

Innehåll:

INNEHÅLL:	1
ÅNGEST	3
<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>	3
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	4
<i>Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)</i>	7
<i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i>	8
<i>Anxious Thoughts Inventory (AnTI)</i>	10
<i>Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</i>	11
<i>Anxiety Sensitivity Index (ASI)</i>	13
PANIKSYNDROM (+AGORAFOBI).....	15
<i>Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)</i>	15
<i>Anxiety Sensitivity Index (ASI)</i>	16
<i>Body Sensations Questionnaire (BSQ)</i>	16
<i>Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA)</i>	18
<i>Panic Disorder Severity Scale (PDSS)</i>	20
<i>Agorafobi 1; "Rädsla"</i>	21
<i>Agorafobi 2; "Undvikande"</i>	21
<i>Panikdagbok</i>	21
SPECIFIK FOBI.....	22
<i>Fobischema-III (FSS-III)</i>	22
<i>Blod</i>	23
<i>Duvor</i>	23
<i>Fåglar</i>	23
<i>Höjder</i>	24
<i>Klaustrofobi</i>	24
<i>Klaustrofobiformuläret</i>	24
<i>Offentliga framträdanden</i>	25
<i>Ormar</i>	25
<i>Snake Questionnaire (SNAQ)</i>	25
<i>Rättor</i>	26
<i>Spindlar</i>	26
<i>Spider Phobia Questionnaire (SPQ)</i>	26
<i>Åska</i>	27
SOCIAL FOBI.....	27
<i>Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)</i>	27
<i>Liebowitz Social Anxiety Scale, self-report (LSAS-SR)</i>	29
<i>Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)</i>	31
<i>Personal Report of Confidence as a Speaker (PRCS)</i>	33
GENERALISERAT ÅNGESTSYNDROM (GAD).....	34
<i>Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)</i>	34
<i>Anxious Thoughts Inventory (AnTI)</i>	34
<i>Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)</i>	35
<i>Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV)</i>	36
TVÅNGSSYNDROM (OCD).....	36
<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory Scale (YBOCS)</i>	36
<i>Compulsive Activity checklist - Revised (CAC-R)</i>	38
<i>Padua Inventory - revised</i>	39
<i>Maudsley Obsessive-Compulsive Scale (MOCI)</i>	40
IMPULSKONTROLLSSTÖRNINGAR.....	41
<i>- Spelberoende South Oaks Gambling Screen (SOGS)</i>	41
<i>The NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems (NODS)</i>	42
POSTTRAUMATISK STRESSYNDROM (PTSD).....	43
<i>Screening Questionnaire for PTSD (SQ-PTSD)</i>	43
<i>Life Events Checklist / Checklista för livshändelser (LECL)</i>	45
<i>Posttraumatic cognitions inventory (PTCI)</i>	46
<i>PTSD symptom checklist (PCL)</i>	47
<i>Impact of Event Scale (IES) och The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)</i>	48

DEPRESSION	48
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)</i>	48
<i>Beck Depression Inventory (BDI & BDI-2)</i>	50
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	52
ÅTSTÖRNINGAR.....	52
<i>Body Shape Questionnaire (BSQ)</i>	52
<i>Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q</i>	53
<i>Self-Concept Questionnaire (SCQ)</i>	55
<i>Perceived Social Support (PSS)</i>	56
BETEENDEMEDICIN	57
SMÄRTA.....	57
<i>Coping Strategies Questionnaire (CSQ)</i>	57
<i>Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)</i>	59
<i>Pain Catastrophizing Scale (PCS)</i>	60
<i>Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)</i>	62
SÖMNPROBLEM.....	63
<i>Sömn dagbok</i>	63
<i>Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS)</i>	63
<i>Insomnia Severity Index (ISI)</i>	65
TINNITUS.....	67
<i>Tinnitus Handicap Inventory (THI)</i>	67
<i>Tinnitus Reaction Questionnaire (TRQ)</i>	68
ALKOHOL & DROGER.....	69
<i>Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)</i>	69
<i>Drug Use Identification Test (DUDIT)</i>	71
HYPOKONDRI (HÄLSOÅNGEST).....	73
ÖVRIGT	73
PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR.....	73
<i>SCID-II screening</i>	73
LIVSKVALITET.....	74
<i>Quality of Life Inventory (QOLI)</i>	74
MOTIVATION.....	77
<i>Nijmegen Motivation List 2 (NML2)</i>	77
<i>Readiness to Change Questionnaire (RCQ)</i>	78

Denna formulärsammanställning är under kontinuerlig uppbyggnad. Målsättningen är att uppdatera denna sammanställning inför varje ny termin med ny information och nya formulär. I möjligaste mån har en ämnesexpert granskat informationen. Om detta gjorts och vem som granskat texten framgår i slutet av varje formulärbeskrivning.

Per Carlbring har ansvarat för sammanställningen. Formulärsammanställningen är bekostad av Institutionen för Psykologi vid Uppsala universitet.

Frågor och kommentarer skickas till: Per.Carlbring@ibv.liu.se | Tfn: 070-284 2558

Ångest

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI är ett självskattningsformulär som utarbetats i avsikt att mäta ångestsymtom som är minimalt delade med symtom på depression. D v s överlappningen mellan en depressionsskala (t ex BDI) och BAI ska vara så liten som möjligt. Instrumentet är ett av världens mest använda. Formuläret har en god diskriminativ validitet med en överlägsen förmåga att skilja ångest från depression.

En kritik som framförts är att formuläret, p g a sin strävan att diskriminera ångest från depression, mest utvärderar somatisk ångest (d v s panikliknande symtom), snarare än generella, stressrelaterade ångestsymtom.

En svensk manual kommer i början av 2005.

Antal items:	21																								
Delskalar:	Inga																								
Svarsalternativ:	0 = Aldrig, 1 = Ibland, 2 = Ofta, & 3 = Nästan hela tiden																								
Tidsintervall:	Senaste veckan (inklusive idag)																								
Instruktion:	Nedan är en lista på vanliga ångestsymptom. Läs igenom varje påstående noga och bedöm hur ofta du upplevt detta under den senaste veckan (inklusive idag). Gå igenom alla påståenden och ringa in den siffra som bäst motsvarar hur det varit för dig under veckan.																								
Respondentålder:	17 år.																								
Administrationstid:	ca 5-10 minuter																								
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.75$ (en vecka)																								
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.92$																								
Svenska rättigheter:	www.psykologiforlaget.se Kostnad: 200 kr för 10 svarsformulär.																								
Utländska rättigheter:	www.psychcorp.com Engelsk manual = 32 pund 25 engelska formulär = 38 pund																								
Svenska normer	<table border="0"> <tr> <td>Panikprojektet "PP-1" (n=49)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- före behandling:</td> <td>19.3 (sd=6.2)</td> </tr> <tr> <td>- efter behandling:</td> <td>9.8 (sd=8.4)</td> </tr> <tr> <td>Panikprojektet "PP-2" (n=22)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- före behandling:</td> <td>19.2 (sd=4.1)</td> </tr> <tr> <td>- efter behandling:</td> <td>11.0 (sd=7.6)</td> </tr> <tr> <td>Panikprojektet "PP-live" (n=49)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- före behandling:</td> <td>24.5 (sd=6.2)</td> </tr> <tr> <td>- efter behandling:</td> <td>9.8 (sd=8.4)</td> </tr> <tr> <td>Panikprojektet "PP-5" (n=60)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- före behandling:</td> <td>20.1 (sd=10.0)</td> </tr> <tr> <td>- efter behandling:</td> <td>8.5 (sd=5.5)</td> </tr> </table>	Panikprojektet "PP-1" (n=49)		- före behandling:	19.3 (sd=6.2)	- efter behandling:	9.8 (sd=8.4)	Panikprojektet "PP-2" (n=22)		- före behandling:	19.2 (sd=4.1)	- efter behandling:	11.0 (sd=7.6)	Panikprojektet "PP-live" (n=49)		- före behandling:	24.5 (sd=6.2)	- efter behandling:	9.8 (sd=8.4)	Panikprojektet "PP-5" (n=60)		- före behandling:	20.1 (sd=10.0)	- efter behandling:	8.5 (sd=5.5)
Panikprojektet "PP-1" (n=49)																									
- före behandling:	19.3 (sd=6.2)																								
- efter behandling:	9.8 (sd=8.4)																								
Panikprojektet "PP-2" (n=22)																									
- före behandling:	19.2 (sd=4.1)																								
- efter behandling:	11.0 (sd=7.6)																								
Panikprojektet "PP-live" (n=49)																									
- före behandling:	24.5 (sd=6.2)																								
- efter behandling:	9.8 (sd=8.4)																								
Panikprojektet "PP-5" (n=60)																									
- före behandling:	20.1 (sd=10.0)																								
- efter behandling:	8.5 (sd=5.5)																								

	<table border="0"> <tr> <td>Spindelfobiker:</td> <td>9.1 (sd=5.3)</td> </tr> <tr> <td>Ormfobiker:</td> <td>6.8 (sd=3.4)</td> </tr> <tr> <td>Social fobi "SOFIE 1" (n=64):</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- före behandling:</td> <td>M=13.6 (sd=7.3)</td> </tr> <tr> <td>- efter behandling:</td> <td>M=8.7 (sd=5.8)</td> </tr> </table>	Spindelfobiker:	9.1 (sd=5.3)	Ormfobiker:	6.8 (sd=3.4)	Social fobi "SOFIE 1" (n=64):		- före behandling:	M=13.6 (sd=7.3)	- efter behandling:	M=8.7 (sd=5.8)		
Spindelfobiker:	9.1 (sd=5.3)												
Ormfobiker:	6.8 (sd=3.4)												
Social fobi "SOFIE 1" (n=64):													
- före behandling:	M=13.6 (sd=7.3)												
- efter behandling:	M=8.7 (sd=5.8)												
Utländska normer	<p>Gränsvärden:</p> <p>0-7 Minimal ångest 8-15 Mild ångest 16-25 Moderat ångest 26-63 Svår ångest</p> <p>Kliniska normer</p> <table border="0"> <tr> <td>Paniksyndrom med agorafobi:</td> <td>27.27 (sd=13.11)</td> </tr> <tr> <td>Paniksyndrom utan agorafobi:</td> <td>28.81 (sd=13.46)</td> </tr> <tr> <td>Social fobi:</td> <td>17.77 (sd=11.64)</td> </tr> <tr> <td>Tvångssyndrom:</td> <td>21.96 (sd=12.42)</td> </tr> <tr> <td>Generaliserat ångestsyndrom:</td> <td>18.83 (sd=9.08)</td> </tr> <tr> <td>Normala kontroller:</td> <td>50:e percentilen = 3 poäng 80:e percentilen = 10 poäng</td> </tr> </table>	Paniksyndrom med agorafobi:	27.27 (sd=13.11)	Paniksyndrom utan agorafobi:	28.81 (sd=13.46)	Social fobi:	17.77 (sd=11.64)	Tvångssyndrom:	21.96 (sd=12.42)	Generaliserat ångestsyndrom:	18.83 (sd=9.08)	Normala kontroller:	50:e percentilen = 3 poäng 80:e percentilen = 10 poäng
Paniksyndrom med agorafobi:	27.27 (sd=13.11)												
Paniksyndrom utan agorafobi:	28.81 (sd=13.46)												
Social fobi:	17.77 (sd=11.64)												
Tvångssyndrom:	21.96 (sd=12.42)												
Generaliserat ångestsyndrom:	18.83 (sd=9.08)												
Normala kontroller:	50:e percentilen = 3 poäng 80:e percentilen = 10 poäng												

Abstract originalartikel: *The development of a 21-item self-report inventory for measuring the severity of anxiety in psychiatric populations is described. The initial item pool of 86 items were drawn from three preexisting scales: the Anxiety Checklist, the Physician's Desk Reference Checklist, and the Situational Anxiety Checklist. A series of analyses was used to reduce the item pool. The resulting Beck Anxiety Inventory (BAI) is a 21-item scale that showed high internal consistency (alpha = .92) and test-retest reliability over 1 week, $r(81) = .75$. The BAI discriminated anxious diagnostic groups (panic disorder, generalized anxiety disorder, etc.) from nonanxious diagnostic groups (major depression, dysthymic disorder, etc.). In addition, the BAI was moderately correlated with the revised Hamilton Anxiety Rating Scale, $r(150) = .51$, and was only mildly correlated with the revised Hamilton Depression Rating Scale, $r(153) = .25$.*

Referens:

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.

BAI informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-27

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS är ett självskattningsformulär som avser att mäta ångest och depression hos patienter inom somatisk vård. Skalan är tänkt att användas för att få ett mått på och/eller upptäcka förändringar på ångestsymtom och depressiva symtom hos patienter som är utanför den psykiatriska vården.

HADS består av 14 påståenden med sju påståenden för varje delskala: HADS-ångest och HADS-depression. Deltagaren ska ta ställning till hur ofta han eller hon den senaste veckan har känt exempelvis "som om något förfärligt kommer att hända" eller huruvida han eller hon "uppskattar samma saker som förut". Svaren anges på en fyrgradig Likertskala från 0 till 3

poäng. Poängen från de sju olika påståendena per delskala räknas samman och kan maximalt uppgå till 21 poäng per delskala. Deltagare som får 7 poäng eller lägre på någon av delskalorna har sannolikt inte ångest eller depression av klinisk betydelse. Deltagarpoäng mellan 8 och 10 betraktas som gränsvärden. Poängen kan vara en indikation på ett ångest- eller depressionstillstånd hos personen. Deltagare som har 11 poäng eller mer på en delskala har sannolikt en depression eller ångest av klinisk betydelse. Poäng mellan 15 och 21 indikerar en svår ångest- eller depression.

Den ursprungliga brittiska versionen av skalan har visat god reliabilitet som screeninginstrument för kliniskt signifikant ångest och depression inom somatisk vård. Den interna samstämmigheten för de båda delskalorna varierar mellan $r = .76$ och $r = .41$ för HADS-ångest och mellan $r = .60$ och $r = .30$ för HADS-depression. Man har sett att resultaten på de båda delskalorna inte påverkas av fysiska åkommor.

En svensk utvärdering av HADS (Lisspers, Nygren & Söderman, 1997) utfördes i Jämtland på 624 slumpvis utvalda personer. De påvisade ett medelvärde på 4.55 poäng ($SD = 3.73$) på HADS-ångest och 3.98 poäng ($SD = 3.46$) på HADS-depression. Med ett gränsvärde på 11 poäng var prevalensen av depression 6 % och ångest 8 %. Validiteten bedömdes i denna studie genom att jämföra HADS med skalorna Beck Depression Inventory, BDI, och State Trait Anxiety Inventory, STAI. Beräkningarna visade att HADS i sin helhet korrelerade högre med respektive jämförelsemått än vad som var fallet för varje delskala. Denna studie hade vissa svagheter då responsfrekvensen var endast 48%. I faktoranalytiska studier har man kunnat urskilja två olika faktorer, en för ångest och en för depression (Lisspers, Nygren & Söderman, 1997). I en svensk studie (Zöger et al., 2001) deltog 82 tinnituspatienter. Tolv procent av deltagarna fick 11 poäng eller mer på depressionskalan och 8% på ångestskalan. Andersson och medarbetare (2002) har via Internet administrerat den svenska versionen av HADS till 157 personer med tinnitus. I den studien visade depressionsdelskalan ett medelvärde på 6.5 poäng ($SD = 3.9$) och ångestdelskalan ett medelvärde på 7.9 poäng ($SD = 4.6$). Prevalensen i den studien var 17 % för depression och 25 % för ångestproblematik.

I en nyligen gjord norsk utvärdering av HADS (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002) sammanställdes 747 studier. I de undersökta studierna där HADS hade använts var de psykiatriska diagnoserna satta med hjälp av en strukturerad eller semistrukturerad diagnostisk intervju. I de flesta studierna kunde två faktorer urskiljas som stämde överens med delskalorna för ångest och depression. Det visade sig vidare att ett gränsvärde på 8 är det mest optimala för att upptäcka möjliga fall av ångest eller depression samtidigt som det är tillräckligt specifikt. I vissa av dessa 747 studier ansågs ett gränsvärde på 3 eller 4 vara mer tillförlitligt (Bjelland et al., 2002). Validiteten bedömdes även här genom att jämföra delskalorna med BDI och STAI.

Källa: Wallinder, N. & Wennman, C. (2002). *Tinnitus, psykologiska besvär och psykiatrisk diagnos. Psykologexamensuppsats, 20 p, Uppsala Universitet, Uppsala.*

Antal items:	14
Delskalar:	Två delskalar: 1. Ångest (fråga: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) 2. Depression (fråga: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) Poängen räknas samman och redovisas separat för respektive delskala.

Svarsalternativ:	0-3. Definitionerna varierar. Exempel: För det mesta, Ofta, Då och då, Inte alls. Vissa items har omvänd poängställning!
Tidsintervall:	Veckan som gått
Instruktion:	Läs varje påstående och markera det svar som kommer närmast hur du känt dig den senaste veckan. Fundera inte alltför länge. Det första svar som dyker upp är antagligen riktigare än ett svar som du funderat på länge.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = .72$ (1.7 månader)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.89-0.93$
Svenska rättigheter:	Fritt att använda så länge det gäller icke-kommersiell användning. HRQL gruppen - ett kunskapsföretag vid Göteborgs Universitet (gruppen@hrql.se). Webben: http://www.host.gu.se OBS! Det finns flera godkända översättningar.
Utländska rättigheter:	Ingen uppgift.
Svenska normer	Normalbefolkning: M=4.55 poäng ($SD = 3.73$) på HADS-ångest M=3.98 poäng ($SD = 3.46$) på HADS-depression
Utländska normer	Sammanlagd delskalepoäng på: 0-7 normal 8-10 mild (ångest alt depression) 11-14 moderat (ångest alt depression) 15-21 svår (ångest alt depression)

Abstract originalartikel: *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was administered to 50 16-65 yr old medical patients and found to be a reliable instrument for detecting states of depression and anxiety. The Anxiety and Depression subscales were also valid measures of severity of the emotional disorder. It is suggested that the introduction of the HADS into general hospital practice would facilitate detection and management of emotional disorder in patients under investigation and treatment in surgical and medical departments. The HADS is appended.*

Referens:

Andersson, G., Kaldö-Sandström, V., Ström, L., & Strömgren, T. (2003). Internet administration of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 259-262.

Lisspers, J., Nygren, A., & Soederman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286.

Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Backman L, Bengtsson C, Bouchard C, Dahlgren S, Jonsson E, Larsson B, Lindstedt S, Näslund I, Olbe L, Wedel H. Swedish Obese Subjects (SOS). An Intervention Study of Obesity. I. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obesity* 17:503-512, 1993.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zoeger, S., Svedlund, J., & Holgers, K. M. (2001). Psychiatric disorders in tinnitus patients without severe hearing impairment: 24 month follow-up of patients at an audiological clinic. *Audiology*, 40, 133-140.

HADS informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-27

Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)

Mäter antaganden om orostankar, attityder och processer associerade med kognitioner. Innehåller fem faktorer (Problemlösning & positiva orosantaganden, Antaganden om kontrollerbarhet, Metakognitionsduglighet, Kognitiv självmedvetenhet.)

Antal items:	65
Delskalor:	Fem delskalor: 1. Problem solving and positive worry beliefs (item 1, 9, 12, 22, 26, 27, 30, 32, 35, 38, 44*, 46, 52, 54, 56, 60, 62, 63, 65) 2. Beliefs about controllability (item 2, 5, 8, 11, 13, 18, 21, 31, 33, 36, 40, 42, 45, 48, 53, 64) 3. Meta-cognitive efficiency (item 3, 10, 16, 24, 28, 43, 47, 51, 57, 58) 4. General negative beliefs, including responsibility and superstition (item 7, 15, 17, 19, 29, 34, 37, 39, 41*, 49, 50, 55, 59) 5. Cognitive self-consciousness (item 4, 6, 14, 20*, 23, 25, 61) Items med stjärna har omvänd poängsättning.
Svarsalternativ:	1=stämmer inte alls; 2= stämmer något, 3= stämmer granska bra, 4= stämmer mycket bra.
Tidsintervall:	Ingen. "Hur mycket man generellt håller med"
Instruktion:	Detta formulär handlar om hur människor ser på sitt tänkande. Påståendena nedan har tidigare uttryckts av ett antal personer. Läs varje påstående och avgör hur mycket du generellt håller med genom att göra en ring kring den siffran du tycker stämmer. Vänligen svara på samtliga frågor. Det finns inga svar som är rätt eller fel.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	15-20 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = 76-.89$. Hela skalan; $r = .94$. (5 veckor)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.72-0.89$
Svenska rättigheter:	Översatt av Per Carlbring. Kan användas kostnadsfritt. Laddas ner från www.carlbring.se
Utländska rättigheter:	Adrian Wells
Svenska normer	Kan finnas i svensk psykologexamensuppstas från Uppsala

	cirka år 1999.			
Utländska normer	GAD:	faktor 1:	M=32.9	(sd=10.0)
	GAD:	faktor 2:	M=47.5	(sd=7.7)
	GAD:	faktor 3:	M=22.8	(sd=8.0)
	GAD:	faktor 4:	M=27.7	(sd=6.2)
	GAD:	faktor 5:	M=16.5	(sd=5.4)
	OCD:	faktor 1:	M=29.4	(sd=11.1)
	OCD:	faktor 2:	M=51.1	(sd=8.2)
	OCD:	faktor 3:	M=21.4	(sd=7.8)
	OCD:	faktor 4:	M=31.1	(sd=10.5)
	OCD:	faktor 5:	M=21.9	(sd=2.6)
Normal:	faktor 1:	M=29.6	(sd=8.8)	
Normal:	faktor 2:	M=26.0	(sd=6.3)	
Normal:	faktor 3:	M=15.5	(sd=4.2)	
Normal:	faktor 4:	M=19.7	(sd=6.7)	
Normal:	faktor 5:	M=14.9	(sd=4.1)	

Abstract originalartikel: *This report describes the development of the Meta-Cognitions Questionnaire to measure beliefs about worry and intrusive thoughts. Factor analyses of the scale demonstrated five empirically distinct and relatively stable dimensions of meta-cognition. Four of the factors representing beliefs were: Positive Beliefs About Worry; Negative Beliefs About the Controllability of Thoughts and Corresponding Danger; Cognitive Confidence; and Negative Beliefs about Thoughts in General, including Themes of Superstition, Punishment and Responsibility. The fifth factor represented Meta-Cognitive processes — Cognitive Self-Consciousness — a tendency to be aware of and monitor thinking. The measure showed good psychometric properties on a range of indices of reliability and validity.*

Scores on the questionnaire subscales predicted measures of worry proneness, proneness to obsessional symptoms, and anxiety. Regression analyses showed that the independent predictors of worry were: Positive Beliefs about Worry; Negative Beliefs About the Controllability of Thoughts and Corresponding Danger; and Cognitive Confidence. Significant differences in particular MCQ subscales were demonstrated between patients with intrusive thoughts, clinical controls and normals. The implications of these findings for models of worry and intrusive thoughts are discussed.

Referens:

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about Worry and Intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its Correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.

MCQ informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-27

State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Ett tidigare mycket använt formulär som finns i två versioner. Ett som mäter hur personen är just nu (state), och ett som mäter hur det vanligtvis är (trait).

