.a. av ofullständiga data. I studien ingår 705 personer, varav 2 saknar data om ålder, 254 män (medelålder 38,4 år, sd 12,7 år) och 451 kvinnor (medelålder 37,0 år, sd 12,0 år). Fördelningen var 36% män och 64% kvinnor. Det fanns möjlighet att rapportera annan könstillhörighet, men ingen utnyttjade den möjligheten. Inga signifikanta skillnader i ålder förelåg mellan könen. Demografiska data angående kön, ålder, civilstånd och utbildningsnivå redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Demografiska data.

	Män	Kvinnor	Alla
Ålder (sd) antal	38.4 (12,7) 254	37.0 (12.0) 449	37.5 (12.3) 703
Familjestatus			
Gift/sambo	149	320	469
Ensam	105	131	236
Totalt	254	451	705
Utbildning			
Grundskola	20	20	40
Gymnasie	147	275	422
Högskola	87	156	243
Totalt	254	451	705

Instrument

Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Report (LSAS-SR).

LSAS-SR är ett självskattningsformulär för att mäta rädsla och undvikanden av sociala sammanhang. Formuläret har 48 frågor (24 x 2) där grad av ångest och undvikande skattas på en likertskala från 0-3. Totalpoäng räknas fram genom att summera sammanlagd ångest- och undvikandepoäng (Liebowitz, 1987). Formuläret har även visats ha goda psykometriska egenskaper vid administrering via internet (Hedman et al., 2010).

Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) och Social Phobia Scale (SPS)

SIAS och SPS är två formulär som publicerades tillsammans. SIAS avser mäta ångest vid sociala interaktioner och SPS avser mäta ångest i sociala prestationssituationer (Mattick & Clarke, 1998). Exempel från SIAS: Jag har svårt att ha ögonkontakt med andra människor. Exempel från SPS: Jag oroar mig för att andra människor ska tycka att jag uppför mig underligt. Formulären består av 20 item vardera, som besvaras på en 5-gradig likertskala från 0 (stämmer inte alls på mig) till 4 (stämmer precis på mig). Båda skalorna har god inre konsistens (0.92 resp 0.89) och god test-retestreliabilitet (0.66-0.93), (Heimberg, Mueller, Holt, Hope & Liebowitz, 1992; Mattick &

Clarke, 1998). Även båda dessa formulär har visats ha goda psykometriska egenskaper vid internetadministrering (Hedman et al., 2010).

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self Report (MADRS-S)

MADRS-S är en självskattningskala som består av nio item med depressionssymptom.

Respondenten skattar sina symptom en 7-gradig skala med fyra definierade skalsteg och tre mellanliggande skalsteg. Instrumentet uppvisar bl. a. god reliabilitet och höga korrelationer mellan klinikerskattning och självskattning av MADRS (Svanborg & Åsberg, 1994). Vid administration via internet har formuläret uppvisat goda psykometriska egenskaper (Hedman et al., 2010).

Quality of Life Inventory (QOLI)

QOLI är ett självskattningsformulär för subjektiv livskvalitet (Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992). Formuläret mäter livskvalitet inom 16 områden: (1) Hälsa, (2) Självrespekt, (3) Mål och värderingar, (4) Ekonomi, (5) Arbete, (6) Fritid, (7) Inläring, (8) Kreativitet, (9) Hjälpa andra, (10) Kärlek, (11) Vänner, (12) Barn, (13) Anhöriga, (14) Hem, (15) Grannskapet, (16) Samhället.

Varje område skattas i viktighet på en 3-gradig skala från 0 till 2 och sedan skattas graden av nöjdhet på en 6-gradig skala från -3 till 3 (-3, -2, -1, 1, 2, 3). Poängen för varje livsområde räknas fram genom att multiplicera de två faktorerna med varandra och totalpoäng tas fram genom att summera resultaten och dela med antalet livsområden. Exempel från skalan:

SJÄLVRESPEKT innebär att tycka om och respektera sig själv som man är, med starka och svaga sidor, framgångar och misslyckanden, och den förmåga man har att hantera problem.

Hur viktigt är det med SJÄLVRESPEKT för ditt välbefinnande?

Hur nöjd är du med din SJÄLVRESPEKT?

QOLI har visat sig ha god test-rest reliabilitet och har god inre konsistens i kliniska och icke-kliniska sampel (Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992). Man har endast påvisat små eller inga skillnader med internetadministrerade QOLI-skattningar jämfört med skattningar på papper

(Carlbring et al., 2007; Hedman et al., 2010).

Statistiska analyser

För att närmare undersöka reliabilitet och validitet i de svenska versionerna av SPS och SIAS gjordes analyser av intern konsistens med Chronbach's alfa och en korrelationsmatris med Pearson's r. För dessa analyser användes Statistica 13, Statsoft.

För att undersöka hur IA och PA förhåller sig till varandra och vilka eventuella effekter det har på livskvalitet mediansplittades resultaten på SPS och SIAS. Vi fick då fram fyra social fobi (SF) undergrupper som utgjorde oberoende variabel (OBV) med fyra lägen: Låg Social Fobi (LSF) < medianen på SPS (Md=38) och < medianen på SIAS (Md=50); Interaction Only (IO) ≥ medianen på SIAS; Performance Only (PO) ≥ medianen på SPS; och Hög Social Fobi (HSF) ≥ medianen på SPS och ≥ medianen på SIAS.

T-test med kön som OBV och poäng på SPS och SIAS utfördes. ANOVOR med SF-grupp och kön som OBV och resultat på MADRS-S och QOLI som beroende variabel (BV) utfördes. För QOLI använde vi viktade poäng som kombinerade viktighets- och nöjdhetsskattningar, samt oviktade poäng med enbart nöjdhetsskattningar och enbart viktighetskattningar. Förutom totalpoäng undersöktes de fyra delskalor som Eng et al., (2005) fann i ett SAD-sampel. För t-tester och ANOVOR användes JASP version 0.7.1.12.

Jämförelser mellan delstudierna

Vid jämförelser med ANOVA av de studier som slogs samman fanns en huvudeffekt på SPS-poäng ($F(2, 699) = 6.275; p=0.002$). Vid Tukey eftertest med bonferronikorrektion fanns två olika signifikanta skillnader mellan studierna; deltagarna fick lägre SPS-poäng i SOFIE 11 än deltagarna

fick i SOFIE 8 ($t = -2.753, p = 0.018$) och SOFIE 13 ($t = -3.156, p = 0.005$) och kvinnor fick signifikant högre SPS-poäng än män totalt ($t = 3.633, p < .001$). På SIAS, MADRS-S och QOLI fanns inga signifikanta poängskillnader mellan studierna och inga interaktionseffekter av kön och studie fanns. I alla tre studierna låg medelvärdet på samtliga social fobi-instrument strax över medelvärdet för tillgängliga normdata i ett svenskt social fobi-sampel. Medelvärdena av depressionsskattningarna befann sig i spannet för moderat depression i samtliga studier medan medelvärdena på livskvalitetsskattningarna var lägre än SAD-normerna i SOFIE 13 och SOFIE 8 och något högre än normdata i SOFIE 11. Jämförelserna med normdata är inte signifikansprovade. Se tabell 8 i bilaga 1 för redovisning av deskriptiva data och normdata

Resultat

Valideringsdelen

Formulärens interna konsistens var god, för respektive instrument SPS $\rho = 0,91$; SIAS(20 item) $\rho = 0,92$; SIAS (17 item) $\rho = 0,92$ och för båda instrumenten tillsammans $\rho = 0,95$. I tabell 2 redovisas korrelationer (Pearson's r) mellan de olika formulären. För SIAS redovisas data med och utan negativt formulerade item enligt rekommendation från Rodebaugh et al., (2007) och för QOLI redovisas vägda och ovägda data enligt studien av Lindner et al., 2013). Dessutom redovisas QOLI viktighetskattningar i enlighet med Dryman et al., (2016). Samtliga samband gick i förväntad riktning, d.v.s. SAD-skalorna korrelerade positivt med varandra och med depressionsskattningarna, medan de korrelerade negativt med QOLI vägda och ovägda (nöjdhets) skattningar. Samtliga korrelationer var signifikanta på $P < .001$ nivån, undantaget viktighetskattningarna som hade låga icke signifikanta korrelationer med övriga instrument, på samma sätt som i Dryman et al., 2016. Ovägda QOLI-poäng (nöjdhet) tenderade genomgående korrelera starkare med övriga skalor än vägda QOLI-poäng, men inga signifikanta skillnader fanns

Tabell 2. Pearson's r korrelationer mellan vardera SPS och SIAS och övriga instrument som ingick i studien.

	SPS	SIAS20	SIAS17	SPS_SIAS
SPS	---	0.678***	0.699***	0.913***
LSAS	0.736***	0.760***	0.762***	0.817***
MADRS-S	0.488***	0.461***	0.459***	0.525***
QOLI vägd Total	0.374***	-0.466***	-0.454***	-0.457***
QOLIT Nöjdhet Total	-0.397***	-0.468***	-0.457***	-0.473***
QOLIT Viktighet Total	0.071	0.228	0.091	0.062

*** $p < .001$. SPS=Social Phobia Scale; SIAS20 =Social Interaction Anxiety Scale, 20 item;

SIAS17=Social Interaction Anxiety Scale 17 item; SPS_SIAS =båda skalorna sammanslagna; LSAS=Liebowitz Social Anxiety Scale; MADRS-S=Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-Report; QOLI vägd Total=Quality of Life Inventory viktade totalpoäng=QOLI. Nöjdhet Total=Quality of Life Inventory oviktade totalpoäng; QOLI Viktighet Total=Quality of Life Inventory total viktighetspoäng.

Korrelationerna mellan SIAS20 och övriga instrument och delskalor och korrelationerna mellan SIAS17 och övriga instrument och delskalor skilde sig bara marginellt. Resterande SIAS-analyser gjordes därför endast med SIAS20 som är den mest utprovade och spridda versionen av SIAS.

Olika typer av SAD, kön och livskvalitet

Vid analys av samband mellan SF-grupp (olika typer av SAD) och kön på QOLI-poäng fanns inga signifikanta interaktioner. Analyser gjordes för vägda poäng (Viktighet x Nöjdhet), ovägda poäng (Nöjdhet) och viktighetspoäng för dels totalskalan, dels de fyra delskalorna för QOLI enligt med Eng et al., (2005). På vägda och ovägda QOLI-totalpoäng och samtliga vägda och ovägda QOLI-delskalor fanns signifikanta skillnader mellan SF-grupptillhörighet där alla skillnader gick i predicerad riktning. Gruppen LL fick genomgående högsta QOLI-medelvärden, gruppen HSF fick genomgående lägsta QOLI-medelvärden och grupperna PO och IO fick QOLI-medelvärden mellan HSF-gruppen och LSF-gruppen. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan PO- och IO-grupperna. Det fanns signifikanta könsskillnader i vägda och ovägda QOLI-poäng på totalskalan, på social functioning-skalan och på surroundings-skalan, där kvinnor fick högre poäng än män. På viktighetsskattningarna fanns inga signifikanta skillnader i SF-grupptillhörighet, medan det fanns könsskillnader i totala viktighetsskattningarna och samtliga viktighetsdelskalor, där kvinnor genomgående fick högre poäng än män. Se tabell 3 för ANOVA resultat och diagram 1-3 som illustrerar sambanden. Se även tabell 7 för deskriptiv statistik av respektive SF-grupp och QOLI-skattningar.