Antal items:	Totalt 20 items per version
Delskalor:	2 stycken; En som mäter hur personen är just nu (state), och en som mäter hur det vanligtvis är (trait).
Svarsalternativ:	STAI-S: 1= Inte alls; 2=Något; 3=En hel del; 4=Väldigt mycket STAI_T: 1= Nästan aldrig; 2=Ibland; 3=Ofta; 4=Nästan alltid
Tidsintervall:	Okänt.
Instruktion:	STAI-S: Nedan följer några påståenden som människor har använt för att beskriva hur man känner sig. Läs varje påstående noga och ringa sedan in den siffra som bäst beskriver hur du känner dig <u>just nu</u> , i detta ögonblick. Det finns inga riktiga eller felaktiga svar. Använd inte för mycket tid på varje påstående utan svara som du tycker bäst beskriver dina nuvarande känslor. STAI-T: Nedan följer några påståenden som människor har använt för att beskriva hur man känner sig. Läs varje påstående noga och ringa sedan in den siffra som bäst beskriver hur du <u>vanligen känner dig</u> . Det finns inga riktiga eller felaktiga svar. Använd inte för mycket tid på varje påstående utan svara som du tycker bäst beskriver hur du vanligen känner dig.
Respondentålder:	17 år
Administrationstid:	10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.71$ och 0.86 (en månad)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.86$ och 0.92
Svenska rättigheter:	Det finns flera versioner i omlopp. Den senaste tillhör: http://www.mindgarden.com , info@mindgarden.com Dock har en version använts mycket i Uppsala och den är gratis att använda. Örjan Frans säger: ”The Swedish version that we are using 'belongs' to the public domain. It has been used in Sweden for decades and no one knows who translated it in the very beginning. When Consulting Psychologists Press, Inc was in possession of the copyrights of the English version, from which the Swedish version that we use is translated, there were no restrictions whatsoever in using the English version, either. Regarding the latest English version, however, Mind Garden, Inc holds the copyrights. But we do not use that version. The updating of the STAI (which has occurred several times) has nothing to do with any psychometric or quality improvement – it is just a matter of making it possible to claim possession of the copyrights from Mind Garden, Inc. Therefore, we are free to use "our" version of STAI without any hesitation. But at the same time it is tremendously

	important that we always use the correct reference for "our" version which is: Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press."
Utländska rättigheter:	Det finns flera versioner, den senaste tillhör: http://www.mindgarden.com , info@mindgarden.com
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	Panikpat: Medel i olika studier är ofta kring 44-46 GAD-pat: Medel i olika studier är ofta omkring 51-54 Normala kontroller Män: STAI-s: 37.72 (sd=10.40); STAI-t: 34.89 (sd=9.19) Kvinnor: STAI-s: 35.20 (sd=10.61); STAI-t: 34.79 (sd=9.22) I manualen presenteras percentilvärden för olika populationer, inklusive poängfördelning avseende ålder- och kön.

Kliniska normer

Abstract originalartikel: *The STAI is the definitive instrument for measuring anxiety in adults. It clearly differentiates between the temporary condition of state anxiety and the more general and long-standing quality of trait anxiety. It helps professionals distinguish between a client's feelings of anxiety and depression. The inventory's simplicity makes it ideal for evaluating individuals with lower educational backgrounds. Adapted in more than 40 languages, the STAI is the leading measure of personal anxiety worldwide. The STAI has 40 questions with a range of 4 possible responses to each.*

Referens:

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Mind Garden.

STAI informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-28

Anxious Thoughts Inventory (AnTI)

Med 22 items mäter AnTI tre orosdimensioner (social-, hälso- respektive metaoro). Den engelska versionen har enligt Wells (1997) mycket goda psykometriska egenskaper.

Antal items:	22
Delskalor:	Tre faktorer som mäter orosdimensioner (social-, hälso-

	respektive metaoro). 1. Social oro (item 1, 2, 8, 9, 12, 14, 17, 18, 20) 2. Hälsooro (item 4, 5, 7, 10, 15, 19) 3. Metaoro (item 3, 6, 11, 13, 16, 21, 22)
Svarsalternativ:	1=nästan aldrig; 2= ibland, 3= ofta, 4= nästan alltid.
Tidsintervall:	Inte angivet; ”hur ofta du har dessa tankar eller typ av oro”
Instruktion:	Nedan finns ett antal påståenden, som några personer har använt för att beskriva sina tankar och sin oro. Läs varje påstående, gör en cirkel kring den siffran som du tycker passar för att indikera hur ofta du har dessa tankar eller typ av oro. Fundera inte alltför länge på respektive påstående. Det finns inga svar som är rätt eller fel. Det första du tänker på är oftast det mest rättvisande.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	10-15 minuter
Test-retest reliabilitet:	r = 0.80 (6 veckor)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.75-0.84$
Svenska rättigheter:	Översatt av Per Carlbring. Kan användas kostnadsfritt. Laddas ner från www.carlbring.se
Utländska rättigheter:	Adrian Wells
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	Okänt.

Abstract originalartikel: *Five studies described the development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory (AnTI), a self-report instrument to measure individual vulnerability to multiple dimensions of anxious worry. 74 outpatients and 610 undergraduates participated. The studies demonstrate that the AnTI had a reliable 3-factor structure and suggest that proneness to worry comprised at least 3 core psychometric dimensions. Two of these dimensions reflected content parameters (social and health worries), and the 3rd dimension reflected a combination of content and process attributes (meta-worry). The 3 AnTI subscales were moderately independent, and Ss' scores on them showed a high degree of consistency across a 6-wk period. The high test-retest correlations were consistent with the view that the AnTI subscales measured trait worry dimensions.*

Referens:

Wells, A. (1994): A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 6, 289-299.

AnTI informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-27

Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Varje år upplever ett stort antal personer bröstsmärtor, trots att de är fullt friska. För flertalet av dessa människor räcker det med en läkares lugnande besked att smärtan var helt ofarlig. Dock kommer några personer att fortsätta att grubbla på om läkaren eventuellt missade något vid "den alltför ytliga" undersökningen. Dessa personer kan i värsta fall hamna i en ond cirkel med ökad uppmärksamhet på sitt hjärta och undvikande av aktiviteter (t ex motion eller sex)

som de är rädda ska medföra negativa konsekvenser såsom smärta eller t o m dödsfall. I förlängningen kan de personliga kostnaderna bli mycket höga.

Eifert och medarbetare publicerade nyligen ett självskattningsformulär, Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000), för att på ett objektivt sätt mäta graden av hjärtfokuserad ångest. CAQ består av 18 påståenden, fördelade på tre faktorer, som skattas på en femgradig skala (Aldrig / Sällan / Ibland / Ofta / Alltid). Poängen kan redovisas för respektive delskala. Men poängen kan även, eftersom den interna validiteten är hög, summeras till en totalpoäng (0-72).

De tre faktorerna är:

1. rädsla och oro för hjärtsensationer (item: 10,11,13,14,15,16,17,18)
2. undvikande av aktiviteter i förebyggande syfte (item: 2,5,7,9,12)
3. hjärtfokuserad uppmärksamhet och kontrollerande av hjärtrelaterade stimuli (item: 1,3,4,6,8)

CAQ är tänkt att kunna användas som screeningformulär inom den somatiska vården, för att på ett tidigt stadium kunna remitera till kognitiv beteendeterapeutisk behandling. Formuläret är även utarbetat för att användas som ett utvärderingsmått samt för att hitta viktiga kognitioner när man bedriver terapi. Fördelen med CAQ, jämfört med t ex Anxiety Sensitivity Index (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986) och Body Sensations Questionnaire (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984) är att CAQ mäter hjärtfokuserad oro mer specifikt, och även inkluderar frågor om undvikande och överdrivet kontrollerande.

CAQ finns i nu i en godkänd svensk översättning gjord av Carlbring och Söderberg. Formuläret får fritt användas av Beteendeterapeutiska Föreningens medlemmar (dock inte säljas).

Antal items:	18
Delskalor:	De tre faktorerna är: 1. rädsla och oro för hjärtsensationer (item: 10,11,13,14,15,16,17,18) 2. undvikande av aktiviteter i förebyggande syfte (item: 2,5,7,9,12) 3. hjärtfokuserad uppmärksamhet och kontrollerande av hjärtrelaterade stimuli (item: 1,3,4,6,8)
Svarsalternativ:	0=Aldrig; 1=Sällan; 2=Ibland; 3=Ofta; 4=Alltid
Tidsintervall:	Inte angivet; ”som bäst stämmer in på dig”
Instruktion:	Fyll i formuläret genom att ringa in det svar (den siffran) som bäst stämmer in på Dig.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt.
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.83$
Svenska rättigheter:	Översatt av Per Carlbring. Kan användas kostnadsfritt. Laddas ner från www.carlbring.se
Utländska rättigheter:	geifert@aol.com
Svenska normer	Ångestpatienter utan panik: 18.8 (sd=8.9) Paniksyndrom med/utan agorafobi: 28.7 (sd=12.7)

Utländska normer	Heterogen grupp med kärlekskramp respektive ångestpatienter: M=30.0 (sd=12.0).
-------------------------	---

Abstract originalartikel: *Heart-focused anxiety (HFA) is the fear of cardiac-related stimuli and sensations because of their perceived negative consequences. Although HFA is common to a wide variety of persons who experience chest pain and distress, it often is unrecognized and misdiagnosed, particularly in cardiology and emergency room patients without and with heart disease. To address these concerns, this article reports on the development and preliminary psychometric evaluation of the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) designed to measure HFA. In Study 1, 188 cardiology patients completed the CAQ. Item and factor analyses indicated a three-factor solution pertaining to heart-related fear, avoidance, and attention. Reliability analysis of the 18-item CAQ revealed good internal consistency of the total and subscale scores. In Study 2, 42 patients completed the CAQ and several other anxiety-related questionnaires to assess its convergent and divergent properties. Although preliminary validity results are promising, further psychometric study is necessary to cross-validate the CAQ, examine its test-retest reliability, and confirm the stability of the factor structure. Taken together, the CAQ appears to assess HFA, and may therefore be a useful instrument for identifying patients with elevated HFA without and with heart disease.*

Referenser:

Carlbring, P., Forslin, P., Ljungstrand, P., Willebrand, M., Strandlund, C., Ekselius, L., et al. (2002). Is the Internet-administered CIDI-SF Equivalent to a Clinician-administered SCID Interview? *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 183-189.

Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., et al. (2000). The Cardiac Anxiety Questionnaire: development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1039-1053.

CAQ informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-27

Anxiety Sensitivity Index (ASI)

ASI mäter rädsla för ångestrelaterade symptom. Det har 16 items och svarsalternativen från från väldigt lite (0 poäng) till väldigt mycket (4 poäng). ASI är en av de mest populära formulärens vid paniksyndrom och relaterade problem. En hel bok har t o m skrivits (Taylor, 1999).

Det finns flera alternativa versioner av ASI. En som bara innehåller item 3,4,6 & 10 (=Brief panic disorder screen). Taylor och Cox har utarbetat en som har 36 items (ASI-R-36), samt en som har 23 items. Den vanligaste är dock med 16 items.

Antal items:	16
Delskalor:	Faktorstrukturen är föremål för het debatt. Förmodligen har ASI en huvudfaktor, med tre underordnade dito (physical concerns, social concerns, & mental incapacitation concerns).
Svarsalternativ:	0=nästan inte alls, 1= litet, 2=en hel del, 3=mycket, 4=väldigt mycket.
Tidsintervall:	Inte angivet; ”som bäst överensstämmer med hur du upplever det”

Instruktion:	Nedan följer några påståenden. Läs varje påstående noga och ringa sedan in den siffra som bäst överensstämmer med hur du upplever det. Använd nedanstående skala.	
Respondentålder:	Okänt.	
Administrationstid:	3-5 minuter	
Test-retest reliabilitet:	r = 0.71 och 0.75	
Cronbachs alfa:	α = mellan 0.82 och 0.91	
Svenska rättigheter:	Idspublishing, men de säger att formuläret inte finns på Svenska och har inga planer på att ge ut det.	
Utländska rättigheter:	http://www.idspublishing.com	
Svenska normer	Okänt.	
Utländska normer	Normala kontroller:	19.1 (sd=9.11)
	Paniksyndrom utan eller med mild agorafobi:	36.4 (sd=10.3)
	Paniksyndrom med moderat eller svår agorafobi:	32.1 (sd=11.3)
	Generaliserat ångestsyndrom:	28.6 (sd=10.6)
	Social fobi:	21.4 (sd=12.6)
	Specifik fobi:	20.0 (sd=13.4)
	Tvångssyndrom:	27.2 (sd=13.4)

Abstract originalartikel: *Three experiments tested a hypothesized distinction between anxiety (frequency of symptom occurrence) and anxiety sensitivity (beliefs that anxiety experiences have negative implications). In Study 1, a newly constructed Anxiety Sensitivity Index (ASI) was shown to have sound psychometric properties for each of 2 samples (n = 147) of college students. Ss who tended to endorse one negative implication for anxiety also tended to endorse other negative implications. In Study 2, which was conducted with 11 patients (aged 26-58 yrs) with agoraphobia and 52 patients (aged 20-71 yrs) with other anxiety disorders, the ASI was found to be especially associated with agoraphobia and generally associated with anxiety disorders. In Study 3, the Ss from Study 1 completed the ASI, the Fear Survey Schedule--II, the Taylor Manifest Anxiety Scale, and an anxiety frequency checklist. The ASI explained variance on the Fear Survey that was not explained by the other 2 instruments. In predicting the development of fears, and possibly other anxiety disorders, it may be more important to know what the person thinks will happen as a result of becoming anxious than how often the person actually experiences anxiety. Implications are discussed for competing views of the fear of fear.*

Referenser:

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety, sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
Taylor, S. (1999). *Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

ASI informationen granskad av Per Carlbring 2004-10-28

Paniksyndrom (+Agorafobi)

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)

ACQ består av 14 frågor som mäter maladaptiva kognitioner och antaganden som är relaterade till eventuella konsekvenser av ångest. En femgradig Likertskala används för att mäta frekvensen av varje tanke när en person är nervös eller orolig. ACQ har visat sig vara ett viktigt och vanligt förekommande utvärderingsmått vid paniksyndrom (Bouchard et al, 1997). Chambless et al. (1984) har identifierat två faktorer. Den ena handlar om rädsla för katastrofala fysiska konsekvenser och den andra handlar om rädsla för katastrofala sociala eller beteendemässiga konsekvenser.

OBS! Det cirkulerar en felaktig version av BSQ & ACQ i Sverige! Se BSQ nedan.

Antal items:	14
Delskalor:	Två (används dock oftast som helhet) (1) rädsla för katastrofala fysiska konsekvenser (item 6, 8, 9, 11-14) (2) rädsla för katastrofala sociala eller beteendemässiga konsekvenser (item 1-5, 7, 10)
Svarsalternativ:	1= aldrig, 2= sällan, 3=ungefär hälften av gångerna, 4= vanligtvis, 5=alltid
Tidsintervall:	Inte angivet; ”hur ofta varje tanke uppkommer”
Instruktion:	Nedan följer några tankar eller idéer som kan uppstå när man är nervös eller rädd. Bedöm hur ofta varje tanke uppkommer genom att ringa in den siffran (1-5) som bäst beskriver din reaktion.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5-10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.86$ (1 månad)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.80$
Svenska rättigheter:	Okänt. Lars-Göran Öst har översatt. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använda formuläret utan kostnad.
Utländska rättigheter:	chambless@psych.upenn.edu Chambless skrev så här i ett mejl till mig 2005-10-06: ”Yes, I want the scale to be free of cost for people to use so long as they aren't selling it themselves.”
Svenska normer	Panikprojektet ”1” (n=49) - före behandling: 2.26 (sd=0.5) - efter behandling: 1.60 (sd=0.4) Panikprojektet ”2” (n=22) - före behandling: 2.38 (sd=0.7) - efter behandling: 1.84 (sd=0.6)

	Panikprojektet ”PP-live” (n=49) - före behandling: 2.47 (sd=0.7) - efter behandling: 1.66 (sd=0.5)
	Panikprojektet ”PP-5” (n=60) - före behandling: 2.45 (sd=0.6) - efter behandling: 1.54 (sd=0.5)
Utländska normer	Normala kontroller (USA): 1.60 (sd=0.46) Agorafobi (USA): 2.32 (sd=0.66)

Abstract originalartikel: *Describes the development of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire, companion measures for assessing aspects of fear of fear (panic attacks) in agoraphobics. The instruments were administered to 175 agoraphobics (mean age 37.64 yrs) and 43 controls (mean age 36.13 yrs) who were similar in sex and marital status to experimental Ss. Results show that the instruments were reliable and fared well on tests of discriminant and construct validity. It is concluded that these questionnaires are useful, inexpensive, and easily scored measures for clinical and research applications and fill a need for valid assessment of this dimension of agoraphobia.*

Referens:

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.

ACQ informationen granskad av Per Carlbring 2005-11-01

Anxiety Sensitivity Index (ASI)

Se under avsnittet ”Ångest”.

Body Sensations Questionnaire (BSQ)

BSQ (Chambless et al., 1984) består av 17 frågor som mäter respondentens subjektiva rädsla för specifika kroppsliga sensationer som kan uppstå när han/hon är nervös eller är i en fruktad situation. Exempel på sensationer är hjärtklappning, yrsel och domningar. Självskattningen görs på en femgradig Likertskala.

Test-retest reliabiliteten för detta instrument är $r=.67$ (Khawaja, Oei & Baglioni, 1994). Walker, Norton & Ross (1991) anser att detta värde är ganska lågt, men förklarar det med att panikattackernas svårighet varierar kraftigt. Den interna konsistensen uppges dock vara utomordentlig ($\alpha=.87$) (Khawaja & Oei, 1992).

Formuläret reagerar bra på behandlingsframgång.

Antal items:	17
Delskalor:	Inga.
Svarsalternativ:	1= inte alls, 2= något, 3= ganska, 4=mycket, 5=extremt
Tidsintervall:	Inte angivet; ”hur rädd du är för dessa känslor”

version. Accordingly, if, after you correct the problems, you wouldn't mind sending me a copy, I would appreciate it."

Abstract originalartikel: *Describes the development of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire, companion measures for assessing aspects of fear of fear (panic attacks) in agoraphobics. The instruments were administered to 175 agoraphobics (mean age 37.64 yrs) and 43 controls (mean age 36.13 yrs) who were similar in sex and marital status to experimental Ss. Results show that the instruments were reliable and fared well on tests of discriminant and construct validity. It is concluded that these questionnaires are useful, inexpensive, and easily scored measures for clinical and research applications and fill a need for valid assessment of this dimension of agoraphobia.*

Referens:

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.

BSQ informationen granskad av Per Carlbring 2005-11-01

Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA)

MIA ger ett mått på agorafobiskt undvikande när personen är i sällskap respektive ensam. Att särskilja agorafobiskt undvikande i dimensionen ensam - sällskap har visat sig vara viktigt då dessa mått kan skilja sig drastiskt åt. MIA består av 25 frågor som ska besvaras både för när respondenten är i sällskap och ensam. Skattningen görs på en femgradig Likertskala (undviker aldrig/sällan/ungefär hälften av gångerna/för det mesta/alltid). Reliabiliteten och validiteten har visat sig vara god och formuläret har även visat sig kunna diskriminera agorafobi från andra ångeststörningar.

MIA har en god test-retest reliabilitet på mellan $r=.89$ och $.90$ på delskalan för sällskap och mellan $r=.75$ till $.86$ på delskalan när man är ensam. Den interna konsistensen (alfa koefficient) ligger på mellan 0.91 och 0.97 .

Antal items:	51 stycken (25+26)
Delskalar:	Ensam (26 items); I sällskap (25 items)
Svarsalternativ:	1=undviker aldrig, 2=undviker sällan, 3=undviker ungefär hälften av gångerna, 4=undviker för det mesta, 5=undviker alltid
Tidsintervall:	Inte angivet; "Bedöm i vilken utsträckning du undviker följande platser eller situationer p g a obehag eller ångest"
Instruktion:	Bedöm i vilken utsträckning du undviker följande platser eller situationer p g a obehag eller ångest. Skatta sedan graden av undvikande när du är med en person som du litar på och när du är ensam. Använd följande skala:
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5-10 minuter

Instruktion:	Nedan är en lista på specifika kroppsliga sensationer som kan uppstå när man är nervös eller i en fruktad situation. Bedöm hur rädd du är för dessa känslor genom att ringa in den siffran (1-5) som bäst beskriver din rädsla.	
Respondentålder:	Okänt.	
Administrationstid:	5-10 Minuter	
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.67$ (okänd tidsintervall)	
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.87$	
Svenska rättigheter:	Okänt. Lars-Göran Öst har översatt. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använde formuläret utan kostnad.	
Utländska rättigheter:	chambless@psych.upenn.edu Chambless skrev så här i ett mejl till mig 2005-10-06: "Yes, I want the scale to be free of cost for people to use so long as they aren't selling it themselves."	
Svenska normer	Panikprojektet "1" (n=49) - före behandling: 2.66 (sd=0.4) - efter behandling: 1.71 (sd=0.6) Panikprojektet "2" (n=22) - före behandling: 2.79 (sd=0.8) - efter behandling: 2.10 (sd=1.0) Panikprojektet "PP-live" (n=49) - före behandling: 3.09 (sd=0.6) - efter behandling: 1.84 (sd=0.5) Panikprojektet "PP-5" (n=60) - före behandling: 2.97 (sd=0.7) - efter behandling: 1.74 (sd=0.6)	
Utländska normer	Normala kontroller (USA):	1.80 (sd=0.59)
	Agorafobi (USA):	3.05 (sd=0.86)

OBS! Det cirkulerar en felaktig version av BSQ & ACQ i Sverige! Och det är nog just den felaktiga versionen som de flesta i Sverige tyvärr har: Upphovsmannen skriver i mejl till Carlbring: "Oh, dear. It sounds like someone doing the translation got the instructions for the ACQ mixed up with the BSQ. Here are the instructions for the BSQ. Below is a list of specific body sensations that may occur when you are nervous or in a feared situation. Please mark down how afraid you are of these feelings. Use a five-point scale from not worried to extremely frightened."

Then the ratings are defined as:

1. Not frightened or worried by this sensation.
2. Somewhat frightened by this sensation.
3. Moderately frightened by this sensation.
4. Very frightened by this sensation.
5. Extremely frightened by this sensation.