Diagram 1. ANOVA SF-grupp och kön och samband med QOLI vägd totalpoäng (Viktighet x Nöjdhet).

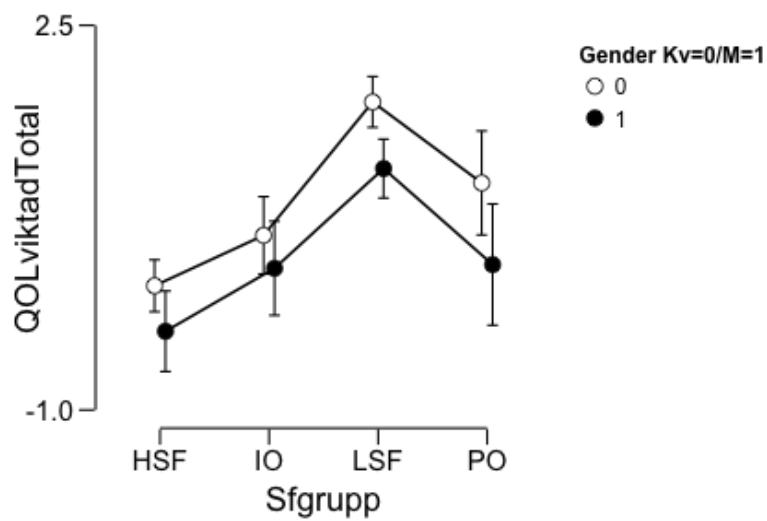


Diagram 2. ANOVA SF-grupp och kön och samband med QOLI ovägd totalpoäng (totalpoäng på nöjdhetsskattningar).

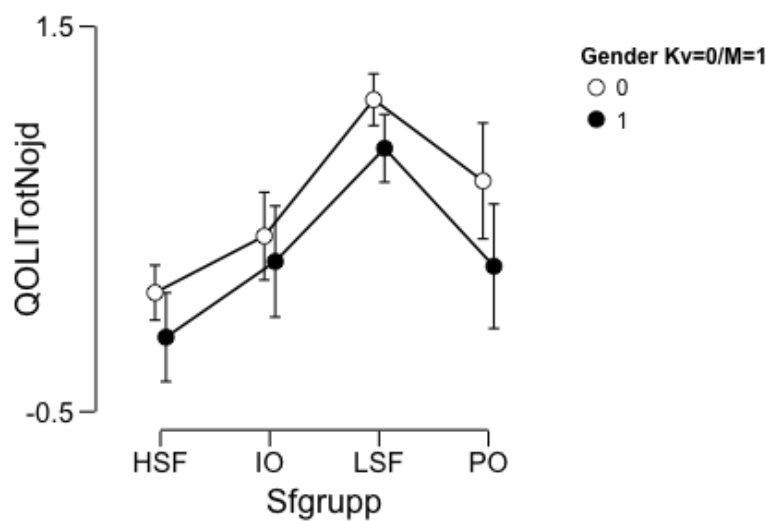
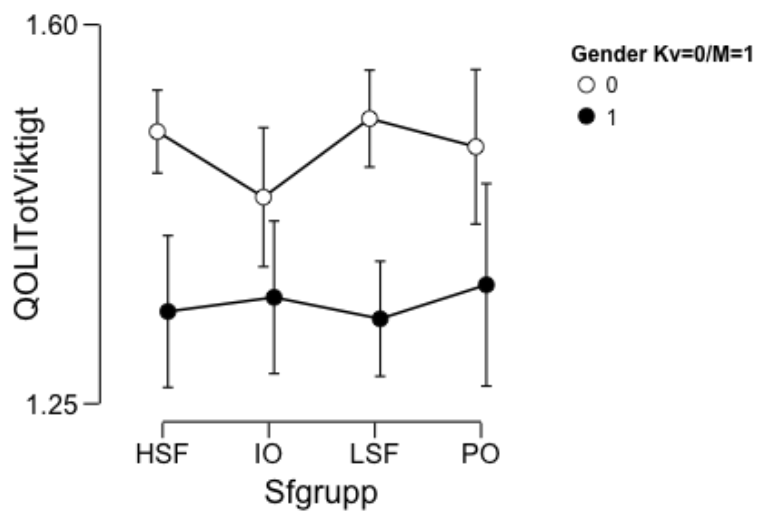


Diagram 3. ANOVA SF-grupp och kön och samband med total viktighetspoäng.



Tabell 3. Effekter av SF-grupptillhörighet, kön och interaktion mellan SF-grupp och kön testat med ANOVA mot poäng på olika QOLI-skalar.