So, you are absolutely correct that there is a problem, and I'm glad you caught it now. It's a shame that so much research has already been done in the Sweden with suspect instructions. by the way, I've not seen the Swedish

Test-retest reliabilitet:	$r =$ mellan 0.75 och 0.90
Cronbachs alfa:	$\alpha =$ mellan 0.91 och 0.97
Svenska rättigheter:	Okänt. Lars-Göran Öst har översatt. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använde formuläret utan kostnad.
Utländska rättigheter:	chambless@psych.upenn.edu Chambless skrev så här i ett mejl till mig 2005-10-06: "Yes, I want the scale to be free of cost for people to use so long as they aren't selling it themselves."
Svenska normer	MI-ENSAM: Panikprojektet "PP-live" (n=49) - före behandling: 3.2 (sd=0.9) - efter behandling: 2.3 (sd=0.9) Panikprojektet "PP-5" (n=60) - före behandling: 2.7 (sd=0.9) - efter behandling: 1.9 (sd=0.8) MI-SÄLLSKAP: Panikprojektet "PP-live" (n=49) - före behandling: 2.7 (sd=0.8) - efter behandling: 1.9 (sd=0.7) Panikprojektet "PP-5" (n=60) - före behandling: 2.1 (sd=0.8) - efter behandling: 1.5 (sd=0.6)
Utländska normer	Normala kontroller (USA): M=1.80 (sd=0.59) Agorafobi (USA): M=3.05 (sd=0.86)

Abstract originalartikel: *Describes the development of the Mobility Inventory for Agoraphobia (MI), a 27-item inventory for the measurement of self-reported agoraphobic avoidance behavior and frequency of panic attacks. On this instrument, which is appended along with 2 statistical tables, 26 situations are rated for avoidance both when clients are accompanied and when they are alone. These 2 conditions were found to be only moderately correlated and are thus analyzed separately, as is the item on frequency of panic attacks. Studies that support the reliability and the concurrent and construct validity of these 3 measures involved 242 agoraphobic, 18 socially phobic, and 23 control Ss (all adults) who were also assessed on measures of fear and psychopathology (using the Beck Depression Inventory, the Trait form of the State-Trait Anxiety Inventory, and the Eysenck Personality Questionnaire). It is concluded that the MI appears to be a sound instrument, with which a broad range of situations troublesome to agoraphobic clients can be surveyed, and it should prove useful for treatment planning and research.*

Referens:

Chambless, D. L., Caputo, G., Jasin, S., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.

MIA informationen granskad av Per Carlbring 2005-10-19

Panic Disorder Severity Scale (PDSS)

PDSS är ett skattningsinstrument avsett som hjälpmedel i den kliniska bedömningsintervjun för att mäta svårighetsgraden av ett redan konstaterat paniksyndrom. Skalan har 7 items med tonvikt på grundläggande karakteristika för paniksyndrom. Items inkluderar frekvens av panikattacker, begränsade panikattacker, obehag och plåga orsakad av panikattacker och begränsade attacker, förväntansångest, agorafobisk rädsla och undvikande, panikrelaterade vegetativa symtom rörande rädsla och undvikande samt hindrande inverkan vad gäller arbete och socialt liv. Skattningen görs på en femgradig Likertskala (0=inget; 4=extremt). Preliminära analyser visar att Paniksyndromskalan har goda psykometriska egenskaper i populationen (Paniksyndrompopulationen)

Paniksyndromskalan är avsedd att användas av psykiater, psykologer eller andra utbildade specialister som är väl förtrogna med kliniskt paniksyndrom (alltså *inte* av patienter själv!). Skalan har börjat användas mycket i studier för att bedöma svårighetsgraden hos individer som har diagnostiserats med paniksyndrom.

Antal items:	7
Delskalor:	1, 2 eller 7. Vid 2 faktorlösning utgör item 1 & 2 den första faktorn (panikfrekvens och obehag), och item 3-7 den andra faktorn.
Svarsalternativ:	0= inget eller förekommer inte 1= lindrigt, tillfälliga symtom, lätt störande 2= måttligt; frekventa symtom, viss hindrande inverkan i social sammanhang eller i yrkeslivet men fortfarande överkomligt 3= kraftigt; mycket frekventa symtom, orsakar betydande hinder i sociala sammanhang eller i yrkeslivet 4= extremt; nästintill konstant förekommande symtom, orsakar mycket stora hinder i sociala sammanhang eller i yrkeslivet
Tidsintervall:	Senaste månaden.
Instruktion:	[Instruktionen är mycket lång och endast en del redovisas här] Syftet är att skatta svårighetsgraden av paniksyndrom med eller utan agorafobi. Skattningen görs generellt för den sista månaden för att få en uppskattning av frekvens och svårighetsgrad av panikattacker. Annan tidsperiod än en (1) månad kan skattas men bör då gälla samtliga items.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	10-15 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt. Interbedömaröverensstämmelsen är bra ($r = .88$ för hela skalan, och $r = .73-.87$ för olika items).
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.65$
Svenska rättigheter:	Översatt av Kai Nilsson år 2000. Be om lov före användning. www.kbtbyran.se Telefon: 0708 - 89 64 17
Utländska rättigheter:	shearmk@msx.upmc.edu
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	I studier presenteras oftast ett totalvärde, men normdata finns

endast för separata items.
Item 1; M=1.83 (sd=0.82)
Item 2; M=2.19 (sd=0.61)
Item 3; M=1.94 (sd=0.75)
Item 4; M=1.23 (sd=0.65)
Item 5; M=1.08 (sd=0.58)
Item 6; M=1.29 (sd=0.98)
Item 7; M=1.55 (sd=0.82)

Abstract originalartikel: *Developed and evaluated a brief, clinician rating scale for the assessment of overall panic disorder--the panic disorder severity scale (PDSS). 10 independent evaluators used the 7-item PDSS to assess 186 patients with principal Mental Disorders-III-Revised (DSM-III-R) diagnoses of panic disorder. In addition, 89 of these Ss were reevaluated with the same scale after short-term treatment. A subset of 24 Ss underwent 2 independent assessments to establish interrater reliability. Internal consistency, convergent and discriminant validity, and sensitivity to change were also determined. Results indicate that the PDSS was associated with excellent interrater reliability, moderate internal consistency, and favorable levels of validity and sensitivity to change. Individual items show good convergent and discriminant validity. Analysis suggests a 2-factor model fit the data best. It is concluded that the PDSS is a simple, efficient way for clinicians to rate severity in patients with established diagnoses of panic disorder.*

Referens:

Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., et al. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.

PDSS informationen granskad av Per Carlbring 2004-10-28

Agorafobi 1; "Rädsla"

Formulär framtaget av professor Lars-Göran Öst. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använda formuläret utan kostnad. Svenska normdata finns. Denna information behöver kompletteras.

Agorafobi 2; "Undvikande"

Formulär framtaget av professor Lars-Göran Öst. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använda formuläret utan kostnad. Svenska normdata finns.

Denna information behöver kompletteras.

Panikdagbok

Används dagligen initialt för att mäta panikattackernas DSM-IV symptom, intensitet, duration, om den var väntad/oväntad. Vidare görs en daglig skattning av dagens genomsnittliga ångestnivå.

Antal items:	Individuellt beroende på antalet attacker.
Delskalor:	Panikattacker respektive daglig ångest
Svarsalternativ:	Individuellt beroende på antalet attacker.
Tidsintervall:	En dag
Instruktion:	Registrera här varje panikattack som du upplever under dagen. En panikattack är en episod av intensiv rädsla eller obehag där några av nedanstående symptom utvecklas hastigt och når sin topp inom 10 minuter. Sätt ett kryss (x) för varje upplevt symptom vid varje attack. Uppskatta sedan hur intensiv attacken var (se "skala A" nedan), hur länge den varade och om den var väntad, d v s inträffade i en situation där den brukar uppstå. Slutligen, beskriv kort den situation i vilken panikattacken inträffade.
Respondentålder:	Från 15 år.
Administrationstid:	Individuellt beroende på antalet attacker. Ca 5 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt.
Cronbachs alfa:	Okänt.
Svenska rättigheter:	Per Carlbring. Får användas fritt.
Utländska rättigheter:	Per Carlbring
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	Okänt.

Panikdagboks-informationen granskad av Per Carlbring 2004-10-28

Specifik fobi

Fobischema-III (FSS-III)

FSS-III (Wolpe & Lang, 1964) är ett självskattningsformulär som används för att mäta generella fobiska tendenser. Det består av en lista på 76 objekt och situationer som kan orsaka rädsla eller andra obehagliga känslor. För varje objekt eller situation ska klienten skatta hur mycket han/hon störs av denna i nuläget på en skala mellan 1 (inte alls) till 5 (väldigt mycket). Faktoranalys har visat att formuläret består av fem olika faktorer som representerar social rädsla, agorafobisk rädsla, rädsla för kroppslig skada/döden, rädsla för sexuella/aggressiva scener samt rädsla för ofarliga djur. Testet uppvisar god validitet och reliabilitet (Blankstein, Flett, Hewitt & Eng, 1993).

Abstract saknas i original artikeln.

Antal items:	76
Delskalor:	5 stycken, men poängen presenteras för hela skalan. 1. social rädsla 2. agorafobisk rädsla 3. rädsla för kroppslig skada/döden 4. rädsla för sexuella/aggressiva scener 5. rädsla för ofarliga djur.
Svarsalternativ:	1 = inte alls, 2 = litet, 3 = en hel del, 4 = mycket, 5 = väldigt mycket

Tidsintervall:	Inte angivet; ”nu för tiden”
Instruktion:	Nedanstående frågor innehåller saker och situationer som kan orsaka rädsla eller andra obehagliga känslor. Läs varje fråga och bedöm hur mycket du nu för tiden störs av den beskrivna saken eller situationen. Ringa därefter in den siffra som bäst beskriver din känsla.
Respondentålder:	Okänt
Administrationstid:	20 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.93$ (Internetadministration) $\alpha = 0.95$ (pappersadministration)
Svenska rättigheter:	Okänt, men Lars-Göran Öst har översatt. Han säger att studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använda formuläret utan kostnad.
Utländska rättigheter:	Gratis i originalartikeln. Finns dock kommersiell version från http://www.edits.com/
Svenska normer	Spindelfobiker (n=28): Före behandling M=138.6 (sd=23.1) Efter behandling M=123.1 (sd=20.4) Ormfobiker (n=28): Före behandling M=136.2 (sd=13.5) Efter behandling M=123.5 (sd=21.2)
Utländska normer	Icke-klinisk: - män 144.63 (sd=32.28) - kvinnor 164.33 (sd=33.91)

Referens:

Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.

FSS-III informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-28

Blod

Formulär framtaget av professor Mats Fredrikson. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använda formuläret utan kostnad. Svenska normer finns... Denna information behöver kompletteras.

Duvor

Ursprung okänt. Svenska normer finns... Denna information behöver kompletteras.

Fåglar

Ursprung okänt. Svenska normer finns... Denna information behöver kompletteras.

Höjder

Ursprung okänt. Svenska normer finns... Denna information behöver kompletteras.

Klaustrofobi

Klaustrofobiformuläret

Klaustrofobi definieras i Nationalencyklopedin som en intensiv, irrationell rädsla för att stängas inne, vanligtvis i små rum såsom en hiss. Professor Fredrikson och medarbetare (1996) har uppskattat prevalensen av denna specifika fobi till cirka fyra procent i Sverige. De fann en signifikant könsskillnad (2.4% för män respektive 5.4% för kvinnor), men ingen åldersskillnad. Skattningsskalor för att mäta intensiteten på klaustrofobisk rädsla har funnits länge. Ett bra exempel är Klaustrofobiskalan (Öst et al., 1982), som ger en god uppfattning om den förknippade ångesten samt det tillhörande undvikandet.

Under de senare åren har en ny hypotes växt fram och testats. Denna menar att klaustrofobi inte är en rädsla, utan två – nämligen skräcken att kvävas respektive fruktan för att stängas inne. Enligt Rachman och medarbetare (1987; 1988) överskattar även genomsnittspersonen ofta rejält mängden syre som behövs - en person kan till exempel överleva i ett lufttätt rum i flera dagar. Radomsky och medarbetare (2001) presenterade i det senaste numret av tidskriften *Journal of Anxiety Disorders* ett självskattningsinstrument som mäter dessa två faktorer. Instrumentet, kallat The Claustrophobia Questionnaire (CLQ), har visat sig ha goda psykometriska egenskaper (hög test-retest reliabilitet, intern överensstämmelse, god diskriminativ validitet, samt utmärkt prediktiv validitet).

CLQ finns nu i en godkänd svensk översättning gjord av Carlbring och Söderberg. Formuläret består av 26 påståenden som ska besvaras på en femgradig skala. De 14 första frågorna rör delskalan för kvävning ("Suffocation subscale") och de resterande 12 avhandlar rädslan att bli instängd ("Restriction subscale"). Som framgår av Tabell 1 finns normativa data för respektive delskala samt för instrumentet i sin helhet.

Formuläret får fritt användas (dock inte säljas). För en egen elektronisk kopia av formuläret vänd dig till per.carlbring@psyk.uu.se eller ladda ner från följande hemsida: www.carlbring.se

Normer:

Normativa data från USA

Skala	Möjlig poäng	Friska Vuxna		Klaustrofobiska psykologstudenter	
		M	Sd	M	Sd
Hela formuläret	0-104	28.9	19.4	51.8	16.6
Delskala SS (kvävning)	0-56	9.1	7.9	23.8	8.4
Delskala RS (instängdhet)	0-48	19.9	12.8	27.6	9.6

Referens:

Radomsky, A. S., Rachman, S., Thordarson, D. S., McIsaac, H., & Teachman, B. A. (2001). The Claustrophobia Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders, 15*, 287-297.

Informationen om Klaustrofobiformuläret är granskad av Per Carlbring 2005-09-27

Offentliga framträdanden

Översatt av Mats Fredrikson. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använde formuläret utan kostnad. Denna information behöver kompletteras.

Ormar

Snake Questionnaire (SNAQ)

SNAQ är ett självskattningsformulär som brukar användas för att mäta graden av ormrädsla. Det består av 30 påståenden som gäller hur klienten känner inför ormar. Varje påstående kan besvaras med antingen "sant" eller "falskt". Lägsta summan är 0 poäng och högsta är 30. Formuläret har använts av professor Öst i otaliga fobistudier.

Antal items:	30
Delskalor:	Inga.
Svarsalternativ:	Sant (1 poäng), Falskt (0 poäng); men följande items har omvänd poängsättning: 6, 12, 16, 17, 20, 25, 27, 28.
Tidsintervall:	Inte angivet; "hur du känner dig inför ormar"
Instruktioner:	Detta frågeformulär består av 30 påståenden som gäller hur du känner dig inför ormar. Varje påstående kan antingen vara "sant" eller "falskt". Försök att avgöra vilken av beteckningarna som bäst beskriver de tankar du nyss har haft eller de erfarenheter du gjort. Ringa sedan in ett "S" eller ett "F" efter respektive påstående. Arbeta snabbt och stanna inte upp och grubbla över någon fråga. Det är ditt första intryck som vi är intresserade av. Kom ihåg att besvara alla frågor.
Respondentålder:	Okänt
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.84$ (okänd tidsintervall)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.78-0.90$
Svenska rättigheter:	Okänt. Mats Fredrikson har översatt. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använde formuläret utan kostnad.
Utländska rättigheter:	Finns i original artikeln. Kontakta klorman@psych.rochester.edu
Svenska normer	Ormfobi år 2003 (n=28): Före behandling M=25.0 (sd=3.3) Efter behandling M=11.7 (sd=6.5) Fobi år 1983:

	Fobiker	M=24.44 (sd=2.95).
	Psykologstudenter	5.80 (sd=3.82).
Utländska normer	Okänt.	

Abstract originalartikel: Investigated the skin conductance, heart rate, and fear ratings, to repeated presentations of seascape and snake films, of 45 female undergraduates who had high scores on the Fear Survey Schedule and the Snake Questionnaire. The films sampled 3 levels of fear intensity and were displayed in ascending, descending, or nonsystematic orders; additional Ss viewed only high-fear material. A linear relationship with fear intensity emerged for fear ratings but not for physiological measures. Differences found between orders in patterns of habituation were concordant for cardiac rate and fear ratings; relative to the other orders, the ascending sequence habituated less and displayed sensitization to material of higher fear levels. In all orders, there was marked habituation of physiological responses, especially in the 1st session. The possible role of adaptation level and implications of the data for desensitization and flooding were noted.

Referens:

Klorman, R. (1974). Habituation of fear: Effects of intensity and stimulus order. *Psychophysiology, 11*(1), 15-26.

SNAQ informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-28

Råttor

Formulär framtaget av professor Lars-Göran Öst. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använde formuläret utan kostnad. Svenska normer finns... Denna information behöver kompletteras.

Spindlar

Spider Phobia Questionnaire (SPQ)

SPQ (Klorman et al., 1974, Szymanski & O'Donohue, 1995) är ett självskattningsformulär som brukar användas för att mäta graden av spindelrädsla och har god reliabilitet och validitet. Det består av 31 påståenden som gäller hur klienten känner inför spindlar. Varje påstående kan besvaras med antingen "sant" eller "falskt". Formuläret har använts av professor Öst i otaliga fobistudier.

Antal items:	31
Delskalor:	
Svarsalternativ:	Sant (1 poäng), Falskt (0 poäng); men följande items har omvänd poängsättning: 6, 12, 14, 16, 17, 20, 25, 27, 28
Tidsintervall:	Inte angivet.
Instruktioner:	Detta frågeformulär består av 31 påståenden som gäller hur du känner dig inför spindlar. Varje påstående kan antingen vara "sant" eller "falskt". Försök att avgöra vilken av beteckningarna som bäst beskriver de tankar du nyss haft eller de erfarenheter du gjort. Ringa in ett "S" eller ett "F" efter respektive påstående. Arbeta snabbt och stanna inte upp och

	grubbla över någon fråga. Det är ditt första intryck som vi är intresserade av. Kom ihåg att besvara alla frågor.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	r = 0.94 (3 veckor) r = 0.87 (1 år)
Cronbachs alfa:	α = mellan 0.62 och .90
Svenska rättigheter:	Okänt.
Utländska rättigheter:	Finns i original artikeln. Kontakta klorman@psych.rochester.edu
Svenska normer	Spindelfobiker (Fredrikson, 1983): M=23.76 (sd=3.80) Psykologstudenter: M=3.80 (sd=5.02)
Utländska normer	Muris & Merckelbach (1996): Före behandling: M=23.2 (sd=2.9) Efter behandling: M= 14.0 (sd=6.8)

SPQ informationen granskad av Per Carlbring 2004-10-28

Åska

Formulär framtaget av professor Lars-Göran Öst. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använde formuläret utan kostnad. Svenska normer finns... Denna information behöver kompletteras.

Social fobi

Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)

SPSQ är ett självskattningsinstrument för diagnosticering av social fobi och fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV. Formuläret, som är utarbetat vid Institutionen för Psykologi i Uppsala, mäter graden av obehag i totalt 14 sociala prestations- eller interaktionssituationer (fråga 1). Varje situation skattas på en skala från 0 (inte alls obehagligt) till 4 (väldigt obehagligt). För att erhålla diagnosen social fobi krävs att personen:

- Skattar obehaget som ≥ 3 på åtminstone en av de 14 situationerna på fråga 1.
- Uppvisar ett konsistent svarsmönster på DSM-IV-kriterierna A-D (fråga 2-7). Kriterierna A-D anses vara uppfyllda om den situation som skattats som ≥ 3 på fråga 1 även är förkryssad vid A-kriteriet (fråga 3 eller 4), B-kriteriet (fråga 2 eller 5), C-kriteriet (fråga 6) samt D-kriteriet (fråga 2 eller 7).
- Hämmas i åtminstone en av tre livsdomäner (minst ett "ja") på E-kriteriet (fråga 8). F-kriteriet är uppfyllt om personen är över 18 år (annars krävs minst 6 månaders varaktighet). Kriterierna G och H är inte möjliga att kontrollera med detta självskattningsformulär. För att erhålla diagnosen *generaliserad social fobi* har

följande riktlinje används: personen skall ha skattat minst 5 situationer som ≥ 3 på fråga 1 och/eller ha en totalpoäng på ≥ 30 .

SPSQ innehåller också sju påståenden (fråga 10) från DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire (DIP-Q; Ottosson et al., 1998) som täcker DSM-IV-kriterierna för fobisk personlighetsstörning (svaret "stämmer" ger 1 p utom på det första och det 5:e påståendet som är omvända, dvs "stämmer inte" ger där 1 p).

Formuläret visar på en god samtidig validitet och höga korrelationer med frågeformulären Social Phobia Scale ($r = 0.77$) och Social Interaction Anxiety Scale ($r = 0.79$). $\alpha = 0.90$ för de 14 sociala obehagssituationerna tyder också på en hög intern konsistens. Vid en preliminär utvärdering av självskattningsformulärets psykometriska egenskaper identifierades med SPSQ samtliga av 35 sociala fobiker och 19 av 20 icke-fobiker, vilket ger en sensitivitet på 100% och en specificitet på 95%. Referensgruppen utgjordes av personer som tidigare genomgått intervju enligt Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998).

Antal items:	109
Delskalor:	<ol style="list-style-type: none"> En summapoäng på de 14 situationerna (fråga 1). Möjlig poäng: 0 till 56. En siffra för antalet situationer som skattats som minst en 3:a på den fyrgradiga ångestskalan (dvs 0-14 p) på fråga ett. En siffra för antalet livsdomäner som handikappas enligt fråga åtta (0-3 poäng) En siffra för antalet kriterier som uppfylls för avoidant personality disorder enligt fråga tio (0-7 poäng) Uppfyller kriterierna för social fobi? (ja/nej)
Diagnos:	<p>Social fobi diagnos ges om en situation skattas som åtminstone 3 poäng på den fyrgradiga ångestskalan (fråga 1) och...</p> <p>Denna situation kryssas även för på fråga 3 eller fråga 4 och...</p> <p>Denna situation kryssas även för på fråga 2 eller fråga 5 och...</p> <p>Denna situation kryssas även för på fråga 6 och...</p> <p>Denna situation kryssas även för på fråga 2 eller 7 och...</p> <p>Åtminstone en livsdomän hämmas (minst 1 ja-svar) på fråga 8</p>
Svarsalternativ:	Varierar
Tidsintervall:	Just nu
Instruktioner:	<p>Ange för varje situation nedan hur obehaglig du tycker att den är genom att ringa in en av siffrorna. Skalan är graderad enligt följande:</p> <p>[Skalan innehåller även ytterligare instruktioner]</p>
Respondentålder:	
Administrationstid:	15 minuter

Test-retest reliabilitet:	Okänt
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.90$
Svenska rättigheter:	tomas.furmark@psyk.uu.se
Utländska rättigheter:	tomas.furmark@psyk.uu.se
Svenska normer	Svensk normalpopulation (utan social fobi): 9.1 (sd=7.3) Social fobi i allmänbefolkningen: 20.7 (sd=8.9) Kliniskt sampel: SOFIE-1 (n=64) Totalpoäng item 1: Före behandling M=30.4 (sd=8.7) Efter behandling M=20.0 (sd=8.5) Antal situationer >2 poäng på item 2: Före behandling M=6.0 (sd=3.0) Efter behandling M=2.8 (sd=2.6)
Utländska normer	

Flertalet studier har även använt självskattningsversionen av skalan (LSAS-SR). Enligt Baker, Heinrichs, Kim & Hofmann (2002) har LSAS-SR, i likhet med den kliniska versionen, en hög intern konsistens med alfavärden på 0.95 för hela skalan och från 0.79 till 0.91 för övriga delskalor. De olika delskalorna var dessutom högt korrelerade med varandra och med totalpoängen ($r = 0.63$ till $r = 0.97$). Test-retestreliabiliteten efter 12 veckor för totalpoängen var $r = 0.83$. Överensstämmelsen mellan självskattningsversionen och den kliniska versionen av LSAS i samma studie var god med korrelationer som sträckte sig från 0.78 till 0.85. Enligt Fresco et al. (2001) uppvisar LSAS-SR en god konvergent och diskriminativ validitet. Formuläret korrelerar högre med andra självskattningsformulär för social ångest (t ex Social Phobia Scale och Social Interaction and Anxiety Scale) än med formulär som mäter depression (t ex Beck Depression Inventory). Skalan anses dessutom känslig för förändring och har därför använts flitigt i flertalet behandlingsstudier (Baker et al., 2002).