QOLI-skalar	SF-grupp F	Kön F Medelvärdeskillnad/ standardfel	SF-grupp x kön	SF-grupp Tukey eftertest
QOLI vägd (Viktighet x Nöjdhet) Total	41.063***	14.949*** 0.516/0.133	0.472	HSF-IO* HSF-LSF*** HSF-PO*** IO-LSF*** LSF-PO***
QOLI vägd Achievement	29.526***	0.135 0.064/0.176	1.487	HSF-IO* HSF-LSF*** HSF-PO* IO-LSF*** LSF-PO***
QOLI vägd Social Functioning	26.393***	26.498*** 0.906/0.176	0.363	HSF-LSF*** HSF-PO** IO-LSF*** LSF-PO*
QOLI vägd Personal Growth	22.920***	4.218 0.207/0.182	0.190	HSF-LSF*** LSF-PO*** IO-LSF***
QOLI vägd Surroundings	11.590***	11.733*** 0.585/0.171	.323	HSF-IO* HSF-LSF*** LSF-PO*
QOLI Nöjdhet Total	42.344***	10.313*** 0.265/0.082	0.441	HSF-IO* HSF-LSF*** HSF-PO*** IO-LSF*** LL-PO***
QOLI Nöjdhet Achievement	31.429***	0.002 -0.004/0.106	0.871	HSF-IO** HSF-LSF*** HSF-PO** IO-LSF*** LSF-PO***
QOLIF2 Nöjdhet Social Functioning	30.036***	19.911*** 0.475/0.106	0.814	HSF-LSF*** HSF-PO** IO-LSF*** LSF-PO**
QOLI Nöjdhet Personal Growth	24.652***	2.588 0.196/0.122	0.125	HSF-LSF*** HSF-PO*** IO-LSF***
QOLI Nöjdhet Surroundings	11.166***	11.776*** 0.404/0.118	0.113	HSF-IO* HSF-LSF*** LSF-PO**
QOLI Viktighet Total	0.262	36.737*** 0.143/0.024	0.793	
QOLI Viktighet Achievement	0.906	23.949*** 0.141/0.029	1.444	
QOLI Viktighet Social Functioning	1.172	25.806*** 0.155/0.030	0.811	
QOLI Viktighet Personal Growth	0.516	7.928** 0.110/0.039	0.421	
QOLI Viktighet Surroundings	0.701	8.967** 0.132/0.044	0.240	

*p<.05, **p. ≤.01, ***p≤.001. Post Hoc-jämförelser gjorda med Tukeys och bonferronikorrekationer. QOLI vägd Total,=Quality of Life Inventory vägda totalpoäng, d.v.s. viktighet x nöjdhet; QOLIT Nöjdhet Total=Quality of Life Inventory ovägda totalpoäng, d.v.s. bara nöjdhetsskattningar; QOLI Viktighet=total viktighetsskattning; HSF=Hög Social Fobi; IO=Interaction Only; PO=Performance Only; LSF= Låg Social Fobi, d.v.s. fp som har resultat under 50e percentilen både på SIAS och SPS. Tolknings exempel tabellens första rad: det finns en signifikant effekt av grupptillhörighet och en signifikant effekt av kön. Det finns ingen interaktionseffekt. Kvinnors medelpoäng på viktad QOLI-totalpoäng är 0.268 poäng högre än mäns poäng(positiv medelvärdeskillnad anger att kvinnor fick högre poäng än män). Det finns en signifikant skillnad mellan HSF-gruppen och LSF-gruppen på viktad QOLI-totalpoäng, där LSF-gruppen fick högre poäng än HSF-gruppen (kursiverad gruppförkortning anger gruppen som fick högst QOLI-poäng). Se diagram 1-3 för illustration av samband och effekter på respektive QOLI-total skalar samt tabell 8 för mer detaljerad deskriptiv statistik.

SF-grupp, kön och depression

Vid test med ANOVA predicerade tillhörighet till social fobi-grupp MADRS-S poäng, $F(3, 697)=50,498$; $p < .001$. Vid Bonferronijusterat eftertest med Tukey fick Hög Social Fobi-gruppen (HSF) högre MADRS-S poäng än övriga grupper, Interaction Only-gruppen (IO) och Performance Only-gruppen(PO) fick högre poäng på MADRS-S än gruppen Låg Social Fobi(LSF), d.v.s. de deltagare som fick under medianen både på SIAS och SPS. Det fanns ingen signifikant skillnad i MADRS-S poäng mellan IO och PO, och det fanns ingen signifikant effekt av kön eller någon interaktionseffekt av grupptillhörighet och kön, se tabell 4 för ANOVA resultat, och diagram 4 som illustrerar sambanden. I tabell 7 redovisas deskriptiv statistik för de olika SF-grupperna. HSF-gruppen fick högsta MADRS-S poäng, följt av PO-gruppen och IO-gruppen, de sistnämnda skilde sig inte signifikant åt. LSF-gruppen fick lägsta poäng på MADRS-S.

Tabell 4. SF-grupp, kön och samband med poäng på MADRS-S.

	F	Tukey eftertest SF-grupp Kön	Medelvärdeskillnad/ standardfel	Effektstorlek eta-squared
SF-grupp	50.498***	<i>HSF-IO***</i> <i>HSF-LSF***</i> <i>HSF-PO**</i> <i>IO-LSF***</i> <i>IO-PO</i> <i>LSF-PO***</i>	4.907/0.902 8.464/0.694 3.343/0.934 3.557/0.876 -1.564/1.077 -5.121/0.910	0.178g
Kön	1.314	<i>Kvinnor-Män</i>	-0.734/0.640	0.002
SF-grupp*kön	0.820			0.003