Antal items:	48 (24 x 2)
Delskalor:	2 (eller 4)
Svarsalternativ:	Delskala "Rädsla eller ångest": 0 = Ingen; 1 = Mild; 2 = Måttlig; 3 = Stark Delskala "Undvikande": 0 = Aldrig (0%); 1 = Ibland (1–33% av tiden); 2 = Ofta (33–67% av tiden); 3 = Vanligtvis (67–100% av tiden) Vill man kan man även dela in delskalorna i ytterligare 2 skalor: Rädsla för (respektive undvikande av) social <i>interaction</i> = item 5, 7, 10-12, 15, 18, 19, 22-24 Rädsla för (respektive undvikande av) social <i>performance</i> = item 1-4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21 Med faktoranalys går det även att dela upp i fyra faktorer: interaktion, tala offentligt, granskad av andra, äta/dricka offentligt.
Tidsintervall:	Senaste veckan
Instruktioner:	Fyll i följande formulär med det mest passande svarsalternativet som listas nedan. Basera svaren på hur du har känt dig den senaste veckan (tänk dig in i hur du skulle reagera om du inte har varit med om situationen under veckan). Om du har fyllt i formuläret tidigare, försök vara konsekvent i hur du bedömer varje situation. Var vänlig och svara på alla frågor.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	20-30 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.96$
Svenska rättigheter:	Okänt.
Utländska rättigheter:	Michael Liebowitz (Skalan finns i originalartikeln)
Svenska normer	SOFIE-1 (n=64)

Abstract originalartikel: *Examined the prevalence of social phobia and demographic characteristics associated with this anxiety disorder in the Swedish general population. 1,202 18-70 year olds completed a questionnaire that was used to assess social distress in a broad range of phobic situations, as well as the diagnostic criteria for social phobia corresponding to Mental Disorders-IV (DSM-IV). Results show that the prevalence rates varied between 1.9 and 20.4% across the different levels of distress and impairment used to define cases. Public speaking was the most common social fear. Social phobia was associated with female gender, low educational attainment, psychiatric medication use, and lack of social support. The authors conclude that although the exact diagnostic boundaries for social phobia are difficult to determine, social anxiety is a distressing problem for a considerable proportion of the general population.*

Referens:
 Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.

SPSQ informationen granskad av Tomas Furmark 2004-10-28

Liebowitz Social Anxiety Scale , self-report (LSAS-SR)

LSAS är ursprungligen ett klinikeradministrerat instrument för bedömning av rädsla och undvikande i sociala situationer. Skalan utarbetades av Liebowitz (1987) och består av 24 presumtvt socialfobiska situationer, varav 13 utgörs av prestationssituationer och de återstående 11 av interaktionssituationer. För varje situation skattas, på en Likertskala som sträcker sig från 0 till 3, graden av rädsla/ångest (0 = ingen; 3 = stark) respektive undvikande (0 = aldrig: 0% av tiden; 3 = vanligtvis: 67-100% av tiden). Totalpoäng kan således beräknas dels för rädsla/ångest, dels för undvikande. Delskalor finns dessutom för rädsla/ångest respektive undvikande i prestations- respektive interaktionssituationer. Sammantaget ges alltså möjlighet till beräkning av totalt sex delskalor. Genom att lägga ihop totalpoängen för rädsla/ångest och undvikande kan man dessutom erhålla en summerad totalpoäng för hela skalan. LSAS uppvisar goda psykometriska egenskaper både vad gäller reliabilitet och validitet (Fresco et al., 2001).

	Totalpoäng: Före behandling M=68.5 (sd=22.5) Efter behandling M=45.6 (sd=25.1)
	Subscale Fear Före behandling M=36.9 (sd=12.1) Efter behandling M=25.4 (sd=12.8)
	Subscale Avoidance Före behandling M=31.6 (sd=11.3) Efter behandling M=20.2 (sd=12.9)
Utländska normer	Totalpoäng i behandlingsstudie M=67.2 (sd=27.5) Amerikanskt befolkningsurval utan ångestproblematik: 13.49 (sd = 12.7) (Fresco et al., 2001).

Referens:

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

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. *Psychol Med* 31, 1025-1035.

LSAS-SR informationen granskad av Tomas Furmark 2004-10-28

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

SPS och SIAS, som första gången beskrevs i en opublicerad artikel av Mattick och Clarke 1989, är två självskattningsformulär som visat sig vara mycket användbara både inom klinisk verksamhet och i forskningssammanhang (Mattick & Clarke, 1998). SPS mäter ångest i 20 olika sociala prestationssituationer medan SIAS mäter kognitiva, affektiva och beteendemässiga reaktioner i 20 interaktionssituationer. Skalorna är av Likerttyp med fem skalsteg som sträcker sig från 0 (stämmer inte alls på mig) till 4 (stämmer precis på mig). I den senare psykometriska utvärderingen (Mattick & Clarke, 1998) uteslöts en fråga från SIAS vilket har lett till att detta formulär cirkulerar med antingen 19 eller 20 frågor. Summapoängen för de två versionerna korrelerar förmodligen mycket högt.

Båda skalorna har en hög intern konsistens med alfavärden på 0.89 för SPS respektive 0.93 för SIAS (Mattick & Clarke, 1998). Test-retestreliabiliteten är också god med korrelationer som varierar från 0.66 till 0.93 för SPS och från 0.86 till 0.92 för SIAS (Heimberg, Mueller, Holt, Hope & Liebowitz, 1992; Mattick & Clarke, 1998). Personer med social fobi har skattat högre än personer med andra ångeststörningar på både SPS och SIAS, vilket tyder på en tillfredsställande diskriminativ validitet. Dessutom korrelerar SIAS högre med andra mått på social interaktion medan SPS korrelerar högre med formulär som mäter rädsla i prestationssituationer (Brown et al., 1997).

Antal items:	SPS: 20 items
---------------------	---------------

	SIAS: 19 items (det finns dock en version med 20 items, då är item 5 den extra frågan)
Delskalor:	
Svarsalternativ:	SPS: 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 SIAS: 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 SIAS har omvänd poängsättning på item 8 & 10 på 19-items versionen, och på 20-item versionen: item 5, 9, 11
Tidsintervall:	Inte angivet.
Instruktioner:	SPS: Ange för varje fråga hur väl de olika påståendena stämmer för dig genom att ringa in en av siffrorna. Använd följande skala: SIAS: Ange för varje fråga hur väl de olika påståendena stämmer för dig genom att ringa in en av siffrorna. Använd följande skala:
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5 minuter vardera
Test-retest reliabilitet:	SPS r = mellan 0.66 och 0.93 (4 till 12 veckor) SIAS r = mellan 0.86 och 0.92 (4 till 12 veckor)
Cronbachs alfa:	SPS α = mellan 0.87 och 0.94 SIAS α = mellan 0.86 och 0.94
Svenska rättigheter:	Okänt. Men upphovsmannen skrev i mejl 2005-09-29 "They are free to use. Please simply point out that users should acknowledge the source. There is no charge. It is for clinical and research use."
Utländska rättigheter:	r_mattick@unsw.edu.au . Skalorna är publicerade i original artikeln.
Svenska normer	SPS: Svensk normalpopulation (utan social fobi): 6.3 (sd=7.4) SPS: Social fobi i allmänbefolkningen: 21.5 (sd=15.1) SIAS: Svensk normalpopulation (ej social fobi): 12.8 (sd=8.9) SIAS: Social fobi i allmänbefolkningen: 28.4 (sd=14.8) (gäller 20-item versionen) Kliniskt sampel: SOFIE-1 (n=64): SPS: Före behandling M=35.8 (sd=16.7) Efter behandling M=20.7 (sd=14.8) SIAS (20 item versionen): Före behandling M=44.4 (sd=16.1) Efter behandling M=27.3 (sd=13.4)
Utländska normer	SPS:

Social fobi:	M=40.0 (sd=16.0)
Normala:	M=14.4 (sd=11.2)
SIAS (19 item versionen):	
Social fobi:	M=24.6 (sd=16.4)
Normala:	M=18.8 (sd=11.8)

Abstract originalartikel: *The development and validation of the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), 2 companion measures for assessing social phobia fears, are described. The SPS and SIAS items were derived from an initial pool of statements comprised of items modified from existing fear schedules and social anxiety inventories. Ss included 482 undergraduates, 315 adults from the community, and 243 adults with social phobia, 13 with agoraphobia with panic attacks, and 16 suffering from simple phobia. Both scales were shown to possess high levels of internal consistency and test-retest reliability. They discriminated between social phobia, agoraphobia and simple phobia samples, and between social phobia and normal samples. The scales correlated well with established measures of social anxiety, but were found to have low or non-significant correlations with established measures of depression, state and trait anxiety, locus of control, and social desirability. The scales were found to change with treatment and to remain stable in the face of no-treatment. It appears that these scales are valid, useful, and easily scored measures for clinical and research applications, and that they represent an improvement over existing measures of social phobia.*

Referens:

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

SPS & SIAS informationen granskad av Tomas Furmark 2004-10-28 och minimalt uppdaterad 2005-09-29 av Per Carlbring.

Personal Report of Confidence as a Speaker (PRCS)

Personal Report of Confidence as a Speaker (på svenska "Offentliga framträdanden"; Paul, 1966) består av 30 påståenden med svarsalternativen sann/falsk. Det existerar dock en äldre version med fler items. Formuläret mäter rädsla vid offentliga framträdanden och kan generera en totalpoäng från 0 (ingen rädsla) till 30 (extrem rädsla) (Phillips, Jones, Rieger & Snell, 1997). Den svenska översättningen av PRCS visade sig i en studie av Fredrikson (1983) ha goda psykometriska egenskaper.

Antal items:	30
Delskalor:	
Svarsalternativ:	sann/falsk: Följande svar ger 1p: 1F 2S 3S 4F 5S 6F 7S 8S 9F 10F 11F 12F 13S 14F 15S 16F 17F 18S 19S 20S 21F 22F 23F 24S 25S 26S 27F 28S 29S 30F
Tidsintervall:	Just nu
Instruktioner:	
Respondentålder:	
Administrationstid:	ca 10 minuter
Test-retest reliabilitet:	r = () Framgår i Mats Fredriksons artikel (se nedan)

Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.91$
Svenska rättigheter:	Okänt
Utländska rättigheter:	Okänt
Svenska normer	Svenskt studentsampel (Fredrikson et al., 1983): Kvinnor: 15.9 (sd=7.3) Män: 10.9 (sd=6.7) SOFIE-1 (n=64): SPS: Före behandling M=25.5 (sd=4.2) Efter behandling M=22.7 (sd=5.4)
Utländska normer	Ibland används cut-off 16, 17 eller 20 som gränser för att vara med i social fobi studier. Normdata från Paul (1966): Kliniskt sampel: M=20.6 (sd=3.31) Normalt sampel: M=11.6 (sd=5.90) Normdata från Philips (1997): Psykologistudenter: M=14.2 (sd=7.76)

Abstract, dock ej från originalartikel: *Normative data for the Personal Report of Confidence as a Speaker (PRCS; Paul, 1966), a measure of public-speaking anxiety, were collected by administering the PRCS to 1109 college students. PRCS scores were examined in relation to gender, race, age, and grade-point average. No significant between-group differences were found. The findings indicate that levels of public-speaking anxiety are generally constant across gender, race, and age. Normative data for all scores across Caucasian and African-American subjects are presented.*

Referens:

Pauli, G. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
 Phillips, G. C., Jones, G. E., Rieger, E. J., & Snell, J. B. (1997). Normative Data for the Personal Report of Confidence as a Speaker. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 215-220.
 Fredrikson, M. (1983). Reliability and validity of some specific fear questionnaires. *Scandinavian Journal of Psychology*, 24, 331-334.

PRCS informationen granskad av Tomas Furmark 2004-10-28

Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)

Se ovan under rubriken "ångest".

Anxious Thoughts Inventory (AnTI)

Se ovan under rubriken "ångest".

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

Mycket välanvänt formulär för att mäta en individs tendens att oroa sig överdrivet.

Antal items:	16
Delskalor:	
Svarsalternativ:	1-5, endast 1, 3, och 5 är definierade: 1=Inte alls typiskt; 3=Något typiskt; 5=Mycket typiskt Följande items har omvänt poängsättning: 1, 3, 8, 10, 11
Tidsintervall:	Inte angivet. (Det finns dock en version som ska användas varje vecka).
Instruktioner:	Besvara varje fråga genom att ringa in det påstående som är typiskt för dig.
Respondentålder:	Vuxna (det finns dock en version för barn och ungdomar).
Administrationstid:	3 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r =$ mellan 0.74 och 0.93 (2-10 veckor)
Cronbachs alfa:	$\alpha =$ mellan 0.86 och 0.93
Svenska rättigheter:	Översatt av Breitholtz & Rondahl. Upphovsmannen skriver så här i ett mejl 2005-10-05: "The PSWQ is in the public domain and free for everyone to use".
Utländska rättigheter:	T.D. Borkovec; tdb@psu.edu
Svenska normer	Okänt
Utländska normer	Molina & Borkovec (1994): GAD-patienter: $M=67.66$ (sd=8.86) Ej ångestfyllda personer: $M=44.27$ (sd=11.44) Gillis, Haaga & Ford (1995) 41 Poäng = 50:e percentilen 51 Poäng = 80:e percentilen

Abstract originalartikel: *The present report describes the development of the Penn State Worry Questionnaire to measure the trait of worry. The 16-item instrument emerged from factor analysis of a large number of items and was found to possess high internal consistency and good test-retest reliability. The questionnaire correlates predictably with several psychological measures reasonably related to worry, and does not correlate with other measures more remote to the construct. Responses to the questionnaire are not influenced by social desirability. The measure was found to significantly discriminate college samples (a) who met all, some, or none of the DSM-III-R diagnostic criteria for generalized anxiety disorder and (b) who met criteria for GAD vs posttraumatic stress disorder. Among 34 GAD-diagnosed clinical subjects, the worry questionnaire was found not to correlate with other measures of anxiety or depression, indicating that it is tapping an independent construct with severely anxious individuals, and coping desensitization plus cognitive therapy was found to produce significantly greater reductions in the measure than did a nondirective therapy condition.*

Referens:

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

PSWQ informationen granskad av Per Carlbring 2005-10-05

Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV)

Antal items:	9
Delskalor:	Okänt.
Svarsalternativ:	Olika, vissa ja/nej, andra Lickert eller egna ord.
Tidsintervall:	Just nu, samt under de senaste 6 månaderna.
Instruktioner:	Varierar med items.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	3-4 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.81$ (2 veckor)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.84$
Svenska rättigheter:	Elisabeth Breitholtz I ett mejl 2005-09-28 om kostnaden säger Michelle Newman "It is completely and totally free to use".
Utländska rättigheter:	Michelle Newman, Mgnl@psu.edu . Formuläret finns publicerat i originalartikeln
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	GAD-patienter: $M = 19.93$ (sd=7.84) Ej ångestfyllda personer: $M = 2.34$ (sd=4.69)

Abstract originalartikel: *This study examined the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV), a revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder (GAD) based on the 4th edition of the Diagnostic and Statistical Manual. Subjects were undergraduates (aged 17-41 yrs). GAD-Q-IV diagnoses were compared to structured interview diagnoses of individuals with GAD, social phobia, panic disorder, and nonanxious controls. Using Receiver Operating Characteristics analyses, the GAD-Q-IV showed 89% specificity and 83% sensitivity. The GAD-Q-IV also demonstrated test-retest reliability, convergent and discriminant validity, and kappa agreement of .67 with a structured interview. Students diagnosed with GAD by the GAD-Q-IV were not significantly different on 2 measures than a GAD community sample, but both groups had significantly higher scores than students identified as not meeting criteria for GAD, demonstrating clinical validity of the GAD-Q-IV.*

Referens:

Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., et al. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215-233.

GAD-Q-IV informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-28

Tvångssyndrom (OCD)

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory Scale (YBOCS)

YBOCS används mycket ofta, bland annat i läkemedelsstudier. YBOCS är välkänd i psykiaterkretsar. Dock skiljer den inte på tankarnas funktion. Har man otur kan kraftigt undvikande ge (falskt) låga poäng.

Ofta föregås YBOCS av 58 (eller 64) items som är tänkta att administreras av en kliniker och vara en "checklist" för tvångshandlingar respektive tankar ("Y-BOCS symptomlista").
 Originalt skiljer mellan pågående och historiska tvångshandlingar respektive tankar.

Egentligen ska hela YBOCS administreras av en kliniker.

Antal items:	10
Delskalor:	Två stycken. Resultatet redovisas som totalpoäng och/eller delskalepoäng. 1. Tvångshandlingar (item 1-5) 2. Tvångstankar (item 6-10)
Svarsalternativ:	0-4 (definitionerna varierar på varje fråga). Poängsättning görs genom att räkna ihop poängen på frågorna 1 – 10. De sista två frågorna, "Skattning av din tro på dina tvångstankar och tvångshandlingar" samt "Skattning av undvikande på grund av tvångstankar/handlingar" räknas inte in i Y-BOCS totalpoäng.
Tidsintervall:	Varierar. Vissa är "just nu", andra "senaste 7 dagarna"
Instruktioner:	Varierar för varje fråga.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	Ca 30 minuter första gången (men kan ta längre tid om checklistan används). Vid upprepade test minskar tidsåtgången.
Test-retest reliabilitet:	$r =$ "excellent" (1 vecka; Kim, Dysken & Kuskoesi, 1990) Interbedömaröverensstämmelsen är mycket god.
Cronbachs alfa:	$\alpha =$ mellan 0.69 och 0.91.
Svenska rättigheter:	Okänt. Kan dock inte användas hur som helst: "The YBOCS and CY-BOCS are both available in English and Swedish. However, there is a nominal fee for the usage and a permissions contract must be signed. Availability is on a case by case basis depending on the usage required, i.e. clinical, academic, research, publications, etc."
Utländska rättigheter:	wkgood@psych.med.ufl.edu Laura Blanton Program Assistant to Wayne K. Goodman, MD Professor and Chairman Department of Psychiatry PO Box 100256 Gainesville, FL 32610-0256, USA Tel (352) 392-3681 Fax (352) 392-9887
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	Tolkning av poäng: 0 – 7 Subkliniskt tvångssyndrom 8 – 15 Lindrigt tvångssyndrom 16 – 23 Måttligt tvångssyndrom 24 – 32 Svårt tvångssyndrom 33 – 40 Extremt svårt tvångssyndrom

Abstract originalartikel 1 av 2: *In Study 1, 40 obsessive compulsive disorder (OCD) patients in placebo-controlled drug trials were rated with the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) to assess the scale's reliability. In Study 2, psychometric properties of core YBOCS items were examined in pretreatment ratings from 42 OCD outpatients. Data confirmed the ability of the YBOCS to reliably rate the severity of symptoms in OCD patients. There was a high degree of internal consistency, and all items significantly correlated with the total YBOCS score. The primary use of the YBOCS is in rating the severity of OCD, with emphasis on its ability to reflect changes in severity during treatment.*

Abstract originalartikel 2 av 2: *Assessed the validity of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS). Convergence with other independent measures of obsessive compulsive disorder (OCD) and divergence from measures of depression and anxiety were examined in 3 cohorts with a total of 81 adult OCD patients. The YBOCS appears to be a valid measure of OCD severity; there were significant and strong correlations between total YBOCS scores and 2 global measures of OCD. Data suggest that YBOCS scores accurately reflect severity of illness over the spectrum of severity and types of symptoms. The YBOCS also provides a sensitive measure of changes in symptom severity and is suited to evaluations of the effects of drug treatments on OCD symptoms.*

Referens:

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., & et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., & et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

YBOCS informationen granskad av Per Carlbring 2005-10-04. Behöver kompletteras av Sandra Bates.

Compulsive Activity checklist - Revised (CAC-R)

Det finns många versioner av detta formulär, och det går ibland under andra namn. Vissa forskare/kliniker använder det som självrapportsformulär, medan andra har det som ett klinikeradministrerat instrument. Den senaste versionen är den som presenteras nedan.

Antal items:	28
Delskalor:	Totalpoäng anges oftast, men formuläret kan delas in i 2 faktorer "Washing" respektive "Checking"
Svarsalternativ:	0 = Inga problem med denna aktivitet; 1 = Den här aktivitet tar dubbelt så lång tid för mig jämfört med andra människor alternativt har jag behov av att upprepa eller undvika den; 2 = Den har aktiviteten tar för mig tre gånger så lång tid jämfört med andra, människor alternativt behöver jag upprepa den 3 gånger eller mer/undviker den om möjligt; 3 = Jag klarar inte av att hantera eller bemästra den när aktivitet alls.
Tidsintervall:	Senaste veckan
Instruktioner:	Här under är en lista på aktiviteter som ibland medför problem för en del människor. Framför varje exempel skall du

	skriva ner den siffra som bäst beskriver de svårigheter du haft med aktiviteten den senaste veckan.		
Respondentålder:	Okänt.		
Administrationstid:	5 minuter		
Test-retest reliabilitet:	Test-retest reliability = 0.74		
Cronbachs alfa:	$\alpha =$ Finns i originalartikeln som är beställd från biblioteket. Återkommer med denna information...		
Svenska rättigheter:	Stefan Lundberg (Kungälv) I ett mejl 2005-09-28 om kostnad säger Steketee att "It is free but rarely used these days."		
Utländska rättigheter:	Steketee@bu.edu		
Svenska normer	Okänt		
Utländska normer		M	SD
	University Students	10.44	8.76
	Normal Controls	5.10	4.94
	Obsessive-Compulsives	40.07	19.77

Abstract originalartikel: *Conducted a study to provide information about the psychometric properties of the Compulsive Activity Checklist (CAC), a measure of obsessive-compulsive (OC) symptoms. Ss were 77 patients (aged 18-68 yrs) diagnosed as OC according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) criteria. The CAC was found to have test-retest reliability slightly below acceptable standards and good internal consistency. Factor analysis identified 2 subscales, Washing and Checking. Satisfactory convergent validity of the total score and subscale scores was demonstrated via correlations with related measures. In addition, the CAC proved sensitive to change following behavioral treatment.*

Abstract originalartikel REVISED: *Examined the psychometric properties of the CAC using 48 patients with obsessive compulsive disorder (OCD), 49 anxiety disorder (AXD) patients, and 53 nonpsychiatric control Ss (CTL). All but 9 of the 38 CAC items significantly discriminated among groups, yielding correct classification rates of 71% when OCD Ss were compared with AXD Ss, and 84% when OCD Ss were compared with CTLs. Internal consistency alpha was high, but 9 item-total correlations for OCDs were low. A 28-item abbreviated scale, the CAC-Revised (CAC--R), was developed and administered to 173 graduate students. The CAC--R was an improvement over the longer version and may be a viable alternative to the 18-item French version.*

Referens:

Freund, B., Steketee, G. S., & Foa, E. B. (1987). Compulsive Activity Checklist (CAC): Psychometric analysis with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Assessment, 9*, 67-79.

Steketee, G., & Freund, B. (1993). Compulsive Activity Checklist (CAC): Further psychometric analyses and revision. *Behavioural Psychotherapy, 21*, 13-25.

CAC-R informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-28. Behöver kompletteras av Sandra Bates.

Padua Inventory - revised

Padua Inventory – revised är internationella välanvänt men finns ännu inte översatt till Svenska.

Padua-R informationen granskad av Per Carlbring 2004-10-28.

Maudsley Obsessive-Compulsive Scale (MOCI)

Antal items:	30		
Delskalor:	Resultatet presenteras som totalpoäng och/eller som delpoäng på följande 4 delskalor: 1. Check 2. Wash 3. Slowness 4. Doubting		
Svarsalternativ:	Sant eller Falskt. Ge 1 poäng varje gång klientens svar matchar mallen (se bilaga!).		
Tidsintervall:	Just nu.		
Instruktioner:	Svara på frågorna genom att sätta ett kryss under det svar som stämmer för Dig just nu (sant eller falskt) efter varje fråga. Det finns inga rätta eller felaktiga svar på frågorna. Fyll i snabbt utan att tänka alltför länge på varje enskild fråga.		
Respondentålder:	Okänt		
Administrationstid:	5 minuter		
Test-retest reliabilitet:	$r =$ mellan 0.69 och 0.84 (okäng tidsintervall)		
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.85$ (men Emmelkamp (1999) har fått lägre värden)		
Svenska rättigheter:	Okänt, men enligt mejl från upphovsmannen 2005-09-28 är det fritt att använda: "Dear Per, Please feel free to use the Moci for any research or clinical purpose you and your students wish. With best wishes, Jack Rachman."		
Utländska rättigheter:	Rachman@unixg.ubc.ca (Formuläret finns publicerat i originalartikeln)		
Svenska normer	Okänt.		
Utländska normer	Originalartikeln:		
	OCD-patienter: totalpoäng	M=18.86 (sd=4.92)	
	Studentpopulation: totalpoäng	M=6.32 (sd=3.92)	
	Richter (1994):		
	OCD-patienter: totalpoäng	M=13.67 (sd=6.01)	

Abstract originalartikel: *A simple questionnaire was developed as an instrument for assessing the existence and extent of different obsessional-compulsive complaints. Two major types of complaint, checking and washing compulsions, and two minor types, slowness and doubting, were established. The final form of the questionnaire, and major properties, are presented.*

Referens:

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 389-395.

MOCI informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-28. Behöver kompletteras av Sandra Bates.

Impulskontrollsstörningar

- Spelberoende

South Oaks Gambling Screen (SOGS)

South Oaks Gambling Screen ger ett mått på spelproblem som både kan ha förekommit någon gång i spelarens liv, *livstidsprevalens* och problem under det senaste året – den senare kallas då *aktuell prevalens* i befolkningsstudierna. Rent konkret går det till så att man avslutar varje fråga: har det hänt det senaste året? (current) och: har det någonsin hänt? (lifetime).

När SOGS användes i en stor undersökning på Nya Zeeland i början av 1990 gjordes några intressanta upptäckter. För det första konstaterade man att måttet ”någon gång i livet ha haft spelproblem” enligt SOGS var mycket bra för att mäta spelberoende bland dem som vid undersökningstillfället hade ”aktuella spelproblem”. Detta gjordes på bekostnad av att SOGS också skapade en hög andel falsk positiva problemspelare.

Måttet ”aktuella spelproblem” skapade däremot enligt SOGS färre falskt positiva än måttet ”någon gång i livet ha haft spelproblem”. På bekostnad av att SOGS också konstaterade att det var fler som diagnostiserades som falskt negativa.

Det betyder kort och gott att SOGS är ett sämre formulär för kliniker som absolut inte vill behandla klienter som inte har problemet, än det är för forskare som vill mäta förekomsten av problemet i en befolkningsgrupp över tid.

Ett stigande missnöje med SOGS och dess förmåga att mäta förekomsten av spelberoende har funnits sedan början av 1990-talet. Det missnöjet har resulterat i utvecklandet av nya formulär som sakta men säkert kommer att ersätta SOGS. Paradoxalt nog kan man säga att ett av skälen till att SOGS kommer att sluta användas i olika prevalensundersökningar är det faktum att det legala spelandet har ökat. Idag spelar inte bara medelålders män ur medelklassen på olika former av skicklighetsspel som trav och poker, nu spelar kvinnor, barn och ungdomar, människor från alla samhällsklasser och kulturer. SOGS, som utvecklades under tidigt 1980-tal, tar inte riktigt hänsyn till detta, vare sig språkligt eller innehållsmässigt. Ytterligare ett skäl till missnöjet med SOGS är att spelindustrin länge har hävdats att resultaten från de olika prevalensstudierna runt om världen är för höga och att de höga prevalenstalen beror på att SOGS inte mäter det den ska mäta (andel falskt positiva är för stor).

Trots detta missnöje har SOGS fortsatt att vara det dominerande instrumentet för att identifiera spelberoende personer. Skälet är i huvudsak två: för det första så är de nya instrument som utvecklats och de resultat som de ger inte riktigt utvärderade. För det andra så finns det ett drygt 80-tal undersökningar gjorda med SOGS som instrument, de flesta genomförda i USA och Kanada. En viktig fråga är hur dessa resultat ska kunna omvandlas så att de kan jämföras med resultaten från de undersökningar som görs med andra instrument än SOGS.

Antal items:	21
Delskalor:	Inga
Svarsalternativ:	Sant (=1 poäng), Sant (=0 poäng) Fråga 9 räknas inte (maxpoäng är 20)
Tidsintervall:	Hela livet
Instruktioner:	Finns inga.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5 minuter

Test-retest reliabilitet:	r = mellan 0.71 och 0.74 (1 månad)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.97$
Svenska rättigheter:	Gratis via www.slutaspela.nu
Utländska rättigheter:	Lesieur & Blume
Svenska normer	Gränsvärden: 3 – 4 poäng = spelproblem 5 eller fler = spelberoende
Utländska normer	Okänt.

Abstract originalartikel: *Describes the SOGS, a 20-item questionnaire based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) criteria for pathological gambling. Independent validation was obtained for the calibration sample, and internal consistency and test-retest reliability were established. Involved in the research were 458 alcoholic or drug abusing inpatients, 213 members of Gamblers Anonymous, 384 university students, and 152 hospital employees. The instrument correlated well with the criteria of the revised version of DSM-III. It offers a convenient means to screen clinical populations of alcoholics and drug abusers, as well as general populations, for pathological gambling.*

Referens:

Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.

SOGS informationen granskad av Thomas Nilsson 2004-10-28. www.spelinstitutet.se

The NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems (NODS)

Antal items:	19
Delskalor:	Inga
Svarsalternativ:	Addera 1 poäng för JA-svar på item: 1 eller 2 (upptagenhet) 3 (tolerans) 5 eller 6 (abstinenssymtom) 8 (kontrollförlust) 9 eller 10 (flykt) 11 (jaga förluster) 13 (lögn) 14 eller 15 (olagliga aktiviteter) 16, 17 eller 18 (riskera relationer/karriär) 19 (ekonomisk fallskärm) Det ger maximala 10 p.
Tidsintervall:	Senaste året.
Instruktioner:	Finns inga.
Respondentålder:	Okänt
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt.
Cronbachs alfa:	Okänt.

Svenska rättigheter:	Jacob Jonsson (jakob.jonson@telia.com)
Utländska rättigheter:	National Opinion Research Center at the University of Chicago (Gerstein-Dean@norc.uchicago.edu)
Svenska normer	5 och mer = spelberoende 3-4=problemspelare 1-2=riskspelare
Utländska normer	Okänt

Referens:

Finns ännu inget publicerat, men info finns på nätet:
<http://www.norc.org/online/gamb%2Dfin.htm>

NODS informationen granskad av Per Carlbring 2004-10-28.

Posttraumatisk stressyndrom (PTSD)

Screening Questionnaire for PTSD (SQ-PTSD)

SQ-PTSD är ett självskattningsinstrument för diagnostisering av PTSD enligt DSM-IV. Formuläret, som är utarbetat vid Institutionen för Psykologi i Uppsala, mäter även upplevelser av trauma enligt The Traumatic Stress Schedule (Norris F.H., 1992). Formuläret visar på en god samtidig validitet och hög korrelation med frågeformuläret PCL ($r = 0.93$) för DSM-IV klustren B-D (PTSD symptomen). Vid utvärdering av självskattningsformulärets psykometriska egenskaper identifierade SQ-PTSD samtliga av 18 PTSD cases och 136 av 137 PTSD non-cases, vilket ger en sensitivitet på 100% och en specificitet på 99%.

Antal items:	45
Delskalor:	Samtliga 6 kluster för PTSD enligt DSM-IV mäts. A-kriteriet – traumahändelsen B-kriteriet – intrusion (återupplevande) C-kriteriet – undvikande D-kriteriet – arousal (överspändhet) E-kriteriet – duration F-kriteriet – funktionell påverkan Skalan: The Traumatic Stress Schedule (Norris F.H., 1992) ger ytterligare information om upplevelsen av traumat.
Diagnos:	PTSD diagnos ges: A-kriteriet (påstående 1 – 11) - minst ett (1) ja på påståendena 1 - 9. - ja på påstående 10 är ett krav för PTSD (om nej se: DSM IV kod 309.xx Maladaptiv stressreaktion, Adjustment Disorder). Ja på påstående 11 är inte ett krav men ger adderande information om hur individen upplevde traumats tänkbara konsekvenser. Frågorna 12 - 21 bygger på The Traumatic Stress Schedule (Norris FH 1992) och ger ytterligare information om upplevelsen av traumat. B-kriteriet - minst ett (1) ja på påstående 22 - 26.

	C-kriteriet - minst tre (3) ja på påstående 27 - 33. D-kriteriet - minst två (2) ja på påstående 34 - 38 E-kriteriet - ja på påstående 39 är ett krav för PTSD (om nej se: DSM IV kod 308.3 Akut stressyndrom, Acute Stress Disorder) F-kriteriet - minst ett (1) ja på påstående 45. <i>Specificera:</i> akut - ja på påstående 40 kronisk - ja på påstående 41 fördröjd - ja på påstående 42
Svarsalternativ:	Ja/nej för DSM-IV kriterierna. 10-gradig likertskala för traumaupplevelser.
Tidsintervall:	Life-time, point (just nu), fördröjd. Spec. om akut/kronisk.
Instruktioner:	Tag ställning till följande påståenden: [Skalan innehåller även ytterligare instruktioner]
Respondentålder:	För barn administreras skalan som standardiserad intervju
Administrationstid:	15 minuter
Test-retest reliabilitet:	0.86 (6 månader)
Cronbachs alfa:	Ej tillämpligt vid trauma-mätning.
Svenska rättigheter:	orjan.frans@psyk.uu.se
Utländska rättigheter:	orjan.frans@psyk.uu.se
Svenska normer	Under sammanställning.
Utländska normer	

Abstract originalartikel *Objective: To examine the lifetime prevalence of trauma experiences and post-traumatic stress disorder (PTSD). Method: Questionnaire-assessed PTSD, the type of traumatic event experienced, perceived trauma impact, and trauma frequency in 1824 randomly selected men and women. Results: PTSD lifetime prevalence was estimated at 5.6% with a 1: 2 male-to-female ratio, in spite of men reporting greater trauma exposure. The highest PTSD risk was associated with sexual and physical assault, robbery and multiple trauma experiences. Controlling for trauma type did not account for gender differences, while controlling for experienced distress did. Conclusion: The conditional probability for PTSD varied as a function of trauma type, frequency and impact of the event, with increased rates associated with prevalent trauma exposure and higher perceived distress. The latter accounted for the gender effect, suggesting that gender differences in PTSD in part represent a generally greater vulnerability to stress in women.*

Referens:

Frans, Ö., Rimmö, P-A, Åberg, L., & Fredrikson, M. (2004). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand.*, 1-9. Blackwell Munksgaard (on-line)
Norris FH. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*, 60(3), 409-418.

SQ-PTSD informationen granskad av Örjan Frans 2005-01-15

Life Events Checklist / Checklista för livshändelser (LECL)

Life Events Checklist utgör den första delen av den kliniska PTSD-intervjun CAPS som syftar till att identifiera traumatiska händelser.

Antal items:	17
Delskalor:	Okänt.
Svarsalternativ:	Hände mig / Vittne till / Fick veta om den / Inte säker på / Gäller inte
Tidsintervall:	Hela personens livstid (såväl uppväxten som vuxenlivet)
Instruktioner:	Nedan finns ett antal svåra och smärtsamma saker som ibland händer människor uppräknade. Kryssa i för varje händelse i en eller flera av rutorna om: (a) den har hänt dig personligen, (b) du har varit vittne till att den har hänt någon annan, (c) du fick veta att den hände någon nära dig, (d) du är inte säker på om den passar in, (e) den gäller inte dig. Var säker på att du räknar med hela din livstid (såväl uppväxten som vuxenlivet) när du går igenom listan av händelser.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt.
Cronbachs alfa:	Okänt.
Svenska rättigheter:	Okänt.
Utländska rättigheter:	Frank Weathers (weathfw@mail.auburn.edu)
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	Okänt.

Abstract originalartikel: *The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) is a structured interview for assessing posttraumatic stress disorder (PTSD) diagnostic status and symptom severity. In the 10 years since it was developed, the CAPS has become a standard criterion measure in the field of traumatic stress and has now been used in more than 200 studies. In this paper, the authors first trace the history of the CAPS and provide an update on recent developments. They then review the empirical literature, summarizing and evaluating the findings regarding the psychometric properties of the CAPS. The research evidence indicates that the CAPS has excellent reliability, yielding consistent scores across items, raters, and testing occasions. There is also strong evidence of validity: The CAPS has excellent convergent and discriminant validity, diagnostic utility, and sensitivity to clinical change. Finally, the authors address several concerns about the CAPS and offer recommendations for optimizing the CAPS for various clinical research applications.*

Referens:

Weathers, F.W., Keane, T.M., & Davidson, R.T. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety, 13*, 132-156.

LECL informationen granskad av Örjan Frans 2005-01-15

Posttraumatic cognitions inventory (PTCI)

Posttraumatic cognitions inventory mäter negativa PTSD-relaterade kognitioner om självet, andra och skuld.

Antal items:	36
Delskalor:	Tre stycken: 1. Negative cognitions about self (items 2-6, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24-26, 28-30, 33, 35, 36) 2. Negative cognitions about the world (items 7, 8, 10, 11, 18, 23, 27) 3. Self-blame (items 1, 15, 19, 22, 31) Items 13, 32, 34 är experimentella och ingår inte i någon delskala ännu.
Svarsalternativ:	7 stycken. 1 = Håller fullständigt inte med; 2 = Håller till stor del inte med; 3 = Håller till viss del inte med; 4 = Neutral; 5 = Håller till viss del med; 6 = Håller till stor del med; 7 = Håller fullständigt med
Tidsintervall:	"Efter en traumatisk upplevelse"
Instruktioner:	Vi är intresserade av den typ av tankar som du har haft efter en traumatisk upplevelse. Nedan finns ett antal påståenden som kanske är eller inte är typiska för ditt sätt att tänka. Var vänlig och läs varje påstående noggrant och markera hur mycket du HÅLLER MED eller INTE HÅLLER MED varje påstående. Människor reagerar på många olika sätt på traumatiska händelser. Det finns inga rätta eller felaktiga svar på dessa påståenden.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	10 minuter
Test-retest reliabilitet:	r = 0.74 (1 vecka) r = 0.85 (3 veckor)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.97$
Svenska rättigheter:	Nenad Paunovic (sonepaunovic@hotmail.com)
Utländska rättigheter:	Edna Foa (foa@mail.med.upenn.edu)
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	Traumatiserade människor: totalpoäng M = 133 (sd=44.17) ICKE-Traumatiserade människor: totalpoäng Median = 45.5 (sd=34.76)

Abstract originalartikel: *This article describes the development and validation of a new measure of trauma-related thoughts and beliefs, the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI), whose items were derived from clinical observations and current theories of post-trauma psychopathology. The PTCI was administered to 601 volunteers, 392 of whom had experienced a traumatic event and 170 of whom had moderate to severe posttraumatic stress disorder (PTSD). Principal-components analysis yielded 3 factors: Negative Cognitions About Self, Negative Cognitions About the World, and Self-Blame. The 3 factors showed excellent internal consistency and good test-retest reliability; correlated*

moderately to strongly with measures of PTSD severity, depression, and general anxiety; and discriminated well between traumatized individuals with and without PTSD. The PTCI compared favorably with other measures of trauma-related cognitions, especially in its superior ability to discriminate between traumatized individuals with and without PTSD.

Referens:

Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., & Orsillo, S.M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314.

PTCI informationen granskad av Örjan Frans 2005-01-15

PTSD symptom checklist (PCL)

PTSD symptom checklist mäter de 17 DSM-IV symptomen av PTSD.

Antal items:	17
Delskalor:	Inga
Svarsalternativ:	1 = Inte alls, 2 = Lite, 3 = Lindrigt, 4 = En hel del, 5 = I högsta grad
Tidsintervall:	Den senaste månaden (men upphovsmännen uppmanar att ändra till den tidsintervall som är av intresse).
Instruktioner:	Nedan följer en lista över problem och besvär som kan uppstå efter stressfyllda/traumatiska livshändelser. Läs igenom beskrivningen av varje problem eller besvär noga och kryssa sedan för den siffra som bäst stämmer in på hur stort problem vart och ett av alternativen 1-17 varit för dig under den senaste månaden.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5 – 10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.96$ (2-3 dagar)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.94$
Svenska rättigheter:	Okänt
Utländska rättigheter:	Frank Weathers (weathfw@mail.auburn.edu)
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	Soldater med PTSD: $M = 63.58$ (sd=14.14) Soldater utan PTSD: $M = 34.40$ (sd=14.09) Våldtagna civila med PTSD: $M = 55.0$ (sd=16.7) Gränsvärden för PTSD: Militärpopulation = 50 poäng eller mer Icke Militärpopulation = 44 poäng eller mer

Abstract originalartikel: *The psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL), a new, brief, self-report instrument, were determined on a population of 40 motor vehicle accident victims and sexual assault victims using diagnoses and scores from the CAPS (Clinician Administered PTSD Scale) as the criteria. For the PCL as a whole, the correlation with the CAPS was 0.929 and*

diagnostic efficiency was 0.900 versus CAPS. Examination of the individual items showed wide ranging values of individual item correlations ranging from 0.386 to 0.788, and with diagnostic efficiencies of 0.700 or better for symptoms. We support the value of the PCL as a brief screening instrument for PTSD.

Referens:

Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T.C., & Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy, 34*, 669-673.
Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., & Keane, T.M. (1992, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the 9th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, Texas.

PCL informationen granskad av Örjan Frans 2005-01-15

Impact of Event Scale (IES) och The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

IES har använts mycket och har kommit i en reviderad upplaga. Denna har precis översatts till Svenska, och information saknas i nuläget.

Abstract originalartikel: *Clinical, field, and experimental studies of response to potentially stressful life events give concordant findings: there is a general human tendency to undergo episodes of intrusive thinking and periods of avoidance. A scale of current subjective distress, related to a specific event, was based on a list of items composed of commonly reported experiences of intrusion and avoidance. Responses of 66 20-75 yr old persons admitted to an outpatient clinic for the treatment of stress response syndromes indicated that the scale had a useful degree of significance and homogeneity. Empirical clusters supported the concept of subscores for intrusions and avoidance responses.*

Referens:

Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.
Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: The Guilford Press.

IES informationen granskad av Örjan Frans 2005-01-15

Depression

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)

MADRS är en skattningsskala som är speciellt utvecklad för att vara känslig för förändring i grad av depression. Den finns i två versioner. MADRS = En klinikeradministrerad med 10 items. MADRS-S = en självskattningsversion. MADRS-S består av nio items som motsvaras av symptomen (1) Sinnesstämning, (2) Oroskänslor, (3) Sömn, (4) Matlust, (5) Koncentrationsförmåga, (6) Initiativförmåga, (7) Känsломässigt engagemang, (8) Pessimism samt (9) Livslust. Varje symptom skattas enligt en sjugradig skala med fyra definierade och tre mellanliggande icke-definierade skalsteg.

Instrumentet uppvisar en god reliabilitet (Montgomery & Åsberg, 1979) och höga korrelationer mellan expertskattning och självskattning av MADRS (från $r = 0.80$ till 0.94) visar på en god samstämmighet mellan de olika versionerna (Svanborg & Åsberg, 1994). I en jämförande studie mellan Beck Depression Inventory och MADRS-S visade Svanborg och Åsberg (2001) att de båda skattningsskalorna var så gott som likvärdiga vad gäller differentiering av olika axel-I diagnoser. Instrumenten var högt korrelerade ($r = 0.87$) och skilde sig inte heller åt avseende känslighet för förändring till följd av antidepressiv behandling.

MADRS-S är till skillnad från BDI är gratis att använda.

Antal items:	9
Delskalor:	Inga
Svarsalternativ:	0-6. Definitionen varierar mellan olika items. Ju högre desto mer nedstämd.
Tidsintervall:	De senaste tre dyggen.
Instruktioner:	Avsikten med detta formulär är att ge en detaljerad bild av Ditt nuvarande sinnestillstånd. Vi vill alltså att Du skall försöka gradera hur Du mått under de senaste tre dyggen. Formuläret innehåller en rad olika påståenden om hur man kan må i olika avseenden. Påståendena uttrycker olika grader av obehag, från frånvaro av obehag till maximalt uttalat obehag. Ringa in den siffra som Du tycker bäst stämmer in med hur Du mått de senaste tre dagarna. Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	5-10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r =$ mellan 0.80 och 0.94 (okänd tidsintervall)
Cronbachs alfa:	$\alpha =$ varierar mellan 0.82 till 0.90
Svenska rättigheter:	Marie Åsberg & Pär Svanborg < svanborg_par@lilly.com > äger rättigheterna till den svenska versionen. Pär skriver i ett mejl den 29 september 2005: ”den engelska versionen ägs av J Aff Dis. OK för både mig och Marie att MADRS-S svensk används fritt i non-profit sammanhang; kliniska, vetenskapliga samt i utbildning.”
Utländska rättigheter:	Okänt.
Svenska normer	Vissa menar att 15-30 poäng motsvarar mild till måttlig depression. Dock menar Pär Svanborg (se ovan) att följande gäller: No depression 0-6 Mild depression 7-19 Moderate depression 20-34 Severe depression 35-60 Depression (“DAVID”): Före behandling M = 20.1 (sd=5.7) Efter behandling M = 12.7 (sd=8.3)

	Paniksyndrom (“PP-5”):
	Före behandling M = 16.4 (sd=7.2)
	Efter behandling M = 8.4 (sd=7.0)
	Social fobi (“Sofie-1”):
	Före behandling M = 11.1 (sd=6.3)
	Efter behandling M = 7.0 (sd=4.7)
Utländska normer	Okänt.

Abstract originalartikel: *Self-assessment scales have long been used in psychiatric research even if their validity has often been questioned, one reason being poor the concordance of expert ratings. In clinical practice the use of rating scales is restricted, since they are considered to be time-consuming and perhaps even to disrupt the clinician's rapport with the patient. In the present study, a self-assessment scale, the CPRS Self-rating Scale for Affective Syndromes (CPRS-S-A), was constructed by re-phrasing in a self-rating format 19 items from the original Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) and covering depression, anxiety and obsessional symptoms. In a group of 30 patients with depression syndromes and anxiety syndromes, the CPRS-S-A and the original CPRS were both used on 2 occasions. The patient's Global Assessment of Functioning scores ranged from 30 to 76 (mean 58), which suggests a moderate severity of illness, as does the fact that the majority were outpatients. There was a high degree of concordance between the instruments for most items and for the scores on the subscales for both diagnostic groups (i.e., the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale and the Brief Anxiety Scale, which are both subscales drawn from the CPRS). The time taken to complete the CPRS-S-A varied from 5 to 30 min (mean 19 min for depressive and 16 min for anxiety patients on the first occasion, 13 min for both groups on the second), and the self-rating procedure was readily accepted by both groups of patients. The CPRS-S-A would thus seem to be a promising instrument for quantitative rating of symptoms in ambulatory patients, both in clinical practice and in research.*

Referens:

Referens:

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.