*** $p < .001$, Tukey eftertest med bonferronikorrektion. gMedelstor effekt enl Cohen's eta-squared.

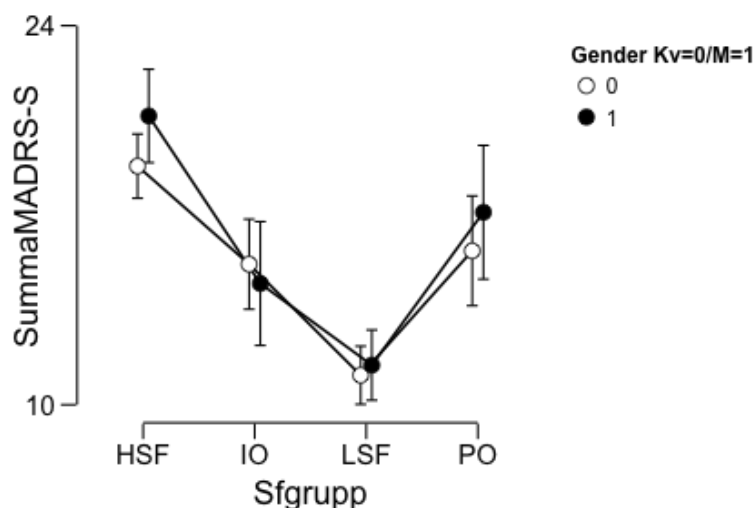
dMedelvärdeskillnad och standardfel(standard error of mean). Tolkningsexempel: det fanns en signifikant skillnad mellan HSF-gruppen (Hög Social Fobi, d.v.s. deltagare som fick lika med eller över medianen på både SIAS och SPS) och IO-gruppen (Interaction Only), där HSF-gruppen fick 4,9 MADRS-S poäng högre än IO-gruppen; det fanns en signifikant skillnad mellan LSF-gruppen (Låg Social Fobi, d.v.s. deltagare som fick under medianen på både SIAS och SPS) och PO-gruppen (Performance Only), där LSF-gruppen fick 5.12 poäng lägre på MADRS-S än PO-gruppen. Kursiverat gruppnamn anger gruppen med högsta medelvärdet på MADRS-S vid respektive eftertest. Se även diagram 4 för förtydligande.

Kön, SAD-skattningar och depressionsskattningar

I tabell 5 redovisas medelvärden, standardavvikelse, p-värden och effektstorlekar för skillnader mellan män och kvinnor på mätningar av social ångest och depression. På samtliga SAD-mått fick kvinnor signifikant högre poäng än män, med en liten effektstorlek enligt Cohen's riktlinjer (Cohen,

1998). På depressionsskattningar med MADRS-S fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män.

Diagram 4, effekt av SF-grupp och kön på MADRS-S.



Tabell 5. Medelvärden, standardavvikelser, p-värden och effektstorlekar för skillnader mellan män och kvinnor på mätningar av social ångest och depression.

Instrument	Kön(N=451/254)	M	SD	p	Cohen's d
SIAS20	Kvinnor	49.96	16.31	< .001	0.270
	Män	45.58	16.18		
SPS	Kvinnor	39.31	15.96	< .001	0.293
	Män	34.73	15.04		
SPS_SIAS	Kvinnor	89.27	29.60	< .001	0.307
	Män	80.30	28.39		
MADRS-S	Kvinnor	15.47	8.14	0.766	0.023
	Män	15.28	7.99		

Könsfördelning mellan SF-grupperna

När fördelningen av kvinnor och män mellan de olika subgrupperna av social fobi undersöktes fanns en skillnad i mönstret i SF-grupptillhörighet, $N=705$, $X^2=17.06$, $p<.001$. Kvinnor låg högre i frekvens än förväntat på Hög Social Fobi (HSF), medan män låg lägre i frekvens. Det fanns en tendens hos kvinnor att ligga lägre i frekvens i gruppen Performance Only (PO) och i gruppen Interaction Only (IO) än förväntat av slumpen, medan det fanns en tendens hos män att ligga högre i frekvens på grupperna IO och PO än förväntat av slumpen, se tabell 6.

Tabell 6. Frekvens av kvinnor och män i respektive SF-grupp och av slumpen förväntad frekvens.

SF-grupp		Kvinnor	Män	Totalt
HSF	Antal	193.00	69.00	262.00
	Förväntat	167.61	94.39	262.00
	%	73.7 %	26.3 %	100.0 %
IO	Antal	58.00	42.00	100.00
	Förväntat	63.97	36.03	100.00
	%	58.0 %	42.0 %	100.0 %
LSF	Antal	146.00	106.00	252.00
	Förväntat	161.21	90.79	252.00
	%	57.9 %	42.1 %	100.0 %
PO	Antal	54.00	37.00	91.00
	Förväntat	58.21	32.79	91.00
	%	59.3 %	40.7 %	100.0 %
Totalt	Antal	451.00	254.00	705.00
	Förväntat	451.00	254.00	705.00
	%	64.0 %	36.0 %	100.0 %

N=705, $X^2=17.06$, $p<.001$. HSF=Hög Social Fobi; IO=Interaction Only; PO=Performance Only; LSF= Låg Social Fobi, d.v.s. fp som har resultat under 50e percentilen både på SIAS och SPS.

SF-grupp och resultat på livskvalitets- och depressionsskattningar

I tabell 7 redovisas deskriptiv statistik för de olika SF-gruppernas QOLI-poäng på de olika delskalorna. HSF-gruppen fick lägst QOLI-poäng på alla vägda och ovägda skattningar; LSF-gruppen hade högst QOLI-poäng på alla vägda och ovägda skattningar. IO-gruppen fick högre vägda och ovägda QOLI-poäng på Surroundingsskalan än PO-gruppen, dock enbart tendenser. I övrigt hade PO genomgående tendens till högre QOLI-poäng än IO. Viktighetsskattningarna skilde sig inte signifikant åt mellan någon av grupperna.

Tabell 7. Deskriptiv statistik. Skattningar på MADRS-S och QOLI för de olika SF-grupperna.