Snaith, R.P., Harrop, F.M., Newby, D.A. (1986). Grade scores of the Montgomery-Åsberg Depression and Clinical Anxiety Scales. *British Journal of Psychiatry*, 148, 599-601.

Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64, 203-216.

MADRS-informationen granskad av Per Carlbring 2004-10-24.

Beck Depression Inventory (BDI & BDI-2)

BDI är ett av världens mest använda självskattningsinstrument för bedömning av grad av depression samt förändringar i depressionstillstånd såväl i den kliniska vardagen som i forskningssammanhang. Inventoriet består av 21 grupper av symptom och attityder vilka skattas på en fyragradig skala från 0-3 i termer av svårighetsgrad. BDI mäter symptomen skuld-känsla, pessimism, självförakt, socialt tillbakadragande och självmordstankar. Manualen innehåller svenska data insamlade under åren 1993-96 vid Göteborgs universitet under

ledning av bitr. professor Sven Carlsson. År 2005 utkom en ny version av skattningsformuläret med namnet BDI-II. I samband med detta utkom en ny svensk manual.

Antal items:	21
Delskalor:	Inga
Svarsalternativ:	0-3. Definitionen varierar mellan olika items. Ju högre desto mer nedstämd.
Tidsintervall:	Den senaste veckan.
Instruktioner:	Detta formulär består av grupper av fyra påståenden. Var snäll och läs igenom de olika påståendena noga, och ringa sedan in siffran för det alternativ som bäst beskriver dina känslor under den senaste veckan, inklusive vad du känner idag. Om flera påståenden passar lika bra, ringa då in vart och ett av dessa. Läs igenom alla påståenden inom gruppen innan du bestämmer dig.
Respondentålder:	Okänt.
Administrationstid:	10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = ()$
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.$
Svenska rättigheter:	http://www.psykologiforlaget.se
Utländska rättigheter:	www.psychcorp.com
Svenska normer (BDI-1)	Depression ("DAVID"): Före behandling M = 20.5 (sd=6.7) Efter behandling M = 12.2 (sd=6.8) Paniksyndrom ("PP-5"): Före behandling M = 17.7 (sd=8.7) Efter behandling M = 9.1 (sd=8.4)
Utländska normer (BDI-1)	Enligt manualen för BDI gäller följande cut-off värden: BDI-1: 0-9 minimal depression 10-16 lindrig depression 17-29 måttlig depression 30-63 svår depression BDI-2: 0-13 minimal depression 14-19 lindrig 20-28 måttlig 29-63 svår

Abstract originalartikel: *A self-rating and interviewer rating depression inventory consisting of 21 categories with 4 or 5 point scales given in the appendix was validated against combined clinical ratings of depth of depression by 4 psychiatrists. The ratings of depth of depression were made independent of diagnostic categories. Agreements between psychiatrists on diagnosis were low, but were high on depth of depression. High agreement was found between psychiatrists' ratings and the*

inventory. Sensitivity of the inventory to changes in the intensity of depression over time was taken as further validation.

Referens:

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1996). *Beck Depression Inventory. Manual, Svensk version (Swedish version)*. Fagernes, Norway: Psykologiförlaget AB.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

BDI informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-27.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Se HADS under ångestavsnittet.

Åtstörningar

Body Shape Questionnaire (BSQ)

BSQ mäter graden av missnöje med figuren, i synnerhet den fenomenologiska upplevelsen av att känna sig tjock. Den har visat på mycket goda psykometriska egenskaper.

Antal items:	34
Delskalor:	Inga
Svarsalternativ:	1=aldrig, 2=sällan, 3=ibland, 4=ofta, 5=mycket ofta, 6=alltid
Tidsintervall:	De senaste 4 veckorna
Instruktioner:	Vi skulle vilja veta hur du har känt, vad gäller ditt utseende och din kropp under de senaste fyra veckorna. Läs varje fråga och ringa in en, för dig, lämplig siffra till höger. Var god besvara alla frågorna.
Respondentålder:	Vuxna
Administrationstid:	5-10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.90$
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.97$
Svenska rättigheter:	Ata Ghaderi (fri användning när källa anges vid publikation)
Utländska rättigheter:	Peter Cooper (fri användning när källa anges vid publikation)
Svenska normer	Normal population (kvinnor mellan 18-30): M = 74.5 (sd=29.5) Bulimi patienter: ålder 27.2 (sd=7.8), vidd: 19-51 år. Före behandling M = 130.8 (sd=33.2) Efter behandling (KBT) M = 88.9 (sd=33.0)
Utländska normer	Läs artikel (se nedan)

Abstract originalartikel: *Describes a self-report body shape questionnaire (BSQ) developed by conducting semistructured interviews with various groups of women including patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. The BSQ was administered to 535 women in the community as well as to 38 patients with bulimia nervosa. Results indicate that the BSQ offers a means of investigating the role of concerns about body shape in the development, maintenance, and treatment of anorexia and bulimia.*

Referenser:

Ghaderi, A. & Scott, B. (2004). The reliability and validity of the Swedish version of Body Shape Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 319–324.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485–494.

Dowson, J., & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the body shape questionnaire. *Psychiatry Research*, 102, 263–271.

BSQ informationen granskad av Ata Ghaderi 2004-10-28.

Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q

EDE-Q är frågeformulärformatet (Fairburn & Beglin, 1994) av EDE-intervjun (Cooper & Fairburn, 1987). Frågorna avser de senaste fyra veckorna och skalan går ifrån "inga" till "varje dag". I vissa fall så skattas de som grad av störning från "inte alls" till "märkbart". Sammanlagt består skalan av 36 stycken frågor. Fördelen med självskattningsformuläret framför EDE-intervjun är att det inte kräver specifik träning och utbildning, vilket är fallet för intervjun. Dessutom är den tidsbesparande. EDE-Q har visat på goda psykometriska egenskaper i flera studier (t ex. Fairburn & Cooper, 1987; Carter, Aime, & Mills, 2001).

EDE-Q producerar fyra delskalor:

Restraint: Med restraint menas graden av restriktivt ätande, både vad gäller mängd och näringsinnehåll. Frågorna avser att ta reda på till exempel hur ofta personen ifråga avstått ifrån att äta under långa perioder i försök att påverka sin vikt/figur, eller om man avsiktligt undviker vissa typer av mat med till exempel högt kaloriinnehåll.

Eating concern: Med eating concern avser man mäta upptagenhet av tankar kring mat och ätande samt ångest eller skuld efter man ätit något.

Shape concern: Med shape concern avses hur pass upptagen personen är av tankar om sin kroppsform och missnöje med sin kropp. Frågorna rör hur ofta personen känner sig tjock eller hur ofta man känner sig orolig för att man ska gå upp i vikt.

Weight concern: Weight concern mäter upptagenhet på tankar om vikten. Både hur ofta man har en önskan att gå ner i vikt och hur ofta man har svårt att koncentrera sig på andra saker för att man tänker på sin vikt samt hur den egna vikten påverkar hur man ser på sig själv. Utöver dessa delskalor kan även en totalpoäng beräknas som ger en indikation på svårighetsgrad av ätstörningen ifråga.

Antal items:	36
Delskalor:	4
Svarsalternativ:	0 till 6: 0=inte alls, 6=märkbart
Tidsintervall:	De senaste 28 dagarna
Instruktioner:	Följande frågor handlar enbart om de senaste fyra veckorna (28 dagar). Läs varje fråga noga och ringa in en lämplig siffra till höger. Vänligen besvara alla frågorna.
Respondentålder:	Från tonåren
Administrationstid:	5-10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = (.89)$
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.85$
Svenska rättigheter:	Ata Ghaderi (fri användning när källa anges vid publikation)
Utländska rättigheter:	Christopher G. Fairburn (fri användning när källa anges vid publikation)
Svenska normer	Under bearbetning för publikation. Preliminär data för kvinnor med bulimia nervosa i behandling: Restrictant: $M=2.9$ ($SD=1.1$) Eating Concern: $M=2.9$ ($SD=0.9$) Shape concern: $M=4.4$ ($SD=1.3$) Weight Concern: $M=3.4$ ($SD=1.6$) EDE-Q total: $M=3.4$ ($SD=1.0$)
Utländska normer	Se artikel: Carter, J. C., Stewart, D. A. & Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. <i>Behaviour Research and Therapy</i> 39, 625–632 för normer för tonårstjejer. För vuxna se referens nedan och relaterade artiklar.

Abstract originalartikel: *Compared an investigator-based interview, the Eating Disorder Examination (EDE), with a self-report questionnaire based directly on that interview for assessing the features of eating disorders. Ss were a community sample of 243 women (aged 16-35 yrs) and a patient sample of 23 women with bulimia nervosa (mean age 24.3 yrs) and anorexia nervosa (mean age 15.8 yrs). Although the 2 measures performed similarly in assessing unambiguous behavioral features such as self-induced vomiting and dieting, the self-report questionnaire generated higher scores than the EDE when assessing more complex features such as binge eating and concerns about shape. Both methods underestimated body weight.*

Referens:

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.

EDE-Q informationen granskad av Ata Ghaderi 2004-10-28.

Self-Concept Questionnaire (SCQ)

SCQ utvecklades av en psykiater i Oxford pga bristen på ett formulär som kunde ge en mångdimensionell bild av självkänslan. Ett gediget arbete resulterade i SCQ som visat på goda psykometriska egenskaper.

Antal items:	30
Delskalor:	5
Svarsalternativ:	0-7: 0=stämmer inte alls, 7=stämmer helt
Tidsintervall:	Se instruktioner
Instruktioner:	Nedanstående påstående handlar om din syn på sig själv. Ringa in det alternativ som bäst beskriver hur du känner för det mesta.
Respondentålder:	vuxna
Administrationstid:	7-10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = (.89)$
Cronbachs alfa:	$\alpha = .89-.91$
Svenska rättigheter:	Ata Ghaderi (fri användning när källa anges vid publikation)
Utländska rättigheter:	Philip J. Robson (fri användning när källa anges vid publikation)
Svenska normer	Ett representativt urval av svenska kvinnor mellan 18 och 30 år: (M=152, SD=20.4) Kvinnor i samma sampel, dock med ätstörningar: (M=130, SD=22.5) Kvinnor med bulimia nervosa innan behandling: (M=121, SD=21.6) Studenter (både män och kvinnor): (M=155, SD=18.3) Se också artikel nedan
Utländska normer	Se original artikel av Robson

Abstract originalartikel: *Constructed a new self-report questionnaire for measuring self esteem in which self esteem is seen as a composite, for which examination of components may have more analytic or predictive value than global scores. 70 normal Ss who showed no evidence of psychological disorder, 51 outpatients who met criteria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) for generalized anxiety disorders, and 47 psychotherapy patients completed the scale. Preliminary reliability and validity data are encouraging.*

Referenser:

Ghaderi, A. (In press). Psychometric properties of the Swedish version of Self-concept Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*.

Robson, P. J. (1988). Self-esteem--a psychiatric view. *British Journal of Psychiatry*, 153, 6-15.

Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-518.

SCQ informationen granskad av Ata Ghaderi 2004-10-28.

Perceived Social Support (PSS)

PSS mäter den subjektiva upplevelsen av att ha socialt stöd och anses vara någon i gemenskapen som andra vänder sig till för att få stöd. Den består av två skalor, varav en fokuserar på uppfattatstöd från familjen och den andra avser mäta hur pass stort stöd man tycker sig ha från sina vänner. PSS har visat sig ha mycket goda psykometriska egenskaper. Nedan presenteras PSS för vänner:

Antal items:	20
Delskalor:	1, svensk studie är under analys och bearbetning
Svarsalternativ:	1= alltid, 2= ofta, 3=ibland, 4=sällan, 5=aldrig
Tidsintervall:	Se instruktionen nedan
Instruktioner:	Påståenden som följer nedan handlar om känslor och erfarenheter som förekommer i de flesta familjer. För varje påstående finns det fem möjliga alternativ. Ringa in det alternativ som bäst beskriver <u>din</u> situation.
Respondentålder:	vuxna
Administrationstid:	3-5 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = (.88)$
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.93$
Svenska rättigheter:	Ata Ghaderi (fri användning när källa anges vid publikation)
Utländska rättigheter:	Procidano & Heller (fri användning när källa anges vid publikation)
Svenska normer	Vuxna kvinnor med bulimia nervosa innan behandling (69.4, SD=7.6) Ett representativt urval av svenska kvinnor mellan 18 och 30 år: (M=76.1 (10.2) Kvinnor i samma sampel, dock med ätstörningar: (M=71.1, SD=9.5)
Utländska normer	Se ursprungsartikeln

Abstract originalartikel: *Developed and validated measures of perceived social support from friends (PSS-Fr) and from family (PSS-Fa) in 3 studies with 432 undergraduates. Ss completed a battery of tests in addition to PSS measures including the Multiple Affect Adjective Checklist and the State-Trait Anxiety Inventory. PSS measures were internally consistent and appeared to measure valid constructs that were separate from each other and from network measures. PSS-Fr and PSS-Fa were both inversely related to symptoms of distress and psychopathology, but the relationship was stronger for PSS-Fa. PSS-Fr was more closely-related to social competence. PSS-Fa was unaffected by either positive or negative mood states, but the reporting of PSS-Fr was lowered by negative mood states. High PSS-Fr Ss were significantly lower in trait anxiety and talked about themselves more to friends and siblings than low PSS-Fr Ss. Low PSS-Fa Ss showed marked verbal inhibition with siblings. PSS-Fr and PSS-Fa scales are appended.*

Referenser:

Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

PSS informationen granskad av Ata Ghaderi 2004-10-28.

Beteendemedicin

Smärta

Coping Strategies Questionnaire (CSQ)

CSQ har använts för att mäta hur individer med kronisk värk hanterar sina besvär. Det har administrerats till en rad olika patientgrupper, bl.a. patienter med reumatiska besvär, fibromyalgi och ryggvärk.

Poängberäkning

Poängen för varje delskala (coping-strategi) är summan av de sex påståenden som utgör den skalan.

Antal items:	50 items (48 items i 8 delskalor och två avslutande frågor om kontroll av smärta och möjlighet att minska smärta)
Delskalor:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avleda uppmärksamhet (item: 3, 10, 13, 30, 31, 43) 2. Omtolka smärtupplevelser (item: 1, 4, 11, 18, 34, 46) 3. Självprat (item: 6, 8, 23, 26, 36, 37) 4. Ignorera smärtupplevelser (item: 20, 22, 24, 27, 35, 40) 5. Be och hoppas (item: 15, 17, 21, 25, 32, 41) 6. Katastroftankar (item: 5, 12, 14, 28, 38, 42) 7. Öka aktiviteter (item: 2, 7, 39, 44, 45, 47) 8. Smärtbeteenden (item: 9, 16, 19, 29, 33, 48)
Svarsalternativ:	7 gradig skala: 0 = aldrig, 3 = ibland, 6 = alltid
Tidsintervall:	Odefinierat.
Instruktioner:	Här nedan kommer en rad påståenden på vad olika människor tänker och gör när de upplever smärta. Läs varje påstående, svara så gott du kan och tänk inte för länge på varje fråga. Markera för varje påstående hur du tänker eller gör, när du får ont, med en siffra från 0 till 6. Du får använda vilken siffra som helst på skalan och samma siffra får användas flera gånger.
Respondentålder:	Ingen rapporterad begränsning
Administrationstid:	15 minuter
Test-retest reliabilitet:	r = 0.48-0.71 (1 vecka) r = 0.58-0.85 (5 veckor)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.69-0.84$ (delskalorna; Jensen & Linton, 1993)
Svenska rättigheter:	Okänt.
Utländska rättigheter:	Anne K. Rosenstiel, Box C-258, Univ. of Colorado Health Sciences Center, 4200 East 9th Avenue, Denver, Colo. 80262, U.S.A.
Svenska normer	I en grupp av 282 individer med långvarig ryggsmärta i Sverige rapporterade Jensen & Linton (1993) man följande medelvärden för de olika delskalorna: Avleda uppmärksamhet 11.7, Omtolka smärtupplevelser 4.6

	<p>Självprat 15.8 Ignorera smärtupplevelser 11.9 Be och hoppas 11.2 Katastroftankar 12.1 Öka aktiviteter 14.7 Smärtpbeteenden 16.2</p>
Utländska normer	<p>I en grupp av 61 patienter med långvarig ryggsmärta i USA rapporterade Rosenstiel & Keefe (1983) följande medelvärden för de olika delskalorna: Avleda uppmärksamhet 14.8 Omtolka smärtupplevelser 5.8 Självprat 21.1, Ignorera smärtupplevelser 12.3 Be och hoppas 21.5 Katastroftankar 13.6 Öka aktiviteter 16.9 Inga värden finns för skalan Smärtbeteenden</p>

Abstract originalartikel: *Investigated the internal consistency and reliability of a Swedish version of the CSQ. 282 Swedish adults (mean age 41 yrs) suffering from long term back pain. Internal consistency was investigated by calculating alpha coefficients, and test-retest reliability was investigated by a correlation analysis with 2 different test-retest intervals. Results reveal that the internal consistency of the Swedish CSQ is high and consistent with the American version. The test-retest reliability was not equally satisfactory, but the results support the usefulness of the CSQ as a tool in the clinical assessment of pain coping strategies.*

Referens:

Rosenstiel, A.K., & Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.

Tan, G., Jensen, M.P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J.I., & Monga, T.N. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain*, 90(1-2), 127-33.

Stewart, M.W., Harvey, S.T., & Evans, I.M. (2001). Coping and catastrophizing in chronic pain: a psychometric analysis and comparison of two measures. *Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 131-8.

Riley, J.L. 3rd., Robinson, M.E., & Geisser, M.E. (1999). Empirical subgroups of the Coping Strategies Questionnaire-Revised: a multisample study. *Clinical Journal of Pain*, 15(2), 111-6.

Riley, J.L. 3rd., & Robinson, M.E. (1997). CSQ: five factors or fiction?. *Clinical Journal of Pain*, 13(2), 156-62.

Robinson, M.E., Riley, J.L. 3rd., Myers, C.D., Sadler, I.J., Kvaal, S.A., Geisser, M.E., & Keefe, F.J. (1997). The Coping Strategies Questionnaire: a large sample, item level factor analysis. *Clinical Journal of Pain*, 13(1), 43-9.

Dozois, D.J., Dobson, K.S., Wong, M., Hughes, D., & Long, A. (1996). Predictive utility of the CSQ in low back pain: individual vs. composite measures. *Pain*, 66(2-3), 171-80.

Swartzman, L.C., Gwady, F.G., Shapiro, A.P., & Teasell, R.W. (1994). The factor structure of the Coping Strategies Questionnaire. *Pain*, 57(3), 311-6.

Geisser, M.E., Robinson, M.E., & Henson, C.D. (1994). The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: a conceptual and empirical reanalysis. *Clinical Journal of Pain*, 10(2), 98-106.

Keefe, F.J., & Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45(4), 161-5.

Burckhardt, C.S., & Henriksson, C. (2001). The Coping Strategies Questionnaire--Swedish version: Evidence of reliability and validity in patients with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, Vol 30(3), 97-107.

Jensen, I.B., Linton, S.J. (1993). Coping strategies questionnaire (CSQ): reliability of the Swedish version of the CSQ. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 22, 139-145.

CSQ informationen granskad av Markus Jansson 2004-10-28.

Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

FABQ fokuserar specifikt på patientens föreställning om hur fysisk aktivitet och arbete skulle kunna eller kan påverka patientens ryggsmärta.

Antal items:	16 items
Delskalor:	Två stycken 1. Föreställningar om arbetet (item 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15) 2. Föreställningar om fysisk aktivitet (item 2, 3, 4, 5)
Svarsalternativ:	Summera frågorna för de två subskalorna. För subskalan Föreställningar om arbetet är Minimum poäng = 0, och Maximum poäng = 42. För subskalan Föreställningar om fysisk aktivitet är Minimum poäng = 0, och Maximum poäng = 24.
Tidsintervall:	Odefinierat
Instruktioner:	Nedan följer olika erfarenheter av smärta som andra patienter har delgett oss. Var vänlig och ringa in lämplig siffra från 0-6 för varje påstående för att ange i vilken utsträckning fysiska aktiviteter – som att böja sig, lyfta, promenera eller köra bil – påverkar eller kan tänkas påverka din ryggsmärta.
Respondentålder:	Arbetsför ålder
Administrationstid:	10 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = 0.74$
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.88$ (föreställningar om arbete) $\alpha = 0.77$ (föreställningar om fysisk aktivitet)
Svenska rättigheter:	Okänt.
Utländska rättigheter:	Gordon Waddell, Orthopaedic Department, Western Infirmary, Glasgow G11 6NT, Scotland, UK
Svenska normer	
Utländska normer	I en studie var medelvärdet på skalan om arbetet för en grupp patienter med kronisk ryggsbesvär 21,9 (standardavvikelse = 14,3) (Waddell et al., 1993). I en studie var medelvärdet på skalan om arbetet för en grupp patienter med akuta besvär 23,8 och med kroniska besvär 27,5 (Ciccone & Just, 2001)

Abstract originalartikel: *Developed a FABQ, based on theories of fear and avoidance behavior and focused specifically on patients' beliefs about how physical activity and work affected their low back pain. Test-retest reproducibility in 26 patients was high. Regression analysis in 184 patients (aged 18-60 yrs) showed that fear-avoidance beliefs about work accounted for 23% of the variance of disability in activities of daily living and 26% of the variance of work loss, even after allowing for severity of pain. Results confirm the importance of fear-avoidance beliefs and demonstrate that specific fear-avoidance beliefs about work are strongly related to work loss due to low back pain.*

Referenser

Waddell, G., Newton, M., Henderson, I. Somerville, D., & Main, C.J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, Vol 52(2), 157-168.

Fritz, J.M., & George, S.Z. (2002). Identifying psychosocial variables in patients with acute work-related low back pain: the importance of fear-avoidance beliefs. *Physical Therapy*, 82(10), 973-83.

Swinkels-Meewisse, E.J.C.M., Swinkels, R.A.H.M., Verbeek, A.L.M., Vlaeyen, J.W.S., & Oostendorp, R.A.B. (2003). Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual Therapy*, 8(1), 29-36.

FABQ informationen granskad av Markus Jansson 2004-10-28.

Pain Catastrophizing Scale (PCS)

PCS avser att mäta graden av smärtrelaterade katastroftankar och emotioner hos patienter med smärta.

Antal items:	13
Delskalor:	Tre stycken: 1. Ruminering (rumination) item: 8, 9, 10, 11 2. Förstoring (magnification) item: 6, 7, 13 3. Hjälpplöshet (helplessness) item: 1, 2, 3, 4, 5, 12
Svarsalternativ:	0 = inte alls, 1 = i liten utsträckning, 2 = i måttlig utsträckning, 3 = i stor utsträckning, 4 = hela tiden
Tidsintervall:	Okänt.
Poängberäkning:	(1) Summera alla frågor inom varje subskala. (2) Summera alla 13 frågorna. För subskala Ruminering är max poäng = 16. För subskala Förstoring är max poäng = 12. För subskala Hjälpplöshet är max poäng = 24.
Instruktioner:	Någon gång upplever vi alla smärta eller besvär. Det kan gälla huvudvärk, tandvärk eller ont från musklerna. Vi är intresserade av de tankar och känslor du har när du upplever smärta, värk eller besvär. Använd skalan nedan för att skatta i vilken utsträckning dessa tankar och känslor gäller för just dig.
Respondentålder:	Finns i två versioner: en för vuxna individer och en för barn
Administrationstid:	10 minuter

Test-retest reliabilitet:	Ingen rapportering finns.
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.87$ (hela skalan) $\alpha = 0.87$ (ruminering), $\alpha = 0.60$ (förstoring), $\alpha = 0.79$ (hjälplöshet)
Svenska rättigheter:	Okänt.
Utländska rättigheter:	Michael Sullivan, Department of Psychology and Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	För patienter med långvarig ryggsmärta: medel = 22; std = 9.3 För patienter med fibromyalgi: medel = 24.8; std = 12.2 Normer finns för vuxna (20-65 år) individer utan långvarig värk och för smärtpatienter (19-53 år) (Osman, Barrios, Gutierrez, Kopper, Merrifield, Grittmann, 2000).

Abstract originalartikel: *In Study 1, the Pain Catastrophizing Scale (PCS) was administered to 425 undergraduates. Analyses yielded a three component solution comprising (a) rumination, (b) magnification, and (c) helplessness. In Study 2, 30 undergraduate participants were classified as catastrophizers (n = 15) or noncatastrophizers (n = 15) on the basis of their PCS scores and participated in a cold pressor procedure. Catastrophizers reported significantly more negative pain-related thoughts, greater emotional distress, and greater pain intensity than noncatastrophizers. Study 3 examined the relation between PCS scores, negative pain-related thoughts, and distress in 28 individuals undergoing an aversive electrodiagnostic medical procedure. Catastrophizers reported more negative pain-related thoughts, more emotional distress, and more pain than noncatastrophizers. Study 4 examined the relation between the PCS and measures of depression, trait anxiety, negative affectivity, and fear of pain. Analyses revealed moderate correlations among these measures, but only the PCS contributed significant unique variance to the prediction of pain intensity.*

Referenser

Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, Vol 7(4), 524-532.

Osman, A., Barrios, F.X., Kopper, B.A., Hauptmann, W., Jones, J., & O'Neill, E. (1997). Factor structure, reliability, and validity of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol 20(6), 589-605.

Osman, A., Barrios, F.X., Gutierrez, P.M., Kopper, B.A., Merrifield, T., & Grittmann, L. (2000). The Pain Catastrophizing Scale: Further psychometric evaluation with adult samples. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol 23(4), 351-365.

Severeijns, R., van den Hout, M.A., Vlaeyen, J.W., & Picavet, H.S. (2002). Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. *Pain*, 99(1-2), 367-76.

Van Damme, S., Crombez, G., Bijttebier, P., Goubert, L., & van Houdenhove, B. (2002). A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant across clinical and non-clinical populations. *Pain*, 96, 319-324.

PCS informationen granskad av Markus Jansson 2004-10-28.

Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)

TSK är ämnat att vara ett mått på rädsla för rörelser eller skada.

Antal items:	17
Delskalor:	Inga i originalet. En holländsk analys ger fyra delskalor: skada (items 3, 6 och 11), rädsla för skada (items 1 och 9), betydelsen av motion (items 4, 12 och 14) och undvikande av aktivitet (items 2, 10, 13 och 15)
Svarsalternativ:	4-gradig skala: 1 = håller inte alls med, 4 = håller med helt
Tidsintervall:	Odefinierat
Instruktioner:	Nedan följer olika erfarenheter som andra patienter har delgivit oss. Var vänlig och ringa in lämplig siffra från 1-4 för varje påstående. Läs varje påstående och svara så gott du kan.
Poängberäkning:	Vänd svarsalternativen på följande frågor: 4, 8, 12, 16 (1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1). Summera de 17 frågorna. Minimum poäng = 17 Maximum poäng = 68.
Respondentålder:	Ingen rapporterad begränsning.
Administrationstid:	10 minuter
Test-retest reliabilitet:	Ingen rapportering finns.
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.77$
Svenska rättigheter:	
Utländska rättigheter:	
Svenska normer	I en studie av Boersma & Linton (manuskript) var medelvärdet i en grupp patienter med rygg och/eller nackbesvär (N = 196) 36.8 (standardavvikelse = 9.1). Om man delar gruppen i en grupp med korttidsjukskrivning (0-14 dagar), medeltidsjukskrivning (15-180) och långtidsjukskrivning (>180 dagar) var medelvärdena för respektive grupp 34.1 ; 36.4 ; 39.8.
Utländska normer	I en studie från Nederländerna var medelvärdet i en grupp patienter med kronisk ryggsmärta 38.4 (standardavvikelse = 7.8) (Vlaeyen et al., 1995).

Abstract originalartikel: *Saknas*

Referenser

Kori, S.H., Miller, R.P., & Todd, D.D. (1990). Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 35-43.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Boeren, R.G.B., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62, 363-372.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Rotteveel, A.M., Ruesink, R., et al. (1995). The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol 5(4), 235-252.

Crombez, G., Vlaeyen, J.W., Heuts, P.H., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more

disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80(1-2), 329-39.

Swinkels-Meewisse, E.J.C.M., Swinkels, R.A.H.M., Verbeek, A.L.M., Vlaeyen, J.W.S., & Oostendorp, R.A.B. (2003). Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual Therapy*, 8(1), 29-36.

TSK informationen granskad av Markus Jansson 2004-10-28.

Sömnpromblem

Sömndagbok

Registrera sömnen på blankett från Örebro: www.orebroll.se/ymk (klicka först på Beteendemedicin och sedan Frågeformulär)

Referens:

Libman, E., Fichten, C.S., Bailes, S., & Amsel, R. (2002). Sleep questionnaire versus sleep diary: Which measure is better? *International Journal of Rehabilitation and Health*, 5(3), 205-209.

Rogers, A.E., Caruso, C.C., & Aldrich, M.S. (1993). Reliability of sleep diaries for assessment of sleep/wake patterns. *Nursing Research*, 42(6), 368-372.

Morin, C.M., & Espie, C.A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Sömndagboksinformation granskad av Markus Jansson 2004-10-28.

Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS)

DBAS antas mäta olika sömnrelaterade kognitioner. Skalan är tänkt att identifiera specifika, irrationella och affektiva tankar som stör vid insomning, men också för att utvärdera förändringar i sömnrelaterade kognitioner.

Antal items:	En version med 30 (DBAS) och en med 10 items (DBAS-10)
Delskalor:	Fem delskalor (DBAS): <ul style="list-style-type: none">- Feltolkning eller förstoring av sömnproblemet- konsekvenser- Kontroll och förutsägbarhet av sömn- Orealistiska förväntningar på sömnen- Felaktiga uppfattningar om orsakerna till insomni- Föreställningar om sömnförbättrande vanor Tre delskalor (DBAS-10): <ul style="list-style-type: none">- Negativa konsekvenser av insomni på kort sikt- Negativa konsekvenser av insomni på lång sikt- Behovet av kontroll över insomni
Svarsalternativ:	VAS-skala (10 cm) med ändpunkter "Stämmer inte alls på mig" och "Stämmer helt på mig"
Tidsintervall:	Odefinierat.
Instruktioner:	Här följer ett antal påståenden som reflekterar föreställningar

	och attityder om sömn. Ange i hur hög grad som varje påstående stämmer överens med din uppfattning. Det finns inget rätt eller fel svar på dessa påståenden. Markera med ett lodrätt streck längs linjen. Försök att använda dig av hela skalan, hellre än att placera dina streck enbart vid ändarna.
Respondentålder:	Ingen rapporterad begränsning
Administrationstid:	20 minuter (DBAS) och 10 minuter (DBAS-10)
Test-retest reliabilitet:	Ingen rapportering finns.
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.72$ (DBAS) $\alpha = 0.69$ (DBAS-10)
Svenska rättigheter:	
Utländska rättigheter:	Charles Morin, Université Laval, École de Psychologie, Pavillon FAS, Sainte-Foy, Quebec, Canada G1K7P4 cmorin@psy.ulaval.ca
Svenska normer	Okänt.
Utländska normer	Översikt finns i artikel av Baker & Sederer (2002)

Abstract originalartikel: *Mental overactivity has been widely implicated in the development and maintenance of insomnia, making the accurate and valid measurement of cognitive variables of some importance. This study investigated the psychometric properties of 2 existing attributional scales. Data were presented from 178 clinic attending insomniacs (mean age 49.8 yrs) who completed the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS) and the Sleep Disturbance Questionnaire (SDQ). Standard procedures for the psychometric evaluation of scales were adopted. The internal consistency of the DBAS (30 items) was reasonable; however, a revised 10-item short form (DBAS-10) demonstrated a more robust principal component structure than the original scale. The derived subscales achieved satisfactory internal consistency, and the DBAS-10 demonstrated treatment-related measurement sensitivity. The DBAS-10, nevertheless, correlated highly with the DBAS. A 4-factor solution for the SDQ is also presented with $\alpha = 0.67$. Internal consistency of these subscales ranged from 0.59-0.82. The association between the SDQ and DBAS-10 was modest suggesting that the scales have some independence. Results suggest that the scales offer potential for clinical and research work on insomnia.*

Referens:

Espie, C.A., Inglis, S.J., Harvey, L., & Tessler, S. (2000). Insomniacs' attributions: Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 141-148

Morin, C.M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Publications.

Edinger, J.D., Wohlgeuth, W.K., Radtke, R.A., Marsh, G.R., & Quillian, R.E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep*, 24, 591-599.

Baker, H., & Sederer, L.I. (2002). Outcome measurement in sleep disorders. In *Outcome measurement in psychiatry: A critical review* (pp. 259-271), IsHak, W.W., Burt, T., et al. (Eds.), Washington: American Psychiatric Publishing.

DBAS informationen granskad av Markus Jansson 2004-10-28.

Insomnia Severity Index (ISI)

ISI (Bastien, Vallières & Morin, 2001) är ett självskattningsformulär som avser att mäta sömnlöshet. Syftet med formuläret är att snabbt få fram ett mått på besvärsggrad av sömnbesvär. Skalan består av 7 frågor som utvärderar insomningen, sömnen under natten, tidigt uppvaknande, känslan av att vara utvilad, hur sömnbesvären påverkar det dagliga livet samt hur sömnmönstret bekymrar individen. Deltagarna ska vid varje fråga ta ställning till hur de upplevt sina sömnvanor de senaste två veckorna och därefter ange svaren på en femgradig Likertskala från 0 till 4, där 0 står för "inte alls" och 4 står för "väldigt mycket". Poängen räknas sedan samman. Totalsumman kan vara från 0 till 28 poäng. Höga poäng indikerar svårare sömnbesvär. Poäng mellan 0 till 7 indikerar att personen sannolikt inte har signifikanta sömnbesvär. Poäng från 8 till 14 är under gränsvärdet för sömnstörningar men indikerar att personen har vissa problem med sömnen. Poäng från 15 till 21 indikerar en medelsvår sömnstörning som är kliniskt signifikant. Poäng mellan 22 till 28 indikerar svåra och kliniskt signifikanta sömnbesvär. Den viktigaste enskilda gränsen är 14 poäng som anses skilja mellan signifikanta och icke-signifikanta sömnproblem.

Bastien och medarbetare (2001) administrerade ISI till 145 patienter som sökt hjälp för sömnbesvär. Medelvärdet för deltagarna i den studien var 19.7 poäng (SD = 4.1). I en annan studie (Bastien et al., 2001) undersöktes 78 patienter med sömnbesvär. Dessa patienter genomgick en behandling i form av kognitiv beteendeterapi, farmakologisk behandling, kombination av kognitiv beteendeterapi och farmakologisk behandling eller placebo. Sömnskalan i denna studie gav vid förmätningen ett medelvärde på 15.4 (SD = 4.2) och vid eftermätningen ett medelvärde på 8.9 (SD = 5.0). Resultaten visar en signifikant samstämmighet med data från sömndagbok ($r = .37$), samt från laboratoriemätning (polysomnografi) ($r = .36$). Den interna samstämmigheten dvs grad av samstämmighet mellan frågorna inom skalan korrelerar mellan $r = .36$ till $r = .67$. Samstämmigheten på skalan visade vid test-retest korrelationer från 0.76 från baslinjen till 0.78 vid uppföljning (Bastien et al., 2001).

ISI finns tillgängligt i tre versioner: en självadministrerande patientversion, en för en närstående (ofta make/maka) samt en klinisk version. Den svenska versionen av den självadministrerande patientversionen av ISI har använts i en studie på tinnituspatienter på audiologiska avdelningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala (Airikka, 2002). I Airikkas studie var medelvärdet 12.6 poäng (SD = 6.8) för de 233 patienterna som besvarade enkäten. I den testade gruppen översteg 37% det kliniska gränsvärdet 15 poäng som indikerar kliniska sömnproblem (Bastien et al., 2001). I Airikkas studie (2002) var den inre samstämmighet mellan frågorna på ISI hög ($r = .93$).

Samtliga deltagare i denna studie fick besvara ISI oavsett om sömnbesvär förelåg eller ej. Vidare utökades ISI med två tillägsfrågor (fråga sex och sju). Dessa tillägsfrågor används av psykologerna på audiologiska avdelningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala, vid kliniskt behandlingsarbete. Detta komplement rekommenderas av Bastien och medarbetare (2001) för att öka innehållsvaliditeten (bilaga 7). Dessa tillägsfrågor analyseras inte i uppsatsen.

Antal items:	7 (+2 för kvalitativ bedömning av sömnproblemen)
Delskalar:	Nej
Svarsalternativ:	0 – 4 (svarsalternativens formulering ej lika för alla frågor)
Tidsintervall:	
Instruktioner:	

Respondentålder:	
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	Saknas
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.74$
Svenska rättigheter:	
Utländska rättigheter:	
Svenska normer	Saknas
Utländska normer	0-7: sannolikt inte signifikanta sömnbesvär. 8-14: vissa problem med sömnen. 15-21: medelsvår sömnstörning (kliniskt signifikant). 22-28: svåra och kliniskt signifikanta sömnbesvär.

Abstract originalartikel:

Background: *Insomnia is a prevalent health complaint that is often difficult to evaluate reliably. There is an important need for brief and valid assessment tools to assist practitioners in the clinical evaluation of insomnia complaints.*

Objective: *This paper reports on the clinical validation of the Insomnia Severity Index (ISI) as a brief screening measure of insomnia and as an outcome measure in treatment research. The psychometric properties (internal consistency, concurrent validity, factor structure) of the ISI were evaluated in two samples of insomnia patients.*

Methods: *The first study examined the internal consistency and concurrent validity of the ISI in 145 patients evaluated for insomnia at a sleep disorders clinic. Data from the ISI were compared to those of a sleep diary measure. In the second study, the concurrent validity of the ISI was evaluated in a sample of 78 older patients who participated in a randomized-controlled trial of behavioral and pharmacological therapies for insomnia. Change scores on the ISI over time were compared with those obtained from sleep diaries and polysomnography. Comparisons were also made between ISI scores obtained from patients, significant others, and clinicians.*

Results: *The results of Study 1 showed that the ISI has adequate internal consistency and is a reliable self-report measure to evaluate perceived sleep difficulties. The results from Study 2 also indicated that the ISI is a valid and sensitive measure to detect changes in perceived sleep difficulties with treatment. In addition, there is a close convergence between scores obtained from the ISI patient's version and those from the clinician's and significant other's versions.*

Conclusions: *The present findings indicate that the ISI is a reliable and valid instrument to quantify perceived insomnia severity. The ISI is likely to be a clinically useful tool as a screening device or as an outcome measure in insomnia treatment research.*

Referens:

Morin, C.M., & Espie, C.A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001; 2: 297-307.

Morin CM. *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993.

Informationen är granskad av Viktor Kaldo 2004-11-29.

Tinnitus

Tinnitus Handicap Inventory (THI)

Tinnitus Handicap Inventory (THI) används vid i kliniska sammanhang för att få ett mått på tinnitus inverkan på patientens dagliga liv (Newman, Jacobson, & Spitzer). Mätinstrumentet har en hög intern konsistens med ett Cronbach's alpha på 0.93 (Baguley, et al., 2000) och en hög test-retest reliabilitet på $r=0.92$ (Newman, Sandridge, & Jacobson, 1998). THI består av 25 frågor om tinnitusrelaterade problem och besvär som ska besvaras på en tregradig skala där svarsalternativen är "ja" (4 poäng), "ibland" (2 poäng) och "nej" (0 poäng). Poängen på THI kan variera mellan 0 och 100.

THI har tre delskalor som är tänkte att mäta emotionella, funktionella, katastrofierande aspekter av tinnitusbesvären, men två senare faktoranalyser har visat att uppdelningen i dessa delskalor saknar tydligt stöd och rekommenderar att endast den totala summan används (Zachariae et al., 2000 ; Baguley & Andersson, 2003).

Preliminära utländska normer finns, men är egenligen endast en uppdelning i kvartiler av ett kliniskt blandat sample och inte validerade mot något yttre kriterier (Newman et. al., 1998). Svensk översättning har gjorts av Viktor Kaldo (opubl.).

Antal items:	25
Delskalor:	Emotionell, funktionell, katastrofierande
Svarsalternativ:	0=nej, 2=ibland, 4=ja
Tidsintervall:	
Instruktioner:	
Respondentålder:	
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	$r = (0.92)$
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.93$
Svenska rättigheter:	
Utländska rättigheter:	
Svenska normer	saknas
Utländska normer	0-16: Inget handikapp 18-36: Milt handikapp 38-46: Medelsvårt handikapp

Abstract originalartikel:

OBJECTIVE: To develop a self-report tinnitus handicap measure that is brief, easy to administer and interpret, broad in scope, and psychometrically robust. **DESIGN:** A standardization study of a self-report tinnitus handicap measure was conducted to determine its internal consistency reliability and convergent and construct validity. **SETTING:** Audiology clinics in tertiary care centers in two sites. **PARTICIPANTS:** In the first investigation, 84 patients reporting tinnitus as their primary complaint or secondary to hearing loss completed the 45-item alpha version of the Tinnitus Handicap Inventory (THI). In the second investigation, 66 subjects also reporting tinnitus completed the 25-item beta version. **OUTCOME MEASURES:** Convergent validity was assessed using another measure of perceived tinnitus handicap (Tinnitus Handicap Questionnaire). Construct validity was assessed using the Beck Depression Inventory, Modified Somatic Perception Questionnaire, symptom rating scales (annoyance, sleep disruption, depression, and concentration), and perceived tinnitus pitch and

loudness judgments. **RESULTS:** From the alpha version of the THI, we derived a 25-item beta version with the items grouped into functional, emotional, and catastrophic subscales. The total scale yielded excellent internal consistency reliability (Cronbach's alpha = .93). No significant age or gender effects were seen. Weak correlations were observed between the THI and the Beck Depression Inventory, Modified Somatic Perception Questionnaire, and pitch and loudness judgments. Significant correlations were found between the THI and the symptom rating scales. **CONCLUSION:** The THI is a self-report measure that can be used in a busy clinical practice to quantify the impact of tinnitus on daily living.

Referens:

Baguley, D.M. and G. Andersson (2003), Factor Analysis of the Tinnitus Handicap Inventory. *Am J Audiol.*, 12: p. 31-34.

Baguley, D.M., Rachel, L., Humphriss, M., Catriona, A. & Hodgson, B.A. (2000). Convergent validity of the tinnitus handicap inventory and the tinnitus questionnaire. *The Journal of Laryngology & Otology*, 114, 840-843.

Newman, C.W., G.P. Jacobson, and J.B. Spitzer (1996). Development of the tinnitus handicap inventory. *Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 122: p. 143-148.

Newman, C.W., S.A. Sandridge, and G. Jacobson. (1998). Psychometric adequacy of the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for evaluating treatment outcome. *J Am Acad Audiol*, 9: p. 153-160.

Zacharie, R., Mirz, F., Johansen, L. V., Andersen, S. E., Bjerring, P., & Pedersen, C. B. (2000). Reliability and validity of a Danish adaption of the tinnitus handicap inventory. *Scandinavian Audiology*, 29, 37-43.

Informationen är granskad av Viktor Kaldo 2004-11-29.

Tinnitus Reaction Questionnaire (TRQ)

TRQ (Wilson, Henry, Bowen & Haralambous, 1991) består av 26 påståenden om hur tinnitus påverkar välbefinnande och livskvaliteten i allmänhet (bilaga 5). TRQ används för att skilja ut tinnituspatienter som kan hantera sin tinnitusproblematik från de som har svårigheter med detta. Deltagaren skattar på en femgradig skala hur väl ett påstående stämmer in på dennes uppfattning. Skalstegen är 0 = inte alls, 1 = liten del av tiden, 2 = viss del av tiden, 3 = stor del av tiden och 4 = nästan hela tiden. Poäng för varje påstående räknas samman och kan maximalt uppgå till 104 poäng. Höga poäng tyder på större svårigheter.

TRQ används både inom forskning och klinisk verksamhet och har upprepade gånger visat goda psykometriska egenskaper. Skalan har utvärderats på 156 personer med tinnitus (Wilson et al., 1991). Medelvärdet för gruppen var 32.49 (SD = 2.71). TRQ kan betraktas som ett reliabelt mätinstrument, vad gäller intern samstämmighet och stabilitet över tid. Den interna samstämmigheten, angiven som Cronbachs alfa, är $r = .96$ och test-retest reliabiliteten är god med en korrelationskoefficient på $r = .88$. Validiteten hos TRQ som ett mått på psykologiska besvär kopplade till tinnitus är likaledes god och visar måttliga till höga korrelationer med mått på ångest och depression, och låga korrelationer med neuroticism (Wilson et al., 1991).

Den svenska versionen av TRQ används bland annat på audiologiska avdelningen på Akademiska sjukhuset, Uppsala, dels som ett uppföljningsmaterial vid kliniska behandlingar och vid flertal studier av tinnituspatienter (Airikka, 2002; Andersson, Kaldo-Sandström, Ström & Strömgren, in press; Ingerholt & Jansson 2000; Juris, 2001; Vretblad, 1998). I Vretblads studie var medelvärdet 34.5 poäng (SD = 23.9) för de 127 patienterna och för de 19 patienterna i Ingerholt & Janssons studie var medelvärdet 37.3 poäng (SD = 21.6). TRQ har även administrerats vid Internetbaserad tinnitusbehandling vid Akademiska sjukhuset

(Andersson et al, in press). Medelvärde för de 157 patienterna i den studien var 38.2 poäng (SD = 22.0). I samma studie fanns en klinisk jämförelsegrupp. Denna grupp bestod av 86 deltagare och där var medelvärdet 27.7 (SD = 21.1). I en annan internetstudie där ett instrument för psykiatrisk diagnostik prövades (Andersson, Kaldo-Sandström, Carlbring & Ström, 2002) var medelvärdet på TRQ för de 48 deltagarna 40.5 (SD = 22.9).