	SF-grupp M/SD			
	HSF/N=262	PO/N=91	IO/N=100	LSF/N=252
MADRS-S	19.30/8.09	16.26/7.41	14.89/6.74	11.25/6.63
QOLI vägd Total	0.02/1.64	0.76/1.73	0.46/1.35	1.55/1.43
QOLI vägd Achievement	-0.63/2.04	0.28/2.07	0.19/1.95	1.25/1.98
QOLI vägd Social functioning	0.07/2.15	0.86/2.47	0.12/1.84	1.53/1.84
QOLI vägd Personal growth	-0.18/2.44	0.83/2.26	0.12/2.21	1.39/1.98
QOLI vägd Surroundings	0.82/1.92	1.13/2.18	1.39/2.14	1.83/1.86
QOLI Nöjdhet Total	0.06/0.10	0.52/1.07	0.36/0.89	1.01/0.87
QOLI Nöjdhet Achievement	-0.33/1.24	0.23/1.30	0.19/1.18	.083/1.17
QOLI Nöjdhet Social functioning	-0.04/1.27	0.44/1.46	0.03/1.19	0.91/1.12
QOLI Nöjdhet Personal growth	-0.14/1.47	0.52/1.45	0.05/1.43	0.90/1.27
QOLI Nöjdhet Surroundings	0.84/1.47	0.98/1.44	1.22/1.38	1.5/1.18
QOLI Viktighet Total	1.46/0.28	1.44/0.28	1.40/0.24	1.44/0.28
QOLI Viktighet Achievement	1.58/0.34	1.53/0.33	1.50/0.32	1.52/0.34
QOLI Viktighet Social functioning	1.54/0.36	1.48/0.36	1.44/0.34	1.46/0.36
QOLI Viktighet Personal growth	1.45/0.45	1.42/0.47	1.40/0.43	1.39/0.46
QOLI Viktighet Surroundings	1.11/0.49	1.15/0.55	1.15/0.50	1.15/0.51

Diskussion

Studiens syfte var att undersöka samband mellan dels olika grad av SAD, dels olika subtyper av SAD och olika områden av livskvalitet, depression och kön. Modellen som användes byggde på att skattningar lika med eller över medianen på både SPS och SIAS klassificerades som Hög Social Fobi (HSF), skattningar på båda instrumenten under medianen klassificerades som Låg Social Fobi (LSF), vilket då bedöms som mindre svår social fobi. De som enbart fick lika med eller över medianen på SPS kallades Performance Only (PO) och de som enbart fick lika med eller över medianen på SIAS kallades Interaction Only (IO). Vid inledande analyser av de olika SIAS versionerna med Cronbach's alfa och korrelationsanalyser med Pearson's r fann vi god intern konsistens och höga korrelationer i båda versionerna, och vi fann inte tillräckliga skillnader mellan de olika versionerna av SIAS (SIAS20 och SIAS17) för att motivera att använda den förkortade versionen av SIAS. De resterande analyserna gjordes därför med den mer spridda originalversionen av SIAS, d.v.s. SIAS20.

Vi fann inga huvudeffekter eller interaktionseffekter som påvisade skillnader mellan de olika subtyperna av SAD, d.v.s. Performance Only-gruppen och Interaction Only-gruppen, avseende livskvalitetsskattningar och kön. På samma sätt fann vi inga interaktionseffekter av de olika subtyperna av social ångest, depressionsskattningar och kön. Däremot fanns klara samband mellan grad av social ångest och båda skattningarna, d.v.s. LSF-gruppen hade högre livskvalitetsskattningar på både QOLI-totalskalan och samtliga QOLI-delskalor och lägre depressionsskattningar än övriga grupper och HSF-gruppen hade omvänt lägre livskvalitetsskattningar och högre depressionsskattningar än övriga grupper, medan IO-gruppen och PO-gruppen fick skattningar som låg mellan LSF-gruppen och HSF-gruppen på livskvalitet och depression. Resultaten talar alltså mot hypotesen att olika subtyper av social ångest får olika effekt i livet, medan resultaten istället talar för att det finns ett mer linjärt samband mellan grad av social ångest och negativa livseffekter, vilket är mer i enlighet med vad som diskuteras i studier av Chartrand et al., (2011); Bruch, Fallon & Heimberg, (2003), och Stein et al., (2000) där även ett litet antal socialfobiska situationer, oavsett typ, kan få ganska stora konsekvenser för mående och livskvalitet, och sedan på ett kontinuum av ökande antal ångestväckande situationer, också gradvis tilltagande problem och minskande livskvalitet.

I linje med många andra studier hade kvinnor i studien generellt mer symptom än män på social fobi (e.g. Kessler et al., 1994; Chapman, Manuzza & Fyer, 1995; Fehm et al., 2005). Män fick högre grad av Performance Only och Interaction Only än förväntat av slumpen, medan kvinnor fick högre grad av Hög Social Fobi än förväntat av slumpen. Inga könsskillnader eller interaktionseffekter av kön och SF-grupp fanns på depressionsskattningarna. Kvinnor fick högre livskvalitetsskattningar än män på QOLI-totalskalan, personal growth-skalan och surroundings-skalan, detta gällde både vägda poäng och nöjdhetspoäng, trots det fann vi inga signifikanta interaktionseffekter av kön och SF-grupp. Vid viktighetsskattningarna fanns ingen effekt av SF-grupp på liknande sätt som Dryman et al., (2016) inte fann någon effekt på viktighetsskattningarna

av Fear of Negative Evaluation (FNE) och Fear of Positive Evaluation (FPE). Kvinnor i vår studie fick genomgående högre poäng än män på samtliga delskalor av viktighetsskattningarna, oberoende av SF-grupp. Vägda och ovägda poäng på QOLI-total korrelerade negativt med SIAS och SPS på $p < .001$ nivå, medan det för totala viktighetsskattningarna inte fanns några signifikanta korrelationer med SIAS och SPS. Dessa resultat är i överensstämmelse med resultaten från Lindner et al., (2013) där de fann stöd för användningen av både vägda och ovägda poäng och där rekommendationen var att använda båda typerna av skattningar tills det ytterligare klargjorts nyttan med respektive mått. Som tidigare nämnts fann vi effekter av SF-grupp på QOLI-totalskalan och alla fyra QOLI-delskalor. Sambanden fanns vid både vägda och ovägda QOLI-poäng, där vägda poäng höjde livskvalitetsskattningarna något.

Slutsatserna som drogs i en studie av Chartrand et al, (2011) var att även personer med icke-generaliserad social fobi hade relativt stora besvär och att gränsen mellan generaliserad och icke-generaliserad SAD blir väldigt godtycklig. De bedömde att en endimensionell modell där antalet situationer som vållar rädsla och ångest är mer avgörande än vilken typ av situation som är ångestväckande, och att även ett litet antal ångestväckande situationer kan bidra till relativt hög grad av psykopatologi. I vår studie såg vi liknande samband där vi fann stegvis minskande skattningar av livskvalitet och ökande depression från gruppen LSF, via grupperna PO och IO, som inte gick att skilja åt avseende livskvalitet och depression, till gruppen HSF som skattade lägst på livskvalitet och högst på depression. Vår slutsats är samma som i ovan nämnda studie, d.v.s. att ett endimensionellt synsätt bättre förklarar resultaten och att graden av SAD sannolikt är viktigare än subtypen SAD för att predicera individens mående.

De tydligaste könsskillnaderna vi fann var, mer generell social fobi hos kvinnor än hos män och mer specifika SAD-symptom hos män än hos kvinnor. Trots högre grad av social fobi hos kvinnor fann vi att de också skattade högre på livskvalitetsskattningar på QOLI vägda och ovägda poäng på

totalskalan, social functioning-skalan och surroundings-skalan, samt att kvinnor skattade högre än män på viktighetsskattningarna på alla QOLI-skalar vi testade.

Sammanfattningsvis fann vi inga samband mellan de olika subtyperna av social ångest som undersöktes och effekter på livskvalitet, depression eller kön. Däremot fann vi klara samband mellan grad av social ångest och effekter på livskvalitet, depression och kön. De samband vi fann var att högre grad av social ångest predicerade lägre livskvalitet och högre grad av depression och att kvinnor skattade högre grad av social ångest än män, och trots det skattade kvinnor högre på livskvalitet.

Möjliga kliniska implikationer: a) subtyp av social ångest är inte avgörande för grad av försämrad livskvalitet och depression, d.v.s. performance anxiety är lika svårt att leva med som interaction anxiety och ska tas på lika stort allvar; b) de olika subtyperna av social ångest är meningsfulla att skilja åt vid behandling för att kartlägga vilka områden som vållar besvär och ska exponeras för och varje subtyp är i sig en dimension som har lika stor betydelse för den totala svårighetsgraden; c) män får mer försämrad livskvalitet och högre grad av depression än kvinnor vid jämförbar grad av social ångest och män kan därför behöva professionell hjälp vid lägre grad av social ångest än kvinnor;

Nya studier bör framförallt fortsätta utforska om sambanden mellan SAD-symptom, funktion och livskvalitet finns på ett kontinuum, eller om det finns vissa variabler eller subtyper, inom social-ångest-spektrat, som har större betydelse än andra. Dessutom väcktes några nya frågeställningar som kan vara intressanta att utforska vidare. Om kvinnor generellt skattar högre på livskvalitet än män trots att de generellt har mer SAD-symptom, kan det då bero på att de hanterar symptomen bättre, eller är det för att män upplever att det är mindre accepterat för dem att visa social osäkerhet än det är för kvinnor? Gäller det i så fall bara i Sverige, eller gäller det mer generellt? Kvinnor

skattade också generellt högre än män på alla viktighetsskattningarna, vilket avviker från tidigare studier, där Dryman et al., (2016) inte fann några könsskillnader i ett amerikanskt SAD-sampel. Ett exempel på viktighetsskattning från QOLI är: Hur viktigt är det med MÅL OCH VÄRDERINGAR för ditt välbefinnande? Kan vi förklara dessa skillnader från ett kulturellt perspektiv, eller finns det andra förklaringar? Vi fann likartade nivåer på SPS-skattningar i vårt svenska SAD-sampel som Mattick & Clarke, (1998) hade i sitt australiensiska SAD-sampel, medan SIAS-skattningarna skilde sig åt. Är det ett slumpmässigt eller systematiskt samband, och om sambandet är systematiskt, kan vi i så fall förklara det kulturellt?

Studien har flera begränsningar som bör uppmärksammas. Studien undersöker enbart samband mellan olika variabler i en grupp bestående av tre grupper individer med social fobi insamlat vid 3 olika tillfällen via internet. Deltagarna kommer från tre olika kliniska studier där deltagarnas egen uppmärksamhet på att studierna skulle genomföras och deras egen villighet och initiativ att delta har varit avgörande, och de kan därmed inte anses helt representativa för individer med social fobi i samhället i stort. Detta avser såväl demografiska data såväl som symptomtyngd och upplevd livskvalitet. Vårt totala sampel bestod av 451 kvinnor och 254 män motsvarande 64% respektive 36%, och även snedfördelningen av kön bidrar till begränsningar i generaliserbarhet av resultaten. Det som talar för studien är bl.a. överensstämmelsen med tidigare studier att kvinnor har något högre grad av social fobi än män, medan män tenderar att ha ett högre lidande av sin sociala fobi än kvinnor, och där vi fann genomgående lägre skattningar av livskvalitet hos män än hos kvinnor. Medelvärdena på de undersökta instrumenten för samtliga tre delstudier låg nära normdata för SAD i Sverige. På SPS låg data även nära normer för SAD från Australien, medan de för SIAS låg högre än Australiensiska normdata, vilket åtminstone talar för att deltagarna hade tillräckligt hög grad av social ångest i den aktuella studien, men i viss mån talar emot generalisering av resultaten.