Antal items:	
Delskalor:	
Svarsalternativ:	0=inte alls, 1=liten del av tiden, 2=viss del av tiden, 3=stor del av tiden, 4=nästan hela tiden
Tidsintervall:	
Instruktioner:	
Respondentålder:	
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	r = 0.88
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.96$
Svenska rättigheter:	
Utländska rättigheter:	
Svenska normer	Se studier ovan för jämförelser
Utländska normer	Se studie ovan för jämförelse

Abstract originalartikel:

The development of the Tinnitus Reaction Questionnaire (TRQ), a scale designed to assess the psychological distress associated with tinnitus, is described. Psychometric analyses of the TRQ are examined with a total of 156 subjects in three separate samples. The results indicate very good test-retest reliability ($r = .88$) and internal consistency (Cronbach's $\alpha = .96$). Factor analysis yielded four factors that were interpreted as General Distress, Interference, Severity, and Avoidance. Moderate to high correlations were found between the TRQ and clinician ratings ($r = .67$) and self-report measures of anxiety and depression ($r = .58-.87$), but a low correlation was found with neuroticism ($r = .27$). It is concluded that the TRQ provides a useful index of distress related to tinnitus for subject selection and clinical assessment and has potential as a measure of change in coping ability.

Referens:

Wilson, P.H., et al., *Tinnitus reaction questionnaire: Psychometric properties of a measure of distress associated with tinnitus*. J Speech Hear Res, 1991. **34**: p. 197-201

Informationen är granskad av Viktor Kaldo 2004-11-29.

Alkohol & Droger

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

AUDIT kan fånga både riskkonsumenter av alkohol i tämligen tidigt skede och allvarligt alkoholberoende personer. Testet är förhållandevis kulturellt neutralt och rekommenderas av WHO för screening av riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion liksom alkoholberoende.

Positivt utfall i screening **ska** följas av noggrannare undersökning av alkoholvanorna. Testets tillförlitlighet är bättre om det kombineras med biologiskt test. Testet mäter alkoholbeteendet och vanliga negativa konsekvenser av alkohol.

I AUDIT kan man få mellan 0 och 40 poäng. Gränsvärden för riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion anges till 8 för män och för kvinnor till 6 poäng.

Vid en noggrannare alkoholvaneundersökning kan riktmärken för gränsvärden för riskabla konsumtionsmängderna anges:

Självskattning av veckokonsumtion

låg risk

Kvinnor upp till 7 standardglas/vecka

Män upp till 10 standardglas/vecka

ökad risk

Kvinnor 8–13 standardglas/vecka

Män 11–18 standardglas/vecka

skadlig nivå

Kvinnor 14 eller fler standardglas/vecka

Män 19 eller fler standardglas/vecka

Förutom gränser för riskabel eller skadlig konsumtion som angetts bör man nämna att berusningsdrickande är ett riskbeteende dvs att vid ett och samma tillfälle dricka 6 standardglas (man) respektive 3-4 (kvinna). Här bör ju också anges vad ett standardglas innehåller dvs 1 brk folköl = 1 glas vin = 4 cl starksprit.

Antal items:	10
Poängsättning	Fråga 1-8: poängsätts med 0, 1, 2, 3 eller 4 poäng Fråga 9-10: poängsätts med 0, 2 eller 4 poäng
Delskalor:	
Svarsalternativ:	Olika, men alla är Lickert.
Tidsintervall:	Senaste året
Instruktioner:	Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig. Alla frågorna gäller det senaste året.
Respondentålder:	17 <
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	Studie normalpopulationen $r = 0,97$
Cronbachs alfa:	Psykiakutstudien KS $\alpha = 0,95$. Studie Askims vårdcentral $\alpha = 0,71$ (man); $\alpha = 0,69$ (kvinna) Studie normalpopulationen $\alpha = 0,83$ (man); $\alpha = 0,75$ (kvinna) Studie företagshälsovård $\alpha = 0,70$ (man); $\alpha = 0,62$ (kvinna)
Svenska rättigheter:	Översatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm
Utländska rättigheter:	
Svenska normer	Ja, manual - Bergman H., Källmén H. and Hermansson U. (2002). Testet kan laddas ner från www.beroendecentrum.com , under

	Tester.
Utländska normer	

Abstract originalartikel: *This manual introduces the AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test, and describes how to use it to identify persons with hazardous and harmful patterns of alcohol consumption. The AUDIT was developed by the World Health Organization (WHO) as a simple method of screening for excessive drinking and to assist in brief assessment. It can help in identifying excessive drinking as the cause of the presenting illness. It also provides a framework for intervention to help hazardous and harmful drinkers reduce or cease alcohol consumption and thereby avoid the harmful consequences of their drinking. The first edition of this manual was published in 1989 (Document No. WHO/MNH/DAT/89.4) and was subsequently updated in 1992 (WHO/PSA/92.4). Since that time it has enjoyed widespread use by both health workers and alcohol researchers. With the growing use of alcohol screening and the international popularity of the AUDIT, there was a need to revise the manual to take into account advances in research and clinical experience. This manual is written primarily for health care practitioners, but other professionals who encounter persons with alcohol-related problems may also find it useful. It is designed to be used in conjunction with a companion document that provides complementary information about early intervention procedures, entitled "Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care". Together these manuals describe a comprehensive approach to screening and brief intervention for alcohol-related problems in primary health care.*

Referens:

Babor T., De la Fuente R., Saunders J. and Grant M. (1989) The alcohol use disorders identification test AUDIT - guidelines for use in primary health care. WHO division of mental health, Geneva.

Finns gratis på webben: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

Bergman H., Källmén H. and Hermansson U. (2002) The alcohol use disorders identification test AUDIT - manual. Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, Stockholm. pp 1-26

Bergman, H., & Kaellmen, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 245-251.

Selin, K. H. (2003). Test-Retest Reliability of the Alcohol Use Disorder Identification Test in a General Population Sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1428-1435.

Wennberg, P. (1996). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A psychometric evaluation. *Reports from the Department of Psychology, Stockholm Univ.*

AUDIT informationen granskad av Lars Forsberg 2004-11-08 & Per Carlbring 2005-09-27.

Drug Use Identification Test (DUDIT)

Testet kan laddas ner från www.beroendecentrum.com, under Tester.

En svensk manual finns tillgänglig, antingen från författarna eller från margareta.karlsson@kus.se

Antal items:	11
Delskalor:	Inga

Svarsalternativ:	<p>Item 1-2: 0 = Aldrig, 1 = 1 gång i månaden eller mer sällan, 2 = 2-4 gånger i månaden, 3 = 2-3 gånger i veckan, 4 = 4 gånger/vecka eller mer</p> <p>Item 3: 0 = 0, 1 = 1-2, 2 = 3-4, 3 = 4-5, 4 = 7 eller fler</p> <p>Item 4-9: 0 = Aldrig, 1 = Mer sällan än en gång i månaden, 2 = Varje månad, 3 = Varje vecka, 4 = Dagligen eller nästan varje dag</p> <p>Item 10-11: 0 = Nej, 2= Ja, men inte under senaste året 4= Ja, under senaste året</p>
Tidsintervall:	Nutid och senaste året
Instruktion:	Här är ett antal frågor om droger. Vi är tacksamma om du svarar så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.
Respondentålder:	15-100 år.
Administrationstid:	ca 5-10 minuter
Test-retest reliabilitet:	Inga data tillgängliga
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.80$
Svenska rättigheter:	© Karolinska Institutet 2002, avser formulärets innehåll och layout Upphovsrättigheter: Anne H Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyter Fritt att använda vid observerande av upphovsrätten (Public domain) E-post: anne.h.berman@neurotec.ki.se
Utländska rättigheter:	© Karolinska Institutet, avser formulärets innehåll och layout Public domain
Svenska normer	<ul style="list-style-type: none"> I ett urval med 160 tunga drogmissbrukare från beroendevården och kriminalvården med multidrogbruk, 25 poäng eller fler pekar med sensitivitet 90% och specificitet 88% respektive 78% för ICD-10 respektive DSM-4 beroendediagnoser. I ett urval på 1500 personer slumpmässigt valda från allmänna befolkningen, T-värden pekar på eventuella drogrelaterade problem vid värden på 3 för män, 1 för kvinnor (1 s.a.), 6 för män, 2 för kvinnor (2 s.a.) och 8 för män, 3 för kvinnor (3 s.a.). Valet av referensvärden beror på huruvida man som kliniker respektive forskare vill hellre betona sensitivitet (i så fall kan man välja de lägsta värdena) eller specificitet (i så fall kan man välja de högsta värdena). Än så länge saknas normer från grupper där drogbelastningen är högre än hos allmänna

	befolkningen, men lägre än hos tunga drogmissbrukare. Dessutom saknas normer för personer med olika typer av huvuddrogpreferenser (dvs t ex heroin, amfetamin, hasch, osv).
	Testet kan laddas ner från www.beroendecentrum.com , under Tester.
Utländska normer	Inget än

Abstract originalartikel: *Psychometric properties of the 11-item self-report Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) were evaluated in a sample of heavy drug users from prison, probation, and inpatient detoxification settings, and in a general Swedish population sample. In the drug user sample, the DUDIT predicted drug dependence with a sensitivity of 90% for both DSM-4 and ICD-10 and a respective specificity of 78% and 88%. Reliability according to Cronbach's alpha coefficient was .80. In the population sample, 3.1% scored positive on the DUDIT; T-score values are suggested. The DUDIT screens effectively for drug-related problems in clinically selected groups and may prove useful in the context of public health surveys.*

Referens: Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (In press). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*.

DUDIT informationen granskad av Anne H Berman 2004-10-28 & Per Carlbring 2005-09-27.

Hypokondri (hälsoångest)

Övrigt

Personlighetsstörningar

SCID-II screening

Bra screeningformulär för att grovt ringa in relevanta personlighetsstörningar. Observera att formuläret medvetet är överinklusivt (ger avsiktligt ett antal falskt positiva svar). D v s för att vara säker på att fånga alla med en personlighetsstörning så är gränsen för trolig diagnos avsiktligt lågt. Det är med andra ord långt ifrån alla som får en ”diagnos” av formuläret som sedan får det om man skulle göra en klinisk bedömning. Tanken är att med stor säkerhet kunna utesluta vissa personlighetsstörningar, för att sedan med SCID-axel-2, kunna göra punktintervjuer där man fått napp i personlighetsformuläret.

Antal items:	119
Delskalor:	En för varje personlighetsstörning

Svarsalternativ:	0= nej, 1=ja
Tidsintervall:	Hur man vanligen är
Instruktioner:	
Respondentålder:	
Administrationstid:	30 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt
Cronbachs alfa:	Okänt
Svenska rättigheter:	Pilgrim press: http://www.pilgrimpress.se/Links/Products.htm Köper man SCID-2 får man personligt kopieringstillstånd. Priset för SCID-2 paketet, inklusive screeningformuläret var 240 kr (år 2005).
Utländska rättigheter:	Okänt
Svenska normer	Okänt
Utländska normer	Okänt

Abstract relevant artikel: *Compared results of the Structured Clinical Interview for Mental Disorders-III-Revised (DSM-III-R), or SCID, Screen questionnaire and SCID II interviews for 69 psychiatric patients (aged 19-70 yrs) to evaluate whether the SCID questionnaire could be adjusted to be used as an independent diagnostic tool. The correlation between the number of criteria fulfilled in the interviews or the questionnaires was 0.84. In interviews, 54% of Ss had a personality disorder (PD); when questionnaire was used, 73% had a PD. However, the frequency of PDs found by means of the questionnaire or the interviews was similar (58% and 54%, respectively) when the cut-off level for diagnosis was adjusted. Overall kappa for agreement between the interview and the Screen questionnaire (with adjusted cut-off) was 0.78. The SCID questionnaire seems to be useful in screening for PDs and (in modified versions) can be used as an independent diagnostic tool in epidemiological studies.*

Referens:

Ekselius, L., Lindstroem, E., von Knorring, L., Bodlund, O., & et al. (1994). SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 120-123.

SCID-2 screening med personlighetsformulär informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-27.

Livskvalitet

Quality of Life Inventory (QOLI)

QOLI är ett mätinstrument för bedömning av subjektiv livskvalitet (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992). Formuläret är baserat på en empiriskt validerad modell av livstillfredsställelse där man antar att en individs övergripande livstillfredsställelse består av summan av tillfredsställelsen inom ett antal speciellt viktiga områden (ibid.). Formuläret består av följande 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. Dessa skattas sedan dels på en tregradig skala (0 till 2) utifrån hur viktigt man tycker att området är, dels på en sexgradig skala utan 0-alternativ (-3 till 3) utifrån hur nöjd man är med området. Poängen för varje område utgörs sedan av produkten av de två skattningarna (exempelvis 2 x

(-2) = -4). På detta vis får graden av tillfredsställelse inom ett område som skattats som mycket viktigt en större betydelse för den totala livskvaliteten, än områden med samma grad av livstillfredsställelse men som bedöms som mindre viktiga. Poängen för den sammanlagda livskvaliteten erhålls sedan genom att summerade de olika produkterna och dividera med det totala antalet områden. Observera att endast de item-par som skattats som viktiga eller mycket viktiga tas med. Det vill säga att item-par som skattats som "inte viktigt" tas inte med i poängberäkningen.

QOLI uppvisar utomordentliga psykometriska egenskaper med hög intern konsistens, god test-retestreliabilitet, och god samtidig och diskriminativ validitet (Frisch et al., 1992). Saffren et al., 1996/1997) har i en studie av livskvalitet hos sociala fobiker dessutom visat att formuläret är känsligt för förändring till följd av kognitiv beteendeterapi i grupp.

Antal items:	32
Delskalor:	Okänt
Svarsalternativ:	2 typer av svarsskalor: Först hur viktigt: 0=inte viktigt; 1=viktigt; 2=mycket viktigt. Sedan hur nöjd= -3 (mycket missnöjd), -2, -1, 1, 2, 3 (mycket nöjd)
Tidsintervall:	Inte angivet.
Instruktioner:	Nu följer 32 frågor om hur nöjd du är med olika områden av ditt liv som t ex arbete och hälsa. Frågorna gäller även hur viktiga dessa saker är för ditt välbefinnande. Ord som "ekonomi", "arbete" och "fritid" ges här speciella definitioner. Håll dessa definitioner i minnet när du besvarar frågorna. Besvara alla frågor, även om det skulle finnas någon fråga som inte verkar passa in på dig. Det är dina upplevelser och åsikter som är det viktiga, och det finns inga svar som är riktiga eller felaktiga. Välj det svarsalternativ som stämmer in bäst på just dig. Här blir du ombedd att beskriva hur viktiga vissa delar av ditt liv är (som t ex arbete och hälsa) och hur nöjd du är med dem. Med viktiga menas hur mycket dessa delar av ditt liv bidrar till ditt allmänna välbefinnande. Du kan beskriva hur viktigt något är genom att välja ett av tre svarsalternativ: "Inte viktigt" "Viktigt" "Mycket viktigt" Med nöjd menas hur väl dina behov, mål och önsknin

	tillgodoses inom detta livsområde. Du kan beskriva hur nöjd du är genom att välja ett av sex svarsalternativ från "Mycket missnöjd" till "Mycket nöjd". Svara genom att markera det alternativ som stämmer bäst in på dig.
Respondentålder:	Okänt
Administrationstid:	15 minuter
Test-retest reliabilitet:	r = 0.92 (1 dag; Carlbring et al)
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.81$ (Carlbring et al)
Svenska rättigheter:	Översatt av Prof Lars-Göran Öst. Använd inte formuläret utan godkännande av Prof Lars-Göran Öst.
Utländska rättigheter:	Frisch et al
Svenska normer	Prof Lars-Göran Öst förbereder en artikel med 6 diagnosgrupper. Panikprojektet "PP-live" (n=49) - före behandling: 0.9 (sd=1.6) - efter behandling: 1.7 (sd=1.5) SOFIE-1 (n=64) - före behandling: 1.5 (sd=1.1) - efter behandling: 2.2 (sd=1.2)
Utländska normer	

Abstract originalartikel: *Details the psychometric evaluation of the Quality of Life Inventory (QOLI), a measure of life satisfaction that may complement symptom-oriented measures of psychological functioning in evaluating the outcome of interventions aimed at ameliorating mental disorders, disabling physical illnesses, and community-wide social problems. Test-retest coefficients for the QOLI ranged from .80 to .91, and internal consistency coefficients ranged from .77 to .89 across 3 clinical and 3 nonclinical samples. QOLI item total correlations were found to be adequate, and the QOLI had significantly positive correlations with 7 related measures of subjective well-being, including a peer rating and clinical interview measure. Significant negative correlations were obtained between the QOLI and measures of general psychopathology and depression. Clinical and nonclinical criterion groups differed significantly in mean QOLI scores. QOLI norms are presented, and the usefulness of the QOLI for assessing treatment outcome and for psychotherapy treatment planning is discussed.*

Referens:

- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment, 4*, 92-101.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Richards, J. C., Öst, L.-G., & Andersson, G. (2004). *Internet vs. Paper and Pencil Administration of Questionnaires Commonly Used in Panic/Agoraphobia research*. Submitted for publication.

QOLI informationen granskad av Per Carlbring 2005-09-28.

Motivation

Nijmegen Motivation List 2 (NML2)

NML2 (Keijsers, Schaap, Hoogduin, Hoogsteyns & de Kemp; 1997) är ett självskattningsformulär som mäter patienters motivation för psykoterapi. Formuläret syftar till att ta reda på hur mycket patienten är beredd att anstränga sig, hur mycket de lider av det problem de sökt hjälp för och hur mycket de tror på förbättring som följd av den terapi de påbörjat. Testet består av 34 items där patienten tar ställning till olika påståenden. Varje item skattas enligt en sexgradig poängskala där 1 står för "stämmer inte alls" och 6 betyder "stämmer helt och hållet". Validiteten och reliabiliteten har funnits god för detta formulär. Cronbach's alfa för detta formulär beräknades gemensamt för både spindelfobistudien och ormfobistudien och var $\alpha=0.76$.

Antal items:	25
Delskalor:	
Svarsalternativ:	1=inte alls, 2=ganska dåligt, 3=varken bra eller dåligt, 4=ganska bra, 5=helt och hållet
Tidsintervall:	
Instruktioner:	Läs igenom varje påstående nedan och bedöm hur mycket det stämmer med ditt sätt att tänka om behandlingen. Svara genom att ringa in den siffra som bäst motsvarar din åsikt. Din terapeut kommer inte att få ta del av dina svar, varken under pågående terapi eller efter avslutningen
Respondentålder:	
Administrationstid:	5-10 minuter
Test-retest reliabilitet:	Okänt
Cronbachs alfa:	$\alpha = 0.76$
Svenska rättigheter:	Okänt. Lars-Göran Öst har översatt. Studenter vid psykologutbildningarna och praktiserande läkare och psykologer använda formuläret utan kostnad.
Utländska rättigheter:	Ger Keijsers, Department of Clinical Psychology and Personality, Catholic University of Nijmegen, PO Box 9104, 6500 HE Nijmegen, The Netherlands. AllartvanDam@cs.com
Svenska normer	
Utländska normer	

Abstract originalartikel: *The Nijmegen Motivation List 2 (NML2) is a new instrument to assess patient motivation for psychotherapy. A previous version of the instrument was associated with positive treatment outcome in cognitive-behaviour therapy in several studies but its psychometric properties were poor. The present study investigated the NML2's factorial structure, psychometric properties, and predictive value for treatment outcome. The NML2 was completed by 133 outpatients. Three factors were found: preparedness, distress, and doubt. Internal consistencies and re-test reliabilities of the factors were reasonable. The NML2 total score and preparedness were associated with proximal treatment helpfulness and with treatment drop-out. Distress and doubt were not. These findings corroborate those found with the earlier NML version. Rather than assuming that the relationship between motivation factors and treatment outcome is mediated by the amount or quality of treatment or homework compliance, it is proposed that motivation for treatment is the first step in the patient's change process itself.*

Referens:

E. Allart-van Dam, C. Hosman, G.P.J. Keijsers (2004): A new instrument to assess participant motivation for involvement in preventive interventions. *Journal of Clinical Psychology* 60(6), 555-565

Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., Hoogduin, C., Hoogsteyns, B., & de Kemp, E. C. M. (1999). Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 165-179

NML2 informationen granskad av Per Carlbring 2004-10-28.

Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

Readiness to Change Questionnaire har konstruerats för klienter med alkoholproblem och för att kunna användas utan att de själva behöver uppfatta att de har alkoholproblem. Formuläret syftar till att mäta vilken förändringsfas klienten är i vad gäller att förändra sina alkoholvanor. I stadiet "före begrundan" uppfattar man sig inte ha något problem av att dricka alkohol. I nästa stadium "begrundan" är klienten osäker och tänker ibland på förändring men slår vid andra tillfällen bort tankar på förändring. Vid stadiet "handling" prövar individen att avstå alkohol och nya beteenden och nytt tänkande om alkoholvanorna

Antal items:	12
Delskalor:	Tre delskalor med var och en 4 item: Före begrundan (precontemplation), begrundan (contemplation) och handling (action)
Svarsalternativ:	Instämmer helt= +2; instämmer delvis = +1; varken eller = 0; delvis oense = -1; helt oense = -2
Poängberäkning	Bestämning av förändringsstadium baseras på delskalan med högst poäng i någon av delskalorna. I händelse av att delskalor har samma poäng, väljs den skalan som uttrycker högst grad av förändringsbenägenhet
Tidsintervall:	
Instruktioner:	"Här är några påståenden om hur man kan tänka på sina alkoholvanor. Markera de påståenden som du tycker passar in på hur du nu tänker på dina vanor."
Respondentålder:	Över 17
Administrationstid:	5 minuter
Test-retest reliabilitet:	Före begrundan $r = 0,66$, begrundan $r = 0,80$, handling $r = 0,74$; 16 av 18 klienter bestämdes till samma stadium vid båda tillfällena
Cronbachs alfa:	Före begrundan $\alpha = 0,78$, begrundan $\alpha = 0,80$, handling $\alpha = 0,80$.
Svenska rättigheter:	Översatt av Ekman, S. & Forsberg, L. Public domain, d v s gratis för alla.
Utländska rättigheter:	Heather N., Gold R. and Rollnick S. (1991) Readiness to change questionnaire: users manual. National Drug and Alcohol Research Centre.
Svenska normer	
Utländska normer	

Abstract originalartikel:

Aims: This study is aimed at describing the psychometric properties and factor structure of the Swedish version of the Readiness to Change Questionnaire (RTCQ). Originally, the questionnaire includes three factors (Precontemplation, Contemplation and Action) in a model that intends to measure stages of change. **Methods:** Patients at an emergency ward were screened for hazardous alcohol consumption and patients who met risk criteria and responded to the RTCQ were included in the study (n=165). **Results:** A confirmatory factor analysis proved to be showed slightly better morefit suitable for a three-factor solution compared to the one factor solution. The three scales reflecting the three factors showed satisfactory reliability. **Conclusion:** The presented data gives no support for abandoning the original use of the test.

Rollnick S., Heather N., Gold R. and Hall W. (1992) Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict* 87, 743-754.

Forsberg S., Halldin J. and Wennberg P. (2003) Psychometric properties and factor structure of the Readiness to Change Questionnaire. *Alcohol Alcohol* 1-11.

Forsberg L., Ekman S., Halldin J. and Rönnerberg S. (2004) Testing Prochaska and DiClemente's transtheoretical model by analysing "The Readiness to Change Questionnaire" scores in two alternative ways. *British Journal of Health Psychology* 9,

RCQ informationen granskad av Lars Forsberg 2004-11-08.