Referenser

- American Psychiatric Association. (1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1st to 5th ed. Washington DC: APA.
- Barrera, T. L., & Norton, P. J. (2009) Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1086-1090.
- Bruch, M. A., Fallon, M., & Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 109-117.
- Cantor, N., & Mischel, W. (1979) Prototypes in person perception. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol 12). New York: Academic.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L.-G., & Andersson, G. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1421–1434.
doi:10.1016/j.chb.2005.05.002
- Carlbring, P. (2014) *Formulärbanken*. <http://fbanken.se/category/6/social-fobi>.
- Carlbring, P. (2015) *Formulärbanken*. <http://fbanken.se/category/2/depression>
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, M. A. G., McCabe, R. E., Rowa, K. & Antony, M. M. (2009) Validation and refining the Social interaction anxiety scale and the Social Phobia Scale. *Depression and Anxiety*. 26, 71-81.
- Chartrand, H., Cox, B., El-Gabalawy, R. & Clara, I. (2011) *Canadian Journal of Behavioral Science*, 43 (2), 89-98.
- Crome, E., & Baillie, A. (2015). Social anxiety disorder diagnostic criteria perform equally across age, comorbid diagnosis, and performance/interaction subtypes. *Anxiety, Stress and Coping*, 28(2), 179-191. doi:10.1080/10615806.2014.930445
- Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum Associates.
- Gladis, M. M., , P. (1999) Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 67(3), 320-331. doi:10.1037/0022-006X.67.3.320

- Dattilio, F. M., & Salas-Auvert, J. A. (2000) *Panic Disorder. Assesment and treatment through a wide angle lens*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Co., Inc. Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph
- Dryman, M. T., Garder, S., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2016) Social anxiety disorder and Quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 1-8.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005) Domains of life staisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Anxiety Disorders*, 19 143-156.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005) Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 453-462.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
- Greist, J. H., Kobak, K. A., Jefferson, L. W., Katzelnick, D. J. & Chene, R. L. (1995) *The Clinical Interview. In Social Phobia. Diagnosis, Assessment and Treatment*. Ed. Heimberg, R. G. Liebowitz, M. R., Hope, D. A. och Schneier, F. R. New York, NY: Guilford Press.
- Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003) The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 18, 46-50.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Furmark, T., Carlbring, P., Lindefors, N., & Andersson, G. (2010). Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: A psychometric evaluation. *Computers in Human Behavior*, 26(4), 736–740. doi:10.1016/j.chb.2010.01.010

- Heimberg, G. R., Hofman, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A. J., Stein, M. B., Hinton, D. E., & Craske, M. G. (2014) Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 31, 472-479.
- Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K., Schramm, E., Hofmann, S. G. & Stangier, U. (2011) The factor structure of the Social Interaction Anxiety scale and the Social Phobia Scale. *Journal of anxiety Disorders*. 25, 579-583.
- Horowitz, L. M., Post, D. L., French, R. de S., Wallis, K. D. & Siegelman, E. Y. (1981) The prototype as a construct in abnormal psychology: 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 575-585.
- Kessler, R. C., Berglund, P. D., Demler, O., Olga, J. R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005) Lifetime prevalence of age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III—R psychiatric disorders in the united states: Results from the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J. & Stein, M. B. (2000) Social phobia and social anxiety disorder: Whats in a name? *Archives of General Psychiatry*, 57 191-192.
- Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (In press). The Brunnsviken Brief Quality of life scale (BBQ): Development and psychometric evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*. doi: 10.1080/16506073.2016.1143526
- Lindner, P., Andersson, G., Öst, L-G., & Carlbring, P. (2013) Validation of the internet-administered Quality of Life Inventory (QOLI) in different psychiatric conditions. *Cognitive Behaviour Therapy*. 42(4), 315-327.

- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2003). Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*, 36, 255–262.
- Pollard, C. A., & Henderson, J. G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(7), 440-445.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005) Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M. & Heimberg, R. G. (2007) the reverse of social anxiety is not always the opposite: the negatively worded items of the social interaction scale do not belong. *Behavior Therapy*, 38, 192-206.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R. & Schneier, F. R. (2006) The factor structure and screening utility of the social interaction anxiety scale. *Psychological Assessment*. Vol 18, 2, 231-237.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 282-288.
- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R.M., & Barlow, D. H. (1990) Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, Anton J. L. M., Penninx, B. W. J. H., Smit, J. H., & van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 180-185.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Stephenson, R., Marchand, A. & Lavallée, M-C. (1999) A Canadian French Adaption of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire: Cross-cultural Validation and Gender differences. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 28:2, 58-69.

Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.

Turk, C. L., Heimberg, R. G. & Magee, L. (2008) *Social Anxiety Disorder. In Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by step Treatment Manual. Fourth edition.* Ed Barlow, D. H., New York, NY, Guilford Press.

Bilaga 1

Tabell 8. Medelvärden och standardavvikelser för de instrument som ingår i studien uppdelat på Sofie 8, Sofie 11 och Sofie 13, samt svenska normdata för social fobi. Normdata för MADRS är officiella gränsvärden för moderat depression.

	M/SD				
	SIAS	SPS	LSAS	MADRS-S	QOLI
SOFIE 8	50.01/16.20	40.64/15.20	75.97/24.50	16.60/7.46	0.313/1.41
SOFIE 11	47.22/15.71	34.41/15.23	69.88/24.44	14.37/7.83	0.69/1.51
SOFIE 13	48.68/16.20	39.19/16.06	74.37/24.50	15.79/8.49	0.43/1.59
Normer SAD aus	34.60/16.40	40.00/16.00			
Normer SAD swe	44.40/16.10	35.8/16.7	68.50/22.50	7-19= moderat depression	0.64/1.76

Normdata Australien: SIAS, SPS enl Mattick & Clarke, 1998; Normdata Sverige: SIAS, SPS, LSAS och MADRS-S enl www.fbanken.se. Normdata QOLI enl Lindner et al., 2013.